

mor observado por delante del quiasma; núcleos y células fibro-plásticas, fibras de tejido fibro-plásticas fusiformes y numerosos vasos capilares.—En resumen no hay lesión especial.

*Diagnóstico.*—El único elemento importante del diagnóstico es probar la génesis de la enfermedad y demostrar su procedencia; tal es por otra parte la preocupación de todos los médicos, que saben que la lesión local procede muchas veces de una influencia constitucional. Encontrar la diátesis, es de un solo golpe hallar el remedio, no solamente para la lesión actual, sino también para todas aquellas del mismo orden que el organismo tiene latentes y que pueden manifestarse en los diferentes períodos de la vida del individuo. Los conmemorativos y el estudio de las cicatrices deberán formar la base del diagnóstico en estos casos graves y difíciles.

#### 42. SIFILIS HEPÁTICA.

##### § I.—Historia.

Las afecciones sífilíticas del hígado han sido descritas hace poco tiempo aun. Dittrich (1), en 1849, y Gubler, en 1852 (2), nos han suministrado ejemplos de ellas, relativamente á sus caracteres histológicos. Dittrich había observado adultos y Gubler niños. Estas observaciones fueron rebatidas por Bohmer (3). Dufour ha descrito un caso de cirrosis sífilítica (4). Citaremos también entre los autores que se han ocupado de esta cuestión á Quelet (5), Lecontour (6) y Leudet (7). Virchow (8) y Frerichs (9) han consagrado ambos á esta afección un capítulo de sus obras. Sigmund describió algunos casos de este género.

##### § II.—Variedades.

Existe un cierto número de ejemplos de enfermedades del hígado reputadas cancerosas, que al ceder al tratamiento antisífilítico, demostraron su verdadera naturaleza.

Se pueden admitir muchas variedades de lesiones que son: la *perihepatitis*, la *hepatitis*, los *gomos* y las *cicatrices*.

(1) Dittrich, *Prager Viertelj.* 1849.

(2) Gubler, *Mém. de la Soc. de biologie*, 1852.

(3) Bohmer, *Zeitschrift f. Rat. med.* 1853.

(4) Dufour, *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.

(5) Quelet, *Syphilis du foie*, thèse. Strasbourg, 1856.

(6) Lecontour, *Affections syphilitiques du foie*, thèse. París, 1860.

(7) Leudet, *Syphilis viscérale (Monit. des sciences méd.)*, 1860.

(8) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*. París, 1860. 1 vol. in-8.

(9) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.<sup>a</sup> édition, París, 1865, in-8.

La *perihepatitis* consiste algunas veces en una especie de erupción compuesta de pequeños tumores casi miliares que se desarrollan en la superficie del hígado. A su nivel hay engrosamiento de la cápsula de Glisson, y en ocasiones se forman adherencias con el diafragma ó el peritoneo de las vísceras inmediatas: estas adherencias son fibrosas, duras y resistentes.

La *hepatitis* ó lesión del parénquima afecta diversas formas. Según Gubler, en los recién nacidos sífilíticos, atacados de lesión hepática, el hígado está voluminoso, duro, elástico y de una coloración amarillo-pálida, ya en masa, ya por placas aisladas. Los vasos en las regiones enfermas están obliterados. Virchow describe como sigue las lesiones del parénquima del hígado. «Las lesiones del parénquima del hígado afectan ordinariamente la forma de una cicatriz; producidas aquellas por la irritación circunscrita de uno ó muchos puntos del órgano, provocan en estas partes la atrofia completa del parénquima glandular, dejando completamente intactas las demás. En efecto, se encuentran (que haya ó no tubérculos gomosos) depresiones en la superficie del hígado en forma de repliegues radiados y de un color blanquecino; á estas depresiones vienen á insertarse bridas resistentes, y cuando se cortan estos puntos, se presenta por debajo de la cápsula fibrosa muy densa una masa dura de un blanco brillante y muy resistente, que penetra más ó menos el tejido del órgano y se extiende irradiándose hasta los demás puntos enfermos, los cuales están muchas veces reunidos de este modo los unos á los otros en número variable. En ocasiones se encuentran en medio de la cicatriz los vasos sanguíneos y los conductos biliares conservados; entonces la cicatriz es menos resistente y menos blanca. El mayor número de veces los vasos y los conductos están también modificados; en los primeros se encuentran coágulos que acaban por organizarse, y los segundos se hallan obliterados por concreciones biliares. La ascitis y la ictericia pueden ser consecuencia de estas alteraciones.

»Aquí como en la orquitis simple sífilítica, hay que habérselas con la induración crónica seguida de atrofia del tejido glandular... La lesión no ataca en algunos casos más que á un lóbulo, el lóbulo derecho ó el izquierdo, y la atrofia de la parte afectada es tan completa, que el hígado se pone desconocido y se parece al bazo; en los demás casos se produce una deformidad notable de un lóbulo. Cuando las cicatrices penetran profundamente en la glándula y se reúnen, forman verdaderos nudos que estrangulan el órgano, á lo cual se le ha llamado hígado lobulado, y presentándose en las alteraciones sífilíticas el carácter particular de que las induraciones cicatriciales no siguen necesariamente la dirección de las grandes ramificaciones de la vena porta.»

Según las observaciones de Laudet se sabe que esta atrofia sífilítica del hígado no se parece á la cirrosis ordinaria, la cual presenta pe-

queñas granulaciones: aquí surcan al hígado profundas anfractuosi-  
dades, principalmente en la proximidad del ligamento suspensorio.

La *afección sífilítica gomosa* del hígado la ha descrito por primera vez Budd (1) con el nombre de *tumores granulados enquistados*, los cuales consideraba como producidos por una inflamación de las vías biliares, seguida de su obliteración con dilatación y obstrucción por los productos biliares. Oppolzer y Bochdalek (2) habían descrito estos tumores como cánceres atrofiados; pero Dittrich demostró su naturaleza sífilítica. Según Budd, estos tumores están constituidos en su centro por una sustancia densa, sembrada de granulaciones grasosas con núcleos, algunas células y filamentos fibrosos. Virchow ha observado en los hígados sífilíticos la alteración amiloidea que hace al hígado cirroso, después una induración más ó menos generalizada ó una alteración especial de las células hepáticas, que puede compararse á la de las células de los riñones en la albuminuria. Primero hay aumento de volumen de estas células, y más adelante estado gránulo-grasoso.

### § III.—Síntomas.

Estas lesiones pueden no dar lugar á síntomas aparentes y no descubrirse sino en la autopsia; no obstante, se ha observado en algunas ocasiones un aumento del volumen del hígado al principio, con sensación de incomodidad en el hipocóndrio derecho y en la región epigástrica: á veces también se han visto la ictericia y la ascitis (cirrosis sífilítica). Tampoco han dejado de notarse trastornos digestivos, así como también vómitos y deyecciones sanguinolentas. Cuando las manifestaciones morbosas se presentan por parte del hígado en un enfermo afectado de sífilis, se está en el caso de sospechar la causa diatésica especial; en el mayor número de casos la sífilis hepática es un accidente terciario; pero Ricord la ha observado algunas veces al principio del período secundario.

#### 43. SIFILIS DEL APARATO RESPIRATORIO.

1.º *Laringe*.—La sífilis ataca con preferencia á la laringe, y puede producir en ella lesiones de todos grados, desde la simple rubicundez hasta la necrosis de los cartílagos. Un simple catarro crónico puede existir indefinidamente y producir la ronquera de la voz (*rau-cedo sífilítico*). También puede producirse un engrosamiento de las cuerdas bucales, así como ulceraciones que ocupan la base de la epiglottis, los repliegues ariteno-epiglóticos, las cuerdas vocales y alcanzar también á los cartílagos. La destrucción de los cartílagos por

(1) Budd, *On diseases of the Liver*, 1857.

(2) Bochdalek, *Prager Vierteljahrschrift*, 1845.

necrosis es un accidente de los más graves; y nada se parece más á la tisis laríngea que la laringitis crónica sífilítica; pero si solo se está en el primer caso, la tisis pulmonal es la regla. El uso del laringoscopio dá al diagnóstico una exactitud notable, permitiendo penetrar con la vista en el interior de la laringe. El curso de la enfermedad y la presencia de accidentes sífilíticos de diversas regiones completarán este diagnóstico. Pueden resultar de la laringitis crónica los accidentes más graves, porque no solo hay ronquera de la voz, sino que es fácil se presente un estrechamiento tal, que la respiración sea dificultosa, y si sobreviene un pequeño edema, es posible que se produzca la muerte por sofocación. La traqueotomía se ha practicado á veces con éxito en semejante caso, pero debe emplearse sin tardanza el tratamiento antisífilítico. En ocasiones sucede que se forman ulceraciones en la tráquea y que á consecuencia de ellas se verifica una estrechez de este conducto. Esta especie de accidente ha sido descrito bastante bien por Charnal (1).

2.º *Parénquima pulmonal y bronquios*.—Virchow cree que se deben admitir las ulceraciones sífilíticas de los bronquios y también una neumonitis crónica sífilítica. Declara haber visto muchas veces en la sífilis constitucional, cicatrices estelarias de la pleura y pleuresías deformantes, que correspondían exactamente á la periorquitis sífilítica. Portal ha indicado una tisis pulmonal sífilítica. Depaul describió derrames particulares verificados en el parénquima de los recién nacidos, atacados de sífilis congénita (2). Hecker describió más tarde las mismas lesiones. Führer (3) ha señalado una neumonitis sífilítica en el adulto con infiltración difusa del pulmón y bronquitis lobular. Ricord y Lebert han indicado las gomas pulmonales. Lagneau, hijo, ha reunido cierto número de casos de sífilis pulmonal (4). Leudet diagnosticó una sífilis pulmonal, que fué curada por el tratamiento específico. Nosotros mismos hemos observado un hecho semejante en un joven afectado de una tos convulsiva, violenta, con demacración, pérdida de sueño y apetito, dispepsia y algunos otros síntomas molestos: existían indicios de sífilis en la piel. Un tratamiento misto por el mercurio y el ioduro de potasio hizo desaparecer los accidentes pulmonales muy rápidamente y le restituyó la salud.

Virchow dió también la descripción anatómica de lesiones pulmonales, á las cuales sucumben los niños atacados de sífilis congénita. «La masa seca resistente, muy análoga á la infiltración tuberculosa que está encerrada en los alvéolos pulmonales, se halla com-

(1) Charnal, *Rétrécissement de la trachée*, thèse. Paris, 1859.

(2) Depaul, *Gazette des hôpitaux*, mai 1851.

(3) Führer, *Deutsche Klinik*, 1854.

(4) Lagneau, *Des mal. pulm. causées ou influencées par la syphilis*, thèse. Paris, 1851.

puesta de células comprimidas, puriformes, invadidas por la degeneración grasosa y formando una especie de detritus granuloso.»

P. Dubois ha llamado la atención sobre una alteración del timo, que se encuentra en los recién nacidos sífilíticos. Hecker describió tres casos, en los cuales había absceso del timo; pero estas lesiones solo se encuentran en los recién nacidos.

#### 44. SIFILIS DEL APARATO CIRCULATORIO.

Estas lesiones son poco frecuentes. En un caso publicado por Ricord en su *clínica iconográfica*, el enfermo atacado de sífilis constitucional murió repentinamente, habiendo demostrado la autopsia un engrosamiento del endocardias y encontrándose en diversos puntos del sistema arterial tumores reblandecidos, parecidos á los gomas. Lebert (1) ha descrito tumores de apariencia gomosa, encontrados en las válvulas simoideas de la arteria pulmonal. Gubler citado por Melchor Robert dá la descripción siguiente de una alteración sífilítica del corazón: «He visto, dice, en una mujer atacada de exostosis tibial, coincidir con alteraciones del tejido del corazón, una cirrosis con desarrollo excesivo del tejido cicatricial. El corazón se hallaba muy hipertrofiado, el pericardio presentaba placas lechosas, y la sustancia muscular estaba en sitios amarilla y pálida, y el microscopio demostraba en ella una alteración profunda de la fibra carnosa, cargada de innumerables gránulos moleculares.» El mismo autor cita un aneurisma del cayado aórtico, cuyo punto de partida ha podido ser una afección sífilítica de las paredes del vaso. Según Virchow, habrá existido allí una *pericarditis* y una *endocarditis sífilítica*, una *miocarditis simple* y una *miocarditis gomosa intersticial*, considerando bajo todos conceptos idéntica la naturaleza de la afección sífilítica del corazón, con la de los testículos y del hígado.

#### 45. SIFILIS DE LOS RIÑONES.

Rayer fué el primero que ha observado la albuminuria que sobreviene bajo la influencia de la sífilis, con las alteraciones propias de la enfermedad de Bright (degeneración cirrosa ó amiloide ó atrofia consecutiva del riñón). Virchow describe la nefritis sífilítica intersticial, local ó generalizada, la degeneración grasosa con descamación de los *tubuli* y atrofia parcial del riñón. Lancereaux (2) ha citado muchos casos de nefritis intersticial, de nefritis amiloidea y de atrofia sífilítica del riñón.

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 696.

(2) Lancereaux, *Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1864, et *Traité de la syphilis*. Paris, 1866.

#### 46. SIFILIS DEL BAZO.

Se ha considerado el bazo lardáceo como atacado de alteración sífilítica. Virchow admite que la degeneración amiloidea del bazo se encuentra en la sífilis y distingue dos variedades una dura y otra blanda. El último término de estas alteraciones es un aumento del tejido conjuntivo, con retracción y depresión cicatricial.

#### 47. CAQUEXIA SIFILÍTICA.

Algunos autores han consagrado un capítulo especial á la *caquexia sífilítica*, como una forma particular de la diátesis sífilítica. No puede decirse que sea una forma de la enfermedad; la caquexia es un hecho común que puede producirse bajo la influencia de todas las enfermedades que obran fuertemente sobre el organismo, y que es ocasionada por circunstancias debidas, ya al medio en el cual viven los enfermos, ya á su constitución propia, ya á su régimen. Los escesos, la miseria y la fatiga deben contribuir á este estado mormoso; sin embargo, no se puede prescindir de considerar la caquexia sífilítica como una manifestación digna de interés, y no siempre se explica por la gravedad de las lesiones, ni por la debilidad del organismo. La piel se pone seca y terrosa, hay pérdida de apetito y demacración, y la palidez y la anemia son muy pronunciadas; la piel se cubre de erupciones especiales, tales como el ectima, la rupia ó el pénfigo, con tendencia ulcerosa: sobreviene una lienteria con fiebre hética, inanición y gangrena, y la muerte es el término casi fatal de estos accidentes. La caquexia sífilítica se presenta las mas de las veces en el período terciario de la sífilis y en los sujetos de avanzada edad.

#### 48. SIFILIS DOBLE.

Por lo general se admite que la sífilis solo puede padecerse una vez: esta regla es casi absoluta y debe inspirar al médico una confianza suficiente, para que no admita sin prueba la existencia de una recidiva de la sífilis; no obstante se poseen muchos casos auténticos de dicha recidiva. Rodet ha citado cuatro ejemplos de ello y Follin y Delestre otros dos. De cualquier manera que sea, estas excepciones son sumamente raras y al citarlas no pensamos dirigir ningun ataque á esta ley general, según la cual no se padece la sífilis mas de una vez.

#### 49. INOCULACION DE LA SIFILIS.

*Inoculabilidad de los accidentes secundarios.*—Muchas cuestiones importantes se presentan en este punto: hemos indicado ya en varios

de los capítulos precedentes los hechos nuevos sobre los cuales se funda la doctrina contemporánea de la inoculabilidad de los accidentes secundarios. Aquí esponemos la série de experiencias relativas á la inoculación artificial ó occidental del virus sifilitico en sus diferentes períodos; y si se considera la cuestión bajo el punto de vista histórico, se ve que al principio de los estudios sobre la sífilis, los primeros observadores estaban imbuidos de singulares preocupaciones, y creían en la transmisibilidad del venéreo por el aire, el aliento y el sudor: se consideraba contagiosa la sífilis en todos sus períodos, siendo moderna la doctrina de la inoculación por el chancro solo. Saxonia, el primero (1797), Hunter despues de él y por último Ricord, han demostrado de tal manera la no inoculabilidad de los accidentes secundarios y la necesidad del chancro para suministrar la materia inoculable, que el hecho de la inoculabilidad de los accidentes secundarios es todavía ignorado ó negado por la mayor parte de los clásicos contemporáneos. Sin embargo, Rollet ha probado este hecho de una manera que no deja lugar á duda alguna.

Wallace fué el primero que hizo inoculaciones sifiliticas en condiciones irreprochables. Los experimentos de Hunter y de Bell estaban en parte llenos de errores. En 1835 fué cuando Wallace, (de Dublin) instituyó sus esperiencias, operando por el método de incision, ó de puncion, ó de denudacion de la piel. Desde Wallace, un cierto número de experimentadores han seguido la misma via, aprovechándose de los perfeccionamientos de la ciencia moderna, Rollet hizo el estado siguiente de los casos de inoculación conocidos:

*Inoculación del chancro sifilitico primitivo.*—Once veces se practicó esta inoculación. Estas observaciones son debidas á Cullerier (1), á Rinecker (2), á Berensprung (3), á Lindwurm (4), á Gilbert (5), á Rollet y á algunos de sus discipulos (6), al autor conocido con el nombre *anónimo del Palatinado* (7), á Pellizzari, á Waller (de Praga). En estos casos la inoculación se ha practicado con todas las precauciones apetecidas, es decir, que el pus se ha recogido en un verdadero chancro infectante y transmitido por la incision de la piel á un sugeto no infectado precedentemente. Se hizo esta observacion, que al empezar los chancros desarrollados por inoculación, podia ofrecer algunas dudas, á causa de la apariencia particular que ofrece este accidente primitivo en el primer momento de su evolucion, es decir, en un período que no se observa habitualmente en la práctica,

(1) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1865.

(2) Rinecker, *Archives génér. de méd.*, mai 1858.

(3) Berensprung, *Gazette hebdomadaire*, 1862.

(4) Lindwurm, *Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen krankheiten*.

(5) Gilbert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 483.

(6) Rollet, *Bulletin de la Societé médicale de Lyon*, 1864.

(7) Lasègue, *De la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives générales de médecine*, 1863, t. I, ou 5<sup>e</sup> série, t. XI, p. 603).

porque los enfermos no se presentan al médico, sino cuando el chancro está formado del todo. Segun la espresion de Rollet, la clínica con sus chancros formados completamente y la inoculación con su incubacion y sus chancros nacientes, no nos suministran casos comparables entre sí, y es necesario tener en cuenta en una misma lesion los estados variados, bajo los cuales se presenta sucesivamente: así es que diferentes observadores han traducido cada uno á su manera la apariencia del accidente inicial al principio: los unos han hablado de pápulas, los otros de escamas, de costras, de escrescencias tuberculosas; en suma todo venia á parar al cabo de poco tiempo en chancro verdadero. En estas observaciones, no solo se ve desenvolverse el chancro, sino que le sigue la sífilis constitucional con todas sus manifestaciones, sifilides, placas mucosas, sífilis, etc.

La inoculación de los *accidentes secundarios*, (placas mucosas) dá los mismos resultados. Semajantes experimentos peligrosos y repulsivos no se repetirán sin duda alguna, y por lo mismo es necesario tomar nota de los que se han hecho. La comunicacion leida á la Sociedad médica del Palatinado, 1856, por su secretario, sobre 14 experimentos de esta naturaleza, instituidos por un médico que no quiso dar su nombre, pero que pudo hacer la prueba de hechos adelantados, merece referirse principalmente (1). 14 individuos, 8 hombres y 6 mujeres aceptaron la experimentacion, que fué practicada en condiciones bien definidas y que dió los resultados siguientes:

1.º Estos experimentos se hicieron en individuos sometidos por mas de 3 años á la observacion y que no habian tenido jamás sífilis, por lo que se pudo observar, estando sanas su piel y la membrana mucosa de la garganta.

2.º La materia inoculable fué tomada en las condiciones siguientes: H..., jóven de 22 años, presa hacia 8 semanas, tenia en el momento del exámen manchas de un rojo cobrizo en todo el cuerpo, tumefaccion de ambas amígdalas, y en la izquierda una ulceracion del diámetro de un céntimo, fuerte inyeccion de la mucosa faríngea, tumefaccion de los gánglios del cuello por detrás de la oreja izquierda, entre los huesos y el pabellon, grietas profundas de bordes duros y lardáceos, que suministraban un pus grisáceo, el borde anterior de la cara interna de los grandes labios cubiertos de placas mucosas y además blenorragia. Limpiado cuidadosamente el pus blenorragico, no se descubria ninguna ulceracion. El primer individuo se inoculó con el pus de los tubérculos planos; pero como se hubiera podido objetar que una ulceracion primitiva desapercibida se hubiese mezclado á la secrecion, las inoculaciones ulteriores se verificaron con el pus de las grietas situadas detrás de la oreja. El mismo en-

(1) Lasègue, *De la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, 1858, t. I, ou 5<sup>e</sup> série, t. XI, p. 595).

fermo fué inoculado con la secrecion de las placas mucosas, sin éxito.

3.º Las inoculaciones se practicaron con la lanceta en el brazo, y jamás se hicieron menos de tres ni mas de diez picaduras en el mismo individuo. (3 inoculaciones se efectuaron con el pus del primer inoculado; en los 14 casos hubo 4 sin éxito).

4.º Cuando la inoculacion salió bien, la marcha fué casi idéntica en todos los casos. En los tres ó cuatro primeros dias las picaduras se inflamaron ligeramente, formando como pequeñas pústulas que desaparecian con rapidez. Pasaba cierto tiempo, durante el cual no se demostraba ningun fenómeno particular en los puntos inoculados, hasta que sobrevenia nueva reaccion; entonces las picaduras se inflamaban, formaban manchas de un rojo oscuro bien limitadas, elevándose en algunos dias sobre el nivel de la piel; aumentando de consistencia y descamándose por lo general en su vértice.

Los tubérculos así formados supuraban y se cubrian de una costra, bajo la cual se reunia el pus; sin embargo, en un enfermo los tubérculos no supuraron y retrogradaron, con la particular circunstancia de que este enfermo no ha presentado accidentes secundarios. En cuanto los tubérculos se ulceraban, sobrevenian, despues de un tiempo mas ó menos largo y las mas de las veces con fiebre y malestar general, manchas en la piel, y cuando se abandonaba la enfermedad á sí misma, estas manchas duraban semanas, para pasar en seguida al estado de psoriasis ó de tubérculos cutáneos. Por lo general la angina aparecia inmediatamente despues.

Los síntomas locales persistian siempre en el momento en que se declaraban los fenómenos generales.

En los casos en que las picaduras se inflamaban inmediatamente y supuraban, no habia manifestacion especifica ni general, ni local.

Todos los inoculados se inocularon de nuevo con el pus de sus ulceraciones, antes de la aparicion de los accidentes generales, pero sin éxito y sin reaccion especial en el punto inoculado.

El primer estadió de incubacion jamás fué menor de quince ó mayor de cuarenta y dos dias. El segundo varia entre veintiseis y ciento siete dias.

De nueve inoculados con la sangre, tres lo fueron con éxito, y aquellos en los cuales se habia frotado sobre una ancha superficie de absorcion.

La sífilis constitucional en estos enfermos curó con un tratamiento, en el cual entraba en primer término el ioduro de potasio. En pequeño número de casos rebeldes se recurrió al sublimado.

Hemos creído conveniente referir la relacion precedente, segun los *Archives de médecine*, á fin de que el lector viese cuán esplicitas y dignas de fé son estas esperiencias.

La inoculacion de la sangre del enfermo atacado de sífilis se hizo muchas veces; pudiéndose citar siete casos auténticos, de los cua-

les uno pertenece al profesor Pellizzari, de Florencia (1). Muchos jóvenes médicos se sometieron á esta esperiencia, practicada públicamente y con un objeto científico. La observacion de uno de ellos, el doctor Bargioni, es concluyente; la inoculacion se hizo con la sangre de una mujer que tenia placas mucosas y una roseola.

La sangre se habia recogido de la vena cefálica y aplicada al paciente por medio de una venda sobre una ancha superficie de la piel del brazo desnuda. Se presentó un chancro en los límites ordinarios (un mes) y á los dos meses siguientes sobrevino una roseola. Ya Waller (de Praga), cuyo nombre no debe olvidarse en la historia de la inoculacion, habia inoculado muchas veces, en 1850, la sangre de los sífilíticos, y produjo la sífilis en el sugeto inoculado de este modo. Giber (2) refirió (1859) una observacion semejante. Wallace habia inoculado igualmente el pus procedente de placas mucosas, y la inoculacion habia producido el chancro indurado y en seguida los accidentes secundarios de la sífilis. Guyenot, de Lyon (3), ha mencionado una observacion semejante, recogida en el hospicio Viejo.

En todos los casos se ve que el virus sífilítico, sacado de los accidentes secundarios, se conduce exactamente como el virus procedente, ya del chancro, ya de la sangre; produciéndose el chancro con las mismas apariencias iniciales, y siendo su desarrollo en el mismo tiempo y con los caracteres propios del chancro indurado sífilítico.

Las *sífilides pustulosas* tambien se han inoculado; debiéndose cuatro observaciones de este género á Wallace, Vidal y Rinecker. En la observacion de Vidal, fué un ectima el que sirvió para la inoculacion, y Rinecker tomó la materia inoculable de una pústula de sífilide de un niño atacado de sífilis congénita. En estos casos se vieron desarrollar, como en las precedentes observaciones, un chancro indurado y erupciones secundarias.

De este modo fué como la demostracion experimental vino á esplicar los hechos numeros de sífilis secundaria transmitida, que se encuentran en la práctica. Por mucho tiempo se han cerrado los ojos á la evidencia. Se veian jóvenes contraer la sífilis en un comercio legítimo con su marido que solo presentaba accidentes sífilíticos de un período mas ó menos avanzado, dando lugar estos hechos á interpretaciones erróneas y malévolas. Se negaba la trasmision de la sífilis de los recién nacidos á las nodrizas; hechos tan evidentes para los espíritus no prevenidos, que los tribunales los aceptaban, aunque los médicos dudaban todavia de ellos. ¿Cómo se efectúa este contagio? Frecuentemente por el simple contacto. Por otra parte el contagio se efectúa en este caso exactamente como en los casos de chancro, solo

(1) Pellizzari, *Gazette médicale de Lyon*, 1864, et *De la syphilis vaccinale*, comunicaciones á la Academia de medicina. París, 1865, p. 363.

(2) Gibert, *Bulletin de l'Acad. de méd.* París, 1858-1859, t. XXIV, p. 883.

(3) Guyenot, *Gazette hebdomadaire*, 15 de abril de 1859.