

dado á conocer por Astien y bien estudiado por A. Cooper, Bell y Dupuytren. Ricord ha insistido principalmente sobre la *albuginitis* sífilítica; pero Vidal, Curling, Gosselin y Virchow han concluido la obra comenzada por sus antepasados.

§ I.—Sitio y naturaleza de la enfermedad.

El sarcocele sífilítico, segun Ricord, se halla constituido por una albuginitis que interesa el testículo mismo. Jamás el epididimo padece primitivamente, así como tampoco el conducto deferente, carácter que diferencia esta enfermedad de la inflamacion uretral blenorragica, trasmitida á las glándulas seminales. En el testículo se encuentran pequeños núcleos diseminados, pero á veces se forma una masa dura y homogénea que ocupa uno de los lados ó el centro del órgano. En este momento, hay á veces dolores; mas, si se comprime el testículo, el enfermo experimenta la sensacion que la presion debe determinar normalmente. Mas tarde, el testículo queda comprendido en una masa que le absorve y deforma, el licor espermático cesa de segregarse y se borran los deseos venéreos. El testículo se presenta entonces bajo la forma de un tumor duro, liso, prolongado é indolente, que puede adquirir dos ó tres veces el volumen que este órgano presenta en estado normal. Algunas veces se produce un derrame seroso en la túnica vaginal. Con poca frecuencia están enfermos los dos testículos al mismo tiempo, pero pueden estarlo sucesivamente.

Histológicamente el tumor está constituido por un derrame plástico que se hace en la glándula seminal entre los tubos seminíferos, pero despues los tubos mismos experimentan la alteracion regresiva y están llenos de una materia amarilla grasosa.

§ II.—Curso.

El sarcocele sífilítico es uno de los accidentes terciarios de la sífilis y pocas veces aparece con los accidentes secundarios. Marcha con suma lentitud y es siempre crónico; su duracion es indefinida, no obstante el período de aumento va seguido de una regresion y de una disminucion en el volumen del tumor, sin que el testículo recobre su volumen normal: no hay tendencia á la supuracion y Ricord opina que el sarcocele sífilítico jamás supura. El tratamiento general puede ejercer una feliz y rápida influencia en el curso de esta enfermedad.

§ III.—Pronóstico.

Es grave, y desde que se sabe diagnosticar mejor el sarcocele sífilítico se evita el peligro del error que conducia á los cirujanos en se-

mejante caso á practicar la ablacion del órgano; la infecundidad y la impotencia pueden resultar desgraciadamente de esta enfermedad.

34. LESIONES DE LOS MÚSCULOS Y DE LOS TENDONES, SIFILIS MUSCULAR (Virchow).

La sífilis no limita su accion á una série de órganos ó tejidos, puede comprenderlos todos en su período terciario.

§ I.—Historia.

Estas manifestaciones sífilíticas desconocidas por mucho tiempo han sido estudiadas desde hace poco; Astruc las habia indicado, Lagneau y Petit-Radel habian hablado de las *contracturas sífilíticas* de los músculos, pero P. Boyer fué el primero que dió una descripcion exacta de los signos y de las lesiones anatómicas propias de la sífilis de los músculos. Ricord, Notta, Levert (1) Bouisson (2), Melchor Robert y Virchow (3) han fijado definitivamente sus caracteres.

§ II.—Naturaleza y curso.

Los músculos pueden sentir los efectos de la infeccion sífilítica casi al principio, es decir, al comenzar el segundo período, siendo entonces cuando se presenta el quebrantamiento de fuerzas y los *dolores rumatoides*; pero nada anuncia todavía una alteracion positiva de los músculos, porque estos dolores son transitorios y desaparecen rápidamente; por otra parte se localizan en las inmediaciones de las articulaciones y parecen atacar mas bien los tejidos fibrosos y los tendones, que los músculos mismos. En los casos que estudiamos aquí, hay por el contrario persistencia de dolores y de fenómenos subjetivos y hay dificultad de funciones y alteracion anatómica persistente.

Se ha señalado la contractura muscular, pero es un accidente raro. Ricord y despues Bouisson han descrito esta enfermedad que afectaba principalmente los biceps y los flexores del antebrazo y podia manifestarse en los músculos motores del ojo: los esfínteres serian tambien atacados, segun Bouisson.

(1) Levert, *Traité d'anatomie pathol.* Paris, 1861, t. I.

(2) Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes. Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I.

(3) Virchow, *La syphilis constitutionnelle.* Paris, 1860.

§ III.—Síntomas.

Los primeros síntomas son difíciles de discernir, porque el curso de la afección es lento. Al principio no hay dolores, pero poco á poco se manifiestan, sobre todo en los movimientos de estension; también se han indicado los dolores nocturnos en semejante caso. En el espesor de los músculos se perciben núcleos de induración, y el músculo pierde poco á poco su elasticidad y su facultad contractil y se retrae. Según Virchow la alteración consiste en una degeneración callosa del tejido celular, efecto del depósito del tejido fibro-plástico. Cuando la lesión alcanza su mayor alto grado, la contractura es tal, que los enfermos están fijos en una posición definitiva, no pudiendo estender ni doblar su miembro, verificándose principalmente la retracción en el sentido de la flexión. De esto puede resultar una atrofia del músculo y una retracción fibrosa incurable.

Según Bouisson los tumores permanentes reconocen tres grados: en el primero hay tumefacción, congestión é infarto de los músculos; esta es una especie de flegmasia incipiente: en el segundo no es solo un simple infarto seroso y un edema, sino que se produce una verdadera flegmasia, amenazando entonces la supuración; en el tercer grado, sino hubo supuración, los tumores sífilíticos de los músculos se induran y pasan por diversos estados, cuyo último término es la aparición cartilaginosa y también la producción de osteoides en los músculos. Virchow pone en duda la terminación por supuración y compara las lesiones musculares á los gomos, cuyo goma no provendría de la fusión del tejido muscular con el derrame plástico, sino que se desenvolvería entre los elementos musculares, de los cuales contiene restos en mayor ó menor cantidad. Según Bouisson estos tumores pueden presentarse en casi todos los músculos trapecio, glúteo mayor, estérno mastoideo, etc.; siendo su sitio de predilección los músculos de los labios y la lengua.

§ IV.—Pronóstico.

El pronóstico no es grave en el sentido de que no está comprometida la vida; pero la función del músculo puede alterarse y abolirse definitivamente, sino se administra pronto un tratamiento conveniente.

35. LESIONES SIFILÍTICAS DEL PERIOSTIO Y DE LOS HUESOS.

Estas lesiones son frecuentes y muchas veces muy graves y pertenecen á la sífilis terciaria, hecho que no dá lugar á discusión, puesto que apenas se citan algunas raras excepciones á esta regla. Los productos morbosos y las lesiones tienen una marcha diferente de

la de las enfermedades análogas, pero que proceden de otra causa ya local, ya constitucional. La especificidad se revela aquí sobre todo por las modificaciones que el tratamiento imprime á la enfermedad; sin embargo, examinadas en sí mismas estas lesiones, no presentan carácter anatómico de tal manera particular que se las deba describir con grandes detalles; por lo mismo remitimos al lector á los tratados de patología estérna, para la descripción de las enfermedades del periostio y de los huesos. La sífilis ósea comprende muchas variedades: primero los trastornos funcionales y las sensaciones dolorosas, *dolores osteocopos*, después la *periostosis* y la *periostitis*, la *osteitis*, los *exóstosis*, la *cdries* y la *necrosis*.

36. DOLORES OSTEOCOPOS.

¿Existen dolores especiales de la sífilis? así se ha creído por mucho tiempo. Los dolores de los huesos, nocturnos, son en todos los casos uno de los síntomas más característicos de la sífilis terciaria. ¿Estos dolores son idiopáticos, sin lesiones y sin trastorno material? Esto es imposible creerlo, sino que denuncien lesiones que escapan todavía á nuestros sentidos.

Estos dolores osteocopos preceden pues y anuncian las lesiones aparentes de los huesos y del periostio, pero no deben confundirse con los reumáticos ó neurálgicos.

§ I.—Sitio.

Los dolores osteocopos se manifiestan sobre todo en los huesos superficiales, tales como el cráneo, la clavícula, las tibias, el cúbito y la parte interna del radio, la cabeza y la extremidad inferior del peroné; y por lo general las extremidades de los huesos largos, el esternon, el maxilar inferior, los huesos de la nariz, las costillas y con menos frecuencia el metacarpo y el metatarso. Se ha observado que se localizan en la parte más densa y más compacta de los huesos.

§ II.—Síntomas.

El principio consiste en una sensación vaga de incomodidad, ó en una especie de entorpecimiento sin límite exacto. La localización se hace poco á poco y aparecen en un punto fijo verdaderos dolores, los cuales son muy agudos, dislacerantes, *perforantes*, haciéndose insoportables bajo la influencia de la menor presión.

El carácter de exacerbación nocturna es importante observarlo, porque es constante en esta afección, y se han dado diversas explicaciones para conducir este hecho á una interpretación racional. Ricord emitió la opinión de que el calor de la cama causaba esta recrudescencia de los dolores; en efecto, se observa, que los enfermos que se

acuestan por el día, ya á consecuencia de exigencias profesionales ó por otro motivo, sufren durante el día; y á la inversa que los que permanecen levantados por la noche, no experimentan entonces estos dolores. La remision de los dolores durante el tiempo de la vigilia y de la estacion no es completa. Los tejidos no presentan alteracion alguna apreciable, ni rubicundez, ni tumefaccion, ni ninguno de los signos de la inflamacion. El estado general sufre la influencia fatal de estos dolores y de este insomnio; la dispepsia y por consiguiente el agotamiento de fuerzas sobrevienen con la anemia y una irritabilidad nerviosa escesiva. En algunos enfermos la melancolía llega á su colmo. Localmente hay dificultad de ciertas funciones; la locomocion y el ejercicio de los miembros en general no se hacen tan bien y la respiracion puede ser difícil, á consecuencia de los dolores osteocopos que tienen su asiento en el esternon ó en las costillas.

§ III.—Diagnóstico.

El diagnóstico ofrece muchas dificultades, porque la lesion aparente puede faltar por algun tiempo; al médico solo le guia en este caso la expresion mas ó menos justa de las sensaciones que el enfermo experimenta; el dolor puede atribuirse á muchas causas y por lo mismo el error es fácil; si la confusion tiene lugar solamente entre los dolores reumáticos y los osteocopos, se le podrá corregir fácilmente, examinando los signos que hemos descrito: en los dolores reumáticos del principio del venéreo, el mal se localiza en las partes carnosas de los miembros, ó en las partes fibrosas y tendinosas inmediatas á las articulaciones; por otra parte, el dolor no adquiere grandes proporciones. En el caso de dolor osteocopo los huesos mismos, ciertos huesos, los mas superficiales son el sitio del dolor, el cual es escesivo y muy limitado. En el primer caso el mercurio y en el segundo el ioduro de potasio producirán un pronto alivio.

§ IV.—Pronóstico.

No podria deducirse de los dolores mismos; tratado á tiempo este síntoma desaparece y el enfermo escapa á las consecuencias necesarias de la enfermedad. Abandonado á sí mismo, vé trasformar los dolores en una lesion material, sea periostosis, osteitis, exostosis, cáries ó necrosis.

37. PERIOSTITIS Ó PERIOSTOSIS SIFILÍTICA.

Se ha convenido describir aparte y considerar como lesion aislada la periostitis, aun cuando el hueso mismo esté afectado á la vez en la superficie. En algunas ocasiones no hay otro signo de osteitis que la periostitis misma. Se distinguen tres especies de periostitis:

1.^a flegmonosa; 2.^a gomosa; 3.^a plástica; á esta última especie es á la que se ha dado el nombre de periostosis.

1.^a La *periostitis flegmonosa* tiene todos los caracteres propios de las flegmasias, que son dolor, calor y tumefaccion: la piel se pone tambien roja y se adhiere á los tejidos subyacentes, apareciendo un tumor parecido en todo á un flegmon. Los tegumentos adelgazados se perforan y dan paso á un pus, primero espeso, en seguida seroso y osifluente. Si el tratamiento no suspende los progresos del mal, sobreviene una ulceracion, cuya base está formada por la superficie ósea desnuda y cariada.

2.^a La *periostitis gomosa* no ofrece el curso rápido y los síntomas dolorosos de la periostitis flegmonosa; sobreviene mas lentamente y tiene su asiento entre el periostio y el hueso. Consiste en un tumor de base fija, cuyo volumen no escede del de una nuez. Este tumor ofrece una mediana dureza; retrocede y se absorbe. El líquido que lo forma es gomoso, viscoso y parece análogo al de los demás gomas sifilíticos, y algunas veces comparable á la materia caseosa (*goma caseosa*).

3.^a La *periostitis plástica* ó *periostosis* empieza como la periostitis flegmonosa por fenómenos inflamatorios y dolores osteocopos, sin rubicundez en la piel y sin tendencia á la supuracion. Consiste en un derrame de plasma entre el periostio y el hueso. Este plasma es resistente y tiende á organizarse; tal es el punto de partida de los exostosis.

38. OSTEITIS SIFILÍTICA.

§ I.—Formas de la enfermedad.

La osteitis sifilítica puede ser destructiva y producir la necrosis (osteitis seca) ó la cáries (osteitis húmeda), ó bien es plástica ó hiperplástica, traduciéndose la sobreactividad de la vida por un génesis nuevo, por un producto franco y persistente; esto es lo que se llama *exostosis*.

Al principio, el punto en que debe producirse el hueso nuevo es el sitio de dolores osteocopos intensos, las mas de las veces nocturnos. En el punto preciso donde se presenta el dolor aparece poco á poco un tumor duro, cuyo volumen varia mucho y que forma un relieve sensible al dedo y á la vista; la piel es tensa, pálida y lisa, y estos tumores pueden comprimir y molestar los nervios superficiales, los vasos y los músculos mismos.

Resulta de este accidente un trastorno funcional y una dificultad en ejecutar los movimientos, principalmente en los casos de exostosis tibial. Los exostosis se dividen en dos clases: 1.^a *exostosis parenquimatosos* y 2.^a *exostosis epifisarios*.

El *exostose parenquimatoso* consiste en una separacion de los tu-

bos óseos por la materia plástica derramada; pero si la reabsorción se verifica á tiempo, no queda ninguna deformidad, mas si tarda, en este caso hay vacíos y aplanamientos óseos y una atrofia mas ó menos estensa, que puede comprometer la solidez del hueso.—Otro caso es aquel en que la osteitis ha condensado el tejido óseo y en el cual éste, duro y denso, toma la apariencia del marfil (*eburnación*).

El *exostose epifisaria* se desarrolla en la superficie del hueso y á veces en el periostio mismo, siendo mas aislada y mejor circunscrita que la precedente; esta es menos molesta y causa menos dolores, pero rara vez termina por resolución y se hace casi siempre eburnea.

§ II.—Síntomas y pronóstico.

Por sí mismo el exostóse no ofrece ningun peligro, porque es un hueso deforme pero sano; sin embargo este desarrollo óseo, sobrevenido fuera de las previsiones y de la compostura normal del esqueleto, puede ocasionar accidentes graves. Sobre un hueso superficial y aislado solo hay incomodidad; pero en una epífisis puede producir dificultad en el movimiento de la articulacion y tambien á veces una luxacion.

La compresion ejercida sobre los músculos los atrofia, y sobre los nervios, produce neuralgias ó parálisis. Rodet ha citado un caso de atrofia muscular progresiva causada por un exostóse.

El peligro es mucho mas grave, si el exostóse se desarrolla en las cavidades que contienen órganos delicados y que no pueden comprimirse impunemente, tales como las cavidades raquidiana ó craneana. En este caso la vida del enfermo depende del diagnóstico, pero no hay signo físico, nada que hable á los sentidos, ni tumor, ni lesion anatómica aparente; solo los síntomas deben guiar al médico y conducirle al origen del mal. Pueden producirse parálisis parciales, paraplegias, accidentes convulsivos epileptiformes, hemiplegia, coma y delirio: no es posible enumerar aquí todos los trastornos del sistema nervioso que puede ocasionar una compresion de la médula espinal ó del cerebro: es fácil que la muerte sobrevenga rápidamente ó bien que el enfermo permanezca afectado de un trastorno funcional incurable. En este caso deben apreciarse con mucho cuidado los indicios recogidos de la boca del enfermo y las nociones adquiridas por el exámen directo de su persona; el descubrimiento de los menores vestigios ó cicatrices y marcas deben apreciarse cuidadosamente. El tratamiento por el ioduro de potasio puede hacer desaparecer estos graves accidentes, y es uno de los sucesos menos controvertibles de que se puede enorgullecer la medicina.

39. CÁRIES Y NECRÓSIS SIFILÍTICA.

No haremos aquí la descripción de la cáries ni de la necrosis, porque la sífilis no imprime sello especial á estas manifestaciones morbosas: con todo las produce con mas ó menos rapidez y con una predilección marcada para ciertos puntos. El curso de estas afecciones está bajo la influencia de la causa específica, y estas son las cuestiones que estudiaremos aquí con preferencia.

El *sitio* de la cáries y de la necrosis es superficial y en los huesos del cráneo las mas de las veces y los que ataca con mas preferencia son: los huesos de la nariz, el frontal y el parietal, siéndolo menos veces los de la cara, los cornetes, el vómer, los huesos palatinos, el etmoide, el maxilar superior, principalmente la apófisis ascendente, las costillas y las estremidades de los huesos largos.

Los *síntomas* varían segun el sitio; cuando la cáries ó la necrosis son superficiales, hay tumefacción, rubicundez de la piel, supuración, perforación y absceso osifluente de fondo rugoso; puede producirse tambien una ancha y profunda ulceración. Estas heridas supurantes acaban al enfermo, son lentas en la reparación y acarrear deformidades crueles.

Las primeras descripciones de la sífilis nos demuestran el horror que inspiraban los desgraciados desfigurados por la pérdida de la nariz, ó por heridas profundas de la frente, ó de otras partes de la cara. Si la cáries ó la necrosis ocupan la lámina interna de los huesos del cráneo, pueden provocarse meningitis mas ó menos estensas, abscesos ó derrames con compresion del cerebro; en semejante caso puede sobrevenir la muerte rápidamente. Si existiese un secuestro óseo, la trepanación salvaria algunas veces al enfermo.

La deformidad de la nariz es uno de los accidentes mas frecuentes en este período de la sífilis; siendo el vómer el que se halla atacado el mayor número de veces. Despues de la eliminacion del secuestro, la nariz se deprime y se deforma. En algunas ocasiones la cáries ataca á los huesos de la base del cráneo. La osteitis medio palatina, es frecuente, cuya osteitis ocasiona una pérdida de sustancia que permite comunicar la parte superior de la bóveda bucal con las fosas nasales, de donde resulta una molestia á la cual la autoplastia no siempre puede poner remedio. Puede estinguirse el oido, porque muchas veces hay destruccion de sus huesecillos. Es fácil que el borde alveolar del maxilar superior se necrose y acarree una profunda pérdida de sustancia; y cuando hay necrosis de la rama ascendente de este hueso, se forma muchas veces una fistula lagrimal. En ocasiones tambien se producen osteitis supurantes en la órbita, resultando de aquí una cicatriz deforme con hundimiento de uno de los párpados. No se pueden enumerar aquí todas estas lesiones que son del dominio de la patologia externa: en semejante caso debe hacerse siempre

el diagnóstico de la diátesis, y apenas queda duda mas que entre la escrófula y la sífilis. El tratamiento por el ioduro de potasio, ó mas bien el tratamiento misto, en donde entre el mercurio, ilustrará tambien el diagnóstico.

Con el nombre de *tumores blancos sifilíticos*, Richet ha descrito: 1.º la *sinovitis*, 2.º la *osteitis articular seguida de sinovitis*. Esta manifestacion sifilítica se distinguirá de las demás artritis por su curso lento é indolente, la tumefaccion de las estremidades epifisarias y condensacion de la sinovial, un derrame lento, la tendencia á la anquilosis, etc.

40. SIFILIS VISCERAL.

La sífilis estiende su accion al organismo entero: cuando ataca á los órganos superficiales, habla á los ojos y se anuncia por signos ciertos, por lo mismo la sífilis superficial era conocido mucho tiempo antes de que se sospechase todavia la visceral. A los autores contemporáneos es á los que debemos el conocimiento de estas lesiones profundas, que hasta entonces, sin ser desconocidas, no se habian referido á la causa diatésica que las engendra. Entre estos autores citaremos á P. Yvaren (1), Gubler (2), Bedel (3), Hildenbrandt (4), Virchow (5), Lagneau (6), Gros y Lancereaux, (7), Ladreit de la Charriere (8), Zambaco (9), Leudet, Depaul, Lebert (10), Melchor Robert, Schützemberger, Ludger Lallemand, Beyran, Ch. Robin.

La sífilis visceral ha sido estudiada en sus manifestaciones sobre los centros nerviosos, sobre el hígado, el aparato respiratorio y circulatorio, los riñones y el bazo. Comenzaremos por describir la accion de la sífilis sobre el sistema nervioso central.

41. SIFILIS DE LOS CENTROS NERVIOSOS.

Es necesario distinguir las lesiones de los centros nerviosos de las de su envoltura ósea.

Los exostosis, periostosis, cáries y necrosis del cráneo ó de las

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1845, et *Gazette médicale de Lyon*, 1858.

(2) Gubler, *Memoires de la Société de biologie*, et *Gazette médicale*, 1852.

(3) Bedel, *De la syphilis cérébrale*, thèse de Strasbourg, 1851.

(4) Hildenbrandt, *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*, thèse de Strasbourg, 1859.

(5) Virchow, *De la syphilis constitutionnelle*, trad. de Picard. Paris, 1860.

(6) Lagneau, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.

(7) Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.

(8) Ladreit de la Charriere, *Des paralysies syphilitiques*, thèse. Paris, 1862.

(9) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862.

(10) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857-1860, t. I.

vértebras provocan inflamaciones consecutivas ó compresiones del centro nervioso. Mas arriba hemos citado estos casos, pero con trastornos indirectos. Se han observado tambien casos, en los cuales estos no dependian de lesiones de proximidad, sino de lesiones directas del centro nervioso, ó de sus cubiertas, que constituian la enfermedad.

En un inmenso número de casos, á la verdad, no presentaban nada de específico, lo mismo que los trastornos funcionales, y la naturaleza especial de la enfermedad, solo se denunciaba por la etiología racional y por la influencia del tratamiento.

Seria, pues, necesario, para ser completo el estudio, pasar revista á todos los trastornos del sistema nervioso, neuralgias, analgesia ó anestesia, hemiplegia facial, hemiplegia completa, paraplegia, delirio, locura, epilepsia, etc. Nosotros no podemos abrazar un campo tan vasto y debemos contentarnos con esponer la parte mas importante de nuestro asunto, remitiendo á nuestros lectores para lo demás, á las enfermedades del sistema nervioso y á los tratados especiales de la sífilis.

Esta cuestion la trata con mucha estension Zambaco, que estudia sucesivamente las categorías siguientes: 1.º afeccion del sistema nervioso con lesiones, comprendiendo la congestion, las lesiones de la coroides, los derrames plásticos y los gomas encefálicas; 2.º las afecciones nerviosas sin lesiones apreciables; 3.º las neuropatías sifilíticas; 4.º las neuralgias que comprenden la neuralgia ciática, la intercostal, la del quinto par, del nervio sub-occipital y de los dentarios; 5.º las parálisis de los nervios motores del ojo, del óculo motor comun, del nervio facial y la hemiplegia parcial ó completa; 6.º la paraplegia; 7.º las convulsiones sifilíticas; 8.º una forma especial de parálisis, parecida á la parálisis general de los enagenados; 9.º trastornos de la sensibilidad general; 10.º la amaurosis y la ambliopia sifilíticas; 11.º los trastornos del gusto; 12.º los trastornos del olfato; 13.º la córea sifilítica; 14.º la histeria sifilítica; 15.º la epilepsia sifilítica; 16.º los trastornos intelectuales, producidos por la sífilis.— Esta enumeracion dará al lector una justa idea de la estension del asunto. En efecto, se puede decir de la sífilis, como de las demás diátesis (reumatismo, gota, artritis, escrófula, etc.), que puede producir casi todas las enfermedades.

Anatomia patológica.—Es escusado buscar el elemento morbozo propio de la sífilis, destruye, y solo engendra productos transitorios. Las meningitis, las hemorragias cerebrales imputadas á la sífilis, no se distinguen por ningun carácter histológico especial.

Segun Robin y Virchow, el cerebro puede infiltrarse de un exudato especial plástico, que se presenta diseminado por todo el órgano, ó localizado bajo la forma de placas, las cuales se hallan situadas en el cerebro mismo, ó en las meninges. Luys ha descrito de la manera que sigue la histología de estas placas y de un pequeño tu-