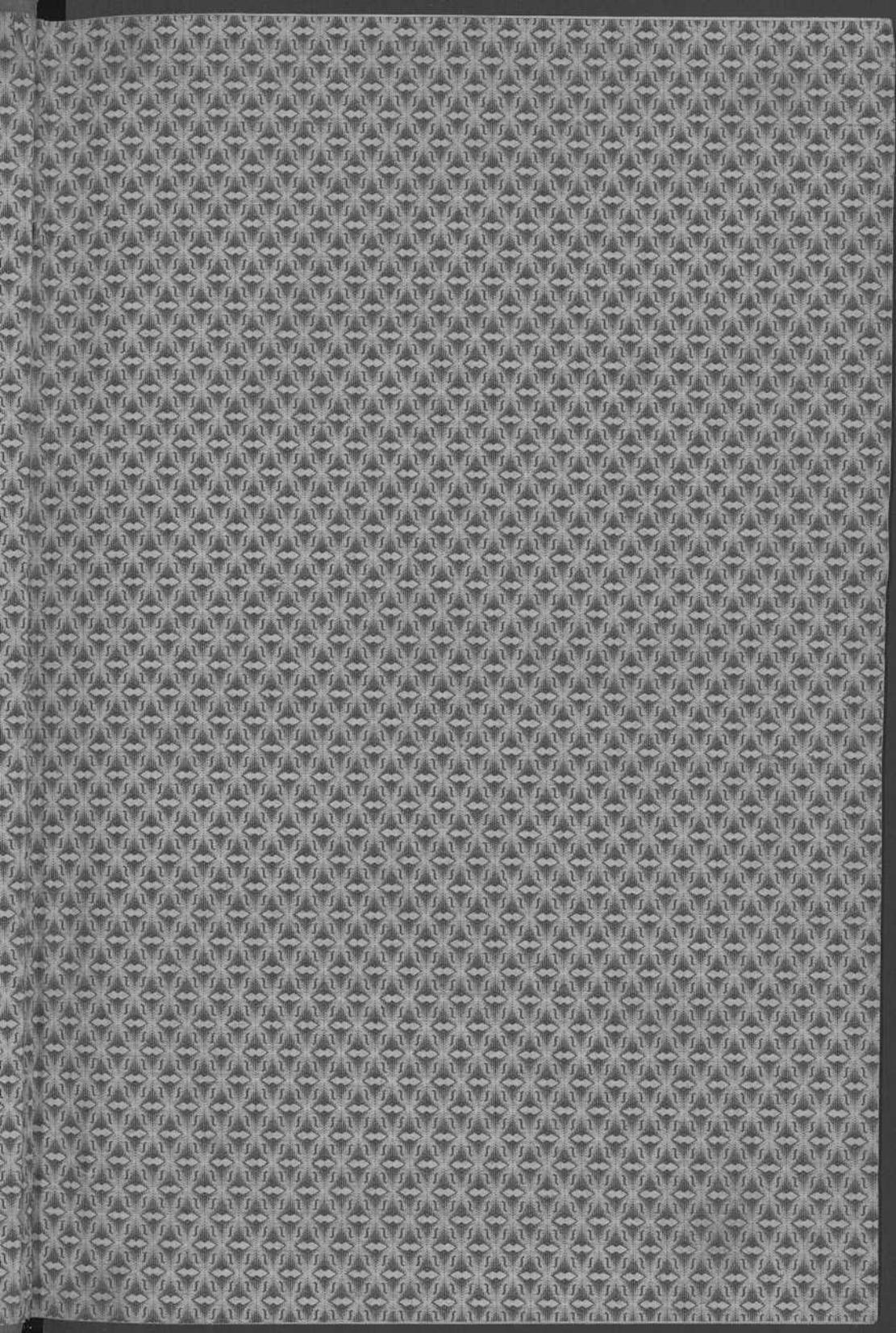


LOGIA

1

15941
~~2772~~



410

268

46157

LECCIONES

LA ESCRÓFULA Y LAS ESCROFÚLIDES

Y SOBRE

LA SÍFILIS Y LAS SIFÍLIDES

ESPECIALIZADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS

EL DOCTOR HARDY.

CATEDRÁTICO AGREGADO
LAS ENFERMERÍAS

LECCIONES

DE PARIS, MÉDICO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS, 1854, 1855.

SOBRE

LA ESCRÓFULA Y LAS ESCROFÚLIDES

Lección de la facultad de París

Y SOBRE

LA SÍFILIS Y LAS SIFÍLIDES.

D. José Zabregas.

ENCUENADO EN PELICULA

MADRID—1855.

IMPRENTA ESPAÑOLA.

CALLE II.

LECCIONES

DE

LA ESCROFULA Y LAS ESCROFULIDAS

Y

LA SÍFILIS Y LAS SÍFILIDES.

LECCIONES

ESPERADAS

LA ESCROFULA Y LAS ESCROFULIDES,

Y SOBRE

LA SÍFILIS Y LAS SIFÍLIDES,

ESPLICADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS,

por

EL DOCTOR HARDY,

CATEDRÁTICO AGREGADO Y ENCARGADO DEL CURSO CLÍNICO DE
LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL EN LA FACULTAD DE MEDICINA
DE PARÍS, MÉDICO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS, ETC., ETC.

REVISADAS Y PUBLICADAS

POR

EL DOCTOR JULIO LEFEUVRE,

*laureado de la facultad de medicina de París, ex-interno de
los hospitales, etc.,*

VERTIDAS AL ESPAÑOL POR

D. José Fábregas,

LICENCIADO EN MEDICINA.

MADRID:—1866.

IMPRENTA ESPAÑOLA, A. HERRERA,

Torija, 14.

LECCIONES

DE

LA ESCROFULA Y LAS ESCROFULIDES

Y

LA SIFILIS Y LAS SIFILIDES

ESPLICADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS

POR

EL DOCTOR HARDY,

CATEDRÁTICO ADESGADO Y ENCARGADO DEL CURSO CLÍNICO DE
LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL EN LA FACULTAD DE MEDICINA
DE PARÍS, MÉDICO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS, ETC., ETC.

EXTRAYENDO Y PUBLICANDO

POR

EL DOCTOR JULIO LEFÈVRE,

ASISTENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS, EN LA CLÍNICA DE
LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL, ETC., ETC.

VENTAS AL ESPAÑOL POR

D. José Abadía,

PROPIETARIO DE LA BIBLIOTECA

MADRID—1885

IMPRESA ESPAÑOLA

Torres, 14.

PROLOGO.

El hospital de San Luis contiene siempre un gran número de enfermos atacados de enfermedades escrofulosas y sifiliticas. He aprovechado ese conjunto de casos parecidos en el fondo, aunque á menudo muy diferentes en la forma, para trazar en mis lecciones la historia de la escrófula y de la sífilis. Haciendo la descripcion de las diversas enfermedades que dependen de estas dos afecciones generales, é insistiendo principalmente sobre las manifestaciones cutáneas, he aprovechado igualmente la ocasion de tratar los puntos de doctrina que se relacionan con estos dos vastos objetos, y he tratado de resolverlos apoyándome en la observacion de hechos numerosos recogidos durante muchos años sin otra guía que la de investigar la verdad.

Las afecciones escrofulosas y sifiliticas son muy comunes en la práctica médica; se encuentran frecuentes casos y desgraciadamente muchos médicos, y algunos por lo demás muy instruidos y capaces, que no las conocen lo bastante; me daria por satisfecho si estas lecciones pudieran contribuir á esparcir los conocimientos clinicos que considero indispensables á todo médico.

El Doctor Lefevvre, mi ex-interno, me ha auxiliado mucho en esta publicacion; yo le ruego reciba mi gratitud por el cuidado con que ha recogido mis lecciones y espresado mis opiniones relativamente á ciertos puntos de doctrina cuestionables hoy dia.

A. HARDY.

11 abril de 1864.

PROLOGO

El hospital de San Luis contiene siempre un gran número de enfermos atacados de enfermedades escrofulosas y sífilíticas. He aprovechado esa circunstancia de casos parecidos en el fondo, aunque á menudo muy diferentes en la forma, para trazar en mis lecciones la historia de la escrofula y de la sífilis. Haciendo la descripción de las diversas enfermedades que dependen de estas dos afecciones generales, é instalando principalmente sobre las manifestaciones cutáneas, he aprovechado igualmente la ocasión de tratar los puntos de doctrina que se relacionan con estas dos vastas objetos, y he tratado de resolverlos apoyándome en la observación de hechos numerosos recogidos durante muchos años en otra gran parte de investigar la verdad.

Las afecciones escrofulosas y sífilíticas son muy comunes en la práctica médica; se encuentran frecuentemente muchos médicos, y desgraciadamente algunos por lo demás muy instruidos y capaces, que no las conocen lo bastante; me darán por satisfecho si estas lecciones pudieran contribuir á reparar los conocimientos clínicos que considero indispensables á todo médico.

El Doctor Lefevre, mi ex-interno, me ha auxiliado mucho en esta publicación; yo le tengo reconocido por el cuidado con que ha revisado mis lecciones y expresado mis opiniones relativamente á ciertos puntos de doctrina cuestionables hoy día.

A. HARRIS.

11 abril de 1884.

LECCIONES

SOBRE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

CAPITULO PRIMERO.

Introduccion al estudio de las enfermedades de la piel.

Para conocer bien las enfermedades de la piel, no basta ver enfermos y observar el origen y desenvolvimiento de las diversas erupciones: es preciso mas; es preciso tener un método que sirva de guia en medio de las numerosas variedades, estableciendo en todas estas afecciones clases y categorías indispensables al estudio de toda ciencia. Será por medio de la esposicion de este método que empezaremos el curso de este año que debe comprender particularmente la historia de las escrofulides y de las sifilides.

Pero desde el principio tropezamos con una dificultad; en efecto encontramos en el hospital de San Luis que hay tantas doctrinas como médicos y de aquí una lamentable confusion. De aquí que para remediar ese estado de amargura estudiemos en primer lugar los puntos mas sencillos y mas elementales; aquellos sobre los cuales todos están conformes y abordaremos despues las cuestiones controvertibles.

En el estudio de las enfermedades cutáneas debe uno empezar por ocuparse del aspecto de las erupciones y de las diversas formas de que se revisten; esas formas sobre todo al principio presentan caracteres bastante marcados para que puedan reducirse á un corto número de *lesiones elementales*: estas han sido bien estudiadas primero por Plenck, despues por Willan y su escuela. Se han admitido ocho y son: 1.º las máculas; 2.º las manchas exantemáticas; 3.º las vesículas;

4.º las ampollas; 5.º las pústulas; 6.º las pápulas; 7.º las escamas; 8.º los tubérculos.

Como estas ocho lesiones elementales clásicas no abarcan todas las formas, hemos añadido las cuatro siguientes; 9.º las manchas hemáticas; 10. las escrecencias 11. los productos exagerados de las secreciones cutáneas sebáceas ó sudoríparas; 12. las producciones parasitarias.

Sin detenernos en la descripción de estas diversas lesiones que se encuentran en todas las obras clásicas y en mis lecciones de años anteriores, diremos desde ahora que creemos esta clasificación de las lesiones elementales muy preferible á la de M. Bazin que no admite mas que cuatro 1.º las manchas; 2.º botones; 3.º esfoliaciones; 4.º ulceraciones. Queriendo simplificar M. Bazin, ha confundido demasiado no siendo por lo demás admisibles todas las clases que presenta. La primera en rigor puede aceptarse, la segunda comprende tanta variedad de lesiones que produce una verdadera confusión; en la tercera, se incluyen las materias escritas, pues el sentido gramatical de la palabra exfoliación es *producto esfoliado*; así que el acné sebáceo no presenta ninguna escama. En fin las ulceraciones no son tampoco lesiones elementales primitivas puesto que no son mas que la consecuencia de otras lesiones.

En resumen nosotros nos adherimos para el estudio de las lesiones elementales á la escuela villanista, añadiendo cuatro nuevas lesiones á las ocho descritas por Willan.

Peró no basta conocer la lesión elemental, es preciso saber si es idiopática ó sintomática, si depende de una causa local ó general y para llegar á este conocimiento es preciso colocar las enfermedades en grupos distintos con arreglo á las leyes de una clasificación metódica, indispensable para tener una idea completa de la dermatología.

Es aquí sobre todo cuando se busca una buena clasificación de las enfermedades de la piel, en donde se nota la diversidad de pareceres de los médicos que representan hoy la ciencia dermatológica en el hospital de San Luis. Se le puede dividir en dos campos; los unos haciendo jugar el principal papel á las lesiones elementales dividen las enfermedades cutáneas en vesiculosas, pustulosas etc.; los otros fijándose sobre todo en la naturaleza de la enfermedad prescinden de la forma, y estudian mas bien los caracteres producidos por las causas, el curso y las indicaciones terapéuticas, para borrar con estos datos las divisiones nosológicas.

Estudiemus desde luego las doctrinas de los primeros.

Plenk, médico de Viena, fué el primero en (1776) que dividió las enfermedades de la piel por su aspecto exterior; pero su clasificación no es exacta, porque muchos de sus grupos no están formados por lesiones primitivas sino por alteraciones consecutivas. Willan, médico de un dispensario de Londres, debe ser considerado verdaderamente como el autor de la clasificación basada sobre las lesiones elementales. Su doctrina fué desarrollada por su discípulo Bateman, importada á Francia y popularizada por Bielt, y hoy está representada en el hospital de San Luis por los Doctores Cazenave, Gibert y Devergie.

La clasificación de Willan ha tenido grandes ventajas, ha introducido el orden en la dermatología que comprendía antes una serie de enfermedades confundidas las unas con las otras, las ha dado nombres bien característicos, y ha llevado al diagnóstico una precisión desconocida hasta entonces. Pero al lado de estas ventajas presenta este método graves inconvenientes.

La simplicidad que parece ha introducido en el diagnóstico es mas bien aparente que real; porque la lesión elemental, tiene por lo regular una duración efímera y entonces el médico llamado á diagnosticar el género de enfermedad, no encontrando esta lesión se ve muy embarazado. Por lo demás no bastante filosófico es tomar por base de una clasificación mas que el punto de partida de la enfermedad, y no es esto igual á clasificar las aves por solo los caracteres de sus huevos (Alibert)?

La lesión elemental no es siempre igual para la misma enfermedad; así en el eczema agrietado no se presentan vesículas, y en el acné se encuentran lesiones elementales variadas.

Este método es completamente nulo bajo el punto de vista del pronóstico, y puede inducir á error: así en presencia de costras densas, de ulceraciones estensas, de impétigo, se podrá hacer un pronóstico grave de una enfermedad que se curará sin dejar huellas; por otra parte, en presencia de una mancha de eritema escrofuloso de apariencia benigna, se hará un pronóstico muy poco grave de una enfermedad que debe durar mucho tiempo y que no se curará sino con la condición de dejar una cicatriz indeleble.

Este método no da tampoco ninguna indicación terapéutica: es necesario adquirir estos conocimientos fuera del método.

villanista, que es bajo este punto de vista completamente estéril.

En fin, de este metodo resulta un gran inconveniente nosográfico: desde luego se agrupan en una misma clase enfermedades completamente distintas, como la sarna y el eczema, la viruela y el acné etc. etc., se separan una de otra afecciones analógas, como el eczema y el impetigo: despues concediendo una importancia exagerada á la forma exterior, al aspecto, se multiplican hasta el infinito los géneros, las especies y las variedades; si el color, si la forma cambia un poco en seguida se le dá un nombre nuevo. Devergie, que no vé mas que formas mórbosas ha creado tambien géneros demasiado numerosos, y dado nombres múltiples sin ninguna utilidad práctica. Del mismo modo que en las otras partes de la patologia no deben describirse mas que los tipos, tipos que son modificados por la constitucion individual y las causas exteriores, etc.

Lo que prueba mas aun los inconvenientes de la doctrina de las lesiones elementales, es que la mayor parte de sus partidarios no la han adoptado en todo su rigor, y no se han cuidado de esponer la necesidad de los principios de que se alejan. Así M. Gibert reconoce que hay enfermedades producidas por causas esternas y otras espontaneas por causa interna. Añade «Una diferencia radical existe entre las enfermedades constitucionales por causa interna y las afecciones accidentales por causa esterna:» además, admite las enfermedades parasitarias. M. Devergie ha formado una clasificacion hibrida, así al lado de efecciones vesiculosas, pustulosas, escamosas, etc., clasificadas segun las lesiones elementales, nos encontramos las afecciones sifilíticas, escrofulosas caquécticas y sintomáticas de una alteración de la sangre. M. Cazenave que se puede considerar como el verdadero representante de Willan, el discipulo apasionado de Bielt, ha propuesto una clasificacion basada sobre la anatomia patológica de la piel que ha estudiado con un cuidado muy particular, pero al lado admite la naturaleza de las enfermedades como otra base de sus divisiones, puesto que reconoce enfermedades inflamatorias, nerviosas y parasitarias.

Podemos resumir esta corta critica del método de Willan, diciendo que es un buen guía para reconocer la lesion elemental; pero del mismo modo que la auscultacion es un medio artificial que nos permite reconocer los diferentes

ruidos del pecho sin darnos ninguna idea de la naturaleza de la enfermedad, de la misma manera las lesiones elementales por si solas no dan mas que un signo diagnóstico sin ninguna utilidad para la práctica. Así pues es necesario no detenerse aquí, ir mas allá, ver si la lesion es idiopática ó sintomática, es preciso estudiar la naturaleza de la erupcion, y es lo que vamos á hacer ahora al hablar de la segunda doctrina.

Esta distincion entre la enfermedad y la afeccion ha sido tomada de la escuela de Montpellier, aunque es aplicada aquí en otro sentido. En esta escuela se reconoce en efecto 1.º la indisposicion que no es mas que un desorden momentaneo de la salud, y que desaparece rápidamente ó se cambia en afeccion; 2.º la afeccion que es el estado del órgano enfermo; y 3.º la enfermedad que existe cuando hay reaccion hecha por la fuerza vital contra la afeccion. M. Bazin ha hecho notar con razon que esta reaccion, este *conamen natura*, como dicen Sydenham, puede faltar sobre todo en las enfermedades graves; por esto es que no ha adoptado esta manera de definir la palabra enfermedad; para él, lo repetimos, es un estado general, constitucional bajo la influencia del cual pueden desarrollarse las afecciones. Para la escuela de Montpellier la enfermedad es la reaccion contra la afeccion, estado morbozo local: para M. Bazin, la enfermedad es el estado general preexistente, la causa constitucional y primitiva que produce secundariamente las afecciones.

Despues de haber aplicado estos principios generales de la dermatologia y de no haber admitido mas que afecciones internas, M. Bazin divide estas últimas en tres clases.

I. Las afecciones de causa esterna, entre las que coloca ante todo las afecciones parasitarias, las artificiales y mecánicas.

II. Las afecciones de causa interna, subdivididas en tres secciones.

1.º Las erupciones febriles.

2.º Las afecciones de las enfermedades constitucionales que son el herpetismo, la artritis, la escrófula, la sífilis y la lepra.

3.º Las afecciones de las diátesis purulenta, cancerosa tuberculosa etc.

III. Las deformidades congénitas ó adquiridas.

La objecion capital que haremos á la doctrina de M. Bazin es la de haber creado una patologia general peculiar su-

ya, patología que no es ni la de París, ni la de Montpellier. Esta doctrina con su lenguaje especial compuesta de palabras nuevas ó de palabras antiguas empleadas en sentido diferente, hace el estudio de la dermatología muy arduo y muy difícil también comprender á nuestro colega. Para nosotros ni sabríamos adoptarla ni en la forma ni en el fondo: admitimos en efecto enfermedades locales y generales, enfermedades idiopáticas y deuteropáticas, y no podemos dejar de considerar las afecciones locales como enfermedades como la oftalmia, la blenorragia, orquitis etc.

Para nosotros la enfermedad es un estado anormal de la economía sea local ó general; el eczema, el eritema son para nosotros unas enfermedades como la neumonia y la pleuresia.

En cuanto á la clasificación de M. Bazin nos parece fundada en una base estrecha por cuanto no mira sino la parte etiológica de los estados morbosos. Porque una misma enfermedad puede desarrollarse por distintas causas que viniendo á formar especies diferentes segun las causas, se espone uno á repeticiones y se padece una confusion que se nota algunas veces en las obras de M. Bazin. Así el eczema que, para nosotros es una entidad morbosa bien caracterizada, está colocado sucesivamente entre las afecciones de causa esterna, las afecciones parasitarias, las escrofulosas, las artríticas, las herpéticas: del mismo modo puede ser el zona para M. Bazin un pseudo-exantema, una afeccion herpética, ó una artritis: artritis porque es á menudo debido á la impresion del frío pero que puede ser producido por una causa moral, y se observa en las personas en las que no domina el reuma. Hacer del zona una afeccion herpética, es realmente ir contra la observacion porque M. Bazin reconoce como caracteres de los herpes, la herencia, la simetria de las erupciones, el curso irregular, la estension en todo el cuerpo, las recidivas, caracteres todos que faltan en el zona, enfermedad idiopática bien limitada.

Muchos autores viendo la insuficiencia del método de Willan para reconocer las causas, la naturaleza, el pronóstico y la terapéutica de las enfermedades cutáneas, han tratado de agrupar estas enfermedades con arreglo á la naturaleza sospechada.

Lorry ha sido el primero, que en 1777, dividió las enfermedades cutáneas segun su naturaleza en dos grandes clases; á saber: enfermedades que provienen de una causa in-

terna y enfermedades de origen esterno. Desgraciadamente Lorry participaba de las doctrinas que entonces reinaban, era humorista y admitia que en las enfermedades por causa esterna, esta viciaba los humores despues de haber obrado localmente, mientras que en las enfermedades por causa interna la lesion de los humores era primitiva y se manifestaba por erupciones cutáneas. Nosotros no podemos hoy admitir semejantes doctrinas.

José Frank ha ido aun mas allá, ha dividido las enfermedades cutáneas en enfermedades agudas y crónicas, ha dado á las primeras el nombre de exantemas y á las segundas el de impetiginoides. En seguida ha subdividido las impetiginoides en primitivas y locales, comprendiendo las deformidades y las afecciones por causa esterna, y en secundarias, ó sintomáticas de un estado general. Estas impetiginoides secundarias pueden ser inflamatorias, herpéticas, escrofulosas, artríticas y variolosas. Esta clasificacion merece grandes elogios sobre todo en la division de las impetiginoides donde separa las afecciones de causa esterna de las de causa interna; pero la division en agudas y crónicas es mala porque el curso no cambia la naturaleza de una enfermedad; por otra parte algunas de estas impetiginoides no son admisibles.

Alibert, médico en jefe del hospital de San Luis y profesor nuestro, viendo lo incompleto de la doctrina anatomo-patológica de Willan que estaba entonces en gran boga quiso considerar las enfermedades cutáneas como las enfermedades ordinarias y estudiar la dermatologia como se estudiaba el resto de la patologia. Reunió entonces en las mismas clases todas las enfermedades que tenian caracteres comunes, las mismas causas, el mismo curso y que requerian el mismo tratamiento; quiso hacer con la dermatologia lo que Jussieu acababa de hacer en la botánica. Esto fué un verdadero progreso; desgraciadamente formó algunos órdenes malos y el progreso de la ciencia ha encontrado otros defectos en su clasificacion; así su familia de *dermatoses escabiosas* está destruida por los descubrimientos de bidos al microscopio; sus *dermatoses tiñosas*, en las cuales se encuentran agrupadas todas las enfermedades de la cabeza, no son todas parasitarias y no tienen solamente su asiento en la cabeza. Además, Alibert pecó por exceso de imaginacion, presentó su clasificacion bajo la forma de un árbol cuyo tronco era la piel, las ramas figura-

ban los géneros, las ramitas la variedad de las enfermedades cutáneas: de aquí el que cayese en el ridículo y como habia reemplazado los antiguos nombres por otros poco eufónicos, la escuela de Biett muy poderosa entonces consiguió desacreditar esa doctrina y aseguró el triunfo de la de Willan.

Nosotros debemos citar de paso la clasificacion de Baumes (de Lyon) que mira todas las enfermedades como debidas á las diátesis que tienen su asiento en una alteracion de los líquidos, produciendo las enfermedades cutáneas por los movimientos fluxionarios que provocan en la piel. Pero sin detenernos en discutir esta doctrina bastante oscura, vamos á ocuparnos de la dermatologia en nuestros dias.

M. Bazin y yo, ambos discípulos de Alibert, nos hemos convencido de las ventajas de este método en el cual las imperfecciones eran debidas solamente á la época que lo vio nacer. Dejando para la segunda clasificacion el aspecto exterior de las enfermedades de la piel, y las lesiones elementales, nos hemos ocupado principalmente de la naturaleza de estas afecciones; abrazándolas con un criterio mas general las hemos estudiado segun los principios de la patologia y hemos adoptado para la dermatologia las mismas doctrinas que para las demás enfermedades. Pero partiendo del mismo punto, hemos llegado á resultados un poco diferentes: vamos pues desde luego á esponer la doctrina del catedrático Bazin, despues la examinaremos bajo el punto de vista crítico, y en esta discusion de las opiniones de nuestro distinguido colega y amigo, al mismo tiempo que señalaremos lo que consideramos como imperfecciones de su doctrina, procuraremos no olvidar los importantes servicios que ha prestado á la dermatologia.

Desde el principio de esta esposicion nos hemos visto obligados á sentar algunos principios de patologia general: M. Bazin, en efecto ha dado de la enfermedad una definicion completamente nueva y que solo á él pertenece; esta es, segun él dice, *un estado accidental y contra la naturaleza del hombre que produce y desarrolla un conjunto de desórdenes funcionales y orgánicos aislados ó reunidos, simultáneos ó sucesivos*. Admite pues, que la enfermedad es un estado de todo el organismo, un estado general que produce y desarrolla las afecciones, estados morbosos de las partes del cuerpo, caracterizados por lesiones y síntomas. No hay pues para él, enfermedad local, no hay mas que enfer-

medades generales. Pero como la piel no forma mas que una parte del cuerpo no puede tener enfermedades, no puede sufrir mas que afecciones por causa esterna, ó afecciones sintomáticas de un estado general.

Esta distincion entre la enfermedad y la afeccion ha sido tomada de la escuela de Montpellier, aunque es aplicada aqui en otro sentido. En esta escuela se reconoce en efecto: 1.º la indisposicion que no es mas que un desórden momentáneo de la salud, y que desaparece rápidamente ó se cambia en afeccion; 2.º la afeccion que es el estado del órgano enfermo; y 3.º la enfermedad que existe cuando hay reaccion, lucha de la fuerza vital contra la afeccion. M. Bazin ha hecho notar con razon que esta reaccion, este *conamen natura*, como dice Sydenham, puede faltar, sobre todo en las enfermedades graves; por esto es que no ha adoptado esta manera de definir la palabra enfermedad; para él, lo repetimos, es un estado general, constitucional bajo la influencia del cual pueden desarrollarse las afecciones. Para la escuela de Montpellier la enfermedad es la reaccion contra la afeccion, estado mórbido, local: para M. Bazin, la enfermedad es el estado general preexistente, la causa constitucional y primitiva que produce secundariamente las afecciones.

Despues de haber aplicado estos principios generales de la dermatología y de no haber admitido mas que afecciones internas, M. Bazin divide estas últimas en tres clases.

I. Las afecciones por causa esterna, entre las que coloca ante todo las afecciones parasitarias, las artificiales y mecánicas.

II. Las afecciones por causa interna, subdivididas en tres secciones.

1.º Las erupciones febriles.

2.º Las afecciones de las enfermedades constitucionales que son el herpetismo, la artritis, la escrófula, la sífilis y la lepra.

3.º Las afecciones de las diátesis purulenta, cancerosa y tuberculosa etc.

III. Las deformidades congénitas ó adquiridas.

La objeccion capital que haremos á la doctrina de M. Bazin es la de haber creado una patología general peculiar suya, patología que no es ni la de París, ni la de Montpellier. Esta doctrina con su lenguaje especial compuesta de palabras nuevas ó de palabras antiguas empleadas en sentido diferente, hace el estudio de la dermatología muy ar-

duo y muy difícil también la inteligencia de nuestro colega. Nosotros no sabíamos adoptarla ni en la forma ni en el fondo; admitimos en efecto enfermedades locales y generales, enfermedades idiopáticas y denteropáticas, y no podemos dejar de considerar las afecciones locales como enfermedades, como la oftalmía, la blenorragia, la artritis, etc.

Para nosotros la enfermedad es un estado anormal de la economía sea local ó general; el eczema, el eritema, son para nosotros tan enfermedades como la neumonia y la pleuresía.

En cuanto á la clasificación de M. Bazin nos parece fundada en una base estrecha por cuanto no mira sino la parte etiológica de los estados mórbidos. Una misma enfermedad puede desarrollarse por distintas causas viniendo á formar especies diferentes segun sean esas y se espone uno á repeticiones y á producir una confusión que se nota algunas veces en las obras de M. Bazin. Así el eczema, que para nosotros es una entidad morbosa bien caracterizada, está colocado sucesivamente entre las afecciones de causa esterna, las afecciones parasitarias, las escrófulas, las artríticas, las herpéticas; del mismo modo puede ser el zona para M. Bazin un pseudo-exantema, una afeccion herpética, ó una artrítide; artrítide porque es á menudo debida á la impresion del frío pero que puede ser producida por una causa moral, y se observa en las personas en las que no domina el reuma. Hacer del zona una afeccion herpética, es ir realmente contra la observacion porque M. Bazin reconoce como caracteres de las herpes: la herencia, la simetría de las erupciones, la marcha irregular, la extension en todo el cuerpo, las recidivas, caracteres todos que faltan en el zona enfermedad idiopática bien limitada, regularmente á un solo lado y de marcha precisa y regular. La única razon por lo cual acepta un zona herpético, es porque se cura por medio del ácido arsenioso, pero si es verdad que este medicamento cura los herpes, no produce un resultado análogo en la corea, en las neuralgias? etc; y de aquí su empleo racional en la neuralgia que acompaña al zona.

Para establecer todas estas distinciones M. Bazin se funda en las diferencias de las diversas expresiones del mismo género nosológico; pero en medio de todas estas variedades en las cuales él no ve mas que el lado etiológico no deja bastante su atencion en el sitio en que se desarrollan las

erupciones. Por ventura una neumonía se presenta con los mismos síntomas en un individuo fuerte y vigoroso ó en un individuo débil, en un hombre de un temperamento sanguíneo que en otro linfático? Lo mismo sucede en las afecciones cutáneas, la constitucion, el temperamento juegan un papel importante en los síntomas; el eczema en un individuo sanguíneo presentará un rojo muy subido en la piel, las vesículas serán bien marcadas, la marcha regular, la reaccion bastante intensa, con un vivísimo prurito; en un individuo linfático, al contrario la coloración será poco marcada, la marcha lenta, las vesículas se transformaran en pústulas, las costras son gruesas, habrá poca reaccion, poco prurito. Verdaderamente estas diferencias son debidas al enfermo y no constituyen en modo alguno especies distintas como opina nuestro colega. ¿Y porque M. Bazin no va hasta el fin? Para ser lógico, en efecto, debería tener el mismo punto de vista para la erisipela que para el eczema y admitir una erisipela artificial, artrítica, escrofulosa, etc.; porque la erisipela en un escrofuloso no tiene los mismos síntomas, no presenta la misma gravedad, y no reclama el mismo tratamiento que la erisipela desarrollada en un sugeto de constitucion vigorosa, de temperamento sanguíneo. En todos estos casos no es necesario buscar una naturaleza distinta de la afeccion, pero sí observar el enfermo; no es preciso ver solamente la enfermedad; si que tambien es necesario estudiar el individuo afectado.

Para resumir diremos que el error de M. Bazin consiste en tener un lenguaje propio suyo, que le hace difícil de comprender de no haber considerado las enfermedades de la piel sino como erupciones sintomáticas, secundarias, variando de naturaleza segun su causa y de no haber admitido en nosologia cutánea especies fijas, bien determinadas. Estos cargos nos impedirán pues aceptar completamente las opiniones nosológicas de M. Bazin, aunque rendimos justicia por lo demás á los progresos que ha realizado por sus trabajos en el estudio de la dermatologia.

Habiendo examinado bajo el punto crítico los diversos métodos de comprender y de clasificar las enfermedades de la piel, nos falta hacer conocer el modo que creemos preferible seguir para estudiarlas: y despues de los cargos que hemos dirigido á las ideas de nuestros anteriores y contemporáneos habria el derecho de ser severo para con nosotros; pero procuraremos vencer la dificultad diciendo que no

creemos que se deba tener un método especial para estudiar las enfermedades de la piel y que por el contrario pensamos que estando estas afecciones sometidas á las mismas leyes generales patológicas que las demás especies nosológicas deben ser estudiadas lo mismo que las otras. El error de los médicos dermatólogos ha sido siempre el querer aislar las afecciones cutáneas de la patología, el crear una clasificación aparte, con un lenguaje distinto. Ha llegado pues, la hora de proclamar que las afecciones de la piel son preferidas á las de cualquier otro aparato, y que ellas sobrevienen bajo la influencia de causas análogas y que frecuentemente se unen con otras de un mismo estado mórbido, y que como todas las demás variedades nosológicas son tan pronto idiopáticas, como sintomáticas, y en una palabra, en su descripción como en su estudio práctico se debe seguir el método que guía al práctico en el estudio de toda enfermedad. Pero se nos dirá y la clasificación; cuál es la que se debe seguir?

Después de haber reflexionado, después de haber propuesto una como todos los demás, yo creo que es prudente no limitarse á una clasificación puramente dermatológica, hecha pura y simplemente para las enfermedades cutáneas, me parece preferible valerse simplemente de la clasificación que se adopta para todas las especies nosológicas y hacer entrar en ella las enfermedades de la piel. En este orden de ideas tan opuesto como posible en la especialidad, colocaremos las diversas afecciones de la piel en once clases, las cuales son poco más ó menos las ya propuestas por nosotros en el *tratado de patología* que nos es común con M. Behier.

Así, pues, encontramos: 1.º las *deformidades* que propiamente hablando no son enfermedades: son vicios congénitos ó adquiridos, que una vez desarrollados persisten habitualmente toda la vida sin turbar la salud, y que no se pueden frecuentemente hacer desaparecer sino estirpándolas con el bisturí ó destruyéndolas con los cáusticos. Las principales deformidades de la piel son: las máculas, verbi gracia, las efélides, el léntigo, el vitiligo, el albinismo, la nigricia; ciertos tumores como las verrugas; el molusco, el acné miliar, el nevo; en fin, el ictiosis y la keloide.

2.º Las afecciones *inflamatorias* de la piel son enfermedades simples, idiopáticas ó sintomáticas, pero independientes de toda causa diatésica. En la mayor parte de las

enfermedades de la piel se encuentran fenómenos pertenecientes á la inflamacion; pero en algunas el carácter inflamatorio está subordinado á una causa especial, como en la viruela, la sífilis, enfermedades herpéticas y parasitarias; nosotros no colocamos estas enfermedades entre las inflamaciones, porque el carácter flegmático, figura solo en segunda línea; pero consideramos al contrario como formando parte de las inflamaciones, las afecciones cutáneas en las cuales los fenómenos inflamatorios son predominantes; tales son el eritema, el ectima, zona, pénfigo, ácne, escrófula y prúrigo. El tratamiento consiste en algunos antiflogísticos locales y generales, y en la medicacion sustitutiva cuando la enfermedad ha pasado al estado crónico. Algunas de estas afecciones son siempre secundarias, como el prúrigo debido á parásitos ó á una afeccion nerviosa de la piel; en estos casos, el tratamiento debe dirigirse contra la enfermedad primitiva.

3.º Las enfermedades *artificiales* son erupciones desarrolladas, ora por la influencia de una causa esterna, de cierta sustancia puesta en contacto con la piel; tales son las erupciones debidas al aceite de crotontiglio, al tártaro emético, etc.; ora provocadas por la ingestion de ciertos medicamentos, como la cubeba, la copaiba, etc. El tratamiento consiste en suspender el uso de la sustancia irritante, y en combatir la afeccion local por los medios antiflogísticos.

4.º Las enfermedades *parasitarias* son causadas por la presencia de parásitos animales ó vegetales. Las principales enfermedades son: la pitiriasis, la sarna por los parásitos animales; el favus, el tricófito, la peladera, el *pitiriasis vesicular* por los parásitos vegetales. La indicacion precisa consiste en destruir el parásito.

5.º Las enfermedades *gangrenosas* consisten en la mortificacion de una parte de la piel, tales son el divieso, el antrax, la pústula maligna, el carbúnculo.

6.º Las *congestiones cutáneas* son bastante raras, tienen su asiento regularmente en la cara, y son ordinariamente secundarias.

7.º Las *hemorragias* de la piel, lo mismo que las congestiones son frecuentemente secundarias; la sangre se concentra á la periferia como en los sudores de sangre ó bien permanece en el dermis como en la púrpura, en la afeccion melánica de la piel.

8.º Las *hipercrinias* ó flujos pueden presentar diferentes aspectos; la hipersecreción se parece al aceite en el acné sebáceo fluente y forma costras en el acné sebáceo concreto; debe también colocarse entre los flujos los sudores generales ó locales y los sudores coloreados.

9.º Las *neuroses* de la piel forman una clase natural de afecciones, tan pronto idiopáticas como secundarias; así la urticaria existe ya sola ya coincidiendo con otros accidentes nerviosos; la hiperestesia de la piel, la analgesia, la anestesia entran en esta clase.

10.º Las afecciones *cutáneas febriles* comprenden:
A.º Las *fiebres eruptivas* que conocéis, tales como la viruela, el sarampión, la escarlatina.

B.º Las *pseudo fiebres* que presentan también fenómenos generales, pero que los locales están menos generalizados y su marcha es menos regular; tales son la erisipela, los eritemas papulosos, nudosos y escarlatiniformes.

C.º Las *erupciones febriles*, que se desarrollan por la influencia de la fiebre no ofrecen en sí mismas ninguna gravedad y no reclaman tratamiento alguno: tales son el herpes labiales, las manchas azules, las manchas lenticulares en la fiebre tifoidea.

11.º Las enfermedades *constitucionales* no se desenvuelven nunca sino por una causa general, dependiente del individuo; los accidentes están siempre bajo la influencia de un estado general ó diatésico. Para nosotros estas dos palabras tienen el mismo significado mientras que M. Bazin atribuye á cada una un sentido diferente.

Los enfermedades constitucionales que dan origen á erupciones cutáneas, son en número de diez.

A.º Las enfermedades *herpéticas* dependen de un estado general de la economía que se designa con el nombre de *diatesis herpética*. Son sus caracteres principales: la herencia, la simetría de las erupciones, su marcha irregular y estensiva, sus recaídas frecuentes y su curación sin cicatrices. El tratamiento debe ser al mismo tiempo general y local.

B.º Las *escrofulides* son erupciones causadas también por una diatesis, la *diatesis escrofulosa*. Estas erupciones presentan como caracteres principales: la coloración de un rojo oscuro, la hinchazón del tejido celular subyacente y periférico, la marcha crónica, la curación con cicatrices deprimidas y reticuladas, y la necesidad de un tratamiento general prolongado.

C. Las *sifilides* son igualmente debidas á una diatesis, la *diatesis sifilítica* algunas veces congénita, pero lo mas frecuentemente adquirida. Los principales caracteres de la sifilide son: la coloracion especial, la forma redondeada, la falta de reaccion local, la polimorfia, la forma particular de las ulceraciones, la coloracion verdosa de las costras, las cicatrices superficiales. El tratamiento es el de la sifilis.

D. Las erupciones *pelagrosas* parecen pertenecer á una verdadera caquexia, caracterizada sobre todo por el eritema dorsal de las manos, por trastornos digestivos y por accidentes nerviosos.

E. Las erupciones *leprosas*, son debidas á la enfermedad general llamada *lepra*, enfermedad aun bastante mal conocida en todos sus detalles.

F. Las enfermedades *cancerosas* pueden afectar la forma fibro-plástica, la forma epitelial ó la cancerosa, y se desarrollan bajo la influencia de un estado general que se halla llamado *diatesis cancerosa*.

Sin ser especial, nos parece que esta clasificacion presenta grandes ventajas prácticas, porque reúne en una misma clase las afecciones debidas al mismo origen, que presentan sintomas análogos, que siguen igual marcha, y que reclaman idéntico orden en los medios terapéuticos; nos parece sobre todo que tiene una gran ventaja sobre las clasificaciones fundadas en la sola consideracion de lesiones elementales. en efecto, por el sistema de Willan, se llega solamente á dar un nombre á la enfermedad, pero no se tiene ninguna noción sobre su naturaleza, sobre su gravedad, sobre el tratamiento que reclama; mientras que clasificando las enfermedades entonces con arreglo á su naturaleza, desde que se sabe que una afeccion pertenece á tal ó cual clase, se tiene ya una idea sobre su causa morbosa; sobre su gravedad y sobre los medios principales de tratamiento que podrán oponérsele. Repetiremos todavia, que esta manera de considerar y clasificar las enfermedades de la piel, tiene para nosotros la gran ventaja de hacerles entrar en el cuadro de la patologia ordinaria, y de romper con las ideas de especialidad por demasiado tiempo seguidas.

Según el sistema de Willan, las enfermedades de la piel se clasifican en tres clases segun su naturaleza, y segun su gravedad. En el siglo XVIII Sauvages y Borden consideraron la escrofula como una enfermedad de la piel, pero que podia producir y llevar en si otras enfermedades. Y en efecto, es solo desde estos últimos tiempos que se han empezado á considerar las enfermedades escrofulosas de la piel como una enfermedad de la piel.

CAPITULO II.

De la escrófula.

Antes de empezar el estudio de las escrofulides cuya descripción, junto con la sífilides, debe ser el objeto del curso de este año, creemos deber trazaros un cuadro sucinto de la historia de la escrófula considerada de una manera general. En efecto, para comprender bien la evolución, la marcha, el tratamiento de las afecciones cutáneas escrofulosas, es indispensable conocer la enfermedad general, constitucional, que es la causa primitiva y esencial de su aparición. Así pues, vamos á empezar por una rápida exposición de esta diatesis á la cual se pueden referir un gran número de afecciones variables por su aspecto, por su sitio, pero parecidas por su origen y por su naturaleza.

La palabra *escrófula* se deriva de *escrofa* (puerco) porque las ingurgitaciones ganglionares que se presentan en los escrofulosos son muy frecuentes en la especie porcina.

La definición de la escrófula es muy difícil á causa de la diversidad de sitio y de forma de las afecciones que engendra. Sin embargo, creemos poder definirla: una enfermedad general constitucional ó diatésica, no contagiosa, que da lugar á afecciones, ora simultáneas, ora sucesivas, que tiene por sitio lo mas comunmente la piel, los gánglios linfáticos, el tejido celular y los huesos, y caracterizados sobre todo por su fijeza, su marcha crónica, su tendencia á la supuración y á la destruccion de las partes afectadas.

Por esta definición, vemos que la escrofula comprende un gran número de enfermedades que ofrecen caracteres comunes, y que provienen todas de una alteración general, primitiva y lo mas frecuentemente hereditaria. Por mucho tiempo estas enfermedades escrofulosas fueron estudiadas separadamente, como entidades morbosas. Al principio del siglo XVIII Sauvages y Bordeu consideraron la escrofula como no constituida solamente por los lamparones pero que podian producir y llevar en sí otras enfermedades. Y sin embargo, es solo desde estos últimos tiempos que se han estudiado con cuidado las enfermedades escrofulosas, que se

las ha reunido, se ha reconocido su naturaleza especial, y se ha admitido de una manera definitiva la unidad morbose de la escrofula.

Antes de estudiar las afecciones debidas á la misma, nos parece deber describir los caracteres generales de la escrofula en si misma, esto es el aspecto general de los individuos escrofulosos ó que están predispuestos á cualquiera afeccion estrumosa. Estos caracteres no tienen, sin embargo, ningun valor si se les toma aisladamente, pero por su reunion imprimen á los enfermos un sello especial. Asi es que la mayor parte de los individuos escrofulosos presentan los caracteres siguientes: tienen la cabeza ó muy pequeña ó muy grande, sobre todo en la parte posterior, la frente es amenudo baja, las sienes generalmente aplastadas. La cara pálida ó muy coloreada, pero los colores están como pegados, cesan bruscamente; los rasgos son pronunciados, los lábios gruesos, sobre todo el superior, las mandíbulas son anchas, fuertes, la nariz achatada, gruesa en la punta y aplastada en la raiz; las fosas nasales estrechas, lo que obliga á los individuos que presentan estos caracteres á respirar por la boca; los ojos habitualmente de un azul claro, apagados, sin espresion, las escleróticas son azuladas, las pupilas dilatadas, y las cejas largas. El sistema piloso es poco abundante y se desarrolla lentamente; se cree que los escrofulosos son ordinariamente blancos, pero muy amenudo sus ojos y sus cabellos son negros.

El aspecto exterior presenta una falta de armonía entre las diversas partes del cuerpo; asi la cabeza es muy grande ó muy pequeña, los miembros muy largos ó muy cortos, la talla muy alta ó muy pequeña; los enanos y los gigantes son habitualmente escrofulosos. En la edad adulta, los individuos escrofulosos parecen amenudo mas jóvenes de lo que son, mientras que durante su infancia parecen de mas edad asemejándose algunas veces entonces á pequeños viejos.

El pecho es amenudo estrecho y el vientre muy grande, los miembros son delgados y si son gruesos las carnes son ordinariamente blandas. Las articulaciones son voluminosas, las manos y los pies muy grandes.

Por lo que se refiere al tubo digestivo, se nota frecuentemente un apetito voraz, contrastando algunas veces con una grande delgadez ó una inapetencia habitual principalmente para la carne; y como el escrofuloso come, sobre todo con gusto legumbres, frutos, leche, es difícil fortalecer

su constitucion con una buena alimentacion. Muchos de ellos padecen de tanto en tanto diarrea que alterna con estreñimiento.

Algunos niños escrofulosos son notables por el desarrollo de sus facultades intelectuales; son alegres, vivos y aprenden con facilidad; pero en otros la inteligencia es bastante limitada y hasta puede ser nula. Lo mas frecuentemente son flojos, apáticos y se cansan facilmente; se sienten mal y experimentan cansancios espontáneos que no alivia el descanso. El desarrollo del cuerpo es, ó muy tardío ó muy rápido. En general llegan muy tarde á la pubertad. En las niñas, la menstruacion es tardía, y empieza por una dismenorrea que puede durar mucho tiempo y hasta toda la vida menstrual: tienen amenudo leucorreas; en los varones los apatitos venereos llegan tarde y generalmente son poco desarrollados. En fin, los escrofulosos presentan muy frecuentemente las señales de la cloro-anemia; su sangre es descolorida, hay aumento de agua y disminucion de las partes sólidas, de la fibrina y de los glóbulos. De ahí la palidez de la cara y la hinchazon que se nota bastante amenudo.

Tales son los principales caracteres de los individuos predispuestos á las enfermedades escrofulosas: sin embargo algunos escrofulosos presentan un aspecto algo diferente: tienen el tinte fresco y colorado, la piel blanca, los ojos grandes, vivos y brillantes, la fisonomía graciosa, y una cierta gordura. Estos caracteres son mirados por las familias como signos de muy buena salud; pero nosotros los referimos al temperamento linfático y los miramos como anuncios de una predisposicion á la escrofula.

Afecciones escrofulosas.

Las afecciones locales de la escrofula, ó las enfermedades escrofulosas son muy numerosas: pueden atacar los diferentes tejidos é invadir la piel, las mucosas, el tejido celular, los ganglios linfáticos, los huesos y hasta las vísceras. Esta diversidad de enfermedades secundarias, es lo que ha llevado á los médicos á observarlas separadamente y á mirarlas como entidades morbosas; bajo la influencia de la anatomía patológica se estudiaban sobre todo las lesiones, y se han descrito separadamente artritis, oftalmias, ostéi-

tis, adenitis, etc.); sin preocuparse de su naturaleza y del lazo común que les unia. Todavía actualmente ciertos médicos siguen considerando estas afecciones como idiopáticas y se niegan á atribuir las á una causa general. A Lugol se deben principalmente los conocimientos que poseemos sobre la escrófula; él es quien ha marcado las relaciones de estas enfermedades entre sí, quien ha hecho resaltar su parentesco y su dependencia de una sola causa constitucional.

Algunos autores han seguido para el estudio de las enfermedades escrofulosas el orden, segun el que se presentan las mismas lo mas frecuentemente, pero como este orden dista de ser constante segun veremos mas adelante al hablar de la marcha de la escrófula, nosotros las indicaremos segun su sitio anatómico.

1.º AFECCIONES ESCROFULOSAS DE LAS MUCOSAS.—La *oftalmia escrofulosa* es uno de los sintomas mas frecuentes de la escrófula. Al principio es ordinariamente insidiosa; hay desde luego un poco de sensibilidad en la vista, y por la mañana al levantarse, los párpados están pegados. Pronto el borde libre de los párpados se vuelve un poco tumefacto y algunas veces ligeramente ulcerado; las glándulas de Meibomio tienen su secrecion aumentada; las pestañas caen y renacen mas débiles y á menudo con una viciosa direccion. La inflamacion puede extenderse á las vias lagrimales y producir el epifora ó un tumor lagrimal que mas tarde dará lugar á una fistula. La conjuntiva palpebral está afectada y se cubre de pequeñas granulaciones que dan al enfermo una sensacion como de granos de arena, ó de piedrecillas, y se ven en ella haces vasculares estendidos de la córnea á un ángulo del ojo, mas frecuentemente el externo: en la parte interna de este haz se nota algunas veces una pequeña pústula que algunos autores han considerado como un signo característico de la oftalmia escrofulosa. Los haces vasculares pueden desarrollarse y formar un pterigion.

Quando la inflamacion ha invadido la córnea hay lagrimeo y fotofobia; la córnea se vuelve opaca y se forman en su superficie ligeras ulceraciones, ó bien hay en ella una sufusion plástica ó purulenta entre sus láminas y despues una mancha ó albugo: la córnea reblandecida puede dar nacimiento á un estafiloma; en fin, puede perforarse, y entonces hay adherencias y una precidencia del iris ó bien el ojo puede vaciarse y quedar reducido á un muñon.

Es raro que la oftalmia escrofulosa produzca tan graves lesiones; lo mas frecuente es que quede limitada á los bordes libres de los párpados ó bien que no produzca mas que una conjuntivitis crónica ó una queratitis superficial.

El *coriza escrofuloso* se presenta frecuentemente despues de muchos corizas agudos: está caracterizado por la dificultad al paso del aire, y el enfermo se vé obligado á respirar por la boca: hay un flujo catarral abundante que se derrama sobre el lábio superior, lo irrita y produce en él frecuentemente ulceraciones. El líquido se concreta formando costras que obstruyen el conducto de las fosas nasales ya reducido por el infarto de la mucosa.

La mucosa está encendida y fungosa, puede ulcerarse y los mismos huesos pueden ser atacados. Estas ulceraciones duran mucho tiempo, producen una retencion del moco pus que da ese olor infecto que se nota en las chinchas y en la enfermedad designada con el nombre de ozena. Estas lesiones no van acompañadas sino de un dolor obtuso y profundo, de una sensacion de fatiga en la respiracion, pero muy á menudo terminan con la pérdida del olfato.

La *otitis esterna* empieza ordinariamente por el estado agudo y termina en el crónico; se limita generalmente á un solo lado. Está caracterizada por la tumefaccion del conducto auditivo esterno, y sobre todo por la tumefaccion de un líquido muco-purulento y por la sordera. Persistiendo mucho tiempo, algunas veces toda la vida, esta inflamacion puede determinar la perforacion de la membrana del tímpano, y una otitis media con caries de los huesecillos y pérdida definitiva de la audicion. La otitis media coincide á menudo con la caries escrofulosa del peñasco, sobre todo con la de las células mastoideas.

Los individuos escrofulosos están sujetos á *amigdalitis* frecuentes que dejan en pos de sí una inflamacion crónica caracterizada por el rubor y la hipertrofia de las amígdalas; el rubor se estiende á menudo, lo mismo que la tumefaccion á los pilares anteriores, á la parte superior de la faringe y á la abertura de las trompas de Eustaquio.

La *mucosa del tubo digestivo* es frecuentemente el sitio de una inflamacion ligera; los escrofulosos tienen frecuentes indigestiones acompañadas de cólicos y diarreas. Se notan á menudo en ellos las afecciones verminosas, no porque los helmintos sean el resultado de la escrófula, sino porque encuentran en el escrofuloso un terreno favorable á su des-

arrollo, del mismo modo que algunos parásitos vegetales se desarrollan fácilmente debajo de su cubierta cutánea.

Se encuentra á menudo en las niñas escrofulosas la *mucosa de la vulva roja*, granulosa con hipersecreción de las glándulas vulvares, hay á menudo en ellas un flujo leucorréico abundante; este líquido segregado, de naturaleza mucopurulenta ocasiona un prurito muy violento y determina, por su contacto irritante, el eritema en las ingles y en los muslos, esta leucorrea persiste largo tiempo, recidiva fácilmente y se muestra rebelde á los medios tópicos; el tratamiento local necesita, lo mas frecuentemente, ser ayudado por una medicación general.

2.º AFECCIONES ESCROFULOSAS DE LA PIEL. Las enfermedades cutáneas desarrolladas bajo la influencia de la escrófula, son frecuentes; presentan los caracteres generales siguientes, que no hacemos mas que enumerar, porque en ellos nos ocuparemos mas adelante; el sitio profundo de la lesion, la marcha crónica, la tendencia á la ulceracion y á la cicatrizacion. Las cicatrices se forman aun cuando no haya habido ulceracion: son deprimidas, hundidas y reticuladas, como las de las quemaduras, algunas veces son salientes y keloideas ó bien pequeños tumores verrugosos.

3.º AFECCIONES DE LOS GÁNGLIOS LINFÁTICOS. Las afecciones de los gánglios linfáticos son el síntoma mas frecuente de la escrófula, y el que de mas antiguo se conoció con el nombre de lamparones. El sitio mas habitual es en la region cervical: se pueden, sin embargo, observar afecciones semejantes en las axilas, en las ingles, en las mamas, y sobre todo, en donde hay gánglios.

Los gánglios linfáticos pueden afectarse de dos maneras, ó se hipertrofian ó supuran: estas dos maneras se encuentran á menudo simultánea ó sucesivamente en el mismo enfermo.

La ingurgitacion de los gánglios sin supuracion está caracterizada por el aumento de volumen de los gánglios que adquieren la dimension de una cereza, de una nuez y de un huevo de gallina sin que haya dolor; son duros, elásticos y no presentan habitualmente adherencia á la piel. Estos gánglios hipertrofiados pueden por su reunion formar rosarios enormes en las partes laterales del pescuezo: se ha creído que estos tumores podian por su presion sobre los órganos internos causar accidentes graves: hemorragias cerebrales por la compresion de los vasos cervicales, neuralgias

por la presión de los nervios sensitivos, disnea por la de la traquea; asfixia por la compresión del nervio frénico; estos accidentes son posibles pero muy raros: lo mas frecuentemente estos tumores existen sin alteración de la salud. Persisten algunas veces indefinidamente constituyendo mas bien una deformidad que una enfermedad; y en un momento dado pueden disminuir por un trabajo de absorción, sea espontánea, sea resultante mas bien de una medicación conveniente. La inflamación puede tambien apoderarse de ellos y dar lugar á la supuración y á la ulceración.

En otros casos estos fenómenos inflamatorios son primitivos; los gánglios se hinchan, están doloridos; se reblandecen, la piel se vuelve roja, se adhiere al tumor, se hace una abertura que dá salida al pus, tan pronto claro y seroso como espeso, granuloso y coagulado. Una vez formada la abertura, puede cerrarse; pero no tarda á abrirse nuevamente, y queda ordinariamente una úlcera fistulosa mas ó menos grande, muy lenta su cicatrización, muy á menudo muchos gánglios se inflaman ora simultánea, ora sucesivamente y resultan de ahí úlceras múltiples que ofrecen el mismo carácter é idéntica marcha crónica; algunas veces tambien la piel, adelgazada en una estension bastante grande se ulcera y se forman ulceraciones de larga duración. En estos diferentes casos las úlceras acaban por cerrarse y se ven en su lugar cicatrices deprimidas, irregulares reticuladas que presentan una forma característica y que puede servir mas tarde para establecer un diagnóstico retrospectivo.

4.º AFECIONES DEL TEJIDO CELULAR. Además de los gánglios linfáticos, la inflamación puede situarse en el tejido celular y se manifiesta entonces bajo la forma de abscesos que se desarrollan, sea en el tejido celular superficial, sea en el tejido situado mas profundamente, ó á menudo en el que rodea los gánglios.

Estos abscesos tienen algunas veces una marcha aguda, y crónica lo mas frecuentemente; se les designa entonces con el nombre de abscesos frios. Los primeros se asemejan á pequeños flegmones. Son regularmente superficiales, forman pequeños tumores aplastados, la piel se vuelve caliente, dolorida, se adelgaza, se perfora y dá salida á pus seroso estriado que contiene algunas veces pelotones de tejido celular. Sucede á menudo que estos abscesos se manifiestan unos tras de otros y algunas veces son tan numerosos

que se les ha considerado como dependientes de una diátesis purulenta.

Lo regular es que estos abscesos del tegido celular tengan una marcha mucho mas lenta; se desarrollan sin inflamacion aparente y sin que los enfermos se aperciban de ello. Forman tumores redondeados, blandos, indolentes y cubiertos por la piel normal cuando son superficiales. Algunas veces están situados mas profundamente, y entonces su marcha es muy insidiosa. Pueden terminar por resolucion, pero lo mas frecuentemente, en un momento dado, es que pasen al estado agudo; entonces el tumor aumenta, se convierte en doloroso, la piel se enrojece, se adelgaza, se perfora, y sale un pus seroso y mal elaborado; los bordes de la abertura están adelgazados, desprendidos, y las paredes del foco purulento formadas por una membrana piogénica, gruesa que hace la curacion muy lenta. Las cicatrices que siguen á los abscesos presentan la misma forma característica que la de las cicatrices de los ganglios supurados.

4.º AFECCIONES DE LOS HUESOS. La escrófula puede atacar los huesos de muchas maneras: en el nivel de las articulaciones produce tumores blancos; en la continuidad de los huesos da lugar á osteitis y algunas veces á la necrosis.

El tumor blanco es un accidente muy frecuente de la escrófula, ataca muy á menudo las grandes articulaciones; su marcha es muy lenta, se desarrolla espontáneamente ó despues de la accion de una causa traumática. Hay desde luego un dolor sordo que aumenta con los movimientos, despues tumefaccion con blandura, derrame articular. Mas tarde la inflamacion se estiende á las partes blandas y se presentan abscesos y fistulas. El tumor blanco se cura raramente sin dejar huellas; regularmente termina por una anquilosis completa ó incompleta; puede dar lugar á luxaciones espontáneas, á deformidades de la articulacion, en fin, puede terminar por supuracion, y entonces en los casos mas afortunados los enfermos conservan una anquilosis, pero la muerte puede sobrevenir con los síntomas de caquexia y de fiebre éctica.

La osteitis escrófulosa es tambien un accidente frecuente, ataca principalmente la columna vertebral, el esternon, las costillas, los huesos pequeños de los pies y de las manos. Empieza por un dolor sordo y profundo; pronto se siente una tumefaccion que se acerca lentamente á la piel, se reblandece y se forma un absceso local ó emigrante. Despues

de la abertura del absceso hay una fístula, mas ó menos profunda, y el estilete, cuando puede ser introducido hasta el hueso, da la sensacion propia de la caries.

La caries escrofulosa tiene una marcha muy lenta y puede producir la muerte por la abundancia de la supuracion.

La necrosis escrofulosa es rara; cuando ataca la tibia ó el femur produce amenudo esos secuestros invaginados tan dificiles de extraer, y que causan frecuentemente la muerte de los enfermos aniquilados por la supuracion.

Escrófula visceral. La escrófula puede tambien atacar las vísceras y producir la tabes mesentérica ó la afeccion de los ganglios mesentéricos, el testículo escrofuloso, la ingurgitacion de las mamas, la tisis escrofulosa, etc., pero nos basta indicar esas afecciones porque su descripcion nos conduciría mas allá de nuestro propósito actual.

Han querido referirse á la escrófula muchas enfermedades que nosotros consideramos como no formando parte de su cortejo sintomático. Asi es que algunos autores, entre los cuales citaremos sobre todo á Lugol, han confundido las enfermedades escrofulosas y las enfermedades tuberculosas, porque se encuentra con bastante frecuencia la tuberculizacion en los individuos escrofulosos. Pero no deben estas dos enfermedades considerarse como de igual naturaleza porque pueden tener el mismo elemento anatómico, porque entonces deberia confundirse la caries escrofulosa y la sifilitica. Además la marcha, el sitio, las complicaciones, la edad, no son iguales en estas dos especies de enfermedades. Admitiremos, sin embargo, que las tuberculosas se desarrollan mas frecuentemente en los escrofulosos, porque encuentran en ellos un terreno favorable; pero no están bajo la dependencia de la escrófula, pues se manifiestan amenudo fuera de esta diatesis.

Diremos exactamente lo mismo sobre el cáncer en los escrofulosos; encuentra una organizacion favorable á su desarrollo, pero no es producido directamente por la escrófula.

Frecuentemente se han reunido tambien la escrófula y el raquitismo, pero son dos enfermedades muy distintas. El raquitismo tiene lugar en la infancia, no ataca sino á los huesos, los deforma y los encurva sin producir ni caries, ni necrosis, ni tumor blanco; la escrófula es una enfermedad de toda la vida, ataca á todos los tejidos, y en los huesos produce la caries, la necrosis. Es, pues, imposible la confu-

sion, porque ni tienen el mismo origen, ni igual naturaleza, ni las mismas lesiones.

Seremos menos afirmativos relativamente al bocio: si de una parte se ven algunas veces bocios que no son escrofulosos, por otra el bocio y la escrófula son endémicos en los mismos países; y muy á menudo se encuentran en los bocios las afecciones escrofulosas ó los signos de la diatesis escrofulosa.

Marcha, duracion, terminaoiones.

COMPLICACIONES.

Marcha, duracion. La escrófula tiene una marcha muy lenta; puede considerársela como una enfermedad crónica á largos periodos. Dura tanto como la vida; se nace y se muere escrofuloso; la enfermedad constitucional no se estingue sino con el individuo. No sucede lo mismo con sus manifestaciones; estas despues de haber durado un tiempo bastante largo, se curan y el individuo puede permanecer uno ó muchos años sin que se le presente esta ni otra afeccion; puede tambien suceder que nunca vuelva á tener manifestaciones escrofulosas. Otros enfermos por el contrario, despues de un tiempo mas ó menos largo, con ocasion de una causa accidental serán atacados de una conjuntivitis, de una caries escrofulosa, etc. Estas enfermedades son tambien de muy larga duracion, pero son curables, mientras que no puede modificarse la diatesis sin hacerla desaparecer completamente.

En la marcha de la escrófula tienen alguna influencia las estaciones: así las manifestaciones del lado de las mucosas son mas frecuentes en el invierno, mientras que las escrofulides se manifiestan principalmente en la primavera. Los climas calientes tienen una feliz influencia sobre todo para los habitantes de los países templados.

Para establecer algun órden en medio de las numerosas afecciones que están bajo la dependencia de la escrófula algunos autores han procurado colocarlas en un cierto órden de evolucion. Así M. Bazin ha dividido la marcha de la escrófula en cuatro periodos: la primera comprenderá las escrofulides superficiales y las afecciones mucosas catarra-

les: la segunda, las escrofulídes profundas; la tercera los tumores blancos, las caries y los absesos por congestión, y la cuarta, las afecciones viscerales escrofulosas, atacando los pulmones, el cerebro, el peritoneo, los intestinos, los ganglios mesentéricos, los riñones, etc.

Es verdad que este orden se observa algunas veces en el desarrollo de las enfermedades escrofulosas, pero hay un número demasiado grande de escepciones para que podamos admitirlo de una manera absoluta. En efecto, es raro que todas estas enfermedades representen sucesivamente en un mismo individuo; frecuentemente no se presentan en el mismo orden: se ven á un mismo tiempo dos enfermedades de períodos distintos, en fin, la escrófula puede manifestarse por una sola afección, el tumor blanco por ejemplo. ¿Y no se ve frecuentemente la meningitis tuberculosa considerada por M. Bazin como una afección del cuarto período, aparecer en los niños que no han presentado ningún síntoma de enfermedad escrofulosa?

Algunos autores, entre los que citaremos á M. Velpeau, consideran el infarto de los ganglios linfáticos, como consecutivo siempre á las erupciones cutáneas, y como no desarrollándose jamás primitiva y espontáneamente. Los ganglios pueden, es verdad, ingurgitarse, inflamarse y supurar después de una escrofulide lo mismo que después de una última, por la propagación de la inflamación por medio de los vasos linfáticos; pero hemos visto demasiado amenudo á individuos que tienen los ganglios ingurgitados y que sin embargo no han presentado jamás una erupción cutánea, para que dejemos de admitir que el infarto puede ser espontáneo y primitivo.

Terminaciones. Hemos dicho que la escrófula era una enfermedad constitucional, que dura tanto como el individuo, así es, que no creemos que pueda ser curada completamente; puede modificarse la constitución, alejar ó impedir las manifestaciones escrofulosas, pero no hacer desaparecer la escrófula.

Relativamente á las afecciones que se desarrollan bajo la influencia de la diatesis escrofulosa, diremos que pueden terminar por la curación; pero es preciso saber bien que lo más amenudo después de un intervalo más ó menos largo de buena salud se ve reaparecer la enfermedad, sea bajo la misma forma, sea en el mismo sitio, sea en una forma ó en sitios diferentes.

La muerte puede sobrevenir de muchas maneras: ó bien ser debida á la marcha progresiva de la enfermedad, por la alteracion general de todas las funciones principales que puede llamarse caquexia escrofulosa; la piel se vuelve gris; ténue; hay inapetencia, fiebre acompañada de un poco de diarrea y de sudores poco abundantes. Hay enflaquecimiento, pero de una manera poco marcada. al mismo tiempo hay derrames en las pleuras, en el peritoneo y en el tejido celular, y el enfermo sucumbe en un estado de aniquilacion profunda. La muerte puede ser debida á una complicacion: citaremos la meningitis, que sigue á la cáries del peñasco, la hemorragia consecutiva á una ulceracion. Puede tambien ser producida por una enfermedad intercurrente que encuentre al enfermo en malas condiciones y con menos resistencia á una afeccion accidental.

Complicaciones. La escrófula puede complicarse con un gran número de enfermedades que ejercen una influencia favorable ó desfavorable sobre sus manifestaciones.

La crisipela se presenta muy á menudo en los escrofulosos, y sobre todo en los que tienen afecciones cutáneas; es habitualmente muy benigna y se la ha visto á menudo terminar la curacion de afecciones antiguas. Las fiebres eruptivas, la fiebre tifoidea ejercen tambien á menudo la misma influencia saludable. Lugol creia que estas fiebres eran perniciosas porque producian la tisis, pero confundió las enfermedades escrofulosas y las tuberculosas.

La sífilis que sobreviene á los individuos escrofulosos es generalmente mas grave y mas difícil de curar; puede dar lugar al desarrollo de las manifestaciones escrofulosas ó causar su recidiva. Estas enfermedades, sin embargo, quedan separadas, se puede fácilmente curarlas con igual separacion una de otra en un mismo individuo, porque no se fusionan como lo pretenden ciertos autores, para producir accidentes mistos.

El favus se encuentra muy á menudo en los individuos escrofulosos, pero seria un grave error considerarlo como un accidente estrumoso; estas dos enfermedades son de naturaleza enteramente distinta. Diremos solamente que el parásito de la tiña halla en los escrofulosos una organizacion que se presta á su desarrollo y á su propagacion.

Diagnóstico.

Si bien es verdad que cada manifestacion de la escrófula

la tiene sus caracteres particulares, es preciso saber que existen caracteres generales comunes á todas las afecciones escrofulosas. Estos caracteres deben ser estudiados en primer lugar por lo que se refiere á su *sitio*. Asi una ingurgitacion de los ganglios linfáticos, una afeccion huesosa debe hacer inmediatamente sospechar la naturaleza escrofulosa de la enfermedad, por ser tan frecuente encontrar la escrófula como origen de las afecciones que se sitúan en los ganglios linfáticos ó en los huesos.

El aspecto de las *ulceraciones* presenta sobre todo algo de especial, cualquiera que sea el punto de partida de una llaga escrofulosa, que sea consecutiva á una lesion de la piel, de una membrana mucosa ó del tejido óseo, presenta un aspecto particular; su superficie es pálida, asquerosa, sus bordes adelgazados, despegados: este último signo es importante, porque falta ordinariamente en las ulceraciones sifilíticas; estas llagas existen sin dolor, sin pretesto, sin signo de inflamacion local; en fin, la secrecion tiene caracteres especiales; el pus, en vez de ser blanco, espeso, cremoso como en el flemon: es poco colorado, seroso, mal ligado, conteniendo grumos restos de tejido celular; algunas veces se encuentran esquirlas huesosas en medio.

Las *cicatrices* pueden servir para el diagnóstico; las que siguen á las enfermedades escrofulosas son, ó, deprimidas, irregulares, reticuladas como las de las quemaduras, ó bien hundidas en forma de *culo de gallina*, cuando son consecutivas á absesos ó á fistulas que dependen de lesiones huesosas ó bien son salientes, tan pronto pediculadas, como voluminosas, blancas ó rojizas constituyendo una de las variedades de la keloide.

La *marcha* de las afecciones escrofulosas, es esencialmente crónica; tienen tendencia á perpetuarse en la region en donde se desarrollan, y á permanecer bajo la misma forma durante largo tiempo. Este carácter puede servir para distinguir estas afecciones de las que tienen la sífilis por origen, los cuales tienen por carácter cambiar á menudo de forma y de sitio, al contrario de la escrófula.

Los *fenómenos antecedentes* y los accidentes *concomitantes* son todavía muy útiles para establecer el diagnóstico; á menudo los diferentes caracteres de la enfermedad no son bastante marcados para hacer reconocer su naturaleza, y entonces una manifestacion anterior, como una oftalmia escrofulosa que ha dejado una mancha en la córnea ó una

lesion concomitante como un tumor blanco, vendrán á esclarecer el diagnóstico acercando la afeccion dudosa á la enfermedad pasada ó presente, cuyo carácter es ó ha sido muy oscuro.

Pronóstico.

El pronóstico de la escrófula es grave: es una enfermedad que dura toda la vida, que tiene manifestaciones de larga duracion, á menudo mortales, ó dejando lo mas frecuentemente despues de ellas, deformidades ó cicatrices indelebiles. Es, además grave, porque es susceptible de trasmitirse por herencia, porque constituye una disposicion propensa á una multitud de accidentes, sobre todo, durante la infancia, y porque crea en ciertas familias un verdadero vicio patológico que puede reproducirse de una manera desgraciada en ciertas circunstancias.

Sin embargo, la escrófula no tiene siempre una gravedad tan grande; ciertos escrofulosos pueden vivir largo tiempo y no presentar sino accidentes ligeros. El pronóstico variará entonces, segun un gran número de circunstancias; así la escrófula adquirida es menos grave que la hereditaria; la que se presenta tardiamente es, á menudo, mas grave que la que ha empezado en la infancia, porque se produce entonces por una lesion huesosa. La escrófula de marcha rápida y progresiva es mas grave que la que, permaneciendo lenta, permite á la terapéutica poner á raya la enfermedad. El pronóstico es muy grave cuando el enfamecimiento con hinchazon, los derrames en las serosas, la fiebre éctica, se declaran y arrancan de una lesion visceral, ó al menos de una alteracion profunda en la nutricion.

En fin, varia segun las complicaciones, porque ya hemos dicho, que la erisipela, las fiebres eruptivas eran á menudo favorables, mientras que se comprende cuantó han de ser temibles las enfermedades del pulmon, de los intestinos, de los gánglios mesentéricos y hasta del tejido huesoso, con desorganizacion de las partes que los rodean y con supuracion abundante.

Etiologia.

La etiologia de la escrófula es muy interesante en su estudio; porque á este asunto se refieren grandes cuestiones

sociales relativas al matrimonio, á los hijos, á la higiene pública y también á la terapéutica y á la profilaxia.

Dividiremos las causas en dos partes, las causas de la escrófula y las causas de las manifestaciones escrofulosas.

En primer lugar debemos colocar á la *herencia* como causa de la escrófula, porque es la mas comun, la que se nota casi siempre. La herencia puede provenir de dos cónyuges escrofulosos ó bien de uno solo; en este último caso; el padre tiene mucha mas influencia, y si él es el escrofuloso, habrá mas probabilidades que los suyos serán atacados de la enfermedad. Esta mayor influencia egercida por el padre sobre el producto de la concepcion, no debe admirar: es la misma influencia que se nota en el crecimiento de las razas de los animales, en el que los machos representan un papel mas importante que las hembras.

Al mismo tiempo que señalamos esta influencia de la herencia, añadiremos, sin embargo, que todos los hijos nacidos de padres estrumosos no son necesariamente escrofulosos aun cuando lo sean ambos cónyuges. Algunos pueden escapar á esta influencia que se debilita cuando es uno solo el afectado de la escrófula.

Para dar nacimiento á hijos escrofulosos no es necesario que los padres estén ellos mismos afectados de esta diatesis; basta que estén debilitados por una causa cualquiera. Así padres de una constitucion delicada, aquellos que tienen un temperamento linfático demasiado pronunciado, los que están debilitados por una enfermedad crónica, como por el cáncer ó los tubérculos; en fin, todos aquellos que tienen una alteracion profunda de la nutricion pueden dar nacimiento á hijos escrofulosos.

Por la misma razon los padres de mucha edad, uno solo ó ambos pueden producir hijos escrofulosos, y esto sucede hasta cuando los que primeramente habian sido enjendrados mas pronto están exentos de esta enfermedad por temor que los que hubiesen sido engeendrados antes estan exentos de esta enfermedad. Lo mismo sucede con padres muy jóvenes cuyos primeros hijos son atacados por la escrófula mientras que los otros tienen buena salud. Es principalmente en los dos grados estremos de la escala social donde se nota la influencia de esta causa; en las clases elevadas en las que los matrimonios se verifican á menudo entre personas poco jóvenes, y en las inferiores donde las uniones son á menudo muy precoces y producen esos hijos escrofulosos

que van á llenar mas tarde los establecimientos de beneficencia.

En ciertos casos se encuentran niños escrofulosos cuando los padres parecen gozar de una muy buena salud, pero á menudo entonces los padres son atacados mas tarde; se vé aquí lo que sucede algunas veces en la tisis pulmonar, los hijos son atacados de esta última enfermedad, y algunos años mas tarde el padre ó la madre, que hasta entonces habían gozado de muy buena salud, sucumbe á las consecuencias de una tuberculizacion. En estos diferentes casos los hijos habían recibido de sus padres una predisposicion que se ha desarrollado mas pronto en ellos que en sus autores, á menudo por la influencia de causas accidentales.

Los matrimonios consanguíneos entre tio y sobrina, entre tia y sobrino, entre primos hermanos son tambien una causa de la escrófula que se puede mencionar. Se ha creido notar que los hijos nacidos de estas uniones eran bastante á menudo idiotas, epilépticos, sordo-mudos ó escrofulosos.

Algunos autores han admitido tambien que los padres idiotas epilépticos ó sifilíticos podrán producir hijos escrofulosos. Quizás no sea esto cierto de una manera absoluta; así la sífilis no produce directamente la escrófula; pero estas diferentes enfermedades pueden producir una deterioracion tal de la constitucion que los padres se encuentran entonces en las condiciones de debilitacion señaladas mas arriba.

Las nodrizas escrofulosas pueden ser tambien una causa de desarrollo de la escrófula en los niños; aquí encontramos un ejemplo de la influencia que se hace sentir sobre el temperamento, sobre la salud y hasta sobre el carácter de los niños por el hecho de la primera alimentacion.

Miramos, pues, la herencia como la causa mas frecuente de la escrófula. Pero creemos que esta enfermedad no es siempre hereditaria, no participamos de la opinion esclusiva de Lugol que admitia esta causa en todos los casos, y que para amoldar los hechos á sus ideas teóricas, explicaba por el adulterio los casos escepcionales en apariencia, en los cuales los padres legales estaban completamente exentos de la enfermedad que afectaba á los hijos. La herencia es pues, la causa mas frecuente de la escrófula, pero no es la única. La escrófula puede ser *adquirida*, y entre las causas que pueden desarrollarla, encontramos aquellas que obran sobre toda la economia: así la miseria que obliga á ocupar una habitacion insalubre, á vivir con una alimenta-

cion insuficiente, pueden convertir en escrofulosos á hijos nacidos en buen estado y sin predisposicion mórbida especial. La humedad juega tambien un gran papel en ciertos paises frios y húmedos: la escrófula es endémica, y la observacion hace ver que se la encuentra mas á menudo en los valles que en las montañas. La falta de aire libre, la reclusion ó una influencia perjudicial sobre las criaturas y sobre los jóvenes cuyo desarrollo no ha terminado; y se vé á menudo la escrófula desarrollarse en las cárceles, sobre todo en las que contienen niños ó adolescentes.

El *contagio* de la escrófula habia sido admitido por algunos autores antiguos; pero esta opinion, recibida aun entre el vulgo, está completamente abandonada por los médicos; no tenemos pues necesidad de detenernos en ella.

Despues de haber indicado las causas principales de la escrófula, vamos ahora á hablar de las circunstancias que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, que pueden dar nacimiento á sus diversas manifestaciones. En primera linea encontramos la *edad*. Las afecciones escrofulosas se encuentran á menudo por vez primera de los dos á los cinco años, son frecuentes de quince á veinte y van en disminucion en los años siguientes. Sin embargo, puede vérselas aparecer en individuos de cuarenta y hasta de sesenta años que jamás han tenido antecedentes escrofulosos. M. Duméril ha presentado una buena memoria sobre las manifestaciones tardías de la escrófula: lo mas frecuente, sin embargo, es, que estos accidentes sobrevengan en individuos ya afectados de la misma enfermedad. La edad puede tener todavia influencia sobre el sitio de las manifestaciones escrofulosas: en la infancia son sobre todo los ojos y las membranas mucosas las atacadas; mas tarde los ganglios linfáticos, y en la edad adulta, se encuentran mas á menudo lesiones en los huesos. Con todo, no hay nada absoluto en esta proposicion, pues que se vé frecuentemente este orden invertido y tambien que la enfermedad recae simultáneamente sobre diferentes sistemas.

Se encuentra la escrófula en todos los *temperamentos*; debemos sin embargo señalar la influencia perjudicial del temperamento linfático que regularmente predomina en los escrofulosos.

La escrófula ataca los dos *sexos*, pero parece mas frecuente en las mujeres, quizá porque su constitucion es por lo regular mas débil. Las mujeres presentan mas á menudo

las oftalmias y las escrofulides, mientras que los hombres suelen ser mas bien atacados de tumores blancos, abscesos frios, úlceras y caries de los huesos.

Tambien debemos señalar ciertas épocas de la vida como teniendo influencia en la aparicion de las manifestaciones escrofulosas; asi en la infancia las vemos amenudo aparecer durante el trabajo de la denticion. Muchos autores han señalado la curacion de los accidentes escrofulosos en el momento de la pubertad; es un hecho que ha sido en efecto comprobado algunas veces, pero á menudo tambien se observa lo contrario; principalmente en los niños cuyo desarrollo es tardío, la pubertad produce un desarrollo rápido que los debilita y les hace caer en un estado de languidez favorable á la aparicion de las manifestaciones escrofulosas.

Algunas *enfermedades* juegan tambien un cierto papel en la aparicion de los accidentes de la escrófula; se les vé amenudo desarrollarse tras el sarampion ó despues de la coqueluche.

Otras enfermedades obran de otro modo: asi despues del eczema y del impetigo de la cabeza existe una ingurgitacion inflamatoria de los ganglios cervicales, En los individuos escrofulosos este estado puede persistir despues de la curacion de la enfermedad cutanea y convertirse entonces en una manifestacion de la escrófula. Lo mismo sucede con una llaga y con toda causa de inflamacion de los gánglios linfáticos; una vez ingurgitados pueden persistir en su tumefaccion y la escrófula aparece.

En fin, se han visto aparecer manifestaciones escrofulosas despues de una viva emocion, de un cansancio, un resfriado ó la supresion de las reglas y hasta despues de un golpe ó cualquiera otra causa traumática. Todas esas causas ocasionales no ejercen influencia alguna sobre la escrófula en si misma, pero atacan á los individuos acometidos de la diátesis escrofulosa y provocan en ellos la aparicion de enfermedades que derivan de esta causa especial.

Tratamiento.

En el tratamiento hemos de estudiar dos partes, el general que se dirige á la diátesis, y el local que presenta indicaciones especiales segun el sitio, la especie y la forma de las manifestaciones. Nos ocuparemos en primer lugar del tratamiento general que es sin duda el mas importante y

que á menudo basta para producir la curacion. Comprende dos indicaciones distintas: los medios profilácticos que se dirigen á la predisposicion escrofulosa, la combaten y tienen por fin prevenir, tanto como posible sea las manifestaciones; y los medios curativos que se emplean contra la escrófula confirmada despues de la aparicion de las afecciones de naturaleza estrumosa.

Los medios *profilácticos* propuestos contra la escrófula consisten sobre todo en una buena higiene; los niños escrofulosos han de vivir en el campo, en un lugar bien ventilado y exento de humedad; harán un ejercicio moderado, repetido, pero no llegando nunca hasta la fatiga; el régimen alimenticio ha de ser muy fortificante y consistirá en carnes, huevos y buen vino. Se ordenaran ademas, si es necesario, algunos medicamentos reconstitutivos como el hierro, la quinina, el aceite de bacalo; en fin, se añadirán baños escitantes como baños salados, aromáticos, sulfurosos. Amenudo con el auxilio de este tratamiento profiláctico podrá evitarse la aparicion de las manifestaciones escrofulosas, por las felices modificaciones que se producirán en la constitucion.

Quando la escrófula está declarada, cuando las manifestaciones existen, debe desde luego prescribirse un *tratamiento general*, independientemente de las indicaciones especiales que reclama la afeccion local. El tratamiento general es muy importante; en efecto á menudo los medios locales empleados solos durante largo tiempo, obran poco sobre la enfermedad, mientras que los medios generales pueden por sí solos producir la curacion, y en todos los casos preparan el efecto de los medios tópicos. Así no debe nunca descuidarse el tratamiento general y dársele mas importancia que á los medios locales que no tienen á menudo accion favorable sino al fin de las afecciones, cuando ya la constitucion está modificada, por los medios que obran sobre el conjunto de la economia.

El tratamiento general debe ser ante todo higiénico y comprende como lo hemos dicho mas arriba, una buena alimentacion, un aire puro y vivo, luz, distracciones y sobre todo ejercicios corporales. Lugol el primero, ha insistido mucho sobre los felices resultados del ejercicio en los escrofulosos, y los ha obtenido haciendo andar á los enfermos, hasta á aquellos que estaban atacados de tumores blancos en los miembros inferiores.

Además de los medios higiénicos, se han propuesto un gran número de medicamentos para la curación de las afecciones escrofulosas, pero no todos tienen el mismo valor bajo el punto de vista terapéutico; así es que en esta investigación rápida, no vamos á hablar sino de aquellos con los cuales se puede principalmente contar.

Hay la costumbre de dar á los escrofulosos los *amargos*, tales como el lúpulo, genciana, y los *antiescorbúticos*, en particular, los berros y las preparaciones del rábano rusticano, estos medicamentos que se propinan en forma de tisana, de vino, ó de jarabe, no ejercen mas que una accion de todo punto secundaria, y no debe contarse con ellos sino en calidad de simples coadyuvantes de un tratamiento mas activo.

El *azufre* tiene una accion algo mas enérgica, pero no es siempre suficiente contra la escrófula; así es que se da muy poco interiormente, es administrado con mas utilidad bajo la forma de baños sulfurosos, que se emplean frecuentemente con ventaja, lo mismo si se trata de aguas minerales naturales que de baños artificiales preparados con el sulfuro de potasio.

Algunos autores, y sobre todo Lugol, han considerado el *iodo* como un especifico; desgraciadamente este medicamento que no tiene esta propiedad absoluta es sobre todo útil contra las afecciones de los huesos de naturaleza escrofulosa, se le emplea entonces bajo la forma de ioduros de potasio ó de hierro.

La tintura de iodo, el iodo en sustancia unido al ioduro de potasio en una solución acuosa, se emplean tambien á menudo en las ingurgitaciones de los ganglios, y en algunas otras formas de la escrófula; algunas veces se les ha visto producir resultados, pero no es conveniente contar con su constante eficacia.

Tambien se ha empleado el *hierro* y sus diversas preparaciones: este medicamento no parece obrar directamente contra la escrófula, pero puede ser útil de un modo accesorio, á los individuos pálidos, debilitados y sobre todo en los jóvenes escrofulosos que presentan los síntomas de la clorosis.

El *mercurio* ha sido aconsejado por algunos autores: es preciso saber que su accion, mas que útil, es perjudicial; en efecto, por sus propiedades alterantes, obra sobre la parte sólida de la sangre y puede debilitar la economía. No hacemos estensiva esta reprobacion á los tópicos mercuria-

les cuya accion es solamente local: las pomadas mercuriales, el emplasto de Vigo, pueden ser útiles contra las ingurgitaciones escrofulosas.

Al lado del mercurio, entre los alterantes, se han aconsejado además las preparaciones de oro, que han sido alabadas por Lalouette y por Chretien (de Mompeller), y mas recientemente por Legrand y Duhamel (de Paris). Estos autores han empleado el cloruro de oro al interior y esteriormente bajo la forma de pomada; tenemos poca fé en su eficacia.

Las preparaciones alcalinas como el cloruro de bario, al cual Lisfranc atribuye un valor particular en las afecciones huesosas lo mismo que el hidrociorato de sosa á menudo empleado por M. Cazenave, son algunas veces útiles, empleados esteriormente bajo la forma de baños; pero dados al interior, su accion nos ha parecido insuficiente.

La *cienta* empleada interiormente en la forma de tintura ó de extracto, y al esterior en la forma de pomada ó de emplasto, constituye un buen medio contra las ingurgitaciones ganglionares, pero no parece ejercer una accion bastante evidente contra la escrófula.

El mejor tratamiento general, sin ser, sin embargo, un especifico verdadero, consiste en el empleo de los *aceites de pescados*, sobre todo los que se extraen del hígado del bacalao, de las rayas, de las ligas; el uso de estos aceites da ciertamente hermosos resultados, tanto si se les emplea solos como si se les asocia con otros medicamentos como los amargos, el hierro, la quina. Al mismo tiempo que se prescriben estos aceites conviene por lo demás no olvidar los cuidados higiénicos que juegan un papel importante en el tratamiento de la escrófula.

En fin, debemos todavía indicar el uso de las aguas minerales que son á menudo aconsejadas con ventaja, sobre todo para concluir y consolidar la curacion de los accidentes escrofulosos. Las aguas iódicas, tales como las de Salins, de Nauheim, de Kreutznach, de Hombourg, etc.: se han empleado con éxito al interior, y sobre todo esteriormente en forma de baños y de chorros. Las aguas sulfato-calcáreas, como las de Sonéche, ejercen una gran accion sobre las afecciones cutáneas de naturaleza escrofulosa. Las aguas sulfurosas tienen tambien una feliz influencia sobre la escrófula: están indicadas contra las escrofulides y principalmente contra las lesiones de los huesos; se emplean sobre todo las

aguas de Bareges, de Louchon de Ax, de Aix, de Schinznach y de Enghein.

La permanencia á orillas del mar ejerce una doble accion sobre los escrofulosos, en primer lugar por el aire cargado de principios salinos introducidos en la economía por la respiracion, y en segundo lugar por la accion de los baños. Cuando el niño es demasiado débil para soportar los baños de oleage, se propinan baños de mar calientes que dan muy buen resultado. En París, en donde no puede tenerse una gran cantidad de agua de mar, pueden darse baños de la misma con el hidrófero; hemos conseguido felices resultados con el empleo de este medio en casos graves que habian resistido á otras medicaciones empleadas anteriormente.

CAPÍTULO III.

De las escrófulides.

M. Bazin y yo, los dos casi aun mismo tiempo, hemos dado el nombre de *escrofulides* á las manifestaciones de la escrófula en la piel, las hemos denominado así á imitacion del nombre de *sifilides* dado por Alibert á las manifestaciones cutáneas de la sífilis.

Esta palabra es nueva, pero permanecerá en la ciencia porque espresa un hecho verdadero; pero no permanecerá sino con la condicion de que se la deje su exacto significado, esto es, que no se la aplique mas que á las solas afecciones cutáneas que dependen de la escrófula. M. Bazin ha ido mas lejos; la ha aplicado no solamente á las enfermedades cutáneas siempre consecutivas á la escrófula, sino tambien á las afecciones que se manifiestan en los escrofulosos, y que no están bajo la dependencia esclusiva de la escrófula. En efecto, admite este autor dos especies de escrofulides, *escrofulides benignas* y *escrofulides malignas*. Entre las *escrofulides benignas* coloca el sabañon, el eritema papuloso, el eritema indurado, el estrófulo, el prurigo, el liquen, el eczema, el impétigo; diversas formas del acné; basta enumerar estas enfermedades para demostrar que se las encuentra en circunstancias mórbidas diversas, y que no dependen siempre de la escrófula.

Para admitir las *escrofulides benignas*, M. Bazin se funda en cuatro razones principales: la frecuencia de estas afec-

ciones en los escrofulosos, sus caracteres particulares, la transformacion gradual en escrofulides malignas, y el resultado del tratamiento antiescrofuloso. Veamos cual es el valor de estas razones y si tienen ellas la importancia que les atribuye nuestro colega.

Estas afecciones se encuentran á menudo en los escrofulosos, esto es incontestable; pero se las ve tambien en individuos libres de la escrofula; no están, pues, siempre bajo la dependencia de esta diatesis, y no merecen el nombre de escrofulides. Otras enfermedades, como las verrugas, el favus son muy frecuentes en los escrofulosos, y sin embargo M. Bazin no las mira por esto como de naturaleza escrofulosa. Si todas estas enfermedades se encuentran frecuentemente en los individuos escrofulosos, es porque hallan en ellos un terreno favorable á su desarrollo y no porque sean de origen escrofuloso.

M. Bazin da como caracteres especiales de sus escrofulides benignas; la ausencia de picazon, de escozor, de dolor, de reaccion local, la lentitud de la marcha, la abundancia de las escresiones, el espesor de las costras, etc. No admitimos estos caracteres como dependientes de la naturaleza de la afeccion, son debidos á la enfermedad, al terreno sobre el cual se desarrolla la erupcion. En efecto, una neumonia en un escrofuloso tendrá por caracteres particulares: la poca intensidad de los fenómenos locales, la falta de reaccion local, una fiebre ligera, una tos frecuente, con una expectoracion abundante, una marcha lenta, una resolucion difícil, etc. Tendrá que admitirse que es una neumonia de naturaleza escrofulosa? Evidentemente no; se dirá que éstos caracteres particulares son debidos al individuo en el cual se desarrolla la enfermedad, y no á la enfermedad misma. Lo mismo sucede con el eczema, el estrofulo que se desarrollan en un escrofuloso; los caracteres particulares que presentan entonces nos parece que deben referirse mas bien al enfermo que á la naturaleza de la afeccion.

En cuanto á la transformacion gradual de las escrofulides benignas en escrofulides malignas, de un impetigo por ejemplo en escrofulide profunda, afirmamos que si esto sucede es un hecho muy raro. No hemos visto jamás operarse esta transformacion, y siempre que se ha creido observarla, debe ser atribuida á un error del diagnóstico. En estos casos se ha designado una escrofulide pustulosa en sus principios con el nombre de *impetigo* y cuando mas tarde se ha

estendido en profundidad se le ha devuelto el nombre de *escrófula maligna* que hubiera debido siempre llevar. En fin, M. Bazin da por última razón los buenos resultados que se obtienen en estas afecciones con el empleo del tratamiento antiescrofuloso. Esta acción de los antiescrofulosos es verdadera, y los damos nosotros mismos en los casos de eczema, de impétigo desarrollados en los escrófulosos y como nuestro colega alcanzamos prontas curaciones. Pero no sacamos de ahí la conclusión rigurosa como el de que el resultado del tratamiento indique la naturaleza de la afección. En estos casos modificamos el terreno sobre el cual la enfermedad se desarrolla y atacamos así indirectamente esta enfermedad. Obtenemos el mismo resultado en las afecciones sífilíticas: muy á menudo en enfermos escrófulosos débiles, debilitados atacados de sífilis y de accidentes concomitantes, hemos visto el mercurio no producir efecto alguno saludable; en estos casos suspendiamos el uso de los mercuriales, hacíamos tomar el hierro, la quina, el aceite de hígado de bacalao, en una palabra, establecíamos un tratamiento reconstituyente y veíamos poco á poco desaparecer todos los accidentes. ¿Debe concluirse de ahí que estas afecciones, estas placas mucosas, estas sífilides no estaban bajo la dependencia de la sífilis, sino bajo la de la escrófula? Ciertamente que no. Obrando del modo como lo hemos hecho, hemos modificado el terreno, hemos cambiado las condiciones que contenían la evolución natural de la enfermedad, y hemos podido obtener indirectamente la curación. Lo mismo sucede con las erupciones desarrolladas en los escrófulosos: en nòsología lo mismo que en clínica, es preciso colocarlas entre las clases á las cuales realmente pertenecen; y no bajo la dependencia de la escrófula, lo cual quiere decir que en la medicina práctica hay dos cosas importantes á que atender á saber: la enfermedad y el enfermo. A pesar de las razones alegadas por M. Bazin para defender la existencia de las escrófulas benignas, no creemos, pues, deber admitirlas, porque las afecciones que designa con este nombre se encuentran lo mas á menudo fuera de la escrófula, y porque los caracteres particulares que les atribuye lo mismo que los felices resultados del tratamiento antiescrofuloso nos parece que tienen una esplicacion mas bien por la disposición general del enfermo que por la naturaleza especial de la enfermedad. Damos, pues, el nombre de *escrófulides* á las afecciones

cutáneas que están bajo la dependencia exclusiva de la escrófula, á la manera que las sífilides están bajo la dependencia de la sífilis y no se desarrollan jamás fuera de esta diatesis, y cuya existencia debe ser reconocida por el solo hecho de su desarrollo.

Antes de entrar en la descripción de esas afecciones escrofulosas de la piel, si examinamos un momento la cuestión en el terreno histórico, deberemos decir que en los autores del tiempo del renacimiento, encontramos los caracteres de las escrofulides en muchas de las enfermedades referidas entonces á la lepra, y estamos persuadidos que existían en las leproserias un cierto número de escrofulosos mezclados con los verdaderos leprosos. Pero todo estaba confundido, y es imposible encontrar antes de nuestro siglo una descripción un poco clara de estas enfermedades. Willan y Bateman arrojaron un poco de luz en esta confusión, pero reunieron en un solo género todas las formas de las enfermedades escrofulosas cutáneas, que designaron con el nombre de *lupus* del cual no trataron de apreciar la naturaleza y que clasificaron entre los tubérculos. Sin embargo, Bielt, dirigido por su espíritu eminentemente práctico, reconoció que el *lupus* no entraba en el cuadro de la clasificación de Willan basada en las lesiones elementales, é hizo de ellas un orden aparte, reconociendo así una enfermedad de una naturaleza particular respecto de la cual no se atrevía á decidirse. Alibert tampoco supo reconocer la naturaleza especial del *lupus*, y colocó el estiomene en el grupo de las dematoses herpéticas, al lado del eczema, del psoriasis, no siendo marcada la diferencia radical que existe entre los herpes y las enfermedades escrofulosas.

No es ciertamente sino en estos últimos tiempos que ha sido casi generalmente admitida la naturaleza escrofulosa del *lupus*. Añadiremos que esta palabra *lupus* nos parece poco conveniente; en primer lugar porque ciertos autores han descrito con este nombre afecciones cutáneas que no son de naturaleza escrofulosa, y que se refieren á la sífilis, y sobre todo porque en la escuela de Willan, designando esta palabra una lesión tuberculosa de la piel, no comprende enfermedades que se acercan evidentemente al *lupus* tuberculoso, pero en las cuales la lesión inicial está caracterizada por pústulas, escamas y hasta por manchas eritematosas. Así pues, creemos útil dejar á un lado la palabra *lupus* y dar el nombre general de *escrofulides* á todas las

enfermedades cutáneas desarrolladas bajo la influencia de la escrofula, sea cual fuere por lo demas su lesion elemental.

Caractéres generales de las escrofúlides.

Presentan las escrofúlides un cierto número de caractéres que pueden encontrarse en todas las variedades, y que es indispensable que se conozcan para el diagnóstico de esas afecciones. Una de las primeras cosas que se han de notar, es que están situadas bastante profundamente en el espesor de la piel; jamás son superficiales, atacan las capas profundas del dermis, las ulceraciones que resultan de los progresos de la erupcion se estienden bastante lejos, y las cicatrices que se suceden demuestran una alteracion grave de la piel. A menudo no se limitan al tegumento esterno y hasta pueden invadir los tejidos subyacentes.

Las escrofúlides están generalmente *circunscritas* á una region ó hasta á una parte mas limitada y tienen poca tendencia á generalizarse, á escepcion sin embargo de la variedad designada con el nombre de *escrofúlida tuberculosa diseminada*. Se entienden en anchura y en profundidad, pero persisten en el mismo sitio durante muchos meses y hasta durante muchos años.

Las manifestaciones cutáneas de la escrofula presentan una *coloracion* especial: es un color rojo oscuro, violáceo, heces de vino, menos negro que el de las siflides y menos rojo que el de los exantemas ordinarios. Esta coloracion se caracteriza bien sobre todo alrededor de las ulceraciones.

Estas *ulceraciones* presentan en sí mismas caractéres importantes: sus bordes festoneados irregulares, no están cortados á pico, pero son delgados y desprendidos, este desprendimiento de los bordes tiene una gran importancia diagnóstica. El fondo de la ulceracion es fungoso, sanguinolento, ó presenta pezones carnosos pálidos, fofos, blandos de mala naturaleza, algunas veces exuberantes. No se ve sino raramente esta película grisácea, pseudo membranosa que esta en el fondo de las úlceras sifilíticas.

Las *costras* que cubren estas ulceraciones son algunas veces gruesas, no son muy duras y no presentan raices; están destacadas y tan pronunciadas como las que se encuentran en la sífilis, su coloracion es variable; son negruzcas cuan-

dó contienen una cierta cantidad de sangre, mezclada con el pus desecado, ó bien son de un blanco muy notable cuando son puras, siendo esta coloración blanca muy interesante para el diagnóstico.

Debemos señalar todavía como un carácter, muy importante la *hinchazon del tejido celular* sub-cutáneo; cuando la enfermedad tiene su asiento en un punto abundante en tejido celular, como en la cara, se produce un levantamiento de la piel que hace que se tome esta enfermedad por una erisipela, y que ha hecho que en este caso se le diera el nombre de *erisipela crónica* ó de *lupus hipertrófico* por M. Cazenave y otros autores. Después de esta tendencia hipertrófica cuando la enfermedad marcha hácia su curación, hay por el contrario, una tendencia atrófica, un adelgazamiento considerable de la piel y del tejido celular subyacente, lo que aumenta todavía la profundidad de las cicatrices. Se observa muy fácilmente este fenómeno cuando la enfermedad ha ocupado la nariz: después de la curación, las alas de la nariz son muy finas, y la misma nariz se vuelve muy delgada en su estremidad.

Aun después de la curación de las escrofulídes, las enfermedades puede reconocerse por las *cicatrices*, las cuales existen siempre hasta después de la escrofulíde eritematosa que desaparece sin haber presentado ulceración. Estas cicatrices son ordinariamente deprimidas por las reabsorciones del tejido celular subyacente, presentan un aspecto reticular que les da semejanza con las cicatrices de la quemadura en el tercer grado. Algunas veces son salientes, desiguales y granuladas como las verrugas, ó bien exuberantes: forman la variedad de la *keloides*. La coloración en un principio violácea, se borra poco á poco y se vuelve blanca; pero las huellas quedan indelebles.

La ausencia de toda reacción local y general es también un carácter particular de las escrofulídes; no hay ni fiebre, ni picazon, ni escozor, ni dolor; la sensibilidad parece estar embotada en los escrofulosos. Se ven escrofulídes ulceradas profundas atacar y destruir todos los tejidos y hasta los huesos, sin ir acompañadas de ningún dolor vivo ni de ningún síntoma de reacción.

En fin, es preciso no olvidar que entre los signos que pueden conducir á establecer el diagnóstico, hay los que se derivan de los *antecedentes y fenómenos concomitantes*. Los antecedentes, tales como una cicatriz de naturaleza escrofulo-

sa, una mancha en la córnea, demuestran que el individuo ha presentado ya manifestaciones escrofulosas, y que por consiguiente es escrofuloso; esto no indica forzosamente que la afección actual sea de naturaleza escrofulosa, porque esta diatesis no excluye otras enfermedades, aunque este carácter dé probabilidades. Del mismo modo los fenómenos concomitantes, tales como una oftalmia, un tumor blanco, pueden servir también para que se reconozca la naturaleza de una afección cutánea, cuyos caracteres objetivos no estén bastante caracterizados.

Marcha, duración. La marcha de las escrofulides es muy lenta, es raro que duren menos de seis meses, y á menudo persisten dos, cinco, diez y hasta veinte años; sucede también que no terminan sino con la vida. Durante este largo período, conservan casi siempre la misma forma, y ocupan habitualmente el mismo sitio. En algunos casos raros, revisten la forma fagedénica; tienen entonces una marcha muy rápida y la muerte puede sobrevenir prontamente.

Las escrofulides terminan á menudo con la curación hasta en los casos aparentemente mas graves. La curación puede tener lugar por la evolución natural de la enfermedad, pero lo mas regular es, que sea bajo la influencia de un tratamiento conveniente. En algunos casos, la terminación favorable es precipitada por una enfermedad accidental, tal como una erisipela, una fiebre eruptiva, etc., que determinan una modificación feliz y producen la cicatrización.

En otras circunstancias no hay curación, y la enfermedad dura toda la vida. El enfermo puede entonces sucumbir bajo la influencia de una enfermedad intercurrente, ó la muerte puede ser debida á otras manifestaciones escrofulosas tales como los abscesos frios que debilitan al enfermo por la abundancia de la supuración y determinan un estado caquéctico. En fin, lo mas frecuentemente, el enfermo muere por el hecho de una complicación visceral, que es frecuentemente la tisis tuberculosa, la enteritis tuberculosa ó la enfermedad de Bright.

Diagnóstico de las escrofulides.

Los principales caracteres generales de las escrofulides son la profundidad de la lesión, su fijeza, la coloración de las costras, el aspecto de las ulceraciones y de las cicatri-

ces, la hinchazon del tejido ambiente, la ausencia de reaccion local y general y la lentitud de la marcha. Con estos caracteres, se pueden distinguir las escrofulides de las afecciones herpéticas y de las sifilíticas, las cuales ofrecen bastante semejanza con las manifestaciones de la escrofula para que creamos útil insistir sobre su diagnóstico diferencial.

Las *afecciones herpéticas* pueden encontrarse en los escrofulosos, pero se distinguen de las escrofulides por los caracteres siguientes: tienen tendencia á estenderse, á generalizarse en otros sitios; van acompañadas de escozor, calor, picazon que faltan en las escrofulides; debe sin embargo saberse, que estos síntomas son menos pronunciados en los escrofulosos atacados de herpes. Los herpes no dejan jamás cicatrices, aun despues de las ulceraciones superficiales del impétigo, mientras que las escrofulides las dejan siempre, aun cuando no den lugar á ulceraciones.

Son sobre todo las *sifilides* antiguas, terciarias, úlcerosas y profundas, las que tienen mucha semejanza con las escrofulides, y en ciertos casos el diagnóstico es muy difícil. Podrá sin embargo determinarse apoyándose en los caracteres siguientes: las ulceraciones sifilíticas tienen una forma mas redondeada, mas regular, los bordes están cortados á pico y no desprendido; el fondo presenta una pseudo-membrana espesa, grisácea; las costras son mas plásticas, se acumulan y presentan el aspecto de ciertas conchas, en fin, su coloracion es de un verde oscuro, y nunca son blancas ó negras. Las mismas cicatrices pueden auxiliar al diagnóstico: son negruzcas, despues blancas, poco profundas; no son ni deprimidas ni reticuladas, ni prominentes ni keloidianas. En oposicion á estos caracteres de las erupciones sifilíticas, recordaremos que las escrofulides tienen los bordes despegados irregulares, que las carnes son fungosas, asquerosas, que las costras negras ó blancas son menos duras y que las cicatrices son mucho mas frecuentes, mas aparentes y mas salientes. La marcha de estas dos clases de enfermedades, presenta tambien diferencias: así las sifilides tienen una marcha menos lenta; es muy raro que una sifilide dure muchos años, ocupando el mismo sitio y conservando la misma forma; ordinariamente se modifica y aparece en otra region bajo una nueva forma regularmente mas grave. En fin, en este diagnóstico es preciso tener en cuenta los antecedentes y los fenómenos concomitantes

Sin embargo, no debe atribuirse un valor absoluto á los antecedentes, porque las dos diátesis no se escluyen, y un individuo que anteriormente ha tenido una oftalmía ó cualquiera otra afeccion escrofulosa, puede tener una sifilide. Los fenómenos concomitantes tienen una grande importancia, sin tener tampoco un valor absoluto. Con el auxilio de todos estos signos se podrá muy á menudo establecer el diagnóstico.

En algunos casos, sin embargo, existe una mezcla tal de caracteres; que es difícil ó quizá imposible, decidirse: es necesario entonces esperar, y el resultado del tratamiento hará á menudo reconocer la naturaleza de la enfermedad. Pero en este punto es preciso fijarse sériamente. En efecto, si lo que se cura es una sifilide en un escrofuloso, el tratamiento anti-escrofuloso modificando el terreno y produciendo la curacion, podria hacer creer que lo que se ha tratado de curar ha sido una escrofulide. En estos casos, pues, el mejor tratamiento explorador consiste en la administracion del mercurio, que producirá la curacion si la enfermedad es de naturaleza sifilítica, y que en una gran mayoria de casos agravará, por el contrario, la enfermedad cutánea si esta pertenece á la escrófula.

Division de las escrófulas.

Las diferentes variedades de la escrófula cutánea coexisten á menudo juntas en el mismo enfermo, y de ahí la dificultad de reconocerlas y clasificarlas de una manera bien determinada. Así cada autor ha adoptado una clasificacion particular. Recientemente se ha dado el nombre genérico de *lupus* á todas las variedades de escrófulides graves. M. Cazenave, que ha adoptado esta denominacion, ha establecido cuatro especies de lupus: 1.º el lupus eritematoso: 2.º el lupus tuberculoso: 3.º el lupus ulceroso: 4.º el lupus hipertrófico. Pero dos de estas especies, la tercera y la cuarta no son jamás primitivas: siguen siempre á una de las dos primeras; por lo cual no puede aceptarse esta division.

M. Bazin, que admite la existencia de la escrófulides benigna, llama escrófulides malignas solamente á las afecciones que nosotros miramos como dependientes siempre de la escrófula. Las divide en tres grupos: 1.º la escrófulide eritematosa: 2.º la escrófulide tuberculosa: 3.º la escrófulide

crustáceo-ulcerosa. Podemos dirigir al tercer grupo el mismo cargo que á dos de las variedades de M. Cazenave; en efecto, la escrofulide crustáceo-ulcerosa de M. Bazin sigue ordinariamente despues de una escrofulide pustulosa ó tuberculosa, de modo que este autor coloca la misma enfermedad en dos grupos diferentes, segun el período en que se halla.

Esta trasformacion de la misma enfermedad de un estado á otro, y la coexistencia simultánea de muchas formas, encierran la gran dificultad para una buena clasificacion de las escrofulides. Sin embargo, aunque sea imposible considerarlas de una manera inseparable, siendo las divisiones indispensables para el estudio, y fundándonos en las observaciones clínicas, admitimos las cinco variedades siguientes: 1.^a la escrofulide eritematosa; 2.^o la escrofulide córnea ó acnéica; 3.^o la escrofulide pustulosa; 4.^o la escrofulide tuberculosa, y 5.^o la escrofulide flegmonosa.

1.^o *Escrofulide eritematosa*. Puede tambien llamársele eritemato-escamosa, porque la descamacion sucede y se une á menudo á las manchas rojas. Esta forma de escrofulide, está caracterizada por manchas de un rojo oscuro, un poco moreno, violáceo; no es la coloracion de la sífilis, es algo particular: el color es mas bien violáceo que moreno, la superficie está unida y presenta un aspecto reluciente especial.

La rubicundez es permanente, desaparece por la presion del dedo para reaparecer en el momento que cesa la compresion, se aumenta momentáneamente por las impresiones morales y por todas las causas de escitacion general. Estas manchas forman un ligero relieve sobre la piel sana que presenta una depresion despues de la curacion. En un principio son ordinariamente redondeadas, ovales y su estension es igual á la anchura de una pieza de 50 céntimos á un franco; pero pueden estenderse y entonces ocupan toda una region, por ejemplo, toda una mejilla y hasta la mayor parte de la cara.

La escrofula eritematosa empieza por esta rubicundez que acabamos de indicar, pronto la epidermis se arruga, se desprende y entonces hay una ligera descamacion; se hace por medio de pequeñas escamas foliáceas muy adherentes, que caen dificilmente por sí mismas, y hasta resisten algunas veces la frotacion de la mano; á primera vista se parecen á las escamas del psoriasis; un exámen mas profundo

hace reconocer que son mas foliáceas y que no se destacan tan fácilmente.

Esta escrofúlida se sitúa casi siempre en la cara y mas particularmente en la nariz; se la encuentra, sin embargo, algunas veces en los miembros, en los piés y en las manos. Puede tambien manifestarse en el cuero cabelludo, y entonces el diagnóstico es difícil; se ven manchas de un rojo oscuro cubiertas de algunas escamas, los cabellos se estienen y caen, y despues de la curacion quedan placas blancas que pueden hacer creer en la existencia anterior de un favus ó de una pelode.

Como todas las escrofúlides, la forma eritematosa existe habitualmente sin síntoma de reaccion; no hay ni calor, ni dolor, ni picazon; la enfermedad no manifiesta su presencia sino por una ligera mancha por la coloracion y por el estado escamoso.

La escrofúlida eritematosa presenta una marcha muy lenta; desde luego tiene la tendencia á estenderse, y despues permanece estacionaria y puede persistir toda la vida á pesar del tratamiento mejor dirigido. Otras veces se produce una mejora, la marcha se rebaja, la coloracion palidece y la enfermedad se cura; pero queda una cicatriz indeleble aunque no haya habido ulceracion. Esta cicatriz, que se parece á una quemadura en el tercer grado, se produce por absorcion intersticial. La cicatrizacion empieza ordinariamente por el centro de la placa y esta apariencia, de un círculo cuyo centro está curado, ha hecho que Biett diera á esta enfermedad el nombre de *eritema centrifugo*; la descripción hecha por este distinguido autor es exacta, pero el nombre que ha propuesto se refiere á una enfermedad grave, profunda, tenaz, de naturaleza rebelde, y no á los eritemas que son habitualmente ligeros, de un pronóstico favorable y que desaparecen sin dejar huellas: esta denominacion de eritema centrifugo no debe pues conservarse.

La escrofúlida eritematosa presenta la particularidad notable de desarrollarse con preferencia en los escrofulosos de temperamento sanguíneo, de cara colorada como si esta estuviere predispuesta á ella por la congestion habitual de la que es el sitio.

Diagnóstico. La escrofúlida eritematosa está sobre todo caracterizada por una mancha roja violácea, un poco escamosa, ligeramente saliente, ordinariamente redondeada

mas ó menos estendida, con su asiento ordinario en la cara, presentando una marcha escesivamente lenta, y dejando siempre en pos de sí una cicatriz muy aparente. Las afecciones que pueden confundirse con ella son: los eritemas, el psoriasis, el *ptiriasis rubra*, el liquen, y sobre todo la sifilide pápulo-escamosa ó tuberculosa.

Los *eritemas papulosos y nudosos* se distinguirán fácilmente por su marcha aguda, por la rubicandez inflamatoria, por su diseminacion en los miembros, por la reaccion local y algunas veces general que les acompaña; y en fin, por su curacion rápida, la cual se verifica sin dejar otras huellas que algunas manchas equimósicas, que no tardan en desaparecer.

El *psoriasis* ofrece, como variedad de escrofúlides que nos ocupa, manchas salientes de un rojo oscuro, cubiertas de escamas y teniendo á menudo una apariencia rugosa pero las escamas psoriasicas son de un blanco anacarado, sobrepuestas las unas á las otras y menos adherentes; la erupcion se estiende ordinariamente en las rodillas y en los codos, y va acompañada de picazon. En fin, cuando tiene lugar la curacion no queda ninguna cicatriz.

El *ptiriasis rubra* presenta placas mas anchas, menos salientes, mas rojas y mas diseminadas; los eczemas son mas perforáceos, hay picazones y nunca cicatriz aparente.

Si alguna vez el *liquen* presenta cierta semejanza con la escrofúlide eritematosa, bastarán para hacerlo reconocer la diseminacion de la erupcion, el color y pequeño volumen de las pápulas, la existencia de vivos comezones y la ausencia de cicatriz.

El diagnóstico mas difícil será el que deba establecerse entre la escrofúlide eritematosa y ciertas formas de sifilides. La sifilide *pápulo-escamosa* se distinguirá, como todas las sifilides precoces por la difusion de la erupcion sobre una gran parte del cuerpo, por la rapidez de la marcha y por los fenómenos concomitantes pertenecientes al período secundario de la sifilis. En cuanto á la *sifilide tuberculosa* en grupos, la forma de los tubérculos, su color cobrizo, el poco espesor de las escamas, la marcha mas rápida de la enfermedad, los fenómenos concomitantes, lo mismo que los resultados rápidos de un tratamiento antisifilítico, son otros tantos signos que servirán para hacerla reconocer.

2.º *Escrofúlide córnea ó acneica*. Esta variedad se asemeja mucho á la escrofúlide eritematosa, pero presenta ade-

mas una alteracion del aparato foliculoso de la piel. Está caracterizada por una ó muchas manchas de un rojo violáceo ligeramente salientes por encima de la piel, bastante regularmente redondeadas, en la superficie no hay escamas, pero se encuentran una multitud de pequeñas asperezas que dan á la mano la sensacion de una raspa. En el lobanillo se ve que los orificios redondeados de los conductos sebáceos se han agrandado, que están entreabiertos y que las asperezas están formadas por una materia sebácea indurada. Cuando estos puntos salientes caen, se nota que el orificio del conducto de la glándula sebácea presenta una abertura, pero una nueva produccion se presenta pronto y la obstruye. Estas placas se encuentran sobre todo en la cara, y son variables en número y en dimensiones.

Al cabo de cierto tiempo, algunas veces bajo la influencia del tratamiento estas placas se rebajan, las producciones acnéicas caen para no reproducirse mas, y quedan solamente cicatrices deprimidas aunque no haya habido ulceracion. Otras veces las placas se estienden ó persisten mucho tiempo á pesar del tratamiento mejor dirigido.

La escrofúlida córnea ha sido confundida con el acné, sobre todo con la variedad designada con el nombre de *acné sebáceo concreto*. Pero en esta última afeccion la placa no presenta la coloracion violácea de que acabamos de hablar; no es saliente, y sobre todo no se encuentran al fin de la enfermedad las cicatrices con que termina la escrofúlida córnea. M. Cazenave que pretende que esta afeccion no es mas que una variedad del acné, trata de explicar la presencia de las cicatrices por la compresion que la materia sebácea córnea ejerce sobre la piel; pero esta compresion no puede tener lugar, toda vez que las producciones córneas se destacan hacia á fuera, y es mucho mas racional admitir que estas cicatrices son debidas al trabajo atrófico que caracteriza la terminacion de las enfermedades escrofulosas cutáneas.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta variedad de escrofúlida debe establecerse segun la existencia de las manchas salientes de un rojo violáceo cubiertas de protuberancias duras, puntiagudas, de cuyo orificio salen folículos sebáceos, segun la lentitud de la marcha y formacion de cicatrices ya establecidas y mezcladas con las placas pertenecientes á una fase menos adelantada de la enfermedad. El *psoriasis* que á primera vista podria parecersele, se distingue por sus escamas espesas, entrelazadas que no pueden confundirse con las

asperezas de una escrofúlida córnea. La variedad del liquen designada con el nombre de *liquen pilaris*, se parece sobre todo, por su aspecto y sus rugosidades, á la escrofúlida acneica; pero las pápulas del liquen están llenas y se distinguen perfectamente de las protuberancias córneas, porque se escapan al través de los orificios de los conductos sebáceos. En fin, las diferentes especies de *acné* simple, inflamatorio ó sebáceo, difieren de la escrofúlida por su asiento superficial, por la marcha mas rápida de la erupcion y por los caracteres de las cicatrices, las cuales, cuando existen, son menos profundas y menos estendidas.

3.º *Escrofúlida pustulosa*. La escrofúlida pustulosa es la variedad mas frecuente; tan pronto existe sola como mezclada con otras especies de escrofúlides.

Puede iniciarse de dos maneras diferentes: en ciertos casos sobre una placa roja del tamaño de un franco se ven desarrollarse una multitud de pequeñas pústulas del tamaño de la cabeza de un alfiler; duran de ocho á diez dias, se rompen y dejan salir un líquido plástico que se concreta en costras amarillentas. En otros casos la enfermedad empieza por una sola pústula que se parece á la que se ha descrito en la enfermedad designada por los autores con el nombre de *rupea*; esta pústula del volumen de un guisante ó de una pequeña cereza y distendida desigualmente por una mezcla de sangre y de pus se rompe y cubre de una costra negruzca. La primera variedad que acabamos de indicar, presentando en un principio pústulas poco voluminosas y acmineas, como las que se encuentran en el impétigo, ha dado lugar á que esta enfermedad se llamara *impétigo rodens*; pero es preciso rechazar esta denominacion porque confunde con un mismo nombre dos enfermedades de naturaleza y de gravedad muy distintas.

Una vez desarrollada esta escrofúlida, está caracterizada sobre todo por costras cuya coloracion varia: á menudo son de una blancura notable, algunas veces un poco amarillentas, pero lo mas regular es que sean negruzcas por la mezcla de cierta cantidad de sangre. Pueden encontrarse una y muchas placas cubiertas de costras; cuando existen muchas en un principio, se las vé á menudo resentirse por la estension de la enfermedad. Su desarrollo se verifica por nuevas pústulas que se desenvuelven al rededor de las costras, se rompen y aumentan con su secrecion la estension de la enfermedad. Estas costras son muy adherentes; cuando

se las ha arrancado ó se las ha hecho caer por medio de fomentaciones emolientes se encuentran debajo ulceraciones no profundas; sus bordes son irregulares, el fondo es de un rojo pálido, asqueroso, á menudo cubierto de mamelones carnosos flácidos; nunca hay falsa membrana grisácea como en las ulceraciones sífilíticas, en algunos casos la superficie de la ulceración presenta mamelones duros, secos, rugosos como verrugas; de ahí el nombre de *escrofulide verrugosa* que habíamos dado en un principio á esta forma, considerando como una especie distinta de escrofulide. Pero este aspecto nunca es primitivo, porque como siempre aparece en una ulceración, que sucede á una escrofulide pustulosa ó tuberculosa, no es necesario hacer de ella una variedad particular y especial.

El sitio mas frecuente de la escrofulide pustulosa es la nariz; se desarrolla algunas veces en las mejillas; se la encuentra raramente en los miembros.

La marcha de la escrofulide pustulosa que al igual de las otras variedades no presenta ni dolores ni comezones, es muy lenta: sin embargo, á pesar de su aspecto mas grave, se cura mas fácil y prontamente que las dos formas de que acabamos de hablar. Cuando la curación tiene lugar, las costras caen, y debajo de ellas se vé una cicatriz ya formada y mas profunda que en la escrofulide eritematosa. Esta cicatriz es violácea en un principio y blanca mas tarde; cuando está completamente formada se parece á las cicatrices reticuladas, desiguales, á una quemadura de tercer grado. En otros casos, en vez de marchar hacia la curación, la enfermedad se extiende en profundidad; invade y destruye todas las partes que encuentra; pero los huesos le oponen muy á menudo una barrera insuperable, que es ménos respetada por la escrofulide tuberculosa. Hay entonces ulceraciones profundas irregulares, á las cuales suceden despues de la curación cicatrices muy aparentes, hundidas y adherentes á los huesos.

Diagnóstico. El diagnóstico de la escrofulide pustulosa que deberá basarse en los signos que acabamos de citar, es muy importante y algunas veces muy difícil; sobre todo puede esta variedad ser confundida con el impétigo y con la sífilide pustulo-crustácea.

El *impétigo herpético*, cuyo aspecto ofrece grandes semejanzas con la escrofulide pustulosa, presenta en general una marcha mas rápida; las costras son amarillas flaves

centes, blandas, poco espesas, la erupcion es raras veces circunscrita, por lo regular se estiende y á menudo se esparce por diferentes regiones del cuerpo, las ulceraciones son muy superficiales y no van seguidas de cicatrices; en fin, se observan ordinariamente algunos síntomas de reaccion local, como calor, comezon y picazon.

La *sifilide pústulo-crustácea* presenta en ciertos casos una semejanza tal con la escrofúlida pustulosa y ulcerosa, que se hace muy difícil el diagnóstico. En las dos afecciones la enfermedad está circunscrita, pero en la sifilide las costras presentan el color verde característico y son mas salientes, desiguales y duras. Cuando las costras caen se vé que las ulceraciones son claramente redondeadas, que los bordes están cortados á pico, que el fondo está cubierto por la pseudo-membrana especial á la sífilis; mas tarde se ven igualmente las cicatrices menos profundas y conservando por mucho tiempo la coloracion morena sífilítica; en fin, la marcha de la erupcion es regularmente mas rápida que en la escrófula. En algunos casos los signos objetivos no bastan para establecer un diagnóstico cierto: es necesario entonces consultar los antecedentes, pero sin forzarlos demasiado. Es preciso apoyarse bastante en los fenómenos concómitantes y algunas veces quedarse en reserva estudiando la marcha de la enfermedad. En fin, en algunos casos, muy inciertos, el resultado del tratamiento podrá esclarecer y decidir el diagnóstico: la mejoría rápida mediante los preparados mercuriales y iodados demostrará la naturaleza sífilítica de la afeccion que estaria lejos de corregirse tan pronto y que tal vez se agravaria si correspondiera ó perteneciera á la escrófula.

4.º *Escrofúlida tuberculosa.* Despues de la pustulosa, la escrofúlida tuberculosa es la variedad mas frecuente y la mas grave de todas. Se presenta bajo dos formas distintas: *forma tuberculosa sin ulceracion* ó de ulceracion superficial: *forma tuberculosa con ulceracion profunda.* Siendo diferentes los síntomas y el pronóstico de estas dos formas, vamos á dar una descripcion distinta de cada una de ellas.

a. *Escrofúlida tuberculosa superficial.* Esta forma está caracterizada por eminencias indolentes, blandas, de una resistencia elástica, del grosor de un guisante. Estas eminencias son como semi-transparentes; amarillentas, algunas veces de un moreno violáceo, pero nunca del rojo moreno de los

tubérculos sífilíticos. Habitualmente estos tubérculos están agrupados los unos al lado de los otros, en número de ocho á doce y forman placas redondeadas, círculos, segmentos de círculos ó dibujos irregulares. Puede encontrarse un solo grupo, otras veces se encuentran muchos esparcidos en las diversas partes del cuerpo; en fin, pueden dispersarse por todo el cuerpo como en la sub-variedad llamada *escrofulide tuberculosa diseminada* que solo presenta como carácter especial la generalización de la erupción.

La escrofulide tuberculosa superficial puede ocupar todas las partes del cuerpo, pero su sitio mas frecuente es la cara, sobre todo en las mejillas, labios, el menton; se la encuentra algunas veces en el troco y en las partes sexuales y mas raramente en los miembros.

La infiltración del tejido celular sub-cutáneo acompaña frecuentemente la escrofulide tuberculosa superficial; este fenómeno llama mas la atención que la erupción tuberculosa; así es que se ha designado este estado mórbido, con el nombre de *lupus hipertrófico*. Pero no por esto debe hacerse una variedad particular de esta forma; está siempre reunida á una variedad indefinida de escrofulides sea la eritematosa, sea la tuberculosa. Esta hipertrofia del tejido celular es frecuente en la cara y le imprime un aspecto particular; las líneas se desfiguran y borran, las mejillas están tumefactas y caídas, los labios enormes, los párpados, á causa de su tumefacción, apenas permiten la visión al enfermo; en fin, la fisonomía presenta un aspecto extraño.

Cuando esta ingurgitación del tejido celular tiene asiento en los miembros, crece considerablemente el volumen de las partes, y los elementos de la misma piel parecen estar hipertrofiados. Las partes genitales pueden tambien ser sitio de esta ingurgitación; entonces el miembro tiene una dimension doble ó triple de su volumen normal; y en la muger, los grandes y pequeños labios toman un desarrollo enorme. Se ha considerado algunas veces esta hipertrofia como un ejemplo de elefantiasis de los árabes; pero esta última enfermedad se desarrolla en otro clima, va acompañada de rugosidades de la piel que la asemejan á la del rinoceronte ó del elefante y no ofrece jamás los tubérculos aglomerados de la escrofulide.

La escrofulide tuberculosa no ulcerada, tiene una marcha esencialmente crónica, es raro verla durar pocos años, y sin embargo, el enfermo parece gozar de buena salud:

todas sus funciones se ejercen bien, no hay ninguna reaccion local ni general; la enfermedad constituida únicamente por la erupcion tuberculosa se prolonga algunas veces toda la vida.

Esta variedad de escrofulide puede terminarse de muchas maneras: á menudo, el tubérculo se rebaja, decolora y desaparece por reabsorcion, dejando una cicatriz deprimida, aunque no haya habido ulceracion; la enfermedad se parece mucho á la escrofulide eritematosa; algunas veces estas dos formas eritematosa y tuberculosa superficial se mezclan y se desarrollan simultáneamente. En otras ocasiones, el tubérculo persiste indefinidamente; ó bien se ulcera aunque la ulceracion entonces siempre superficial no invade sino una parte del tubérculo y la curacion se verifica ulteriormente por cicatrizacion.

Diagnóstico. La escrofulide tuberculosa simple está caracterizada por la coloracion violácea de los tubérculos, por su indolencia y por la hinchazon del tejido celular circunvecino. Las únicas enfermedades que pueden con ella ser confundidas son; el psoriasis, el herpes circinado y la sífilis tuberculosa.

El *psoriasis* en la variedad designada con el nombre de *lepra vulgar*, ofrece con efecto la forma circinada de circunferencia saliente, pero se distingue de la escrofulide tuberculosa por esta eminencia que es uniforme, y no está formada por tubérculos; por sus escamas blancas, espesas y sobrepuestas, muy distantes de las ligeras escamas que se sitúan algunas veces en la superficie de los tubérculos, y ulteriormente por la ausencia absoluta de cicatrices.

El *herpes circinado*, caracterizado sobre todo por escamas ligeramente salientes, difiere de la escrofulide tuberculosa por su marcha mas rápida, por su estension centrifuga y por la ausencia de tubérculos.

La *sífilide tuberculosa en grupos* presenta tambien tubérculos, no acompañados de reaccion local ó general y que se parecen bastante por su color y disposicion á los tubérculos escrofulosos; pero estos tubérculos son mas duros, mas morenos, menos violáceos, tienen una marcha mas rápida y no van acompañados de la hinchazon del tejido celular subcutáneo. A pesar de estos caracteres distintivos, es preciso saber que existen aun casos dudosos, y entonces es cuando deben aprovecharse para el diagnóstico los fenómenos ante-

riores y concomitantes y hasta el resultado de un tratamiento explorador.

b. *Escrofulide tuberculosa con ulceracion.* Esta forma es la mas grave de todas las variedades de escrofulides. Empieza del mismo modo que la forma precedente, por ocho ó diez tubérculos rojos, violáceos, muy aproximados los unos á los otros, pero son mas grandes, mas animados; se observa al rededor de su base una auréola inflamatoria, y son prontamente invadidos por la ulceracion. La llaga que se forma puede estenderse en anchura y en profundidad; cuando se estiende en anchura, aparecen nuevos tubérculos al lado de los primeros, se reblandecen y se ulceran rápidamente y la enfermedad puede de este modo ocupar mas ancha superficie. Cuando la ulceracion, por el contrario, gana en profundidad, ataca y destruye la piel, el tejido celular, las mucosas, los cartilagos y los mismos huesos que no pueden contener su marcha invasora. Esta marcha destructiva ha hecho que se le diera el nombre de *lupus vorax*, comparándola con la avidez del lobo que devora la presa de que se ha apoderado. Las costras que cubren las ulceraciones son espesas, morenas á menudo negras por la mezcla de sangre. Cuando estas costras caen por sí mismas ó por efecto de aplicaciones tópicas, véanse en el sitio que ocupaban ulceraciones profundas, anfractuosas, fungosas y blandas, cuyos bordes son irregulares y desprendidos, cuya superficie es algunas veces saniosa, sanguinolenta ó bien presenta mamelones de mala naturaleza, en fin, la secrecion purulenta es abundante, serosa y fétida.

El sitio mas frecuente de la escrofulide tuberculosa ulcerada es la nariz y sus alrededores; empieza ordinariamente por la piel, destruye los cartilagos, la mucosa invade el vomer y hasta el maxilar superior; en algunos casos empieza por la pituitaria, invade por un lado los cartilagos y la piel, y por otra las partes profundas en donde destruye el vomer, la bóveda palatina y establece una comunicacion ya entre las dos fosas nasales, ya entre estas y la boca.

Cuando la enfermedad empieza por el lábio, lo destruye, descarna las encias y puede en seguida invadir los maxilares. En el ojo destruye una parte de los párpados, produce una conjuntivitis ocular y algunas veces oftalmias graves seguidas de ceguera.

La escrofulide ulcerosa puede tambien ocupar las otras partes del cuerpo, como el cuello, la region esternal, los

miembros principalmente al rededor de las articulaciones, y las partes genitales. M. Huguier, durante su permanencia como cirujano en el hospital de Lourcine, publicó una Memoria, cuyo título es: *Del ostiomene de la vulva*. Con este nombre describió enfermedades ulcerosas, que invaden, destruyen los grandes y pequeños labios y las consideró como de naturaleza escrofulosa, dándoles así el nombre de estiomene, adoptado entonces por Alibert. Leyendo con atención las observaciones de esta Memoria, uno se inclina á creer, que las enfermedades descritas por este autor se refieren mas bien á los chancros fagedénicos, afecciones entonces poco conocidas, que á las escrofulides. La ausencia de accidentes constitucionales, que cita como una de las mejores pruebas para borrar estas enfermedades del dominio de la sífilis, no es para nosotros una razon convincente para no admitir su naturaleza sífilítica; en efecto, los chancros fagedénicos son ordinariamente simples ulceraciones, no seguidas de infección general, mientras que el fagedenismo es frecuente en los individuos escrofulosos, lo que sirve para explicar los signos de la escrofula notados en algunos enfermos de M. Huguier. Una de las razones que podemos añadir á nuestro modo de ver, es que las úlceras escrofulosas de las partes genitales son raras en el hospital de San Luis, y que no hemos encontrado de ellas ni un solo ejemplo, á pesar del número considerable de escrofulosos que examinamos ordinariamente. Por estas razones no creemos deber admitir como de naturaleza escrofulosa las afecciones observadas por M. Huguier.

La marcha de la escrofulide tuberculosa ulcerada es muy lenta y muy á menudo invasora. Por sus progresos produce estas vastas destrucciones, estas llagas horrosas y hediondas que se encuentran tan á menudo en la cara. Dan nacimiento á una supuración abundante, producen algunas veces la caquexia y la fiebre éctica y causan la muerte por aniquilamiento. Esta terminación fatal, debida solamente á la abundancia de la supuración, es rara, aunque nosotros hemos observado muchos casos.

La enfermedad puede detenerse espontáneamente, pero lo mas frecuente es que la curación se verifique bajo la influencia de un tratamiento racional. En este caso las costras acaban por caer y se encuentran debajo de ellas una cicatriz enteramente formada. Despues de la curación de esta variedad de escrofulides, es cuando se notan cicatrices sa-

hientes, bridas á menudo viciosas por las retracciones que producen. Despues de esta escrofúlida tuberculosa se encuentra una atresia de la boca que llega hasta el punto de dificultar la palabra y la aprehension de los alimentos, ó una destruccion de los lábios que no les permite retener la saliva.

Es aun posible que se vea la nariz destruida en todo ó en parte, una ventana obliterada, los párpados fruncidos, estirados y formando un ectropion, el conducto auditivo, obliterado y produciendo la sordera y hasta la falta completa de una oreja como lo hemos observado en dos enfermos. En el pescuezo estas bridas cicatriciales pueden producir el torticolis; en los miembros pueden dificultar los movimientos. En fin, pueden producir todas las enfermedades que vemos siguen á las quemaduras de tercero ó cuarto grado, hasta tal punto, que en algunos casos es difícil distinguirlas.

Diagnóstico. El diagnóstico es en general fácil y se establece segun estas ulceraciones profundas é irregulares y despegadas, con un fondo asqueroso y blando, de supuracion sero-purulenta, y segun las costras, habitualmente de un negro característico. Estas ulceraciones podrian, sin embargo, confundirse con las ulceraciones sifilíticas ó con las ulceraciones cancroidianas y cancerosas; es necesario indicar aquí los signos con cuyo auxilio debe establecerse el diagnóstico diferencial.

Las *ulceraciones sifilíticas* pueden ocupar el mismo sitio y producir tambien la corrosion de las partes atacadas; sin embargo, es raro que la sífilis produzca una destruccion tan profunda; como lo hemos dicho ya, estas ulceraciones son cortadas á pico y los bordes son mas regulares y no despegados: las llagas están rodeadas de una aureola de un rojo moreno y no violáceo; las costras son verdosas y no negras; las cicatrices son mucho menos pronunciadas; en fin, deben tenerse en cuenta los fenómenos anteriores y concomitantes, y el resultado del tratamiento.

Las *ulceraciones cancroidianas* empiezan raramente por un tubérculo; ordinariamente es una verruga que persiste un cierto tiempo y se ulcera, ó bien que la ulceracion se presenta repentinamente; pero el carácter diagnóstico mas importante á notar, es la existencia de un borde saliente que rodea casi toda la ulceracion y que nunca existe en la escrofúlida ulcerada.

Las ulceraciones cancerosas invaden todos los tegidos y los destruyen como las escrofulides; pero no están limitadas en su circunferencia por tubérculos escrofulosos; son eminencias nudosas, duras y mas voluminosas; además la úlcera tiene tendencia á vegetar, á sobresalir á los bordes, presenta un aspecto icoroso particular y habitualmente va acompañada de dolores lancinantes. En las circunstancias en que existe, la edad puede servir de signo diagnóstico, porque el cáncer se desarrolla raramente antes de los cincuenta años, mientras que la escrofulide se manifiesta mas á menudo en los niños y en los adultos poco avanzados en edad.

5.º *Escrofulide flegmonosa.* Hemos dado el nombre de *escrofulide flegmonosa* á una variedad de escrofulide caracterizada por el desarrollo de pequeños abscesos cutáneos, que algunos autores han llamado abscesos dérmicos. Estos abscesos empiezan por un pequeño tumor que se agranda poco á poco y puede adquirir el volúmen de una almendra y hasta de una nuez; poco á poco se reblandece y la fluctuacion anuncia la presencia del pus. La piel que cubre este tumor, presenta un tinte rojo violáceo, se adelgaza, acaba por romperse, y dá salida á un pus seroso mal ligado, escrofuloso. Pronto una costra se forma sobre la ulceracion, cesa momentáneamente la secrecion del pus, una nueva abertura no tarda á formarse al lado de la primera, á menudo en el mismo sitio para cubrirse tambien por medio de una nueva costra. De esta manera se forman sucesivamente muchas aberturas que acaban por reunirse y convertirse en una ulceracion mas ó menos estensa, que entonces presenta todos los caracteres de las ulceraciones escrofulosas. Estos abscesos pueden estar aislados ó aglomerados, y su número es variable. Se les encuentra sobre todo en la cara, pero pueden ocupar tambien el tronco y los miembros.

La duracion de cada absceso es bastante larga, la supuracion bastante rápida lo mismo que la formacion de las costras; pero es lenta la cicatrizacion de las ulceraciones; toda cicatriz, en un principio violácea, se vuelve blanquizca, desigual, reticulada. En algunos casos no tiene lugar la abertura del tumor, el pus es reabsorbido, la piel se retrae y no hay ulceracione; en estos casos el lugar del absceso está indicado por una mancha violácea y mas tarde por una cicatriz poco profunda, pero deprimida y desigual.

La duracion de la escrofulide flegmonosa es muy larga

sobre todo cuando la erupcion se hace por nacimientos sucesivos. Asi se ven enfermos en los cuales se desarrollan abcesos de esta manera sucesiva, de suerte que la enfermedad se prolonga durante muchos años.

Diagnóstica. La escrofulide flegmonosa tiene caracteres tan marcados, que no puede ser confundida, ni con los abcesos ganglionarios, ni con los del tejido celular; el poco volumen del abceso y su sitio en la superficie bastan para distinguirlo. Al mismo tiempo que las otras variedades de escrofulides y que las otras manifestaciones de la escrofula existe tambien á menudo la escrofulide flegmonosa.

Pronóstico de las escrofulides.

El pronóstico de las escrofulides es siempre grave; son enfermedades crónicas que persisten á menudo muchos años y algunas veces hasta toda la vida, á pesar del tratamiento mas racional. Pueden causar la muerte al enfermo por efecto de una supuracion demasiado abundante que produzca una alteracion profunda en la nutricion. Lo mas frecuente, sin embargo, es que la terminacion funesta sea debida á una complicacion dependiente ó no de la enfermedad principal. Cuando las escrofulides curan, dejan siempre cicatrices indelebiles, á menudo deformes y muy feas cuando están situadas en puntos visibles.

Por lo demás, el pronóstico varia segun la forma de la escrofula cutánea, así la escrofulide eritematosa que no es grave para la salud, es una enfermedad muy rebelde al tratamiento y que dura á menudo toda la vida, la escrofulide pustulosa que tiene una apariencia mucho mas grave á causa de la estension y profundidad de sus ulceraciones y por el espesor de sus costras, cede ordinariamente mucho mas pronto al tratamiento y no produce los desórdenes considerables que tienen lugar en la escrofulide tuberculoulcerosa. Esta última variedad es en efecto la que produce la destruccion de la nariz, del vomer, de la bóveda palatina; la que destruye todas las partes que ataca y deja en pos de sí deformidades horribles.

El pronóstico varia tambien segun la marcha y estension de la lesion; en ciertos casos la enfermedad permanece en estado estacionario durante muchos años; en otros casos, por el contrario, la marcha es muy rápida, como fagedénica y causa la muerte en poco tiempo. La estension de la lesion

puede tambien hacer variar el pronóstico: así, cuando no hay mas que un tubérculo, podrá la enfermedad ser atacada por un tratamiento local enérgico, mientras que si la lesion está muy estendida, será preciso esperar la curación mucho mas lentamente, mediante un tratamiento general.

Hablando del pronóstico, es preciso no olvidar la saludable influencia que ciertas enfermedades pueden ejercer sobre las escrofulides; hemos visto algunas veces ulceraciones profundas, que habian resistido largo tiempo á todos los medios terapéuticos, cicatrizarse prontamente despues de una erisipela ó de una fiebre eruptiva.

Tratamiento de las escrofulides.

El tratamiento de las escrofulides, al igual de todas las demas manifestaciones de la escrófula, comprende dos partes principales, el tratamiento de la escrófula, de la enfermedad general y el de las manifestaciones cutáneas, esto es, un tratamiento general y otro local.

1.º *Tratamiento general.* Es el de la escrófula de que hemos hablado ya. Para evitar repeticiones inútiles, no nos detendremos sino en los medios cuyo empleo es mas comun en las escrofulides.

El *aceite de higado de bacalao* es sin contradiccion el mejor medicamento que se emplea en la escrófula, y sobre todo en las manifestaciones cutáneas. Se dá una cucharada por dia y se aumenta gradualmente hasta tres ó cuatro. Algunos médicos hacen tomar un vaso y hasta dos por dia; creemos inútil llegar hasta esta dosis y nunca nos ha parecido bien; el aceite no es digerido, fatiga el estómago, produce la anorexia, y se opone así á una buena nutricion que es indispensable para el buen éxito del tratamiento.

Al aceite del higado de bacalao añadimos, pero solo como medios accesorios, los amargos como la genciana, la infusion de lúpulo, hojas de nogal, los preparados de hierro y particularmente el ioduro de hierro. Las preparaciones iodadas y el ioduro de potasio tienen igualmente un buen resultado en las manifestaciones cutáneas, sobre todo en los casos de ulceraciones rebeldes. Están principalmente indicadas cuando las afecciones de los huesos concurren á la vez con las lesiones de la piel.

Debemos repetir aqui lo que hemos dicho hablando del tratamiento de las manifestaciones debidas á la escrófula,

que en la terapéutica de las escrofúlides el tratamiento general juega el principal papel, que por sí solo produce comúnmente la curacion, mientras que los medios locales no suelen obrar sino cuando la medicacion interna ha producido ya una modificacion favorable en la economía.

2.º *Tratamiento local.* En algunos casos las escrofúlides reclaman un tratamiento local, pero ni entonces debe aplicarse sino despues de haber sometido á los enfermos durante mucho tiempo al tratamiento general, porque como acabamos de decir, produce una modificacion necesaria al objeto de que los medios tópicos puedan obrar.

Los tópicos emolientes tienen poca importancia; no sirven mas que para favorecer la abertura de los abscesos dérmicos, y para desembarazar las partes enfermas de las costras que algunas veces pueden oponerse á la cicatrizacion.

Las lociones excitantes, tales como las hechas de infusiones de hojas de nogal, el vino aromático, decoccion de quina, son raramente útiles, el aceite de enebro es tambien poco eficaz; puede emplearse, sin embargo, con ventaja en las escrofúlides superficiales, en las variedades acnéica y eritematosa; obra entonces como un cáustico muy ligero. Puede tambien echarse mano de él en las otras escrofúlides, á su terminacion, cuando no queda ya mas que un poco de rubicundez y de descamacion.

Como modificador mas poderoso se ha empleado el *iodo cáustico*, cuya fórmula es esta:

| | |
|-----------------------|------------|
| Agua destilada..... | 30 gramos. |
| Ioduro de potasa..... | 3 |
| Iodo puro..... | 1 |

Se moja un pincel con esta solucion y se le pasa ligeramente sobre las ulceraciones para facilitar su cicatrizacion, ó sobre las eminencias debidas á las manchas eritematosas ó á los tubérculos para rebajarlas. Por lo demás, estos diversos modificadores son impotentes en la mayoría de casos.

A menudo debe recurrirse á cáusticos mas poderosos, tales como la pasta de Viena, la potasa cáustica, el cloruro de zinc, ó la pasta de Canquoin. Estos cateréticos deben ser empleados con circunspeccion, porque á menudo producen cicatrices mas profundas, mas aparentes que la enfermedad misma; además no debe empleárseles sino en los casos de ulceraciones circunscritas y de poca estension. Se produce entonces una escara, y una llaga que no tenia

tendencias á cicatrizarse, se transforma en una llaga simple con una gran tendencia á la curacion. En la escrofulide flegmonosa conviene á menudo cuando la piel se ha adelgazado y está próxima á ulcerarse, abrir el absceso con un poco de pasta de Viena; la cicatrizacion de la ulceracion es mas rápida entonces.

Una preparacion cáustica y mejor un vesicante que nosotros hemos empleado con grandes ventajas, es el *bi-ioduro de mercurio*. Nos servimos sobre todo de la pomada hecha con partes iguales de manteca y de bi-ioduro; como esta pomada es espesa y de difícil empleo, la hacemos calentar en el momento de servirnos de ella, entonces la grasa se liquida, y con el pincel colocamos una capa delgada sobre las partes enfermas. No se la seca, se la deja continuar su accion, sobreviene un dolor bastante vivo que dura de cinco á doce horas, despues se establece una secrecion sero-plástica que forma una costra amarillenta ó morena parecida á la del impétigo; al mismo tiempo se desarrolla alrededor del punto tocado rubicundez y un poco de hinchazon. Despues todo desaparece, y cuando la costra cae, se nota al cabo de ocho ó quince dias, una modificacion saludable en las partes enfermas; las eminencias que existian en las escrofulides eritematosa ó acnéica, son menos pronunciadas, la ulceracion ha disminuido y presenta una tendencia á la cicatrizacion, en las escrofulides ulceradas. Se ha llegado á emplear este tópico viendo los buenos resultados que tienen lugar despues de una erisipela; por esta irritacion artificial se determina una inflamacion cutánea que produce modificaciones análogas á las de la erisipela espontánea.

Se han empleado tambien como tópicos ciertas sustancias vesicantes: M. Bazin ha usado el aceite de nuez vómica y dice que con él ha obtenido buenos resultados; pero es una sustancia difícil de procurarse. El mismo autor ha ensayado tambien el aceite de crotontiglio; pero por su empleo se obtiene una modificacion mucho menos eficaz que la que se consigue por el bi-ioduro de mercurio.

Al uso de los tópicos, al tratamiento general, á la higiene deben tambien añadirse los baños, tales como los baños salados, los sulfurosos, los de sal Pennes (compuestos sobre todo de fosfato y de sulfato de cal) y los de mar, administrados con el hidrófero. Estos baños favorecen algunas veces la cicatrizacion de ulceraciones atónicas que desde mucho tiempo no presentan tendencia á la curacion.

Pero cuando al enfermo le sea posible, es mas conveniente enviarle á las aguas minerales.

Tomadas interiormente estas aguas, obran en general poco sobre las escrófulas, tienen mas influencia en la escrófula, como ya lo hemos dicho en el tratamiento de esta enfermedad constitucional. En materia de baños las aguas minerales tienen una saludable influencia; los que dan un buen resultado son: las aguas sulfurosas y sobre todas las que son muy ricas en azufre, tales como las de Bareges, Luchon, de Aix en Saboya, de Aix la Chappelle, de Ax de Schinznach: se obtienen tambien buenos resultados con las aguas bromo-ioduradas, tales como las de Kreutznach de Nauheim; en fin, las de Louèche que no contienen azufre y son muy poco salinas, gozan con justo motivo de gran fama en el tratamiento de las manifestaciones cutáneas de la escrófula.

Bajo la influencia de las aguas minerales, la vitalidad estimulada, la enfermedad adquiere una marcha mas rápida, una afeccion largo tiempo estacionaria avanza hacia su curacion: las ulceraciones se detergen y la cicatrizacion va mas á prisa y la curacion se consigue mas pronto. Sin embargo, debe saberse que á menudo su accion no es mas que accesoria; no obran bien sino cuando el enfermo ha seguido por cierto tiempo un tratamiento general; entonces, es un adyuvante muy útil, un complemento del tratamiento que vendrá á terminar la curacion.

CAPÍTULO IV.

De la sífilis.

Aunque la historia general de la sífilis no forma parte del estudio de las enfermedades de la piel, creemos deber presentar una esposicion sucinta, antes de empezar la descripcion de las sífilides, de la misma manera que lo hemos hecho para la escrófula antes de hablar de las escrófulides. Este estudio os preparará desde luego á comprender bien muchas cuestiones que se presentarán á propósito de las erupciones consecutivas á la infeccion sífilítica.

Pero cuando el enfermo se encuentra en un estado de salud que permite la reproducción de las formas de la enfermedad, es más conveniente

Definición.

La definición de la sífilis, como la de todas las enfermedades constitucionales, es difícil de dar á causa de la multiplicidad de las afecciones que produce. Sin embargo, nos proponemos decirlo, que la sífilis es una enfermedad constitucional, resultante de la presencia en la economía de un virus particular, el virus sífilítico, cuya enfermedad propagándose, sea por contagio, sea por inoculación, sea por herencia, empieza por una lesión local, se generaliza después y se caracteriza por accidentes especiales variables de forma y de sitio; pero desarrollándose sucesivamente según las leyes ordinarias de evolución, que permiten referirlos á tres periodos distintos.

M. Razin ha dividido los accidentes de la sífilis en cuatro periodos, admitiendo un periodo último, especial para las manifestaciones sífilíticas que se desarrollan en las vísceras. Como veremos más adelante, creemos que puede suprimirse el cuarto periodo, porque las manifestaciones viscerales coinciden ordinariamente con los accidentes pertenecientes al tercero, tales como los tumores gomosos, los exóstosis, las cáries sífilíticas, etc.

Comprendiendo pues, en tres fases sucesivas las manifestaciones sífilíticas, y admitiendo los accidentes primitivos, los accidentes secundarios y los accidentes terciarios, vamos á empezar por el estudio sucinto de los accidentes primitivos.

VI. GÉNITO-URINARIO

Accidentes primitivos.

Todos los autores distan mucho de estar de acuerdo sobre los accidentes que deben considerarse como pertenecientes al primer periodo de la sífilis. Algunos confunden las palabras *venéreo* y *sífilítico*, y consideran como dependientes de la sífilis todos los accidentes que son el resultado de los actos venéreos; refieren de esta manera á esta enfermedad general las afecciones que evidentemente no le pertenecen, porque quedan siempre manifestaciones locales y no van jamás seguidas de accidentes consecutivos que puedan ser referidos á una infección general. Para nosotros, separando las enfermedades venéreas y las sífilíticas, no colocaremos entre estas últimas más que los accidentes que se desarro-

llan bajo la influencia de la infección de la economía por un virus que se ha llamado *virus sífilítico*.

Los autores que no han reconocido la distinción que acabamos de establecer, creen que todos los accidentes venéreos, la blenorragia, el chancro simple, etc., pueden ser el principio, la puerta de entrada de la sífilis.

Es por efecto de esta confusión entre los accidentes venéreos y los sífilíticos, que los mismos autores no han querido admitir que la sífilis no datase sino de fines del siglo xv. Como hallasen en los antiguos autores la descripción de úlceras venéreas, han deducido la consecuencia que la sífilis había existido siempre. Pero si han admitido la blenorragia y las úlceras simples en las descripciones dejadas por los médicos antiguos, no han podido hallar en ellas ningún pasaje que indicara con claridad la existencia de los accidentes secundarios, en otros términos de la sífilis confirmada. Para nosotros no admite duda que la úlcera venérea de los antiguos, lo que hoy se llama chancro blando, no infectante, ha existido en todos tiempos, pero creemos que el chancro infectante, que la sífilis constitucional, apareció por primera vez sobre el año 1494. Apoyamos nuestra opinión, no solo en la completa falta de descripción de accidentes sífilíticos en los antiguos, sino también en lo que han escrito los primeros autores sobre sífilis á principios del siglo xvi, todos los cuales consideraron como nueva la enfermedad que tenían que cuidar y describir (1).

Estos mismos autores han hecho perfectamente la distinción entre los accidentes venéreos y los accidentes sífilíticos, y no han considerado la blenorragia y la úlcera simple como pudiendo producir la sífilis. No fué sino por los años 1508 y 1551 que el chancro simple y la blenorragia fueron sucesivamente considerados como accidentes primitivos de la sífilis y que entonces empezó á reinar la confu-

(1) (Este año 1863) para probar la antigüedad de la sífilis, se ha querido hacer jugar un gran papel á la traducción de libros chinos por M. Dabry, ha publicado con el título de *Medicina de los chinos*. En esta obra en efecto se encuentra un tratado de sífilis, que se remonta á dos mil años antes de la era cristiana, y que contiene una descripción bastante exacta de los accidentes primitivos y secundarios. Pero la autenticidad de la fecha del tratado chino dista mucho de ser indudable, y podría bien haber sucedido que hubiese sido antedatado, como ha sucedido ya muchas veces en este pueblo tan orgulloso de su antigüedad. (Nota del redactor).

sion. En nuestros días, la distincion entre los accidentes y la sífilis, está admitida por la mayoría de los médicos, quienes miran el chanco simple y sobre todo la blenorragia como no productores de la sífilis. Pero debemos entrar aquí en algunos detalles.

La blenorragia es todavía considerada como accidente primitivo de la sífilis por los señores Lagneau, Cazenave, Devergie, Gibert, Bazin, Auzias Turenne, etc. Estos autores creen que una blenorragia simple no complicada de chanco, puede ser el único punto de partida de accidentes sífilíticos incontestables. Cuando llegamos al hospital de San Luis tenamos la misma opinion; pero el estudio de los hechos observados con cuidado ha hecho que la modificásemos y adoptáramos la de M. Ricord quien sostiene que el chanco es el exordio obligado de la sífilis adquirida. En efecto, en la mayor parte de las observaciones se nota la existencia de un chanco como principio de la enfermedad; y si en algunos hechos excepcionales, ciertos enfermos no citan como fenómeno anterior mas que á una blenorragia, esto puede reconocer varias causas: primera, que el enfermo no se acuerde del chanco de que fué atacado, porque si bien no se olvida de que padeció una blenorragia, enfermedad larga, fastidiosa, dolorosa, que no cede sino á un tratamiento prolongado y recidiva fácilmente, se olvida de que tuvo una ulceracion ligera, indolente, que se curó con facilidad: segunda, que en ciertos enfermos desquidados en su persona haya pasado completamente desapercibida una ulceracion chancrosa que se ha desarrollado y cicatrizado en su principio. En apoyo de nuestra manera de ver añadiremos que muchas veces hemos encontrado individuos que negaban con la mayor buena fé que hubiesen nunca tenido chancros, en quienes, sin embargo, el examen de las partes genitales ha hecho reconocer la existencia actual de una ulceracion chancrosa incontestable que algunas veces databa de muchas semanas. Esta ignorancia real de los enfermos, es sobre todo comun en las mujeres; que pueden ser atacadas, sin duda alguna, por un chanco indolente perdido entre los pliegues de la mucosa vulvar ó vaginal, ó bien con asiento en el cuello uterino. Hay otra circunstancia que ocasiona la ignorancia en el enfermo de un chanco, y es, un sitio insólito; así hemos encontrado muchas veces en el ano ó en la cara ulceraciones específicas cuya naturaleza podia fácilmente ser desconocida; entonces el enfer-

mo no trata de engañar, engaña, engañándose á sí mismo. En estos casos menos raros quizá de lo que muchos creen, el mismo médico puede ser inducido en error y creer en la existencia de una ulceracion cualquiera no específica, y mas tarde, cuando los accidentes consecutivos habrán aparecido, preguntado el enfermo negará la existencia del chancro.

Haremos tambien observar que las observaciones tomadas en los hospitales, en los cuales un mismo individuo está cuidado por diferentes médicos en los distintos períodos de su enfermedad no presentan bajo el punto de vista de la exactitud todas las garantías suficientes; tenemos mas confianza en los resultados de la práctica de la ciudad, en la cual el médico visita á menudo durante muchos años la misma persona, se halla en estado de conocer y estudiar en todas sus fases las afecciones que puede presentar. Invocando pues, nuestra experiencia personal, podemos afirmar que en la ciudad, con los enfermos que hemos conocido y cuidado durante muchos años, nunca hemos visto que la sífilis sucediera á una blenorragia simple.

En algunos casos, ciertamente bastante raros, dos ó tres por ciento todo lo mas, el enfermo bien visitado, bien preguntado, no habia tenido sino una blenorragia; pero entonces cabe pensar en la existencia de un chancro larvado del meato, ó del canal de la uretra, con ó sin blenorragia. A Hernandez, y sobre todo á M. Ricord, es á quienes debemos el conocimiento exacto de estos chancros larvados del canal, que pueden hacer creer que la blenorragia pueda por sí sola producir la sífilis. En estos casos es fácil reconocer la existencia del chancro, si se llama á tiempo al médico. Si está situado en el meato, lo reconocerá la vista; si en el canal, puede sentir la induracion desarrollada á su alrededor, y que es mas limitada, mas clara que la hinchazon inflamatoria que pueda manifestarse en la blenorragia simple.

En resumen, diremos que la sífilis no es nunca consecuencia de una blenorragia simple, solo esceptuamos la blenorragia complicada de un chancro uretral.

M. Cazenave y algunos autores consideran las *placas mucosas* como pudiendo ser el primer fenómeno de la sífilis. Es un error que puede explicarse por la trasformacion *in situ* de los chancros en placas mucosas, trasformacion que algunas veces se vérifica muy rápidamente. Las placas mu-

cosas nunca son accidentes primitivos, son accidentes á menudo precoces, pero siempre secundarios.

Algunos autores han admitido tambien que el primer fenómeno de la sífilis podia ser un tubérculo, una pápula, y esta opinion se ha basado, sobre todo, en las observaciones tomadas sobre los hechos de inoculacion sifilitica artificial; pero si se leen atentamente las observaciones, se vé en la descripcion minuciosa del accidente primitivo, que en un momento dado, esta pápula ó este tubérculo inicial ha presentado una escoriacion, una ulceracion que se aproxima por su aspecto á ciertas ulceraciones infectantes: y á menudo tambien pueden reconocerse todos los caracteres de un verdadero chancre; y por consiguiente, estos casos entran en la regla que establece que la sífilis empieza por una úlcera.

Hémos aquí llegados, eliminando la blenorragia, las placas mucosas, etc., á la opinion de la escuela del Mediodia que hemos citado mas arriba: *el chancre es el exordio obligado de la sífilis adquirida*. Pero aqui surge una nueva dificultad: el chancre no presenta siempre los mismos caracteres, no va siempre seguido de los mismos accidentes, y de aqui nace esta distincion que hace admitir dos especies de chancros: *el chancre blando y el chancre indurado*.

El *chancre blando* aparece prontamente despues de un contacto sospechoso; está formado por una ulceracion con bordes cortados á pico, desprendidos y festoneados con fondo grisáceo cubierto de una falsa membrana como diftérica; su base es blanda, no deja percibir ninguna dureza cuando se la oprime entre los dedos, se confunde insensiblemente con los tejidos circunvecinos. Es habitualmente múltiple; se estiende fácilmente y está sujeto al fagedenismo. Puede tener lugar muchas veces sucesivas en un mismo individuo, y es indefinidamente inoculable en el individuo que lo tiene. La ulceracion de que aqui se trata se presenta con dolor y con los demás caracteres de la inflamacion; en sus alrededores los linfáticos se ingurgitan frecuentemente y en los gánglios mas cercanos se verifica con facilidad una hinchazon inflamatoria aguda, dolorosa y que pasa á menudo á supuracion.

El *chancre indurado* no se desarrolla nunca sino despues de una incubacion bastante larga; está constituido por una pequeña ulceracion, redondeada ó alargada, con fondo rojo y con bordes cortados al bisel; al cabo de pocos dias la

base se pone dura, indolente y claramente circunscrita. Ordinariamente es único, y el fagedenismo le ataca raramente. No es inoculable en el mismo individuo, ni á otro sifilítico. No determina ninguna reaccion local, ni calor, ni dolor, y su curacion es rápida; asi es que á menudo pasa desapercibido. En fin, los gánglios que le rodean se convierten ulteriormente en asiento de una ingurgitacion indolente sin tendencias á la supuracion.

En presencia de estos dos chaneros con caracteres tan marcados, ha nacido la opinion de la dualidad de los virus, emitida por M. Basereau, y adoptada por MM. Ricord, Clerc, Diday, Rollet, etc. Estos autores admiten la existencia de dos enfermedades distintas, producidas por dos virus diferentes: el chanero blando que no da nacimiento mas que á una enfermedad local; y el chanero indurado, único representante de la sífilis, determinando una infeccion general y debiendo ser considerado como el único punto de partida de la enfermedad sifilitica. Al lado de esta opinion tan clara, existen otras menos explicitas, que admiten chaneros blandos, chaneros indurados, chaneros mistos que resultarian de la mezcla de los dos virus; pero no nos detendremos en estas sutilezas y trataremos sin tardanza de apreciar la doctrina de la dualidad de los virus.

Ya hemos visto en la casi unanimidad de los casos, que al chanero indurado le siguen los síntomas de la sífilis confirmada; tambien hemos visto por otro lado algunos hechos bien positivos de chaneros blandos que mas tarde se induraban, y tambien hechos muy ciertos de chaneros blandos, permaneciendo tales durante todo su curso, con todos los caracteres de multiplicidad, de estension y de dolor, é ir seguidos de sífilis. ¿Hay solamente aquí una dificultad de diagnóstico? Podria en rigor ser esto; pero en presencia de estas observaciones, si consideramos el chanero indurado como anunciando casi fatalmente la infeccion, hasta un punto tal que pueda ser mirada la induracion como el primer fenómeno de la infeccion general; por contra no nos atreveriamos á decir que la sífilis no apareciera en una persona que no tenga sino un chanero blando; seriamos, sobre todo, muy reservados con nuestro pronóstico si se tratara de mujeres, porque es sobre todo en ellas en quienes hemos observado fenómenos sifilíticos consecutivos ú ulceraciones que presentaban los caracteres de los chaneros blandos, y en los cuales no habiamos nunca podido encontrar el principio de

la induración. Así, pues, hasta el presente, en el estado actual de las cosas no nos atreveríamos á decidirnos con toda claridad en la cuestión de la diferencia radical entre las dos especies de induración chanerosa; y concediendo que los hechos están lo más á menudo en relación con la doctrina de la dualidad de los virus, cosa importante, á saber, para la práctica, no nos atreveríamos todavía á ver en ellos el resultado de una ley constante.

Algunos autores admiten que el accidente primitivo no es absolutamente necesario y que puede faltar. M. Cazenave y su escuela opinan que el virus sífilítico puede ser absorbido inmediatamente sin dejar ninguna huella local. Creemos que en los casos en que se ha establecido esta teoría y en los cuales no ha podido hacerse constar el chanero como accidente primitivo, ha habido error producido por una de las causas que hemos enumerado mas arriba hablando de la blenorragia. Creemos sobre todo que en esas circunstancias se trataba de una ulceración situada en un punto insólito; y sin ir mas lejos en esta discusión no admitimos de una manera absoluta que pueda haber una sífilis primitiva.

Accidentes secundarios.

Los accidentes secundarios, son los que pertenecen al segundo período de la sífilis. Los autores no están de acuerdo sobre las afecciones que deben hacerse entrar en este grado de la enfermedad, y un cierto número de médicos no admiten la existencia de una sífilis constitucional sino á la aparición de las placas mucosas ó de una sífilide. La mayor parte de los modernos autores consideran, por el contrario, como ya lo hemos dicho, la induración y la pleyade ganglionar resultante del chanero como accidentes secundarios, como manifestaciones de la infección de la economía por el virus sífilítico; y para ellos la incubación entre el primero y el segundo período es muy corta, toda vez que la induración tiene habitualmente lugar del sétimo al duodécimo día después del reconocimiento de la ulceración. Aunque admitiéramos que estos accidentes fuesen signos de sífilis confirmada, sin embargo, para nosotros no empieza el segundo período hasta mas tarde, cuando aparece ingurgitación en los gánglios lejanos, sífilides y placas mucosas, porque lo más á menudo

hay entre estos últimos accidentes y los primeros un tiempo de espera que parece autorizar esta division clinica.

Los fenómenos que pueden referirse al segundo periodo de la sífilis son bastante numerosos; son, sobre todo, un estado general de malestar y de dolores que se manifiestan frecuentemente al principio de este período, la ingurgitacion de los gánglios, las erupciones hácia la piel, y las mucosas, en fin, dos accidentes que no se presentan hasta la terminacion de este período: el testículo y la iritis sifiliticas. Vamos á dar una descripcion sucinta de esas diversas manifestaciones.

Uno de los primeros efectos que sobre la economía imprime la sífilis, es la produccion de la cloro-anemia, es muy pronunciada en las mujeres y en los individuos ya debilitados anteriormente; el tinte se vuelve amarillo, pálido, subictérico; hay inapetencia; las fuerzas y la gordura disminuyen; los enfermos manifiestan un malestar general, fatiga en los miembros. Al mismo tiempo se resienten muy á menudo de dolores reumatoides, vagos en los miembros y en la cabeza; estos dolores aumentan durante la noche, y cambian frecuentemente de sitio y de intensidad; difieren de los dolores osteócopos del tercer período que son fijos y constantes; la cefalalgia tiene, sobre todo, una gran importancia; difiere de las jaquecas y de la neuralgia ordinaria en que se sitúa á los dos lados de la cabeza ó al menos en el centro; es una cefalalgia *bi-temporal* que aumenta por la tarde y durante la noche. Este carácter del asiento bi-lateral sobre la cabeza es tan importante que muchas veces nos ha conducido á buscar y á hacer constar una sífilis que nada podia hacernos sospechar á primera vista, ó á predecir la próxima aparicion de una sífilide. Estos dolores reumatoides son algunas veces bastante intensos para arrancar lágrimas y gritos á los enfermos, y para causar largos insomnios que aumentan mas la debilidad y la anemia.

Al lado de estos dolores reumatoides, debemos todavía señalar otras afecciones nerviosas que pueden existir al principio del segundo periodo; así se han señalado las neuralgias y las parálisis que pueden ocupar todos los nervios de la economía y presentar un diagnóstico difícil que no puede establecerse sino despues de los antecedentes y del resultado del tratamiento. Conviene no confundir estas afecciones nerviosas del segundo periodo con las del tercero, las cuales, mucho mas fijas y continuas, son debidas, ora á un

tumor gomoso desarrollado en el trayecto del nervio, ora á una exóstosis que produce la parálisis por compresion. En fin, en algunos casos el estado general es mas grave; se nota todos los dias un acceso de fiebre hasta la aparición de una sífilide, tal vez una fiebre continua, como al principio de una fiebre eruptiva.

Estos fenómenos generales distan, sin embargo, de ser constantes: á menudo el individuo infectado por el virus sífilítico, continúa hallándose bien: no experimenta ningun trastorno general que pueda anunciar la aparición de los accidentes secundarios. Estos se presentan sin prodromos, y cuando se sitúan en un lugar poco aparente, pueden desarrollarse y terminar sin que el enfermo tenga de ello conocimiento. Nos ha sucedido á menudo ver una roseola ú otra erupcion ligera en individuos que ignoraban completamente su existencia.

Una de las manifestaciones mas frecuentes del segundo periodo de la sífilis, es la *ingurgitacion de los ganglios*, de la region cervical posterior. La indolencia de esta adenopatía es un carácter muy importante; ella hace que el enfermo no la perciba habitualmente y que no llame sobre este punto la atencion del médico. Esta ingurgitacion falta rara vez; podria casi mirársela como un fenómeno característico. En efecto; cuando se examinan los enfermos con cuidado, es raro que no se observe una tumefaccion de los ganglios procervicales ó mastoidianos. Es preciso no confundir esta ingurgitacion indolente con la que sucede á las erupciones del cuello cabelludo ó á las placas mucosas de la garganta y de los labios, porque esta última ocupa frecuentemente los ganglios carotidianos ó submaxilares; en cuanto á la que coincide con las afecciones del cuero cabelludo, es mas dolorosa, presenta un carácter mas inflamatorio, y tiene una marcha mas rápida y mas en relación con el desarrollo de las afecciones de las cuales es sintomática. Estos autores, y particularmente M. Cullerier, no quieren admitir la existencia de una ingurgitacion esencial no dependiente mas que de la sífilis; segun ellos, sería siempre sintomática y consecutiva á otra lesion. Sin embargo, la adenopatía cervical posterior se presenta á menudo mas pronto que las erupciones de la piel, y de las mucosas y existe frecuentemente sola: asi es que admitimos que esta ingurgitacion es casi siempre independiente de todas las convecinas. Esta ingurgitacion indolente puede

no limitarse á la region cerval, pues invade tambien algunas veces otros ganglios; se la encuentra sobre todo en los ganglios carotidianos, claviculares, axilares y en el ganglio subepitrocleo. M. Bazin ha señalado la ingurgitacion de los vasos linfáticos que van á los ganglios, pero se la encuentra sobre todo cuando existen pústulas cutáneas.

La sífilis se manifiesta frecuentemente en la piel y desarrolla en ella erupciones á las cuales se ha dado el nombre de *sífilides* y se ha designado con el de *sífilides precoces*, á las que pertenecen al segundo periodo. Tienen por caracteres especiales el ser superficiales y no producir sino pocas ó ninguna ulceracion, ser generalizadas, tener una marcha bastante rápida y no dejar en pos de sí mas que máculas que desaparecen sin cicatrices. Al contrario, las *sífilides tardías* las que pertenecen al tercer periodo, son mas profundas, mas ulcerativas y mas circunscritas; tienen una marcha mas lenta y no se curan sino dejando cicatrices indelebiles. Estudiaremos mas tarde con mayores detalles estos diferentes caracteres.

Las mucosas son igualmente el asiento frecuente de manifestaciones del segundo periodo de la sífilis: las *placas mucosas* que han sido tambien llamadas *pústulas planas*, son algunas veces el primer accidente secundario; esto sucede sobre todo cuando están formadas por la transformacion *in situ* de uno ó varios chancros. Pueden durar mucho tiempo y hasta reaparecer muchos años despues del principio de la sífilis; si es que no entran siempre, propiamente hablando, en los accidentes secundarios. No insistimos mas sobre este punto y volveremos á el mas tarde.

Un accidente que se nota tambien en el segundo periodo es la *alopecia*. Esta manifestacion puede faltar por completo ó ser poco desarrollada, en otras circunstancias existe en un grado muy pronunciado y puede producir la caída casi completa de los cabellos. Lo mas frecuentemente, bajo la influencia del tratamiento, los cabellos renacen y son tan numerosos como antes. Algunos autores han considerado las erupciones del cuero cabelludo como la causa de la alopecia. Si en ciertos casos las ulceraciones sífilíticas pueden producir la destruccion de los folículos pilosos, no es esta una razon para admitir que las sífilides papulares precoces superficiales puedan obrar del mismo modo. A menudo existe tambien solo este accidente ó procede á las erupciones del cuero cabelludo. No creemos, pues, deber admitir

esta causa local, y consideramos la alopecia como dependiente de la misma sífilis.

Al fin del segundo periodo, en el momento que podria designarse con el nombre de *periodo intermedio*, hay todavia algunas afecciones cuya manifestacion puede observarse, tales son ciertas erupciones, placas mucosas, iritis y el testículo sífilítico. La iritis sífilítica no presenta ningun carácter particular que pueda distinguirla de la iritis simple de marcha crónica. Algunos oculistas han querido ver un signo especial en la forma de la pupila; pero esta deformacion de la pupila agrandada hácia fuera y hácia dentro, no existe siempre en la iritis sífilítica y puede encontrársela en la iritis simple.

El *testículo sífilítico* que se ha llamado tambien *testículo venéreo* y que conviene no confundir con la orquitis ni con los tumores gomosos del testículo, es una ingurgitacion que parece formada por la hipertrofia del tegido fibroso; la infeccion puede no ocupar mas que el epidídimo, ó el testículo, pero lo mas frecuente es que los invada á los dos, ó que el epidídimo parezca estar cubierto por el testículo; en fin, hay habitualmente á un mismo tiempo un hidrócele mas ó menos desarrollado de la túnica vaginal.

Accidentes terciarios.

Despues de las manifestaciones del segundo periodo de la sífilis, sea sola, sea seguida de este periodo intermedio de que hemos hablado, hay ordinariamente una nueva cesacion de la enfermedad, cesacion de duracion muy variable, despues de la cual pueden presentarse nuevos accidentes. Estos fenómenos sífilíticos terciarios no son constantes; debe saberse que faltan con bastante frecuencia, y son numerosas las personas que han tenido la sífilis en el segundo periodo, y que no han presentado nunca accidentes terciarios, aun cuando su vida se haya prolongado hasta una época muy lejana del principio de la enfermedad.

Las afecciones que se desarrollan bajo la influencia de la sífilis durante el tercer periodo, pueden tener por asiento la piel, las mucosas, los huesos, el perióstio, los músculos, las vísceras, en fin, todos los tegidos de la economía. Colocamos en el tercer periodo las afecciones viscerales, y como lo hemos dicho ya, nos negamos á formar de ellas un

cuarto período como M. Bazin, porque no tienen una época de aparición bastante distinta, y porque existen lo mas á menudo al mismo tiempo que una exóstosis, que un tumor gomoso ó cualquiera otro accidente terciario.

Las manifestaciones terciarias de la sífilis del lado de la piel, son erupciones profundas, circunscritas que producen ulceraciones de curación lenta, y que dejan en pos de sí cicatrices indelebiles y algunas veces deformidades.

Las mucosas pueden tambien ser atacadas de ulceraciones profundas, las cuales, por su marcha invasora, pueden destruir todos los tegidos hasta los huesos y hasta perforarlos; asi es que el velo del paladar y la epiglottis, pueden ser completamente destruidas por ulceracion y causar una disfagia mas ó menos grave.

La sífilis terciaria puede atacar los huesos de muchas maneras; la enfermedad ha podido comenzar por la piel, por una sífilide ulcerosa perforante, ó por la ulceracion de una mucosa, y estenderse de ahí hasta los huesos, ó bien el tejido huesoso ha estado enfermo primitivamente. Sea cual fuere el punto de partida, se ve la *caries* en la cara destruir el vomer, las conchias y la bóveda del paladar, hacer comunicar la boca con las fosas nasales ó rebajar la raiz de la nariz; en la laringe destruye los cartilagos, produce la afonía, y algunas veces causa la muerte por asfixia. Los huesos pueden presentar *exóstosis* que van acompañados habitualmente de esos dolores osteocopos insufribles haciéndose sentir sobre todo durante la noche. Cuando este desarrollo morbido del tegido huesoso, se sitúa sobre el cráneo, pueden resultar de ahí accidentes graves de compresion sobre el cerebro.

Pueden desarrollarse en los tendones, en los músculos, en la piel, en el tejido celular *tumores gomosos*: se les encuentra tambien en la lengua, en el testiculo, en los pulmones, en el higado y en los centros nerviosos.

La sífilis terciaria puede producir alteraciones diversas en el sistema nervioso; pueden desarrollarse bajo su influencia neuralgias, parálisis locales ó generales, convulsiones y hasta trastornos intelectuales. Algunas veces en la autopsia no se observa ninguna lesion morbida que pueda explicar los síntomas observados; sin embargo, la falta de lesion es sobre todo frecuente en los accidentes nerviosos que tienen lugar durante el segundo período. Los del tercero van por el contrario acompañados á menudo de diversas

alteraciones, tales como tumores gomosos, desarrollados en el cerebro ó en la médula, exóstosis que comprimen el encéfalo ó los nervios ó de transformaciones diversas de los mismos nervios, ó de su neurilema como en los neuromas sífilíticos. Los órganos de los sentidos pueden tambien ser atacados: así es que la vista puede perderse del todo ó en parte sea por una lesión del nervio óptico alterado ó comprimido; sea por una exudación sobre la retina ó la coroides, sea por una opacidad del cristalino, ó de una falsa catarata seguida de una iritis. El sentido del oído desaparece por una alteración del nervio auditivo ó por una caries del peñasco que invade el oído medio, ó el oído interno. En fin, las manifestaciones terciarias de la sífilis atacan tambien las *visceras*. En el eje cerebro-espinal producen, como lo hemos dicho mas arriba, la parálisis general, la enagenación mental, accesos epileptiformes, etc., con ó sin alteraciones anatómicas; en el hígado hay una transformación amarillenta con hipertrofia del tegido fibroso, como en la cirrosis; en los riñones una alteración que se parece á la enfermedad de Bright.

Durante el primer periodo de la sífilis, la salud general no experimenta ningun ataque, porque la lesión permanece enteramente local. Antes del segundo periodo, y durante los accidentes secundarios, el enfermo puede no presentar ningun fenómeno general como ya hemos dicho. Algunas veces se notan los síntomas que ya hemos descrito: dolores diversos, fatiga, malestar, y hasta fiebre; pueden igualmente verse desarrollar todos los síntomas de la cloroanemia. Pero los trastornos generales graves no tienen lugar sino durante el tercer periodo; en esas circunstancias, afortunadamente bastante raras, la fisonomía se altera, la piel adquiere un tinte grisáceo, hay inapetencia, las digestiones son difíciles, la debilidad muscular sobreviene y el adelgazamiento hace rápidos progresos; pronto las funciones digestivas se turban, hay vómitos y diarrea; en fin, se manifiesta una alteración profunda de la nutrición que se ha designado con el nombre de *caquexia sífilítica*, estado muy grave, porque entonces, no pudiendo resistir los medicamentos específicos, hay necesidad, frecuentemente, de no emplear mas que la medicina sintomática, y de dejar que la enfermedad continúe su marcha fatal.

Esta terminación fatal es, por lo regular, rara, y lo mas frecuente es ver que los enfermos atacados de accidentes

terciarios, hasta muy graves, que conserven una buena salud general y que esperimenten rápidamente los felices efectos del tratamiento específico.

Duración, marcha, terminaciones.

Duración. Haciendo la descripción de los diversos accidentes que se desarrollan bajo la influencia de la sífilis, no hemos hablado de la duración de los diferentes períodos, ni de la de los intervalos que los separan; vamos á ocuparnos de ella un momento. Para el chancro, la duración media es de quince dias á seis semanas; despues de su cicatrizacion, la induración puede persistir durante uno ó dos meses, cuando ha existido, pues hemos visto que podia faltar. El chancro dura algunas veces todavía mas tiempo, se prolonga durante algunos meses. En algunos casos, despues de haber permanecido estacionario por cierto tiempo, se cicatriza espontáneamente en el momento de la aparición de los accidentes secundarios. El chancro fagedénico persiste y se estiende por mucho mas tiempo, algunas veces por muchos años; pero entonces es ordinariamente un chancro simple no infectante y que no va acompañado de los síntomas constitucionales de la sífilis.

La duración de la incubación del segundo período es variable. M. Ricord la cree de seis semanas á seis meses, y añade, que todo individuo que no habiendo seguido ningun tratamiento, ha traspasado este último término sin esperimentar accidente alguno, puede ser considerado como libre de la sífilis. Creemos que este plazo es demasiado corto; en efecto, hemos visto á individuos atacados por accidentes secundarios tres semanas despues de la aparición del chancro, y á otros, por el contrario, que no los presentaban sino despues de haber permanecido ocho, diez y hasta doce meses antes de tener ninguna otra manifestación. No debe establecerse como regla que un individuo no tendrá la sífilis si no ha esperimentado ningun síntoma durante seis meses; es preciso esperar mas largo tiempo antes de declararle libre.

La duración del segundo período varía entre muchos meses y muchos años. En efecto, se vé á individuos sufrir los ataques de accidentes secundarios durante dos ó tres meses y no presentárseles nunca nuevamente; otros, por el contrario, presentan síntomas accesorios durante muchos años. Algunos enfermos pasan rápidamente á los accidentes ter-

ecarios, mientras que la mayoría presentan manifestaciones secundarias durante uno ó dos años, y tienen una nueva incubacion antes que los accidentes terciarios aparezcan.

Este intervalo entre el segundo y el tercer período es habitualmente bastante largo, su duracion es muy variable; lo mas comunmente se pasan dos, tres, seis, diez, veinte y hasta treinta años antes que los síntomas del tercer período se desarrollen, pero tambien otras veces, particularmente en la variedad grave de sífilis que se ha denominado *sífilis maligna*, existe apenas un intervalo entre el segundo y el tercer período, y los accidentes pertenecientes á uno y otro se suceden rápidamente. No nos olvidemos por lo demás de decir que el tercer período no debe necesariamente presentarse; y que para un gran número de individuos la sífilis termina despues de la aparicion de los accidentes secundarios.

La duracion del tercer período no puede fijarse. En efecto, se ven individuos que no presentan mas que un solo accidente terciario y que no presentan mas en todo el resto de su existencia, mientras que otros son atacados de muchas manifestaciones á intervalos de uno, dos, cinco, diez y treinta años. Así es que es imposible afirmar que un individuo que ha tenido un síntoma cualquiera de sífilis confirmada, no presentará mas tarde, en una época indeterminada un nuevo accidente; en una palabra, no se puede nunca tener la certeza completa de su curacion definitiva.

Marcha. Terminaciones. La marcha de la sífilis es comunmente regular, y el enfermo recorre sucesivamente los diversos períodos, presentando uno ó varios accidentes de cada uno de ellos. Un gran número de enfermos, sin embargo, no pasan por todos los períodos: muchos, como lo hemos dicho, no presentan jamás accidentes terciarios. Pero ¿es posible observar los accidentes del tercer período, sin que hayan sido precedidos de algunos síntomas secundarios? Esta cuestion es bastante difícil de resolver: evidentemente se notan accidentes terciarios en individuos que afirman no haber tenido ni erupcion cutánea, ni afeccion de las mucosas, ni adenopatía; pero estas manifestaciones por lo mismo que son á menudo leves, casi siempre indolentes, han podido existir y pasar desapercibidas.

La sífilis puede concluir por la curacion? Esta terminacion, negada durante largo tiempo, debe ser hoy admitida en presencia de los hechos de re-infeccion sífilítica, de los

cuales nos ocuparemos pronto; pero aunque la curacion es posible, jamás puede afirmarse que existe; porque, como lo hemos dicho ya, hay individuos sifilíticos que parecen completamente curados y que presentan nuevos accidentes terciarios despues de quince, veinte y treinta años de salud perfecta. Cuando un individuo ha sido atacado por una afeccion perteneciente al tercer período, no puede estarse seguro de que todo ha terminado y que un nuevo síntoma de este grado no vendrá mas tarde á manifestarse; sea en el tejido huesoso, sea en las vísceras.

¿La sífilis puede terminar por la muerte? Es raro que acontezca durante el segundo período; pero en el tercero, puede ser causada, sea por la abundancia de la supuracion, sea por la caquexia sífilítica, sea por una afeccion visceral.

¿La sífilis puede recidivar? Durante mucho tiempo se ha negado en individuos sífilíticos la posibilidad de contraer nuevamente la sífilis, y M. Ricord ha dicho que no se curaba la sífilis; y que por consiguiente, un individuo sífilítico, no pudiendo ser atacado á un mismo tiempo de la misma enfermedad, no podia tenerla dos veces. Esta opinion está basada en el hecho de que no habia ninguna observacion bastante auténtica de un individuo que, despues de haber tenido accidentes secundarios ó terciarios hubiese contraido nuevamente un chanero infectante seguido de nuevos accidentes constitucionales; pero en estos últimos años se han observado numerosos hechos de recidiva de la sífilis y debe hoy admitirse la posibilidad de una segunda infeccion; así en los *Archivos generales de medicina* (julio y agosto de 1862) M. Dídai ha publicado una memoria sobre la *reinfeccion sífilítica*. En este trabajo, que contiene treinta observaciones, hay once en las cuales los enfermos, despues de haber tenido un chanero y accidentes secundarios ó terciarios, han tenido posteriormente un nuevo chanero infectante, seguido de nuevos accidentes secundarios. Nosotros mismos hemos visto un hecho interesante, este año (1863) en nuestro servicio del hospital de San Luis: un enfermo á quien habiamos medicado hace cuatro años por accidentes terciarios ha venido á reclamar nuestros cuidados á causa de nuevos accidentes secundarios que habia contraido durante el tratamiento, cuatro años antes. Esta observacion es notable por la posibilidad de contraer un chanero infectante durante el tratamiento de los accidentes terciarios, y por la lentitud de la incubacion que ha existido entre el accidente

primitivo y los accidentes secundarios. Todos estos hechos prueban, pues, que la sífilis puede algunas veces, aunque raramente, contraerse por segunda vez y que es preciso no considerar como imposible una nueva infección sifilitica. Prueban además que la sífilis puede curarse, que puede, al igual de los demás virus, ser eliminado de la economía que ha contagiado, y que entonces renace la aptitud para contraerla de nuevo. Añadamos, sin embargo, que en esos casos de recidiva la segunda infección parece menos grave que la primera.

Sifilización. Fundándose en la opinión de que no puede uno ser atacado por la sífilis cuando se ha tenido una vez, se ha establecido la doctrina de la *sifilización*. Inoculándose la sífilis y bajo la influencia de inoculaciones repetidas á menudo, se ha pretendido que esta enfermedad seguía una marcha mas rápida, mas benigna, y que el enfermo curado mas pronto y mas completamente, no podia ya por lo mismo que estaba ya *sifilizado* ser infectado de nuevo. De allí se ha establecido la *sifilización* preventiva, abandonada hoy por su autor, y la *sifilización* curativa, que sería aplicada á la curación radical de la sífilis y de sus diversos accidentes. No queremos discutir á fondo este medio terapéutico que ha sido adoptado desde hace muchos años en Cristiania como tratamiento habitual de la sífilis. M. Boeck, cuya autoridad es grande en materia de sífilis y de enfermedades cutáneas, ha publicado numerosos documentos que parecen probar la uniformidad y la ventaja de la *sifilización*, en París M. Auzias-Turenne, dice igualmente haberla empleado á menudo con éxito, y añade que los accidentes que se dicen inherentes á su empleo dependen de la manera defectuosa con que se habia aplicado. Por nuestra parte creeríamos estralimitarnos si juzgásemos definitivamente un método que ni hemos empleado ni nunca hemos visto aplicar; pero en presencia de los accidentes graves que hemos observado una vez en un individuo *sifilizado*, y que tenia el cuerpo literalmente cubierto de úlceras profundas y rebeldes, lo mejor que podemos hacer es aconsejar la abstención de un medio tan peligroso en una enfermedad que cede ordinariamente á una terapéutica mucho menos peligrosa y cuyas consecuencias son mucho menos graves.

por la posibilidad de contraer un nuevo ataque de sífilis y por la posibilidad de ser infectado de nuevo por la sífilis que ya existía en el individuo.

Etiología.

Hemos dicho que la sífilis era una enfermedad constitucional que podía introducirse en la economía de tres maneras: por contagio, por inoculación y por herencia. Como la inoculación no es más que un contagio artificial, no insistimos en ella, y nos ocuparemos solamente del contagio y de la herencia, como causa de la infección sífilítica.

1.º Contagio. El contagio se verifica por el contacto de una mucosa ó de la piel con una parte atacada de una afección sífilítica. Los autores no están de acuerdo sobre la cuestión de saber si la desnudación del dérmis es indispensable para el contagio; los unos creen que es indispensable para la piel; pero que no lo es para las mucosas; M. Cullerier cree que lo es también para estas; admite que una mujer no sífilítica puede recibir en su mucosa vaginal, intacta de virus sífilítico, conservarlo y transmitirlo a otro individuo que será infectado, si presenta condiciones favorables de absorción, mientras que ella quedará sana y salva; y funda su opinión en experimentos que ha hecho en el hospital de Lourcine, en donde depositaba pus sífilítico en la mucosa vaginal de las mujeres, y lo dejaba allí cierto tiempo sin que quedaran infectadas; a pesar de estos hechos, no estamos persuadidos que sea siempre necesario que el dérmis esté desnudado para permitir que el virus se introduzca en la economía.

El coito no es el único acto por el cual pueda contraerse la sífilis, es indudable que ha habido médicos y comadronas, que teniendo un rasguño en el dedo, han tenido un chancre después de haber tocado una mujer contagiada: otras veces, y de ello hemos visto ejemplos, la enfermedad ha tenido por punto de partida el depósito de un poco de pus virulento en el ángulo del ojo, en la nariz ó la boca por medio de un dedo que estaba impregnado en él.

Debe saberse que todos los puntos del cuerpo pueden ser asiento de un chancre, la puerta de entrada de la sífilis. Así es que conviene examinar con cuidado todas las ulceraciones situadas en los parajes más insólitos para no confundirlas con las ulceraciones simples. A causa de no haberse hecho constar este sitio insólito del chancre, se han cometido numerosos errores relativamente al accidente primitivo desconocido y negado con obstinación.

¿Cuáles son los accidentes que pueden transmitir la sífilis por el contacto?

Segun unos, citaremos entre otros á M. Cazenave y su escuela, todas las enfermedades venéreas, blenorragia, chancre, placas mucosas, pueden producir la sífilis; y el resultado ulterior del contacto depende del individuo que sufre el contagio. Así; un hombre atacado de una blenorragia y que tuviese contacto con tres mujeres, puede dar á la primera una blenorragia, un chancre á la segunda y placas mucosas á la tercera; una mujer que tiene un chancre puede dar al primer hombre un chancre blando, al segundo un chancre indurado, al tercero una blenorragia, al cuarto la sífilis constitucional etc. En esta doctrina se admite entre todos los accidentes venéreos una paridad que no puede sostenerse en presencia de los hechos bien observados. Tambien en el estado actual de la ciencia la mayor parte de los autores rechazan la blenorragia simple, sin chancre uretral, prescindiendo de las afecciones que pueden dar la sífilis; así como mas arriba no hemos querido admitir que la blenorragia simple pueda ser el accidente primitivo de la infeccion sífilítica, del mismo modo negamos á esta afeccion el poder de comunicar por el contacto, la enfermedad á otra persona.

Hemos admitido que habia dos especies de chancros, el chancre blando y el chancre indurado, y que ambos podian ser el primer accidente de la sífilis, é ir seguidos de accidentes secundarios; pero que al paso que la infeccion era la regla despues del chancre indurado, era la escepcion despues del chancre blando. Preguntamos ¿pueden ambos transmitir la sífilis por contagio? Ricard y su escuela que admiten ahora dos virus bien distintos, el virus chancreoso y el virus sífilítico, pretenden que la fuente de la sífilis es siempre un chancre indurado, y que el chancre blando nunca da lugar mas que á un chancre blando no seguido de accidentes constitucionales. Creemos que la cuestion no esta todavía bastante esclarecida y que hay lugar á la duda sin admitirse una distincion tan absoluta. Hemos establecido que el chancre blando podia algunas veces ir seguido de accidentes secundarios, esto es ser infectante; creemos igualmente que el contacto de una ulceracion semejante puede dar lugar en otra persona al nacimiento de un chancre ora infectante indurado, ora simple.

La facultad contagiosa del chancre es, segun Hunter y M. Ricard, mas pronunciada al principio; estos autores no

admiten el contagio sino en los periodos de progreso y de estado y no en el de reparacion; afirman que en este último periodo el peligro de comunicar la sífilis no existe ya M. Auzias Turenne cree, por el contrario, que el chancro es contagioso durante toda su existencia hasta cuando la ulceracion se ha convertido en una simple induracion. Creemos que esta proposicion es bastante fundada: en efecto, con un chancro indurado y en los periodos de progreso ó de estado, por razones inútiles de detallar, el enfermo está poco inclinado al coito; en el periodo de reparacion, por el contrario, calmado el dolor y cicatrizada la ulceracion, el enfermo está tanto mas dispuesto al contacto sexual cuanto ha estado privado de él por mayor tiempo. Y si se admitia la opinion de M. Ricord, y si los contactos venéreos no fuesen peligrosos mas que en los dos primeros periodos del chancro, habria muchos menos individuos contagiados.

En resumen, admitimos que la fuente de donde mana la sífilis pueda ser un chancro indurado, un chancro blando, y hasta un chancro en reparacion.

Pero ¿es el chancro la sola fuente de la sífilis? M. Ricord y algunos de sus discipulos por mucho tiempo han considerado el chancro como pudiendo él solo dar la sífilis, pero numerosos hechos han venido á quebrantar esta doctrina y el mismo M. Ricord ha concluido por admitir, que en ciertos casos la sífilis podia provenir del contagio de los accidentes secundarios. Se han hecho experimentos por Vidal, Waller (de Praga), Willam, Wallace, Rinecker, MM. Cazenavey Langlebert, muy recientemente M. Gibert ha practicado con exito muchas inoculaciones por medio del liquido, procedente de accidentes secundarios y M. Rollet ha reunido un número bastante grande de ejemplos semejantes en su *tratado sobre la sífilis*. Por lo demás eran superfluos estos experimentos; los hechos clínicos podian esclarecer la cuestion, y el contagio de las placas mucosas era, para muchos prácticos, un hecho incontestable. La propagacion de la enfermedad de la boca de los niños al pezon de su nodriza era un ejemplo demasiado á menudo repetido para que dejara de admitirse; y en los adultos se habian citado muchos hechos en los cuales el contagio parecia haber tenido lugar por medio del contacto con las placas mucosas. Por nuestra parte en dos casos que hemos observado y seguido con detencion, hemos visto á un niño con placas mucosas en el ano producir un chancro en el antebrazo de la persona que lo llevaba, la

cual ha presentado en seguida accidentes de sífilis confirmada. Todos estos hechos nos llevan a establecer que debe admitirse el contagio por las placas mucosas; este contagio menos frecuente que el del chancro atendida la multiplicidad de los contactos sexuales con las placas mucosas, se presenta aun con bastante frecuencia. Entre los otros accidentes secundarios puede admitirse el contagio por las sífilides húmedas, pero es aun objeto de duda en cuanto a las sífilides secas.

Respecto al contagio por los accidentes terciarios, hasta el presente la ciencia no posee ningun hecho auténtico que lo pruebe: puede creerse que el liquido producido por la supuracion de las úlceras pertenecientes a este período no está dotado de propiedades contagiosas.

El contagio de la sífilis por la sangre, ha sido negado por Hunter y por Mr. Ricord. En estos últimos años se han hecho algunos experimentos para probar esta facultad contagiosa. Waller de Praga (1850) ha hecho escarificaciones sobre el muslo izquierdo de un escrofuloso, y ha curado la herida con hilas empapadas de sangre de una jóven que se hallaba en el segundo período de la sífilis; se desarrolló un chancro, y sesenta y cinco dias despues apareció una roseola seguida de una erupcion papulo-tuberculosa. Un médico, conocido bajo el nombre de el *anónimo del Palatinado*, ha hecho (1856) el mismo experimento en nueve individuos; tres tuvieron accidentes sífilíticos; eran los tres cuyas llagas mas anchas habian sido frotadas mas tiempo con la sangre.

El contagio de la sífilis por la vacuna parecia todavia probar la influencia contagiosa de la sangre: las observaciones del veterinario B..., del doctor Hubner, de Marcolini y de Gerioli, contenidas en la memoria de M. Viennois (1), demuestran verdaderas epidemias de sífilis transmitidas a las criaturas por la vacuna, y comunicadas en seguida por las criaturas a sus madres y a sus nodrizas; y en estos hechos, segun el mismo M. Viennois, la propagacion seria debida a que la lanceta del vacunador estaria cargada de sangre al mismo tiempo que del liquido vacunal. Pero, ¿por qué la vacuna no seria tan infectada e infectante como la sangre?

Sin embargo, hasta estos últimos tiempos no se ha

(1) Archivos generales de medicina, 1860, t. v, pág. 641, t. vi, p. 53 y 297.

hecho ningun experimento que ofrezca bastante garantía, y los citados mas arriba no habian presentado bastante certeza para producir la conviccion. El doctor Pedro Pellizari, profesor de la escuela de medicina de Florencia, empezó de nuevo en 1860 las tentativas de inoculacion con sangre sífilítica. En el mes de enero, en una mujer de veintidos años, que no habia seguido ningun tratamiento específico, que presentaba como accidentes secundarios placas mucosas ulceradas en la bulba y en las amígdalas; una sífilide papulosa, adenopatías cervicales, é inguinales, y que tenia en el ano un chancro indurado, en vias de cicatrizacion; de esa mujer tomó sangre por medio del escarificador aplicado á la region hipocondriaca derecha, libre de toda erupcion, impregnó hilas con ella y las aplicó en una superficie denudada del brazo de dos médicos, no se las levantó sino despues de cuarenta y ocho horas, y despues de dos años, no se habia manifestado ningun fenómeno.

Pero no contentándose con este hecho negativo, M. Pellizari empezó de nuevo en presencia de los agentes de su clínica, el 3 de febrero de 1862, este experimento sobre tres jóvenes doctores, libres de todo accidente sífilítico. La sangre fué tomada de una sangría hecha á una mujer de veinte y cinco años, embarazada de seis meses, que presentaba las adenopatías inguinales y cervicales; placas mucosas en la bulba y en el ano, roseola en el cuerpo y pústulas en los cabellos. Se aplicaron hilas empapadas de esa sangre en una superficie denudada del brazo de cada médico; la sangre estaba todavia caliente cuando se aplicó al primero, estaba fria en el segundo y fué coagulada en el tercero. Los dos últimos médicos no experimentaron nada particular. En el primero, al cabo de veinte y ocho dias, el 3 de marzo, apareció una pápula, que seca en un principio, se cubrió de una costra y se manifestó entonces la ingurgitacion indolente de los ganglios axilares. El veinte y dos de marzo cayó la costra y se vió un chancro con todos sus caracteres y con la base indurada. El 4 de abril, al cabo de cincuenta y ocho dias, tuvo cefalea y adenopatía cervicales, el 12 de abril apareció la roseola, y el 22 una sífilide papulosa.

Hemos creído deber referir este hecho con algunos detalles á causa de su importancia; en efecto, hasta aqui todos los experimentos verificados no habian tenido una publicidad suficiente y podian no parecer concluyentes, mientras que este hecho prueba de una manera evidente que la

sangre de un individuo atacado de sífilis en el segundo período, puede por su contacto en una superficie despojada de epidermis, dar la sífilis á un individuo libre de toda infección anterior. De aquí se concluye que un hombre que en la época de la menstruación tenga contacto con una mujer sífilítica, aunque no presente entonces ningún accidente aparente, podrá, si tiene un rasguño, contraer la sífilis. De aquí igualmente la explicación de estos hechos de contagio de la sífilis por el dedo tocando durante la menstruación ó los partos á mujeres que no presentan ningún accidente sífilítico local; y también la de esos contagios por la vacuna cargando la lanceta de vacuna mezclada de sangre tomada de una criatura sífilítica, é inoculando esta mezcla á individuos sanos.

Se ha preguntado también si la *leche* podía transmitir la sífilis, y si una criatura que presente un rasguño en los labios ó en la boca podría de esta manera ser infectada. Hasta el presente no existe hecho alguno que pruebe la propiedad contagiosa de la leche. Cuando una nodriza comunica la sífilis á una criatura, el contagio se verifica casi siempre por las placas mucosas que tenía en los pechos, ó en los labios ó en cualquiera otra parte con la cual la criatura puede ponerse en contacto.

2.º *Herencia*. La sífilis puede transmitirse por herencia, y entonces las criaturas presentan al nacer accidentes sífilíticos, ó lo que es más común, la enfermedad no se desarrolla en ellos sino después de muchas semanas y hasta muchos meses de su nacimiento. Pero en esta transmisión hereditaria, que nadie pone en duda hay muchas cuestiones accesorias que debemos indicar.

Quando el padre es el sífilítico y la madre está sana, M. Cullerier y Notta creen que la criatura no se inficionará; nosotros, por el contrario, opinamos con M. Trousseau, Depaul, Diday, etc., que el padre puede infectar á sus hijos. Hechos positivos prueban en efecto, la influencia del padre enfermo sobre el hijo, estando sana la madre; y no se puede rechazar la influencia mórbida del padre cuando se vé en los animales que el macho tiene una influencia preponderante sobre sus productos: creemos igualmente que la sífilis del padre es una causa frecuente de aborto á causa de la poca vitalidad del feto.

Algunos autores creen que el padre puede procrear á un hijo sífilítico y que este á su vez inficiona á su madre mien-

tras permanece en el útero: la madre en este caso no presentaría nunca accidente alguno primitivo, la sífilis empezaría en ella por los accidentes secundarios. Hasta el presente esta opinión no está fundada en ningún hecho auténtico. Para explicar la sífilis de la madre parece mas sencillo, en vez de invocar la infección por el feto, creer que ha contraído directamente la enfermedad del padre y que el accidente primitivo ha pasado desapercibido.

Quando la madre es sífilítica y el padre está sano, la criatura puede nacer sífilítica; decimos *puede nacer*, porque en todos estos casos aun en el de ser sífilíticos los cónyuges, la criatura no es necesariamente infectada. La influencia de los padres está en relacion con la época de su enfermedad, cuanto mas antigua sea la sífilis, mayores son las probabilidades de que la criatura se salve de la infección.

Si la madre sana en el momento de la concepcion ha contraído la sífilis durante el embarazo, ¿infectará á su hijo?

M. Ricord cree que para que la infección tenga lugar es preciso que la muger se vuelva sífilítica durante los seis primeros meses del embarazo, porque mas tarde la criatura tiene ya bastante fuerza para resistir á la influencia del virus.

M. Cullerier cree que la infección se verifica siempre, cualquiera que sea la época en que la madre se ponga enferma.

Nosotros somos de la misma opinion porque no creemos que una criatura sea nunca bastante fuerte para resistir al virus sífilítico, y porque hemos visto hechos que desmienten la primera opinion. Debemos decir con todo que, cuanto mas próxima á la concepcion sea la infección de la madre, tanto mas graves serán las consecuencias para la criatura, porque la sífilis del feto tiene una marcha muy rápida; y si la criatura ha sido infectada, pronto puede morir antes de su término en el seno materno, ó nacer con accidentes viscerales que comprometeran pronto su existencia.

En algunos casos felizmente raros, la madre atacada en el momento del parto por un chancro ó por placas mucosas en la bulba puede infectar á la criatura á su paso. Pero no nos detendremos en estos hechos porque entonces no es la sífilis verdaderamente hereditaria sino transmitida por contagio.

Algunos autores admiten que los padres sífilíticos pueden dar nacimiento á criaturas exentas de sífilis aunque escrófulosas. En estos ejemplos que no pueden realizarse, la escrófula de las criaturas no es el resultado directo de la sí-

filis de los padres, porque una enfermedad constitucional no puede transmitirse en otra; pero la sífilis puede producir en los padres una deterioracion tal en la salud, que los hijos nazcan escrofulosos que es lo que sucede en todas las circunstancias que los padres están debilitados por una causa cualquiera.

3.ª *Causas ocasionales.* Hasta aquí no hemos hablado sino del contagio, de la inoculacion y de la herencia, porque pueden producir la infeccion sifilitica. Pero aunque las causas ocasionales no ejercen influencia alguna en la produccion de la sífilis en sí misma, obran sobre las manifestaciones sifiliticas cuya aparicion pueden favorecer. Asi los accidentes secundarios y terciarios tienen la sífilis por causa primera y esencial, y pueden manifestarse por la evolucion natural de la enfermedad; pero en cierto número de casos la aparicion de estos accidentes, viene determinada en un momento dado, por una causa ocasional, como son, por ejemplo, los baños sulfurosos, ó los baños de vapor, que provocan á menudo la manifestacion de una sífilide: nosotros hemos visto este año desarrollarse una roseola despues de las fricciones del tratamiento de la sarna. La fatiga, la miseria, los pesares, las emociones morales pueden ejercer la misma influencia en el desarrollo de los diversos accidentes, ya pertenezcan al segundo, ya al tercer periodo. Hemos visto á un hombre que tuvo un chancro veinte y cinco años antes, presentar una sífilide tardia y grave quince dias despues de un naufragio, en el cual estuvo muchas horas entre la vida y la muerte.

Tratamiento.

Empecemos por decir que la sífilis puede curarse espontáneamente: cuando el enfermo se encuentra en buenas condiciones higiénicas, la enfermedad sigue la marcha normal; presenta accidentes secundarios; mas tarde pueden aparecer uno ó mas fenómenos terciarios, y puede verse que todos estos accidentes terminen por la curacion sin que se haya empleado tratamiento. Sin embargo, como es bastante raro que las manifestaciones sifiliticas se curen tan fácilmente, y como no puede saberse si sobrevendrán algunas afecciones mas graves, no debe contarse demasiado con la curacion espontánea, y opinamos que en la mayoría de los casos, es preferible someter á los individuos sifiliticos á un

tratamiento racional. Solamente en los casos en que las afecciones sean ligeras, y en individuos que toleran mal los medicamentos, es bueno saber que puede prescindirse de él sin gran perjuicio para los enfermos.

No hablaremos del tratamiento local que pueden reclamar las diferentes afecciones desarrolladas bajo la influencia de la sífilis, porque esto nos llevaria mas allá del objeto de nuestro curso; y en cuanto á las indicaciones especiales que exigen las sífilides, las daremos despues de haber hecho la descripción de esas erupciones. Nos limitaremos pues, aquí á hablar del tratamiento general.

A propósito de la terapéutica de la sífilis se presenta como la primera cuestion la de saber si existe algun medio que impida á la enfermedad su desarrollo cuando existe ya un fenómeno primitivo. M. Ricord ha profesado mucho tiempo esta opinion, que un chancro nunca producía la infección si se le cauteriza fuertemente en los cuatro primeros dias de su aparición. A primera vista y teóricamente esta proposición parece poco admisible: en efecto, si se admite, como lo demuestran las inoculaciones que el chancro va precedido de un periodo de incubacion y que la economía está ya infectada cuando aparece la ulceracion, debe ser inútil la cauterización que entonces se practica; además, desde que se formuló esta opinion, hechos clínicos han venido á contradecirla: MM. Diday y Langiebert han visto chancros cauterizados el tercer dia y hasta el segundo ser seguidos mas tarde de accidentes secundarios. Debe creerse que lo que ha inducido en error á M. Ricord y á M. Sigmund (de Viena) es que han cauterizado chancros simples, en un periodo en que no se les puede distinguir de los chancros infectantes, porque la induración no se presenta hasta mas tarde. Hoy dia está admitido que ni la cauterización del chancro ni ningun tratamiento local pueden desviar el curso de la enfermedad; añadamos que el fustido mercurio administrado en el primer periodo de la sífilis, no impide en nada el desarrollo de los accidentes consecutivos y que no tiene ninguna acción preventiva ni el, ni ningun otro medicamento.

Durante el primer periodo de la sífilis, contra el accidente primitivo, no hay mas que emplear emolientes, cataplasmas, baños, cuando existen algunos signos de inflamación; ó bien algunas lociones escitantes como el vino aromático, el agua blanca, agua clorurada, etc. ó bien esperar que la curación del chancro sobrevenga espontáneamente,

lo que es frecuente, sin que el tratamiento local apresure ó favorezca mucho su cicatrizacion, y cuando la ingurgitacion ganglional es manifiesta, se está ya en el *segundo periodo*. Algunos autores, sin ir tan lejos, como los que dan preparados mercuriales al interior, contra todos los accidentes venéreos sean ó no sifilíticos, quieren que se administre el mercurio desde que existen la induracion y la pléyade ganglional: otros, por el contrario, prefieren aguardar la aparicion de las sifilides y de las placas mucosas para estar bien ciertos de que el enfermo tiene la sífilis. En cuanto á nosotros, somos de parecer de que se den los medicamentos específicos desde que aparecen los primeros síntomas de la infeccion. Confiamos de esta manera, sin prevenir los accidentes ulteriores, al menos retardar su manifestacion, y quizá disminuir su fuerza. Pero en los casos dudosos, cuando la induracion es poco pronunciada, cuando la pléyade ganglional indolente, es poco manifiesta, y con doble razon cuando el chancre es blando, y no se ha reconocido su naturaleza por la inoculacion en el individuo, se debe aguardar la aparicion de una sífilide para empezar el tratamiento.

En el *segundo periodo* de la sífilis el verdadero medicamento específico es el *mercurio*: sea que se emplee el protoioduro en píldoras, el bicloruro en píldoras ó en disolucion, como son el licor de Vanswieten, ó el mercurio unido á la manteca de cerdo como en las píldoras de Sedillot, ó cualquiera otra preparacion, se obtendrán siempre muy buenos resultados. Entre las diversas fórmulas mercuriales no hay sino ligeras diferencias: el licor de Vanswieten parece que perturba demasiado las funciones digestivas, el protoioduro hace salivar mas fácilmente; así es que generalmente damos la preferencia á las píldoras de Sedillot, que parece se toleran mejor, pero no por esto nos pronunciamos exclusivamente contra las otras preparaciones. En cuanto á las dosis, somos de parecer de que no deben exajerarse; es preciso dar estos medicamentos de modo que no produzcan ningun trastorno mórbido; así si sobreviene salivacion, trastornos gástricos, ó diarrea, debe en seguida suspenderse el uso del mercurio, tratar la complicacion, y cuando esta haya desaparecido, se prescribirá de nuevo el medicamento específico á una dosis menos elevada. Las dosis que nos parece convienen mas á los enfermos sin producir accidente alguno, son:

una, dos ó tres píldoras de Sedillot; una, dos ó tres píldoras de proto-ioduro á la dosis de dos centigramos y medio, ó unidas á dos cucharadas del licor de Van-Swieten.

Se han citado tambien como antisifilíticos un gran número de medicamentos, y particularmente los preparados de oro, preconizados por Chretien (de Montpellier); las decocciones y los jarabes sudoríficos; pero estos medicamentos estan hoy día abandonados á causa de su poca eficacia.

El ioduro de potasio no debe ciertamente ser considerado como un específico durante este segundo período; sin embargo, los ioduros y particularmente el ioduro de potasio, tienen una acción muy poderosa contra las cefaleas y los dolores reumáticos; administrado á la dosis de uno á dos gramos por día, el ioduro de potasio los hace desaparecer en dos ó tres días, mientras que el mercurio no los calma sino mas tarde y á menudo es hasta impotente para disminuirlos. Los ioduros de potasio y de hierro, en el segundo período de la sífilis no se dirigen pues contra la enfermedad y si solo á un sistema especial; así es que es inútil continuarlos largo tiempo despues de la desaparición de los dolores que han motivado su administración. En cuanto á la práctica que parece haberse adoptado ahora por algunos médicos, y que consiste en prescribir el ioduro de potasio al fin de un tratamiento mercurial, con el objeto teórico de destruir el mal efecto del mercurio sobre la economía, confesamos que no la hemos seguido nunca y que no la hemos echado de menos.

En el tercer período de la sífilis, el ioduro de potasio es el medicamento específico por excelencia; entonces ejerce una acción mas poderosa aun que la del mercurio durante el segundo período. Se dá en la dosis de uno á tres gramos por día en una taza de tisana. Algunos facultativos elevan la dosis de este medicamento hasta diez y siete gramos; creemos que estas altas dosis son inútiles, que fatigan al enfermo, y la curación no se hace mas rápida que con una dosis débil. Solo en el caso de ulceraciones muy rebeldes, nos hemos visto algunas veces obligados á elevar la dosis hasta seis ú ocho gramos; pero frecuentemente obtenemos el resultado apetecido, como acabamos de decir, con uno, dos y á lo mas tres gramos en veinte y cuatro horas.

Por lo demás, tenemos la costumbre de dar al mismo tiempo un preparado mercurial; hemos observado que la curación es entonces mas rápida que con el solo empleo del

ioduro de potasa. Algunos facultativos que administran tambien los dos medicamentos contra los accidentes terciarios los reunen en una misma preparacion. Creemos que es preferible darlos separadamente: un gramo de ioduro de potasio por la mañana y por la noche, una ó dos píldoras de Sedillot durante el dia; tal es nuestra prescripcion habitual.

Aunque pueden ordenarse frecuentemente los medicamentos específicos y se obtiene con ellos buenos resultados, hay casos en que no puede administrárseles. Así cuando los enfermos están flacos, debilitados, cuando presentan algunos síntomas de la diatesis escrofulosa, el mercurio es á menudo mas perjudicial que útil; es preciso entonces rechazar este medicamento y atacar la enfermedad indirectamente obrando sobre la constitucion por medio del aceite de hígado de bacalao, de los preparados de hierro, y de quina, etc., y aconsejando medios higiénicos que obren en el mismo sentido. Deben, sobre todo, proibirse los medicamentos específicos cuando los enfermos han llegado á la caquexia sífilítica; porque entónces, en vez de curar, agravan mas; se ordena entónces el ioduro de hierro, la quina, un régimen fortificante, una buena higiene; si la caquexia está muy adelantada debe insistirse sobre todo en el régimen alimenticio y se propina además el opio, la triaca y el diascordio. Mas tarde, cuando ha mejorado el estado general, cuando las fuerzas han reaparecido, y sobre todo, cuando el aparato digestivo lo permite pueden entónces prescribirse nuevamente los específicos.

Se ha alabado mucho para el tratamiento de la sífilis el uso de los sudoríficos; muchos médicos, entre los cuales citaremos á Lagneau, han admitido su acción curativa. No creemos en ella; consideramos estos medicamentos como de poco valor, y si alguna vez prescribimos una tisana de zarzaparrilla, es mas bien por hábito, que por una confianza razonada en su eficacia.

En los casos de sífilis rebelde, cuando el mercurio y los ioduros no han producido la curacion de los accidentes, ó cuando su acción favorable es muy lenta, son buenos auxiliares las *aguas minerales*. Se aconsejan, sobre todo, las aguas sulfurosas, tales como las de Bareges, de Luchon, de Aix, de Vriage, de Aix-la Chapelle, de Enghen etc. Al mismo tiempo que el enfermo está sometido al tratamiento termal deben continuarse los específicos cuyo uso será seguido de mejores resultados. Por el contrario, en los enfer-

mos fatigados por un tratamiento específico prolongado, debe cesarse este tratamiento, tratar de fortificar la constitucion por las aguas, y mas adelante podrá administrarse nuevamente con ventaja el mercurio como los ioduros, los cuales tendrán entonces una eficacia real.

No omitimos que durante el curso de la sífilis, sobre todo, en el momento en que se enconan las diversas manifestaciones, es preciso tener sumo cuidado con las precauciones higiénicas. Así el enfermo deberá estar sometido á un régimen muy fortificante, compuesto principalmente de buen vino y de carne, para luchar contra la accion debilitante de la enfermedad, á la vez que contra la accion alterante de los medicamentos. Se deberá vigilar los vestidos, el enfermo no deberá estar demasiado cubierto, porque un excesivo calor puede determinar la aparicion de una sífilide, pero deberá igualmente evitar con cuidado el frio, porque puede hacer aparecer otras manifestaciones. En fin, deben ser proscritos los excesos de todo género; en primer lugar, porque debilitan la economía que está ya bastante débil, y además porque pueden traer la manifestacion de nuevos accidentes sífilíticos.

CAPITULO V.

De las sífilides.

Con la palabra *sífilides* designamos las enfermedades cutáneas que se desarrollan bajo la influencia de la sífilis.

Los autores que admiten la antigüedad de la sífilis, han creido reconocer el carácter específico en ciertas enfermedades cutáneas, cuya descripción nos han dejado los antiguos autores, y han creido que las sífilides han sido frecuentemente confundidas con la lepra que ha desaparecido de Europa poco mas ó menos por completo en la época en que apareció la sífilis. Sin volver á exponer todas las razones que hemos dado antes como pruebas de la primera aparicion de la sífilis al final del siglo xv, haremos notar que estas descripciones de los autores antiguos, invocadas como pruebas de la antigüedad de la sífilis, son muy confusas, mientras que las debidas á Fallopio, á Massa, á Fracastor, son tan exactas, tan claras, que pueden aun hoy dia reconocerse fácilmente las enfermedades de que hablan. Es verdad que esas erupciones tenian en aquella época una intensidad que solo muy rara-

mente se nota hoy, pero á pesar de ese grado de gravedad, son sus caracteres muy marcados, y además los autores que asistieron á la aparicion de la sífilis, han considerado todas esas erupciones como enfermedades nuevas, no descritas todavía.

Por mucho tiempo no se emprendió ningún trabajo especial sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis, y las sífilides fueron estudiadas como las otras enfermedades de la piel. Los mismos Willan y Bateman, dando demasiada importancia á la lesión elemental, y no dividiendo las enfermedades cutáneas con arreglo á su naturaleza, no supieron separar de las otras enfermedades cutáneas las debidas á la sífilis, ni hacer de ellas una clase particular.

En el año X, Trappe, interno de los hospitales, publicó una Memoria sobre las afecciones cutáneas sífilíticas; las dividió en pústulas venéreas y en escrescencias, y acertó á comprender casi todas las sífilides en las siete especies que estableció, con arreglo á los caracteres mas salientes de estas erupciones. Por la misma época, Lagneau publicó su tesis inaugural sobre las erupciones venéreas; su clasificación se acerca mucho á la Trappe. En 1820, Cullerier, padre, publicó en el *Diccionario de Ciencias Médicas* un artículo sobre las erupciones venéreas, á las que denominó todavía *pústulas venéreas*; admitió pústulas ulcerosas, pústulas tuberculosas, pústulas verdaderas, sarnosas, costrosas, etc.

Todos estos trabajos pusieron un poco de órden en las erupciones sífilíticas, pero eran todavía incompletos. El mismo Aliber hizo progresar poco este estudio, conservó las once especies de Cullerier, pero tuvo el mérito de cambiar el nombre impropio de *pústulas* por el de *sífilides*, denominación que ha quedado en la ciencia, porque indica la verdadera naturaleza de esas erupciones: el verdadero progreso en el estudio de las erupciones venéreas, es debido á Bielt, médico del hospital de San Luis, al mismo tiempo que Aliber, Bielt, aceptando el nombre de sífilides, creado por su colega, y rechazando las formas secundarias admitidas por Cullerier, describió las diversas erupciones sífilíticas, clasificándolas por otra parte, segun el método de Willan, con arreglo á sus lesiones elementales. Así admitió una sífilide exantemática, una sífilide vesiculosa, una sífilide ampollosa, una sífilide pustulosa, una sífilide tuberculosa, una sífilide papulosa, y una sífilide escamosa.

Dió sobre todo una descripción perfecta de los caracteres

generales de las sífilides, y trazó con mano maestra el diagnóstico preciso de las diversas especies. Este ilustre médico elevó á una altura tal el estudio de las manifestaciones cutáneas de la sífilis, que es muy poca cosa lo que se ha añadido á sus trabajos. Algunas adiciones fueron debidas, sin embargo, á sus discípulos, MM. Cazenave, Leyandre, Basse-reau, y también á los médicos representantes de la escuela de Lyon, M. Diday y Rollet.

Hoy día, gracias á esos numerosos trabajos, el estado de las sífilides, es uno de los mas adelantados de la dermatología, y todos los médicos la consideran como las enfermedades cutáneas mejor conocidas relativamente al diagnóstico y al tratamiento. En efecto, estas erupciones se presentan con caracteres tan marcados, que el diagnóstico ofrece poca dificultad para el médico, que posee algunos conocimientos en patología cutánea, y el tratamiento está bien trazado, como el de todas las enfermedades que se curan habitualmente con los específicos.

En nuestro estudio sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis, vamos á exponer desde luego los caracteres generales que dan á las sífilides, cualquiera que sea su forma y su sitio, una fisonomía particular que las hace distinguir fácilmente, en la mayoría de los casos, de las otras erupciones cutáneas; después entraremos en el estudio de las variedades particulares de las especies, y concluiremos por las indicaciones terapéuticas que pueden reclamar ciertas variedades.

Caracteres generales de las sífilides.

Hemos dicho que las erupciones sífilíticas se presentaban con caracteres generales tan marcados, que en la mayoría de los casos se las reconocia fácilmente. Estos caracteres comunes á todas las variedades de sífilides, deben buscarse en la asociación y mezcla de muchas especies, en la coloración y la forma de las erupciones, en los fenómenos secundarios (escamas, costras, ulceraciones y cicatrices), en el sitio habitual de los fenómenos locales y generales, en las afecciones concomitantes y en la marcha de estas enfermedades cutáneas, que ofrece en sí misma algo de especial.

Fenómenos secundarios de la erupción. A medida que las sífilides se desarrollan, se modifican en su aspecto, y presentan fenómenos consecutivos que ofrecen por sí mismos

caractéres particulares debidos á su origen: tales son las escamas, las costras, las ulceraciones y las cicatrices.

Las *escamas* son blanquizas, superficiales, algunas veces no cubren sino incompletamente la eminencia eruptiva; se distinguen de las del psoriasis, en que son mas espesas, menos adherentes y sobrepuestos en muchas capas. Bielt dá un gran valor á la lisura epidérmica blanquiza, en forma de collar, que circunscribe las escamas; este signo es simplemente debido á un despegamiento de la epidermis alrededor de la lesion eruptiva.

Las *costras* que suceden á la rotura de las pústulas sifilíticas, ó á la ulceracion de los tubérculos, presentan una coloracion de un verde negro de todo punto especial. Estas costras son espesas, desiguales, muy adherentes, como calzadas á la piel que las rodea; su superficie es estratificada, y algunas veces presenta eminencias y asperezas que la dan cierta semejanza con las conchas.

Las *ulceraciones* que se presentan en una sífilide ofrecen tambien caractéres particulares. Son redondeadas, sus bordes son limpios y cortados á pico, no son despegados; el fondo es grisáceo y como revestido de una pseudo-membrana; el pús es sanioso, fétido y muy plástico. A menudo alrededor de la ulceracion, se observa una anreola que presenta un tinte moreno característico.

Las *cicatrices* que suceden á las ulceraciones, son redondeadas y menos grandes que la ulceracion; el centro presenta una depresion en relacion con la pérdida de sustancia. La piel está arrugada ó unida y muy friable. Esta cicatriz presenta en sus principios una coloracion de un moreno violado, á menudo mas marcada de lo que lo era alrededor de las ulceraciones; despues esta coloracion desaparece poco á poco para dar lugar al tinte blanco comun á todas las cicatrices. La forma de las cicatrices puede en ciertos casos hacer reconocer la erupcion que le ha dado nacimiento; así la disposicion de las cicatrices hace reconocer una sífilide tuberculosa circunscrita, ó una sífilide serpigginosa, por la estension de la cicatriz y por su forma especial.

Sitio. Las sífilides pueden desarrollarse en todas las partes del cuerpo; sin embargo, algunas afectan una parte especial. Así la sífilide papulosa ocupa toda la parte principal del cuello; la roseola sifilítica se desarrolla mas en la parte interna de los miembros que en la esterna; el psoriasis sifilítico tiene sobre todo su asiento en las manos y en los pies,

la sífilide pustulosa superficial lo tiene en el cuero cabelludo; las placas mucosas de la piel se desarrollan cerca del orificio de las mucosas; allí donde la piel es mas fina y mas delicada; y en los parages donde existe un frotamiento habitual.

Fenómenos generales. Algunas veces la aparicion de una erupcion sífilítica va precedida y acompañada de un poco de mal estar, de fatiga, de inapetencia y de un ligero movimiento febril, pero estos sintomas desaparecen tan pronto como la erupcion ha aparecido. Frecuentemente, se ven aparecer las sífilides al mismo tiempo que existen todas las apariencias de una buena salud; el enfermo no se percibe de que tiene una erupcion sino examinándose, y como la erupcion no va acompañada ni de dolor ni de picazon, puede pasar desapercibida si el enfermo es poco cuidadoso de su persona. En ciertos casos, aparecen las sífilides en un individuo muy anémico; la anemia no es entonces debida á las sífilides sino á la misma sífilis; lo mismo sucede en las erupciones que se presentan en la caquexia sífilítica y que no la producen; esta terrible complicacion que dá lugar á un pronóstico grave y á un tratamiento difícil, es el resultado de los progresos de la sífilis.

Fenómenos concomitantes. A la vez que las manifestaciones cutáneas de la sífilis se presentan las demás manifestaciones de la misma; estos fenómenos concomitantes tienen un gran valor en los casos en que el diagnóstico es dudoso.

Hemos visto que los accidentes debidos á la sífilis podian dividirse en tres períodos: el accidente primitivo, los secundarios y los terciarios. Podemos tambien admitir en las sífilides una division de la cual volveremos á hablar mas adelante, y separarlas segun la época de su aparicion en sífilides precoces y sífilides tardias. Las sífilides precoces coinciden con la ingurgitacion de los ganglios inguinales y cervicales, con las placas mucosas desarrolladas en la bulba, en el ano, en la garganta, etc., con la cefálea, con los dolores reumatoides en los miembros, siendo mas fuertes por la noche en la cama, con la alopecia, etc. Las sífilides tardias se manifiestan al mismo tiempo que los accidentes terciarios, esto es, los dolores osteócopos, los exóstosis, las necrosis, los tumores gomosos, y finalmente, en algunos casos, al mismo tiempo que la caquexia sífilítica.

Polimorfía. Es un carácter muy importante de las erupciones sífilíticas, y sobre todo de las erupciones que sobre-

vienen en el segundo período de la enfermedad, el de presentarse á un mismo tiempo bajo muchas formas elementales reunidas; se encuentran simultáneamente en un mismo individuo manchas, escamas, pústulas. Hemos propuesto la palabra *polimorfia* para espresar esta mezcla de muchas especies.

Coloracion. El color de las sífilides es muy particular y especial, y á pesar de las descripciones y de las comparaciones que del mismo se han dado, es difícil indicarlo de una manera exacta; así es que se ha tomado la costumbre de llamarle la *coloracion sífilítica*. Para dar una idea de este color, los autores antiguos habian hecho diferentes comparaciones; así Fallopio lo comparaba al color magro del jamon, y esta comparacion es muy exacta, pues recuerda el color rojo sombrío de las sífilides, que no tienen ni el tinte violáceo de las escrofulides, ni el tinte rojo vivo de los exantemas. Seddiar, habiendo comparado esta coloracion al cobre rojo, le dió el nombre de *coloracion cobriza*; este nombre, aunque menos justo que el de Fallopio, ha quedado, y hoy dia la expresion de *tinte cobrizo*, trae en seguida la idea de una erupcion sífilítica. Esta coloracion no es siempre tan marcada, así en las sífilides recientes se encuentra un color rosa, después rojo, y es sobre todo hacia el fin cuando se manifiesta el tinte específico. En algunos casos en las sífilides papulosa ó tuberculosa diseminada la coloracion toma un tinte moreno muy oscuro. Cuando la lesion elemental está constituida por una eminencia llena y por una pápula ó un tubérculo, por ejemplo, la coloracion especifica se vé sobre toda la eminencia; cuando por el contrario la erupcion está formada por pústulas, vesículas ó ulceraciones, el color no existe sino alrededor de la lesion cutánea, y á menudo no se manifiesta sino alrededor de un grupo de vesículas ó de pústulas reunidas. Mas tarde, cuando la lesion se rebaja y desaparece, cuando la ulceracion se cicatriza, la coloracion especial se encuentra en el lugar ocupado antes por la lesion eruptiva.

Forma. Los elementos eruptivos de las sífilides afectan, en general, una forma circular ó semicircular; así se ven las erupciones dispuestas en círculos completos, en segmentos de círculo mas ó menos estensos. Esta desproporcion de las erupciones es poco marcada en las sífilides precoces, pero es muy frecuente en las sífilides correspondientes á una época avanzada de la enfermedad. Esta forma es un carácter

diagnóstico muy bueno, pero no basta por sí sola para hacer reconocer una sífilide, porque se encuentran otras erupciones y afectan la misma forma: así el psoriasis, el herpes circinado, etc., presentan la misma disposición.

Ausencia de dolor y de picazon. Este carácter es uno de los mejores para reconocer las sífilides; y siempre que veamos una erupción que no presente ni prurito, ni dolor, debemos temer la naturaleza sífilítica; y al contrario, siempre que una sífilide va acompañada de un prurito, aunque sea moderado, es preciso buscar si hay una complicación que explique este último fenómeno. Obrando así es como hemos encontrado muchas veces que este prurito dependía ora de la sarna, ora de una urticaria, ora de una afección herpética. Debemos decir, no obstante, que las sífilides del cuero cabelludo son algunas veces pruriginosas, y que no es raro encontrar al principio de algunas sífilides, una ligera picazon que desaparece comunmente al cabo de poco tiempo.

Marcha.—Las sífilides tienen generalmente una marcha lenta como la mayor parte de las enfermedades cutáneas, pero presentan como carácter importante que las distingue de las otras erupciones, el de modificarse, el de transformarse y el de suceder una erupción a la otra. En algunos casos raros de sífilide tardía, la enfermedad persiste un cierto tiempo en el mismo sitio y con la misma forma; pero esto es la escepción, mientras que las escrofulides ocupan regularmente el mismo sitio y presentan la misma forma durante todo su curso. Algunas sífilides no tienen una marcha tan lenta como la que hemos indicado mas arriba; estas son las erupciones muy precoces que tienen una marcha mas rápida, la que hace que algunas veces pasen desapercibidas por el enfermo. Una causa que hace mas larga la duracion de las sífilides es que á menudo la erupcion tiene lugar por nacimientos sucesivos, y una nueva erupcion se presenta durante la evolucion de la primera, lo que permite entonces que se haga constar en el mismo enfermo una misma erupcion en diferentes grados de evolucion.

Diagnóstico de las sífilides.

Hemos dicho que los caracteres comunes de las sífilides eran: el color, la polimorfia, la configuracion, la ausencia de prurito y de dolor, la forma de las costras, de las ulceraciones y de las cicatrices. Ninguno de estos caracteres to-

mado aisladamente, tiene ningun valor patognomónico, y no basta para reconocer con certitud una sífilide; pero cuando se encuentran muchos reunidos, puede diagnosticarse la naturaleza de la erupcion. Algunos autores han dicho que la sífilis era un *Proteo* que podia revestir una multitud de formas diversas, y que era imposible reconocer en ella caracteres invariables. No sabriamos pronunciarnos bastante contra esta proposicion, que se trasmite de generacion en generacion, y que es causa de muchos errores de diagnóstico. En efecto, aunque las manifestaciones cutáneas de la sífilis pueden manifestarse bajo formas variadas que pueden transformarse y sucederse, todas esas erupciones presentan siempre los mismos caracteres principales, y aunque no todos pueden hacerse constar en una misma erupcion, se puede, sin embargo, un gran número, para establecer el diagnóstico de una manera científica. Además, al mismo tiempo que se estienden los caracteres objetivos de la erupcion y que se hallan en ellos los propios de las sífilides, no deberá desatenderse la marcha de la enfermedad, su sitio, y sobre todo, los fenómenos concomitantes.

En algunos casos difíciles no se puede, aun sirviéndose de todos esos caracteres, llegar á un diagnóstico cierto. Entonces es preciso consultar los antecedentes del enfermo, sin darles, sin embargo, demasiado valor, porque un enfermo puede haber tenido un chanero blando no seguido de ningun accidente secundario y presentar mas tarde una erupcion herpética ó escrofulosa sin relacion con la primera ulceracion. Otros enfermos, al contrario, han tenido la sífilis, han tenido accidentes sífilíticos, y no pueden obtenerse sino denegaciones formales, sea que quieran engañar, sea que no lo sepan ellos mismos; así es que no debe tenerse mas que una confianza bastante limitada en las noticias dadas por los enfermos. En estos casos difíciles en que el diagnóstico es dudoso, se tiene todavia el recurso de estudiar los efectos del tratamiento, y en estos casos debe prescribirse un tratamiento antisífilítico que modificará rápidamente de una manera favorable la erupcion si esta es de naturaleza sífilítica, mientras que será nulo ó aumentará por el contrario la gravedad de la erupcion si es esta debida á otra causa.

— Habiendo ya visto los caracteres comunes de las sífilides, vamos á ver las diferencias que existen entre ellas.

Division de las sífilides. — La sífilis se divide en dos especies, en la sífilis primaria y en la sífilis secundaria.

— El diagnóstico de las sífilides en general, es de la mas alta

importancia, y siempre que se esté en presencia de una erupcion cutánea, es indispensable pensar en la naturaleza de la enfermedad y establecer la cuestion de la sífilis. Reconocer y nombrar las diferentes variedades de sífilides no es ya tan indispensable desde el momento que se ha reconocido la naturaleza de la erupcion; por lo demas es muy difícil hacerlo, porque las especies se presentan á menudo juntas y mezcladas, y no siempre presentan caractéres bien marcados. Sin embargo, como este diagnóstico, en ciertas circunstancias puede tener valor bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento, y como lo tiene tambien siempre bajo el punto de vista científico, débese en todos los casos tratar de reconocer la variedad de sífilide que tiene que tratarse.

Para llegar á establecer este diagnóstico de las diferentes variedades de sífilides, se han propuesto muchas clasificaciones. Un gran número de autores las han hecho segun las lesiones anatómicas elementales que presentan, y han admitido sífilides vesiculosas, papulosas, pustulosas, etc. Este método presenta ciertamente algunas ventajas: las aproxima á las erupciones de otra naturaleza que tienen la misma lesion elemental y permite reconocer los caractéres que las separan de ellas; pero tiene poco valor práctico y no da ninguna indicacion especial para el tratamiento. Nosotros, apoyándonos en el hecho de que la sífilis tiene una marcha regular, que sus manifestaciones varian segun sus períodos, pensamos que es mejor adoptar, para clasificar las sífilides, la época de su aparicion y de ordenarlas segun la edad de la enfermedad. Sabiendo á qué periodo pertenece tal ó cual erupcion, tenemos desde luego una idea de las indicaciones terapéuticas principales que reclama, los preparados mercuriales convenientes habitualmentes á las sífilides precoces y el ioduro de potasa para las sífilides tardías. Considerando, pues, la edad de la enfermedad, ordenamos las sífilides en tres grupos, que son:

- I. Las sífilides precoces.
- II. Las sífilides intermediarias.
- III. Las sífilides tardías.

Y cada uno de estos grupos se presentará con caractéres particulares que permitirán á menudo por sí solos establecer la edad de la enfermedad. En cuanto á la época de aparicion, no hay sífilides en el primer período de la sífilis, porque nunca son primitivos; las sífilides precoces se presen-

tan de tres semanas á ocho ó diez meses, despues del accidente primitivo; las sífilides intermedias de seis meses á un año ó dos, y las sífilides terciarias de dos años á diez, quince, treinta despues.

I. Sífilides precoces.

Las sífilides precoces, esto es, las que se desarrollan poco tiempo despues del accidente primitivo (de tres semanas ó ocho meses) presentan los caracteres particulares siguientes: las erupciones son muy superficiales y no presentan ulceraciones, ó si las hay son muy ligeras, de muy corta duracion, y se terminan por simples maculas que desaparecen al cabo de poco tiempo. Uno de los caracteres mas importantes es la determinacion de la erupcion; es muy raro ver una sífilide exantemática ó papulosa limitada á una region del cuerpo. Los elementos eruptivos de las sífilides precoces presentan la forma redondeada, pero están agrupados indiferentemente, no forman ni círculos ni segmentos de círculo, como se observa por los elementos de las sífilides mas tardías.

La aparicion de una sífilide precoz va á menudo precedida de un mal estar, de quebrantamiento, de dolores nerviosos ó musculares, de un embarazo gástrico, y de una fiebre ligera que se ha denominado *fiebre sífilítica*. Estos fenómenos no existen siempre, y puede verse aparecer una roseola sin ningún trastorno en la salud, y sin que el enfermo se aperciba de ella; sin embargo, no es raro observarlas y verlas desaparecer en el momento en que se manifiestan las primeras manchas cutáneas. En ciertos casos van acompañados de una angina eritematosa, y entonces pueden hacer creer en una fiebre eruptiva. Pero al revés de lo que sucede en estas últimas enfermedades, es raro en las sífilides, que la erupcion se muestre sobre todo el cuerpo á un mismo tiempo; ordinariamente es lenta por apariciones sucesivas; empieza por una region, invade otra y se estiende así por todo el cuerpo, desarrollándose en el momento en que aparecen los otros accidentes secundarios. Así es que las sífilides precoces van acompañadas de injurgitacion indolente de los gánglios inguinales y cervicales, de angina sífilítica, de cefalea bi-temporal, y de los dolores reumatoides que se exasperan por la noche. En los casos en que los caracteres es-

peciales de la erupcion son poco marcados, estos accidentes concomitantes podrán auxiliar el diagnóstico. Admitimos cinco formas diferentes de sífilides precoces: primera, la sífilide exantemática; segunda, la sífilide papulosa; tercera, la sífilide pustulosa superficial; cuarta, la sífilide varioliforme, y quinta, la sífilide vegetante. Estas formas se presentan á menudo mezcladas las unas con las otras.

1.º Sífilide exantemática.

La sífilide exantemática, conocida tambien con el nombre de *roseola sífilítica*, es ordinariamente la primera manifestacion de la sífilis en la piel; se presenta comunmente al mismo tiempo que la ingurgitacion de los gánglios inguinales y cervicales y que las placas mucosas. Algunos autores admiten que la roseola sífilítica es un fenómeno constante que no falta nunca, y añaden que esta erupcion, desarrollándose á menudo sin ningun trastorno de la salud, y recorriendo todos sus períodos sin determinar ninguna reaccion mórbida, puede pasar desapercibida, no solo para el enfermo, sino tambien para el médico, si este no cuida de hacer descubrir al enfermo para examinar la cubierta cutánea. Aunque creemos que la roseola puede efectivamente existir algunas veces sin ser apercibida, distamos mucho de admitirlo como un fenómeno constante de la sífilis; en un gran número de casos, una observacion atenta y sostenida no nos ha permitido hacerla constar.

La roseola sífilítica aparece comunmente de tres á seis semanas despues del accidente primitivo, puede tambien no manifestarse sino tres ó cuatro meses despues, rara vez mas tarde. Puede empezar de dos maneras: á menudo se desarrolla de una manera lenta y progresiva, invade primeramente el pecho, despues el vientre, los muslos y los antebrazos: en este caso va algunas veces acompañada de malestar, de cansancio y de los fenómenos que hemos señalado como pudiendo manifestarse algunos dias antes de la aparicion de las sífilides precoces. En otros casos la aparicion es brusca y la erupcion invade entonces en 24 horas todo el cuerpo del enfermo, mientras que queda ordinariamente limitada en un principio á ciertas regiones cuando la marcha es progresiva. Cuando es rápida la aparicion de la roseola, es frecuente que haya sido provocada por una causa ocasional, una emocion

viva, una gran fatiga, un exceso en la mesa, un baño de vapor ó un baño sulfuroso.

La sífilide exantemática está caracterizada por manchas irregularmente redondeadas, un poco desiguales sobre los bordes, sin eminencia ó con eminencia, apenas salientes sobre la piel; su volúmen varia desde una lenteja á la anchura de un franco. La coloracion presenta variedades que dependen sobre todo de la edad de la erupcion; en un principio las manchas son de un color rosa bastante claro, que se convierte insensiblemente en mas oscuro, adquiere el color rosa de China, y al fin toma un tinte mas moreno; en el período de decrecimiento toman á menudo una coloracion grisácea que las asemeja á manchas de poca limpieza. La roseola es algunas veces tan poco pronunciada, que para reconocerla, es preciso mirar la piel oblicuamente, y en sentido contrario á la luz. La presion del dedo hace desaparecer momentáneamente las manchas, pero no las decolora sino lenta é incompletamente cuando existen despues de algun tiempo.

Las manchas de la sífilide exantemática pueden ser discretas ó confluentes. Están ordinariamente dispuestas sin orden alguno; se ha dicho que forman círculos y segmentos de círculo, pero esta disposicion es bastante rara. Como dejan entre sí espacios que tienen la coloracion normal, dan á la piel un aspecto jaspeado característico.

La sífilide exantemática puede desarrollarse en todas las partes del cuerpo; pero tiene principalmente asiento en el tronco, en la base del pecho y en el vientre, y principalmente á los lados; se la encuentra tambien en la cara interna de los miembros, especialmente de los muslos y de los brazos, muy raramente en la cara y en el pescuezo.

La roseola sífilítica, como todas las sífilides, no va acompañada ni de picazon, ni de escozor, ni de dolor, y cuando los enfermos, atacados de esta erupcion se quejan de un prurito violento, es preciso buscar su causa en la existencia de otra afeccion, principalmente de la sarna ó de una urticaria.

La *marcha* de la roseola sífilítica es ordinariamente bastante rápida y recorre su evolucion en uno ó dos meses. Su duracion parece estar en relacion con la época de su aparicion; así es que cuando se presenta poco tiempo despues del accidente primitivo, no dura mas que tres ó cuatro semanas; por el contrario, su duracion es de muchos meses, cuando no se manifiesta sino mas tardiamente.

La roseola termina habitualmente por resolución; las manchas se borran poco á poco, sobre todo bajo la influencia del tratamiento. Algunas veces se revisten de una ligera descamación que cae y no se renueva.

Diagnóstico. El diagnóstico es casi siempre fácil, no solamente por el tinte un poco oscuro de la erupción y por la falta de prurito y de dolor, sino también porque á menudo en el momento en que aparece la roseola, puede hacerse constar en el enfermo la existencia ó las huellas del accidente primitivo; si la erupción es tardía, coexistirá casi siempre con otros fenómenos secundarios, tales como la ingurgitación de los ganglios cervicales é inguinales, de las placas mucosas de la garganta, del ano ó de la bálba, la cefalea, la alopecia, los dolores reumatoides.

Las únicas enfermedades que podían confundirse con ella, son la roseola simple y el sarampión. La *roseola* tiene una marcha muy rápida, va acompañada de algunas picazones, de fiebre, y no presenta los fenómenos concomitantes de la sífilis secundaria. El *sarampión* presenta en el momento de su declinación, cuando las manchas empiezan a desaparecer y toman un tinte oscuro, bastante semejanza con la sífilis exantemática; pero la marcha de la erupción, la fiebre y los fenómenos del período de invasión la harán reconocer fácilmente.

M. Cazenave ha descrito con el nombre de *erithema sífilítico*, una erupción a la que equivocadamente atribuye semejanza con la sífilis exantemática. En efecto, esta erupción está caracterizada por manchas más anchas muy rojas, que forman una eminencia bastante marcada sobre la piel, y van acompañadas de picazones vivos. Los caracteres de este exantema son del todo diferentes de los de la sífilis; porque si se nota que en todas las observaciones que ha dado este autor, todos los enfermos tenían bienorragia y habrían todos tomado el bálsamo de copaiba, se tendrá fácilmente la convicción de que esta erupción era el resultado de la acción del medicamento. Es, no atendiendo a esto, como M. Cazenave ha llegado á creer que la bienorragia, lo mismo que el chancro, podía dar lugar á erupciones, y que como este podía ser el punto de partida de la sífilis.

Pronóstico. La sífilis es un fenómeno bastante grave, porque anuncia de una manera cierta que el enfermo, en el cual se observa, está infectado de sífilis, y que así se espone á contraer ulteriormente afecciones más serias. Como mani-

festacion cutánea, es una erupcion benigna que se cura sin cicatriz, y que á menudo desaparece pronto y espontáneamente. *Algunas veces se resquebraja y no se renueva.*

2.º Sifilide papulosa. El principio de esta erupcion se manifiesta por el tinte de la erupcion y por la

La sifilide papulosa presenta dos variedades distintas: *a* la sifilide papulosa lenticular; *b*, la sifilide papulosa plana.

a Sifilide papulosa lenticular.

Esta variedad de sifilide es una de las mas comunes y mas precoces; coincide á menudo con la roseola y con otras formas igualmente superficiales. Su principio está algunas veces marcado por los prodromos que hemos señalado mas arriba. Está caracterizada por pequeñas manchas redondas aplanadas de la forma y del volumen de una lenteja, haciendo una ligera emnencia sobre la piel. Estas manchas presentan en su principio una coloracion roja bastante clara, que pasa gradualmente á mas oscuro, aproximándose al tinte cobrizo, para presentar al fin este tinte moreno, que ha hecho que Fallopio comparara el color especial de las sifilides con el magro del jamon. Esta última coloracion persiste largo tiempo, y se la encuentra todavia despues de haber disminuido todas las emnencias. Al principio, la presion del dedo la hace desaparecer, pero cuando ha pasado al tinte cobrizo o moreno, no desaparece sino la parte bajo la presion del dedo.

Al principio de la erupcion estas manchas forman emnencias duras, llenas y lisas, pero pronto en su superficie la epidermis se arruga, se desprende y se venfica una descamacion bastante marcada; las escamas son finas y blancas, desprendiéndose desde luego en su circunferencia, forman alrededor de la mancha un pequeno listado blanco, un especie de collar al cual Bielt daba una grande importancia para el diagnóstico. En algunos casos la descamacion es mas pronunciada, las escamas son mas espesas, ligeramente superpuestas las unas á las otras, y se renuevan muchas veces; se da entonces á la afeccion el nombre de *sifilide papulo-escamosa*. En estos casos podria facilmente confundirse la erupcion papulosa con la sifilide escamosa propiamente dicha, si no se prestara atencion á que en la primera las escamas

son mas finas, las placas menos grandes, y que el estado escamoso ha sido precedido por un periodo papuloso.

La sifilide papulosa lenticular tiene por asiento predilecto la parte posterior del cuello, pero se la encuentra tambien frecuentemente en la frente, en el pecho, en la espalda, tronco y en los miembros, principalmente en los muslos y en los brazos.

Como todas las sifilides, la erupcion papulosa no presenta ni dolor ni picazon; haremos, sin embargo, observar que algunos enfermos pueden experimentar un ligero prurito por la tarde, al principio de la enfermedad. Coincide con los accidentes secundarios de la sifilis, tales como la ingurgitacion de los gánglios posteriores cervicales, las placas mucosas, etc., y en algunos casos al mismo tiempo que la erupcion papulosa puede hacerse constar la existencia del fenómeno primitivo.

La *marcha* de la sifilide papulosa lenticular, es bastante lenta, y su duracion habitual de tres ó ocho semanas, á menudo la erupcion tiene lugar por salidas sucesivas, y entonces la enfermedad puede persistir durante muchos meses. Es en estos casos en los que pueden verse en la misma persona las papulas en diferentes grados de evolucion; se observan papulas rosadas que acaban de aparecer al lado de otras mas ó menos morenas, que existen desde algunas semanas, las mas antiguas de las cuales desaparecen ya.

La erupcion se termina por resolucion, la eminencia desaparece poco á poco, la papula se encuentra al nivel de la piel, y al mismo tiempo se establece la descamacion: la coloracion morena de la terminacion persiste todavia un cierto tiempo, despues se borra poco á poco, pasando por un tinte gris para llegar á una macula blanca que desaparece tambien sin dejar cicatriz.

Diagnóstico. El diagnóstico de la sifilide papulosa lenticular es muy fácil: la eminencia, la forma lenticular de las papulas, su color cobrizo y moreno al final, la falta de picazones, son caractéres que permiten distinguir fácilmente esta erupcion de las otras sifilides y de todas las enfermedades cutáneas.

Entre las afecciones de la piel que pueden asemejarse á la sifilide papulosa, y que podrán confundirse con ella, encontramos *el liquen* que se distinguirá por la existencia de papulas pequeñas, acmíneas, reunidas en placas, por la falta de la coloracion especial de la sifilis, por la picazon viva

que le acompaña, y por la ausencia de los fenómenos concomitantes de la sífilis, el *prurigo*, enfermedad ordinariamente debida á parásitos, caracterizada por pequeñas eminencias cubiertas de una costra negra y por una picazon muy viva; el *eritema papuloso* que presenta una coloración mas difusa y mas estendida, eminencias mas anchas y mas considerables; en fin, el *acné indurata*, en el cual la erupción á menudo pustulosa, está constituida por eminencias acuminadas y queda fijada en la parte superior del cuerpo.

En el período de decrecimiento, la sífilide papulosa lenticular podría confundirse con la *púrpura*, en el momento en que está constituida por manchas de olin, pero la marcha de la enfermedad servirá para esclarecer el diagnóstico; en efecto, en la *púrpura* las manchas nunca han desaparecido bajo el dedo, nunca han formado eminencias, y van á menudo acompañados por pequeños puntos rojos característicos ó por manchas, las cuales cuando están en un período menos adelantado, se presentan bajo la forma de equimosis; la ausencia de los fenómenos concomitantes, comunes á la sífilis, es tambien un dato precioso para los casos de duda.

Pronóstico. La sífilide papulosa lenticular tiene la gravedad de las erupciones sífilíticas precoces; es una forma poco grave que se da ordinariamente al tratamiento en un tiempo bastante corto.

b. Sífilide papulosa plana y sífilide en placas.

La sífilide papulosa plana aparece á la misma época que la sífilide papulosa lenticular, con la que coincide á menudo. Presenta pápulas menos salientes, pero mas anchas, su dimension puede igualar la de una pieza de 10 ó de 50 centimos. La coloración de estas placas rosadas en un principio, se vuelve mas oscura para llegar á adquirir el color moreno específico. Son ordinariamente en pequeño número, y se las encuentra, sobre todo, en la frente, pero se las ve tambien en el dorso, en las espaldas y en el pecho.

La duración de la sífilide en placas es de cuatro á ocho semanas. La enfermedad termina habitualmente por descañon; la eminencia se cubre de una placa epidérmica que es adherente en un principio, que se desprende despues; al mismo tiempo se ve poco á poco borrarse la eminencia y disminuir de intensidad el tinte moreno para dar lugar á una

mácula gris que mas adelante no deja ni huella ni cicatriz.

Referimos á la sífilide papulosa plana la variedad de sífilide que M. Bazin ha designado con el nombre de *placas mucosas de la piel*. Como observamos que esta variedad se acerca mas á la sífilide papulosa que á las placas mucosas, tenemos dificultad en admitir el nombre dado por M. Bazin, así es que consideramos esta erupcion como una simple variedad de la sífilide papulosa.

Al igual que esta última afeccion, á la cual está á menudo asociada es una erupcion precoz, perteneciente en un principio al segundo período de la sífilis con asiento principalmente en la frente, en la nuca, en las espaldas y en el pecho. Está caracterizada por placas rojas ligeramente salientes, redondas ú ovals, del tamaño de una pieza de 10 ó de 50 céntimos; estas placas se cubren prontamente de una escama amarillenta superficial, delgada, un tanto análoga á la costra, terminada en sus bordes por un reborde blanco, quizco saliente que hace aparecer el centro como deprimido, almenado, un poco mas afuera se distingue una aureola de un rojo oscuro. Al cabo de un cierto tiempo las escamas se desprenden, caen los bordes, se rebajan, palidece la coloracion de la placa y la curacion tiene lugar sin dejar cicatriz.

Como se ve por esta descripcion sucinta, estas placas difieren totalmente de las placas mucosas que pueden hallarse en todas las regiones de la piel y que presentan por caracteres principales; la blandura, la humedad, el estado fungoso, y un olor fétido característico.

En la sífilide papulosa, colocamos tambien la *sífilide córnea*, que se desarrolla al mismo tiempo y que pertenece al mismo período de evolucion que la sífilis. Se situa en la palma de las manos y en la planta de los pies, y está caracterizada por pequeñas manchas redondeadas, rosadas, ligeramente salientes, que se vuelven al cabo de ocho ó diez dias duras como el cuerno, de donde le viene el nombre de sífilide córnea, despues de un cierto tiempo esta superficie dura, saliente, se desprende y deja debajo de ella una mancha violácea que se borra poco á poco.

Si se reflexiona que esta forma coincide con la sífilide papulosa, y que no se desarrolla sino en regiones especiales, en la palma de las manos y en la planta de los pies, se deduce la consecuencia de que no constituye una variedad particular aproximada á las formas escamosas, sino que debe considerársela como una sífilide papulosa y que se as-

pecto especial no es debido mas que al espesor del epidermis de las partes en donde se desarrolla.

Diagnóstico. La siflide córnea tiene caracteres tan marcados, que basta haberla visto una sola vez para diferenciarla de otras enfermedades cutáneas. En el *psoriasis de la palma* y de la *planta* la erupcion es mas confluenta, se presenta en forma de círculos rodeados de un cordon rojo moreno, las escamas son mas desiguales y ocupan un espacio mas considerable.

3.º Siflide pustulosa superficial.

Nos proponemos describir con este nombre una erupcion que se presenta frecuentemente al principio de la sífilis, y que se caracteriza principalmente por costras poco espesas que se sitúan mas especialmente en el cuero cabelludo; esta erupcion no es ni un impétigo ni un ectima, aunque se acostumbre designarla con una ú otra de estas denominaciones.

La siflide pustulosa superficial va raramente sola, existe al mismo tiempo que una siflide exantemática, ó una siflide papulosa. Aparece en la misma época que estas siflides precoces, y hasta las precede algunas veces, y no determina comunmente ningun fenómeno general. Está caracterizada por pequeñas pústulas superficiales, que no presentan una base indurada como en la siflide pustulosa acniforme. Estas pequeñas pústulas son de duracion muy efimera, á menudo no se puede hacer constar su existencia, y no se ve sino una pequeña costra desigual, morena no característica, parecida á la costra de una pústula de impétigo simple. Aunque las pústulas ni las costras que les suceden no son características, no sucede lo mismo con la mancha morena que rodea ya la costra y que le sucede. Estas manchas son redondeadas, presentan la coloracion cobriza específica, y una depression central por donde empieza la decoloracion. No es raro ver que se sucedan muchas erupciones, teniendo cada una por otra parte una duracion bastante corta.

Puede encontrarse la siflide pustulosa superficial en todas las regiones del cuerpo; pero ocupa particularmente el cuero cabelludo. En este último sitio da nacimiento á esas costras diseminadas en la cabeza que le dan semejanza con el *impétigo granulado*. Rara vez produce la alopecia; algunos cabellos pueden ser arrancados por las costras, pero la alopecia tiene comunmente lugar un poco mas tarde, y perte-

neces a la sífilis en si misma. Al propio tiempo que esta sífilide pustulosa superficial del cuero cabelludo, se nota comunmente la ingurgitacion de los gánglios posteriores cervicales, de donde ha nacido la opinion de algunos autores que admiten que esta ingurgitacion es sintomática de esta erupcion. Hemos dicho ya mas arriba que esto era un error porque se ve que la ingurgitacion ganglionar existe á menudo sin esta sífilide ó que aparece antes del desarrollo de esta.

Diagnóstico. La sífilide pustulosa superficial se parece bastante al impétigo; con todo se la distingue del *impétigo herpético* comun, en que en este la secrecion es purulenta y mas abundante, en que las costras son mas espesas, menos diseminadas y ocupan un espacio mayor. En cuanto al *impétigo granulata*, está suficientemente caracterizado por la presencia de los piojos y de las liendres, y por la ingurgitacion de los gánglios, los cuales en vez de ser indolentes, están doloridos y verdaderamente inflamados.

4.º Sífilide varioliforme.

La sífilide varioliforme aunque la mas frecuente de las sífilides vesiculosas, es no obstante una sífilide bastante rara. Se presenta del cuarto al sexto mes del accidente primitivo. Su aparicion es comunmente anunciada por mal estar, inapetencia, cansancio y fiebre; y como á menudo hay al mismo tiempo la angina sífilítica, puede creerse á primera vista es un principio de fiebre eruptiva, etc.

Esta erupcion está caracterizada por manchas rojas que forman una ligera eminencia del tamaño de un pequeño guisante; sobre cada mancha se desarrollan de una á tres vesículas acuminadas, globulosas ú ombilicadas. Estas vesículas rodeadas en su base de la mancha roja que mas tarde se convierte en morena, están llenas de una serosidad transparente que se transforma rápidamente, se deseca y se convierte en una costra bastante espesa adherente, de coloracion morena, verdosa, sífilítica. Al cabo de ocho ó diez dias, la eminencia se rebaja, y hacia el 15 cae la costra y deja en su lugar una mancha morena que palidece poco á poco, y deja en seguida una pequeña macula que tarda mas ó menos en desaparecer. Esta erupcion puede desarrollarse por todas partes; las manchas están comunmente diseminadas en di-

versas regiones, en la cara, en el tronco, en los miembros; rara vez son confluentes; á menudo son en poco número.

La *marcha* de la erupcion es bastante rápida, pero la enfermedad puede durar mas de dos meses á causa de apariciones sucesivas. Estas apariciones permiten ver en el enfermo la erupcion en diferentes grados de evolucion; observar al mismo tiempo manchas, vesículas, costras y maculas. Esta erupcion puede existir sola ó al mismo tiempo que otra sífilide precoz.

Diagnóstico. La marcha, la evolucion regular de la erupcion distinguen fácilmente la sífilide varioliforme de las demás sífilides. Pero en un principio, seria fácil confundirla con una *varioloide* simple; en efecto, en las dos enfermedades se presentan los mismos prodromos y la erupcion empieza del mismo modo; pero la lentitud de la erupcion, la coloracion de la aureola y la coexistencia de otros accidentes sífilíticos esclarecen muy pronto el diagnóstico.

Pronóstico. La sífilide varioliforme es de un pronóstico poco grave y desaparece bastante fácilmente al cabo de cierto tiempo.

5.º Sífilide vegetante.

Bajo el nombre de *sífilide vegetante* comprendemos todas las erupciones que se desarrollan en la piel y en las mucosas presentando el aspecto de verrugas ó de vegetaciones. Puede distinguirlas en tres formas; a) la sífilide granulosa, ó las escrescencias y c) las placas mucosas.

a) Sífilide granulosa.

La sífilide granulosa es una variedad bastante rara, que se manifiesta sobre todo en el surco naso-labial, al rededor de los labios y en el menton; se la encuentra mas á menudo en los varones. Está caracterizada por pequeñas eminencias desiguales verrugosas, del volúmen de una cabeza de alfiler, raras veces mas grandes, pero á menudo acuminadas, unas al lado de las otras, de modo que forman una red oblonga. Su coloracion es de un gris claro, algunas veces ofrece el tinte cobrizo característico; no es raro ver estas pequeñas eminencias dispuestas en círculo ó segmentos de círculo y el area que circunscriben es de un tinte gris plomizo.

Al cabo de un cierto tiempo, estas eminencias se adelgan-

zan ó se desprenden, y no queda mas que una mancha gris en el punto que ocupaban, la que persiste durante algun tiempo para desaparecer mas tarde sin dejar señal alguna de cicatriz. Esta sifilide aparece de los dos á los ocho meses despues del accidente primitivo, y su duracion es de dos á tres semanas.

La sifilide granulosa raras veces se la ve sola, ordinariamente se la observa al mismo tiempo con otra sifilide y con los fenómenos sifilíticos concomitantes de las mucosas y de los gánglios. Los caracteres de esta sifilide son tan característicos que es imposible confundirla con ninguna otra erupcion cutanea, y es sumamente fácil de conocer cuando se la ha visto una vez.

b. Escrescencias.

Comprendemos con este nombre todas las vejetaciones á las cuales se ha dado el nombre de verrugas, crestas de gallo, condilomas, coliflores, etc., pero debemos decir desde luego que describiendolas aquí para ser completas, no las consideramos como síntomas esencialmente sifilíticos; en efecto, puede encontráse las en individuos que nunca han tenido la sífilis, algunas veces hasta en personas que no han sido atacadas por ninguna enfermedad venérea, es lo que puede suceder á las mujeres embarazadas en cuyas partes genitales esternas y en el ano se encuentran vejetaciones debidas simplemente á la mayor turgescencia sanguínea del útero y de las partes circunvecinas que existe durante el embarazo, y de todo punto independiente de cualquiera otra enfermedad específica.

Las escrescencias aparecen muy á menudo en la superficie de las ulceraciones, por ejemplo, en la superficie de un chancro blando ó indurado, sobre una pequeña ulceracion herpética ó en la superficie de una placa mucosa, que se ha llamado en este caso placa mucosa vejetante.

Las escrescencias presentan caracteres variados, tan pronto son duras, rugosas, granulosas, de un gris claro, y entonces indolentes, sin pezon y secas, con apariencias de verrugas; tan pronto forman tumores fungosos, vasculares, rosados, doloridos, bastante bien pediculados; son blandos, sangran fácilmente, segregan una especie de serosidad de olor fétido. Algunos adquieren un volumen bastante considerable, el de una nuez ó una pera suspendida por un pedículo

mas delgado que la estremidad libre. Tienen entonces una apariencia poliposa, y por su volumen y por su peso constituyen una enfermedad muy incómoda.

El sitio ordinario de las vegetaciones es el ano; los grandes y los pequeños lábios, el prepucio, el balano, se las encuentra tambien hácia el final del recto, en la vagina, cerca del meato urinario en la mujer, en la piel de las ingles, en el pliegue crural. Se las observa tambien algunas veces, aunque muy raramente, en la superficie de la lengua.

El tratamiento mercurial no ejerce ninguna influencia sobre estas escrescencias, lo que puede servir todavia para probar que no son sifilíticas. El tratamiento esterno, el único que conviene, consiste en astringentes, tales como la sabelina, el vinagre etc., ó en cáusticos, tales como el ácido crómico, el nitrato ácido de mercurio, el ácido nítrico, el nitrato de plata, ó en fin, en la escision combinada con la cauterizacion. En estos últimos tiempos nos ha dado buenos resultados la aplicacion reiterada del ácido acético anhidro.

c. Placas mucosas.

Las placas mucosas, designadas tambien con los nombres de *pústulas planas*, *de tubérculos mucosos*, *de sifilide papulosa húmeda*, etc., han sido descritas por Mr. Cazenave, como una de las variedades de la sifilide tuberculosa. No podemos menos de atacar esta opinion, porque en las placas no hay tubérculos, y por otra parte la sifilide tuberculosa es una manifestacion tardía, mientras que la placa mucosa es un accidente precoz que se presenta algunas veces con tanta prontitud, que algunos autores, y el mismo M. Cazenave lo han considerado como un accidente primitivo. Esta última proposicion es igualmente errónea, nunca la placa mucosa es un accidente primitivo, nunca se manifiesta en los quince dias que siguen al coito infectante; lo que ha podido hacer creer que la placa mucosa era, en algunos casos, un accidente primitivo, es la trasformacion *in situ* de un chancro en placa mucosa, trasformacion que se observa, sobre todo en la mujer, y que algunas veces se produce rápidamente.

Las placas mucosas pueden desarrollarse de dos maneras, ó por la trasformacion de un chancro en placa mucosa, ó mas á menudo apareciendo sobre una superficie sana an-

es; en este último caso coinciden casi siempre con otro sífilide.

20 Cuando la placa mucosa es debida á la trasformacion *in situ* de un chanero, se vé la aureola del chanero convertirse en mas saliente, mas violácea, mientras que el centro es todavía granuloso, y ulcerados despues poco á poco, se verifica la cicatrizacion; una pelícua delgada cubre la parte ulcerada, y al cabo de algunos dias existe una eminencia blanda húmeda de apariencia mucosa reemplazando la solucion de continuidad.

21 Cuando la placa mucosa se desarrolla espontáneamente su principio está caracterizado por una pequeña vejiga blanda y rosada que se agranda y no tarda en presentar todos los caractéres exteriores de una membrana mucosa.

22 Sea cual fuere el modo como se desarrolla, la placa mucosa está caracterizada por una eminencia ordinariamente redondeada, algunas veces elíptica ó irregular, de una consistencia blanda; su superficie planá ó convexa, es lisa y cubierta de una pelícua fina que le dá la apariencia de una mucosa y le ha hecho dar este nombre. Cuando la pelícua falta, la superficie está ligeramente ulcerada y granulada. Los bordes son comunmente salientes y bien pronunciados; algunas veces se apoyan insensiblemente con la piel, y alguna vez se vuelven hácia fuera. La coloracion de las placas mucosas es rosada como la de las mucosas, puede ser de un rojo vivo, ó por el contrario grisácea y cubierta de una capa pultácea segregada por la misma placa.

23 Las placas mucosas dan lugar á la secrecion de un líquido uniforme y plástico de un olor fétido característico. En ciertos casos, este líquido se concreta en costras amarillentas bastante espesas; es al contacto de este líquido sobre la piel adyacente, al que es preciso referir las picazones insufribles que acompañan algunas veces las placas mucosas.

24 Las placas mucosas pueden ser discretas, y entonces existen con todos sus caractéres bien pronunciados; pueden tambien ser confluentes, y reuniéndose, formar una larga superficie que segregue en abundancia el líquido fétido de que acabamos de hablar.

25 La ulceracion es rara en los placas mucosas, á escepcion de las que ocupan los dedos del pié; cuando existe, es, ó bien superficial presentando una pequeña superficie roja, que se cura fácilmente sin dejar cicatriz; ó bien es profunda cubierta de una pseudo-membrana grisácea y la secrecion es abun-

dante y muy fétida; va acompañada de escozores violentos, se cura difícilmente dejando algunas veces una cicatriz.

Las placas mucosas son mas frecuentes en las mujeres, en los individuos de temperamento linfático. Las regiones en donde se las encuentra mas á menudo son la vulva, sobre todo en la cara interna y esterna de los grandes lábios, el ano, el escroto, el pene, los lábios, las amígdalas, la faringe, la lengua; se las vé tambien en los sobacos, ombligo, dedos del pié alrededor de las uñas, etc. Se ve que las placas mucosas se sitúan sobre las mucosas que cubren los orificios exteriores, y sobre las partes de la piel que habitualmente están en estado de calor y de humedad, y sobre todo en los parages en donde las mucosas y la piel están en un estado ordinario de frotacion. Las secreciones acres, la humedad de ciertas regiones, la falta de los cuidados de limpieza son tambien condiciones favorables al desarrollo de esta erupcion. Añadamos sin embargo, que las placas mucosas pueden desarrollarse por todas partes y fuera de las condiciones de frotacion y de humedad que acabamos de indicar. Las hemos encontrado en la frente, en el cuero cabelludo, en el tronco, y entonces se presentaban con caracteres exteriores que no permitian desconocerlos, y que eran absolutamente semejantes á los de las placas mucosas de las partes genitales.

Abandonadas á sí mismas, las placas mucosas desaparecen espontáneamente en uno ó muchos meses; bajo la influencia del tratamiento local y general, desaparecen á menudo muy rápidamente. Cuando la placa está ulcerada, la curacion se hace esperar mas tiempo, sobre todo si la ulceracion ocupa el ano ó los dedos del pié.

Cuando la curacion tiene lugar, la placa mucosa se rebaja, la superficie se seca, la secrecion y el prurito desaparecen, la película se pone mas consistente; una especie de esfoliacion tiene lugar, y queda una mácula violácea que desaparece en seguida sin cicatriz.

En ciertos casos las placas mucosas son muy tenaces y presentan una resistencia enfadosa á los medios de tratamiento, entonces están por lo regular entretenidas por una causa local, como el desaseo, el uso del tabaco en los fumadores que no ven á menudo curarse sus placas mucosas de la lengua y de la garganta sino con la condicion de renunciar á fumar. Las placas mucosas pueden complicarse con absesos, sobre todo cuando tienen asiento en los grandes lábios;

raras veces van acompañadas de adenitis. En otros casos los bordes de las placas se vuelven, la placa se pone mas saliente y forma un condiloma; la superficie puede presentar un engranujado muy pronunciado, como en la placa mucosa vejetante, y hasta cubrirse de verdaderas vegetaciones.

Aunque las placas mucosas son una de las primeras manifestaciones de la sífilis constitucional, son recibidas muy fácilmente y pueden aparecer dos, tres años despues del accidente primitivo; así es que son consideradas por algunos autores como accidentes sífilíticos que no pertenecen especialmente á ningun período. Cuanto mas tardios son, son tanto mas rebeldes.

Diagnóstico. El sitio de las placas mucosas, su aspecto, la supuración y el olor característico bastan para hacerlas conocer. Cuando están ulceradas, puede tomárselas por un chanero. Con todo, se reconocerá el *chanero* por su superficie cóncava, por sus bordes claramente deformes, por su fondo grisáceo y por la ingurgitación ganglionar que le acompaña. Un chancho que se transforma en placa mucosa presenta su circunferencia lisa, destacada, violácea, mientras que el centro es aun rojo y ulcerado. El *eczema* con asiento en ciertos parajes insólitos, sobre todo en el ombligo, podria inducir en error; pero el olor, la eminencia de las placas y los fenómenos sífilíticos concomitantes, harán reconocer la placa mucosa. En el balano se distinguirá tambien la placa mucosa del *herpes preputialis*, en el cual las ulceraciones han sido precedidas de vesículas, están dispuestas en grupos y no presentan el borde levantado de la placa mucosa. Las placas mucosas de la piel pueden ser confundidas con una *sífilide papulosa*; pero la pápula sífilítica es seca, mas consistente, presenta el tinte cobrizo y el cordón epidérmico tan perfectamente señalado por Bielt, mientras que la placa mucosa ofrece un rodete, una depresión central y cóstras amarillentas transparentes como engastadas en el rodete.

II. Sífilides intermedias

Las sífilides intermedias aparecen á los cuatro ó seis meses, ó uno ó dos años despues del accidente primitivo. Presentan caracteres que los asemejan á las sífilides tardias, de las cuales parecen son verdaderamente la transición entre ellas y las precoces. Su aparición no va generalmente anunciada por ningun fenómeno prodrómico; algunas veces, sin

embargo, van precedidas de dolores reumatoides que tienen asiento en el punto en donde la erupcion debe manifestarse. En esta variedad de siflides es menos frecuente encontrar muchas especies desarrolladas simultáneamente en un mismo enfermo.

La erupcion, en vez de estar diseminada sobre toda la superficie cutánea, es comunmente mas limitada, y los puntos de predileccion son las alas de la nariz, la frente, la nuca y las espaldas. Las lesiones elementales están reunidas en grupos, y lo mas comun es que formen círculos ó segmentos de círculo. La coloracion cobriza característica es habitualmente mas marcada que en las siflides precoces.

La marcha de las siflides intermedias es lenta, y la duracion de la enfermedad es á menudo entretenida por erupciones sucesivas. En estas variedades es en las que, sobre todo, se hacen constar esas erupciones de diferente edad que permiten ver á un mismo tiempo en el mismo enfermo una erupcion sifilítica en sus diferentes grados de evolucion.

Estas siflides terminan habitualmente por resolucion, y lo mismo que en todos los accidentes sifilíticos la curacion puede ser espontánea. Las ulceraciones, que pueden desarrollarse consecutivamente, son poco profundas, cubiertas de costras verdosas poco espesas; y despues de si no dejan mas que simples máculas que desaparecen, ó cicatrices blancas indelebles, pero superficiales.

En fin, las siflides intermedias se presentan al mismo tiempo que los fenómenos de transicion del segundo al tercer período, esto es, al mismo tiempo que la iritis sifilítica y el testículo sifilítico.

Admitimos cinco formas diferentes de siflides intermedias: 1.º la siflide pigmentaria; 2.º la siflide vesiculosa; 3.º la siflide pustulosa; 4.º la siflide escamosa y 5.º la siflide tuberculosa; y añadiremos que muchas de estas formas presentan variedades. Antes de abordar la historia de estas erupciones recordaremos que las placas mucosas son á menudo fenómenos de este período intermedio, sea que aparezcan por primera vez, sean recidivas.

1.º Siflide pigmentaria.

La siflide pigmentaria nunca habia sido bien indicada, cuando nosotros la describimos por primera vez hace algunos años (en 1853). Desde esta época M. Pillon, interno de los

hospitales, ha hecho de ella un estudio particular en su tesis inaugural, y ha completado su historia. Esta sifilide aparece del cuarto al duodécimo mes, y como no va acompañada ni de dolor ni de picazon, y como la coloracion de las manchas es poco marcada, pasa muy á menudo desapercibida; lo que esplica porque ha pasado tanto tiempo desconocida.

La sifilide pigmentaria está caracterizada por manchas grises y blancas; la coloracion gris es menos oscura que la de las placas del *pitiriasis versicolor*, se acerca al tinte del café con leche. Estas manchas no forman ninguna eminencia sobre la piel, no presentan ninguna descamacion y parecen situadas sobre la epidermis. Su tamaño varia de una pieza de 50 céntimos á un franco, sus bordes son desiguales sinuosos; algunas veces aisladas, estas manchas están á menudo reunidas en gran número en la misma region; se confunden por sus bordes y cubren así una parte de la piel bastante considerable, dejando entre ellas manchas blancas á las que circunscriben. Estas manchas blancas, que podrian tomarse por partes de piel sana cuya blancura se destaca por la coloracion gris que las rodea, son verdaderas manchas causadas por la disminucion de espesor ó de tinte de la materia pigmentaria.

Consideramos estas manchas como verdaderas efelides, producidas por la materia pigmentaria dispuesta irregularmente en las regiones en donde existe esta erupcion, por ser esta materia demasiado abundante en las manchas grises y presentar una disminucion en las blancas. M. Bazin quiere considerar estas manchas como de naturaleza sifilítica, por la singular razon de que el mercurio no tiene influencia sobre ellas. Pero como estas manchas no se presentan nunca sino en individuos atacados de sífilis y coinciden además con otros accidentes muy evidentemente sifilíticos, persistimos en que no puede negarse su carácter específico y no debe separarse las del cuadro de la sífilis.

La sifilide pigmentaria tiene el cuello por sitio predilecto; puede rodearlo completamente ó limitarse á las partes laterales, algunas veces se estiende sobre el pecho; la hemos encontrado algunas veces en la cara, en el labio superior, en la frente, en el abdomen. Estas manchas no se encuentran sino en las personas que tienen, como vulgarmente se dice, la piel fina y delicada, es por esto que se la observa casi esclusivamente en las mujeres; la hemos tambien ob-

servado muchas veces en los hombres, pero era en individuos de temperamento linfático, cuya piel presenta la blancura de la de las mujeres.

La sífilide pigmentaria tiene una marcha muy variable, en ciertos casos desaparece al cabo de uno ó dos meses, y en otros persisten mucho tiempo y algunas veces de una manera indefinida. El tratamiento mercurial no tiene ninguna influencia sobre su desarrollo, ni sobre su marcha, ni sobre su curacion, así es que no debe prescribirse cuando existe sola sin otro fenómeno sífilítico.

Diagnóstico. La sífilide pigmentaria tiene caracteres tan marcados que basta haberla visto una vez para reconocerla y no confundirla con ninguna otra afeccion. El *pitiriasis versicolor* presenta una coloracion mas amarilla, por lo demas es una afeccion escamosa y no maculosa y dispuesta habitualmente á picazones. Las *efelides* simples ofrecen una mayor semejanza con la sífilide pigmentaria, pero es raro que existan en el cuello, y las manchas son mas anchas, mas acentuadas; en la duda, el estado de los fenómenos concomitantes debería esclarecer el diagnóstico.

2.º Sífilide vesiculosa.

La sífilide vesiculosa es una forma rara. Comprende tres variedades diferentes; la sífilide vesiculosa varioliforme, la sífilide vesiculosa eczematososa y la sífilide vesiculosa herpetiforme. La primera variedad, la sífilide varioliforme presentándose á menudo en los seis primeros meses que siguen al accidente primitivo ha sido descrita mas arriba con las sífilides precoces. M. Bazin no quiere admitir las otras dos variedades por la razon de que la eczematososa es para él una sífilide pápulo-vesiculosa circunscrita, y que la herpetiforme no existe, ó que la que con este nombre se ha descrito pertenece á las manifestaciones parasitarias. Sin embargo, como la observacion permite reconocer erupciones sífilíticas vesiculosas, diseminadas en muchas regiones, y como en otras circunstancias se desarrollan erupciones igualmente vesiculosas agrupándose de manera que forman círculos que tienen la forma de herpes, continuaremos admitiendo las sífilides vesiculosas y describiremos la sífilide vesiculosa eczematososa y la sífilide vesiculosa herpetiforme entre las erupciones intermedias.

7a. Sifilide vesiculosa eczematosa.

Al valernos de la palabra *eczematosa* no queremos decir que admitamos que pueda haber un *eczema* sifilítico, no el *eczema* es siempre herpético, pero queremos decir que hay una sifilide cuya lesión elemental está constituida por vesículas y que esta erupción se parece por su aspecto al *eczema*.

Esta sifilide está caracterizada por pequeñas vesículas dispuestas en grupos irregulares ó diseminadas aquí y allá. Cuando están aisladas cada vesícula está rodeada de una aureola cobriza; cuando están reunidas en grupos, las aureolas se confunden, forman placas de un rojo sombrío cubiertas de vesículas bastante grandes y salientes. Estas vesículas que parecen mas voluminosas y mas resistentes que las del *eczema*, tienen una marcha muy lenta. Pueden terminar de muchas maneras; el líquido que contienen puede quedar trasparente y ser reabsorbido; la vesícula se marchita, se rebaja la dilatación y se produce una ligera esfoliación blanquizca. La aureola ó la placa morena que existe en la base de las vesículas se va poniendo mas y mas oscura, y despues de su desaparición no hay cicatriz. En otros casos, el líquido se enturbia, y las vesículas se rompen, se forman entonces encima de las placas rojas, pequeñas costras un poco oscuras, mas espesas que en el *eczema*, y sobre todo cosa esencial para el diagnóstico, estas costras permanecen aisladas las unas de las otras, y no se confunden para formar una sola placa costrosa. Debajo de estas costras no hay ulceración profunda; cuando caen queda una mancha negra que desaparece sin dejar cicatriz.

Esta sifilide se desarrolla en los miembros y sobre el tronco; es muy rara en la cara.

La marcha de esta sifilide es esencialmente crónica y dura comunmente muchos meses, porque es entretenida por pausas sucesivas que se presentan á intervalos irregulares, y á menudo en el momento en que se cree llegada la curación. Estas reproducciones permiten estudiar simultáneamente en el mismo enfermo la erupción en grados diferentes.

Diagnóstico. No podria confundirse la sifilide vesiculosa eczematosa sino con el *eczema*; pero en la erupción herpética, las vesículas son mas pequeñas, mas confluentes y mas numerosas; la supuración serosa es mas considerable, hay

picazones y no se ven alrededor vesículas ni la aureola ni las placas cobrizas que caracterizan tan bien las afecciones sifilíticas.

b. Sifilide vesicular herpetiforme.

La sifilide vesiculosa herpetiforme está caracterizada por vesículas globulosas del volúmen de un grano de mijo ó una grosella, de base cobriza, dispuestas de dos maneras, ó bien las vesículas están colocadas en grupos irregulares, ó bien las unas al lado de las otras de modo que forman círculos como en el herpes circinado ó anillos concéntricos. Estas vesículas, mas resistentes que las del herpes, no se rompen hasta el citado día y son reemplazadas por costras ó escamas muy finas. Cuando han caído, quedan por algun tiempo manchas de coloracion especifica, que circunscriben los espacios primitivamente ocupados por las vesículas. Estas manchas desaparecen mas tarde sin cicatrices.

Esta sifilide es tambien muy crónica y su duracion es entretenida por reproducciones sucesivas que permiten á un mismo tiempo ver la enfermedad en diferentes grados de evolucion y dan á la region sobre la cual se desarrolla un aspecto zebrado muy particular.

Diagnóstico. La ausencia de picazon, la coloracion especifica de la aureola, la lentitud de la marcha, son caracteres que distinguen esta sifilide. Los círculos una vez formados no tienen la marcha centrífuga de los anillos del herpes circinado, el cual por lo demas no presenta la coloracion morena característica.

3. Sifilide pustulosa.

Las erupciones sifilíticas que presentan una pústula como lesion elemental, son muy variadas: las unas, como la sifilide pustulosa superficial, pertenecen el primer período y han sido descritas mas arriba; otras, como la sifilide pústulo-crustácea no se presentan sino con los accidentes terciarios. Las que se desarrollan de los seis meses á los dos años despues del accidente primitivo, y que debemos colocar entre las sifilides intermedias son dos: *a* la sifilide pustulosa agniforme; *b* la sifilide ectimatososa superficial.

a. Sifilide pustulosa agniforme.

Esta sifilide presenta un aspecto que la asemeja al agne inflamatorio; las pústulas que la constituyen son del tama-

ño de un grano de mijo, ó de un cañamon; son discretas aisladas, poco salientes; descansan sobre una base de un rojo vivo en un principio, que ennegrece poco á poco y que nunca está atacada de supuracion. Alrededor de cada pústula se ve una aureola de un rojo moreno muy marcado. El desarrollo de cada uno es bastante lento y á menudo solo á los quince dias ó á las tres semanas se rompe la pústula y el liquido purulento se concreta en una pequeña costra seca de un color moreno ó amarillento. La costra que solo cae lentamente deja en descubierto la base de la pústula que se presenta entonces en forma de pápula, en medio de la cual se ve á menudo una ligera depresion.

La eminencia papulosa desaparece poco á poco y queda en su lugar durante mucho tiempo una mancha de un color característico que desaparece mas tarde sin cicatriz. En ciertos casos, hay una ligera ulceracion superficial, seguida de una cicatrícula blanca, redondeada, muy diferente de la cicatriz prolongada y arrugada que sucede al acné ordinario. Al igual que en las otras erupciones sifilíticas, no hay ni dolor, ni comezon, ni picazon.

La duracion de la erupcion es de siete á ocho semanas, pero puede durar mas tiempo por las reproducciones que se suceden tan pronto continuadamente como á intervalos bastante lejanos.

El acné sifilítico puede desarrollarse en todas las partes del cuerpo, pero se situa sobre todo en el cuero cabelludo la cara y los miembros, mas particularmente en los inferiores que en los superiores; es bastante rara en el pecho.

Diagnóstico. Podria fácilmente confundirse esta sifilide pustulosa con el acné simple é indurado de las espaldas y del tronco, si no se prestara atencion á que en el acné las pústulas son mas grandes y de un rojo mas vivo á que no tienen aureola cobriza y á que ocupan sobre todo las espaldas y la cara, mientras que no se desarrollan en los miembros inferiores; las cicatrices del acné indurado son mas profundas y mas aparentes.

b. Sifilide ectimatososa ó phylazie.

La sifilide ectimatososa que tambien se ha denominado *ectima sifilítico*, es mas grave y mas frecuente que la forma anterior: se presenta muchas veces despues del accidente primitivo y á menudo no se desarrolla sino uno ó dos años

mas tarde. En algunos casos la erupcion va precedida por algunos síntomas generales: malestar, cefálea, fiebre, y como las pústulas se asemejan á la de la viruela se ha podido algunas veces darle el nombre de *viruela sifilítica*.

El ectima sifilítico está caracterizado por manchas rojas sobre las cuales se desarrollan pústulas tan pronto llenas como umbilicadas como las de la viruela. Estas pústulas son bastante anchas, tienen las dimensiones de un guisante, de una pieza de veinte céntimos, y algunas veces de una pieza de cincuenta céntimos y hasta de un franco. Son redondeadas, aisladas ó dispuestas en grupos, de modo que se reúnen y se confunden muchas juntas; contienen un pús espeso amarillento; á menudo el líquido está compuesto de pús y de sangre mezclados. La base de la pústula no es indurada como en la variedad precedente, pero está rodeada de una aureola de un rojo sombrío. La rotura de las pústulas produciendo la salida del líquido, dá nacimiento á costras rugosas desiguales, de un negro verdoso, mas anchas que la misma pústula, si se hacen caer estas costras, se encuentra debajo una ulceracion superficial un poco fungosa, rodeada de la aureola negruzca de que acabamos de hablar. Cuando estas costras se desprenden por sí mismas, despues de estar secas las ulceraciones, dejan en descubierto manchas violáceas que tardan muchos meses en desaparecer, y que dejan cicatrices superficiales á menudo indelebles.

Comunmente, existen muchas pústulas á un mismo tiempo, y se ven algunas veces hasta veinte ó treinta diseminadas en el tronco ó en los miembros inferiores. El ectima sifilítico se situa á menudo en el cuero cabelludo, y entonces va acompañado de alopecia; las pústulas dan lugar á costras morenas redondeadas, que con su caída arrastran el cabello. Tambien se encuentra esta sifilide en el tronco y en los miembros.

El ectima sifilítico dura á menudo mucho tiempo, está entretenido por erupciones sucesivas. Es sobre todo frecuente en los individuos anémicos, mal nutridos y que tienen los primeros signos de la caquexia sifilítica. Tampoco es raro verlo asociada á fenómenos generales, graves del tubo digestivo y de la nutricion; en algunos enfermos, particularmente en los individuos debilitados por una causa cualquiera, el ectima sifilítico puede aparecer muy luego despues del fenómeno primitivo, dos ó cuatro meses por ejemplo; es entonces indicio de una sífilis grave, de la va-

riedad de la sífilis designada con el nombre de *maligna*.

Diagnóstico. Cuando la aparición del ectima sífilítico ha venido acompañada de fenómenos generales, cuando las pústulas son ombilicadas puede ser confundida con una *viruela discreta*. Hemos visto incurrir en este error el cual podría evitarse prestando atención á la especialidad de los síntomas generales de la viruela, y por otra parte sería pronto disipado por la marcha de la enfermedad. En cuanto al *ectima caquético*, se parece poco á las pústulas sífilíticas, no se presenta sino en los niños y en los viejos, se situa casi exclusivamente en los miembros inferiores, las pústulas son mas grandes y no se observan los fenómenos concomitantes de la sífilis. El *ectima de la sarna* ocupa sobre todo las manos, los pies y las ingles, va acompañado de violentas picazones, no hay la aureola morena, y coincide con los surcos, particularmente en las manos.

4.º Sifilide escamosa.

M. Bazin no admite la sifilide escamosa como forma especial; cree que las escamas son siempre consecutivas á otras lesiones, y que no son jamás primitivas. En efecto, las escamas aparecen á menudo en el último período de evolución de las pápulas ó de los tubérculos; pero en otros casos estas escamas no van precedidas por ninguna otra lesión elemental, y no se muestran realmente desde el principio de la erupcion; entonces se está obligado á admitirlas como una forma primitiva de erupcion sífilítica, que es lo que nosotros haremos apoyándonos en observaciones positivas. Admitimos tres variedades de sifilides escamosas: *a*, la sifilide escamosa en gotas, *b*, la sifilide escamosa circinada; *c* la sifilide escamosa palmar y plantar.

a. Sifilide escamosa en gotas.

La sifilide escamosa en gotas, designada tambien por ciertos autores con el nombre de *psoriasis sífilítico*, está caracterizada por manchas redondeadas; apenas salientes, del tamaño de tres milímetros á un centímetro. Estas manchas que presentan la coloracion sífilítica, están cubiertas en parte por escamas muy finas blancas, y sobrepuestas. Al cabo de algunas semanas, la eminencia disminuye, las escamas caen y queda una mancha redondeada mas ó menos

regular, presentando una coloracion cobriza mas manifiesta. En algunos casos, antes que la curacion se verifique, hay muchas descamaciones sucesivas, cuyas escamas van siendo mas y mas delgadas. La mancha cobriza desaparece por sí misma poco á poco y no deja cicatriz.

El psoriasis sifilítico aparece de los seis meses á los dos años despues del accidente primitivo, y raramente va mezclado con otras sifilides intermedias. Cuando una erupcion sifilítica aparece en un período mas precoz, se debe creer que no es primitiva sino que las escamas han sucedido á una erupcion papulosa.

El sitio mas frecuente de esta siflide, es el tronco y los miembros sobre todo los miembros superiores.

Diagnóstico. La primera cosa que debe indicarse es la diferencia entre la siflide escamosa y el psoriasis herpético: se distinguen estas dos afecciones, que á primera vista se asemejan mucho por los caracteres siguientes: en el psoriasis comun, las escamas son espesas sobrepuestas; cuando se levantan las mas superficiales, se encuentran otras debajo, y dificilmente se llega hasta la mancha roja que la sostiene; la ausencia de picazones aclara poco el diagnóstico, porque si este síntoma no se manifiesta en la siflide escamosa, falta á menudo en el psoriasis herpético. Pero se atenderá con cuidado al sitio de la erupcion, se hará constar el psoriasis principalmente en los codos y en las rodillas, mientras que la siflide escamosa está dispersada por todo el cuerpo, y se encuentra á menudo asociada con otros accidentes sifilíticos, sea de la piel, sea de las mucosas, porque en los casos dudosos el diagnóstico no puede establecerse algunas veces sino con la ayuda de los fenómenos concomitantes que frecuentemente acompañan ó preceden el psoriasis sifilítico.

b. Siflide escamosa circinada.

Esta forma de siflide escamosa es mas frecuente que la primera, y está sobre todo caracterizada por la disposicion circular. Se presenta bajo la forma de manchas de un rojo moreno poco saliente, formando círculos, segmentos de círculo, cuyo centro está comunmente sano. Sobre estas manchas del tamaño de una pieza de á uno ó dos francos, se ven escamas blancas finas no sobre puestas. Despues la

eminencia se borra poco á poco, las escamas caen y queda una mancha cobriza que desaparece mas tarde.

Esta sifilide se situa comunmente en la cara y en el cuello; es frecuente sobre todo al rededor de los lábios y en el menton; ocupa raramente los miembros y en este caso se la encuentra en la flexura del brazo y en las corbas y no hacia adentro como en la lepra vulgar. En ciertos casos las manchas son mas salientes, mas anchas, las escamas son mas espesas y la duracion es mayor. Entonces la erupcion es mas tardía, se presenta uno ó muchos años despues del accidente primitivo. Al contrario las placas, poco salientes y poco estendidas se manifiestan mas pronto: algunas veces aparecen con las erupciones precoces.

La sifilide escamosa circinada superficial tiene una marcha bastante rápida y su duracion no pasa de algunas semanas, la variedad tardía con escamas espesas presenta una marcha mas lenta y puede persistir muchos meses.

Diagnóstico. La disposicion circular de las manchas, las escamas finas y no sobre puestas sobre una superficie cobriza, son los principales caracteres de esta variedad de sifilide escamosa. El *psoriasis* se distingue de ella por sus escamas mas espesas y sobre puestas, por su sitio y por la ausencia de los fenómenos sifiliticos concomitantes. El *herpes circinado* se le parece bastante, pero se reconoce por su marcha centrifuga y por la ausencia de otros accidentes sifiliticos: en algunos casos el diagnóstico es verdaderamente incierto, pero entonces es necesario aguardar ántes de pronunciarse y seguir la marcha de la erupcion, la cual se entenderá en la enfermedad parasitaria mientras que permanezca estacionaria en la sifilis.

c. Sifilide palmar y plantar.

En ciertos casos bastante frecuentes la sifilide escamosa toma un aspecto particular debido al sitio que ocupa, en la palma de las manos y en la planta de los piés. Esta forma está caracterizada por manchas un poco salientes redondeadas, de un color francamente cobrizo, cubiertas de escamas duras, grisáceas; estas manchas ora están aisladas, ora son confluentes y forman entonces una placa que se estiende algunas veces de la mano hasta la muñeca, y que en los piés se remonta hasta los maléolos. Por efecto del movimiento de las partes atacadas esta placa se parte y forme grie-

tas, ragades á menudo muy dolorosos. En los límites de las escamas ó de las placas se encuentra un cordón rojo moreno característico que aparece bajo la forma de segmentos de círculo.

Cuando la erupción invade toda la palma de las manos y toda la planta de los pies tiene una marcha bastante lenta y su duración es de muchos meses; se prolonga algunas veces durante muchos años, y entonces el tratamiento específico general tiene poca influencia en su curación. Es preciso dirigirse á los medios locales, á las pomadas con alquitran, á las lociones ó á las unguentos mercuriales para hacer desaparecer esta afección interminable.

Diagnóstico. La sífilide escamosa limitada á la palma de las manos y á la planta de los pies presenta una gran semejanza con el *psoriasis herpético* que ocupa el mismo sitio y frecuentemente el diagnóstico es imposible si al mismo tiempo no existen otros accidentes sífilíticos. Sin embargo, el psoriasis simple presenta ordinariamente un tinte de un rojo más vivo, es asiento de picazón muy vivos, no está formado por la reunión de círculos rodeados de la aureola cobriza sífilítica. En fin con mucha frecuencia no está limitado á las manos y á los pies y pueden encontrarse placas en otras regiones especialmente en los codos y en las rodillas.

5.° Sífilide tuberculosa.

Llámanse tubérculos sífilíticos de la piel, los tumores indolentes, redondeados, del volumen de un guisante y algunas veces de una pequeña nuez, de consistencia bastante fuerte y de un color francamente cobrizo. Estos tubérculos pueden terminar por resolución ó por ulceración, y en este último caso resulta de ellos una llaga más ó menos profunda. Ora están diseminados por toda la superficie del cuerpo, ora agrupados en una ó muchas regiones. Las diferencias que presentan estos tubérculos en su época de aparición relativamente á la enfermedad principal, á su marcha á su terminación, los han hecho dividir en dos especies muy distintas: la primera comprende la sífilide tuberculosa en grupos, la segunda encierra la sífilide tuberculosa perforante y la sífilide tuberculosa serpiginosa. Como la primera especie se desarrolla al fin del período de los accidentes secundarios; vamos á describir sus dos formas con las sífilides interme-

dias, mientras que la segunda especie por no aparecer si no muy tarde algunas veces diez, quince y hasta treinta años despues del fenómeno primitivo será causa de que la describamos mas adelante con las sífilides tardias confundiendola bajo el nombre genérico de *sífilide ulcerosa perforante y serpiginosa*, con otras afecciones que empiezan por lesiones elementales diferentes, pústulas ó ampollas, pero que terminan tambien por ulceraciones especiales.

1.^a Sífilide tuberculosa diseminada.

La sífilide tuberculosa diseminada no es propiamente hablando, sino una sífilide papulosa exagerada. M. Bazin no hace de estas dos sífilides mas que una sola variedad, la sífilide papulo tuberculosa. Conservaremos distintas las dos formas papulosa y tuberculosa, porque presentan caracteres objetivos diferentes, y sobre todo porque la época de su aparicion no es habitualmente la misma; en efecto mientras que la sífilide papulosa es uno de los fenómenos secundarios mas precoces, es raro que la sífilide tuberculosa diseminada aparezca antes del cuarto mes; además esta última afeccion tiene una marcha mas lenta y deja á menudo en pos de sí cicatrices superficiales.

La sífilide tuberculosa diseminada esta caracterizada por pequeños tumores redondeados ú ovals, de una consistencia mediana, del volúmen de un guisante, lucientes, de un color en un principio rojo oscuro, pero luego francamente cobrizo. Estos túberculos están comunmente diseminados de una manera irregular; algunas veces por su agrupacion forman circulos ó segmentos de círculo. La piel que se encuentra entre los túberculos es poco tierna y marchita, cuando la erupcion es confluyente en el intervalo de los pequeños tumores, presenta la misma coloracion que los mismos túberculos. Al cabo de un cierto tiempo los túberculos se cubren de una capa superficial y blanca que se desprende en un principio por la circunferencia, despues se rebajan poco á poco. No son suseptibles de ulceracion pero desaparecen por resolucion dejando en su lugar una ligera depression sobre la cual persiste todavia por algun tiempo la coloracion morena violácea del magro del jamon. Esta mancha se debilita poco á poco, se vuelve grisacea y al cabo de varias semanas puede desaparecer sin dejar huella; algunas veces va seguida de una cicatriz lisa superficial, del tamaño del

tubérculo, la cual no es resultado de un trabajo de ulceración y de reparación si no que sobreviene únicamente por el hecho de una absorción intersticial en el mismo tejido de la piel.

La sífilide tuberculosa diseminada puede manifestarse por todo el cuerpo; pero se la encuentra principalmente en la cara en la frente, en el tronco y en los miembros superiores.

Diagnóstico. No puede confundirse la sífilide tuberculosa con ninguna otra erupción; la eminencia de los tubérculos, su color manifiestamente cobrizo, la ausencia de pústula en su vértice, los fenómenos sífilíticos que los acompañan ó los han precedido, bastarán para distinguirla del *acné indurado* que presenta, á primera vista algunos caracteres semejantes; por lo demás debe saberse que el acné, tiene por sitio esclusivo la cara, la espalda, ó el pecho, mientras que es raro que la sífilide tuberculosa esté tan limitada.

b. Sífilide tuberculosa en grupos.

La sífilide tuberculosa en grupos es una manifestación secundaria tardía; se presenta un año, dos y hasta mas tarde despues del accidente primitivo; á menudo se la ve al mismo tiempo que la iritis, que el testículo sífilítico, pero puede ser aun mas tardía; su aparición va algunas veces precedida de dolores reumatoides limitados á las regiones en las cuales debe desarrollarse.

La sífilide tuberculosa en grupos puede presentarse bajo diferentes aspectos: unas veces aparece bajo la forma de una reunion irregular de tubérculos globulosos pequeños y duros lancinantes y de un rojo cobrizo intenso; salen poco sobre la piel pero su base parece ocupar todo el espesor de la misma; otras veces, y es lo mas frecuente, están agrupados de una manera irregular y figuran por su aproximación círculos ó segmentos de círculo. Estos tubérculos duros y sólidos á menudo cubiertos de una pequeña escama seca y grisácea, no presentan supuración, no van acompañados ni de prurito, ni de comezon, están colocados los unos al lado de los otros sin confundirse: al mismo tiempo que forman un círculo ó una parte de círculo, quedan regularmente distintos los unos de los otros, y el borde saliente del disco está interrumpido tantas veces cuantos son los tubérculos. Sin embargo, en algunas circunstancias son mas numerosos, se reúnen

por sus bordes y forman un todo continuo. El desarrollo de estos círculos puede verificarse de dos maneras, los tubérculos aparecen y circunscriben desde luego un espacio redondeado limitado por un borde saliente, cuyo centro sano presenta un color gris plomizo; ó bien uno ó mas tubérculos se presentan y se desarrollan sobre un punto circunscrito, se rebajan despues y dejan una cicatriz; mientras que se resuelven aparecen otros tubérculos á su alrededor y forman así un círculo que circunscribe el sitio primitivamente afectado; una vez desarrollados, estos tubérculos pueden curarse pero pueden aparecer otros al lado de los antiguos; y esto puede suceder muchas veces sucesivas, y la erupcion se verifica siguiendo una marcha centrífuga. En estos casos al cabo de dos ó tres meses, el centro de la placa está ocupado por una ligera cicatriz y al principio presenta una coloracion rojo-cobrizo, y mas tarde una mancha blanca.

El sitio de esta sifilide, es especialmente la cara, y mas particularmente la frente, los lábios, alrededor de las alas de la nariz, puede tambien encontrársela, aunque mas raramente, en los miembros superiores, en la insercion inferior del deltoides y en la espalda, en los miembros inferiores, en la parte interna de los muslos y aun mas raramente en el tronco.

Los tubérculos de un rojo bastante vivo, en un principio toman prontamente la coloracion especifica cobrizo, la cual se caracteriza mas y mas. Su superficie laciente y unida se cubre al fin de una ligera esfoliacion epidérmica. Despues los tumores se rebajan y pronto no se vé mas que una mancha con la coloracion especifica; cuando esta mancha ha desaparecido, queda una cicatriz deprimida á menudo indeleble, aunque no haya habido ulceracion. En algunos casos, el centro de los tubérculos se reblandece, y sobrevienen ulceraciones bastante profundas cubiertas de costras que presentan la coloracion verdosa característica. Cuando estas ulceraciones están curadas, dejan en pos de sí una cicatriz deprimida, morena que se vuelve blanca mas tarde.

La marcha de esta sifilide es bastante lenta, y la duracion de los tubérculos es siempre larga. La duracion de la enfermedad se prolonga á menudo mucho tiempo por efecto de la aparicion de nuevos grupos de tubérculos que se desarrollan en el momento que los primeros se rebajan.

Diagnóstico. El diagnóstico de la sifilide tuberculosa en grupos es fácil; el sitio y la forma de la erupcion, el tinte

cobrizo, la ausencia de fenómenos locales inflamatorios, bastan casi siempre para hacerla reconocer. La *escrofulide tuberculosa* puede sin embargo confundirse fácilmente con la siflide tuberculosa; se distinguirán estas dos erupciones con el auxilio de los caracteres siguientes; el tubérculo escrofuloso es menos duro, semitransparente, mas violáceo, y va acompañado de la hinchazon del tegido celular subcutáneo; las cicatrices son plegadas irregulares á menudo salientes, mientras que las del tubérculo sifilitico son circulares blanquizcas y bastante lisas. Hay sin embargo casos dudosos, en los cuales los caracteres objetivos no presentan signos diagnósticos suficientes, y entonces hay necesidad de apoyarse en los fenómenos anteriores y concomitantes y en el resultado primero del tratamiento.

Pronóstico. La siflide tuberculosa en grupos es mas grave que todas las que llevamos descritas, porque pertenece á una edad mas adelantada de la sífilis, es de larga duracion y deja habitualmente cicatrices indelebles.

III. Siflides tardias.

Las siflides tardias aparecen raramente en los dos primeros años que siguen á la infeccion y pueden presentarse á los cinco, diez, veinte años despues del accidente primitivo. Su aparicion no va comunmente precedida de ningun fenómeno prodrómico, y la lesion elemental tiene ordinariamente una duracion bastante corta para que raramente se la pueda hacer constar; cuando el enfermo consulta al médico se notan una ó muchas costras verdosas, espesas desiguales que cubren la ulceracion bastante profunda, la cual presenta todos los caracteres de las úlceras sifiliticas. El sitio y el número de las costras varian con la variedad de las siflides; en las unas se encuentra una sola costra muy espesa, con asiento en la nariz ó en los lábios; en las otras hay muchas costras situadas en diferentes partes del cuerpo.

La marcha de las siflides tardias es ordinariamente muy lenta; si algunas veces se ve la pronta cicatrizacion de las ulceraciones bajo la influencia de un tratamiento conveniente, otras veces la duracion es de muchos años, prolongándose la enfermedad, sea por manifestaciones sucesivas, sea

por una marcha extensiva en la misma region, sea permaneciendo estacionaria. La curacion es mas rápida y el tratamiento mas eficaz en la variedad pústulo-crustácea que en la variedad ulcerosa, la cual resiste á menudo á los medicamentos y recidiva fácilmente. Las sifilides tardias dejan siempre en pos de sí cicatrices muy aparentes y algunas veces verdaderas deformidades.

Estas sifilides se presentan al mismo tiempo que los fenómenos terciarios, tales como las exóstosis, las necrosis, los tumores gomosos y las ulceraciones profundas de la laringe y de la boca.

Admitimos dos formas de sifilides tardias: 1.º la *sifilide pústulo-crustácea*, caracterizada por las costras espesas y desiguales; 2.º la *sifilide ulcerosa*, caracterizada por ulceraciones que tienden á aumentar sea en superficie, sea en profundidad.

1.º Sifilide pústulo-crustácea.

La sifilide pústulo-crustácea presenta como principal carácter la existencia de una costra que cubre comunmente una ulceracion poco profunda. Este accidente terciario de la sífilis quede desarrollarse de muchas maneras: la erupcion empieza ora por una pústula de ectima profunda, ora por varias pequeñas pústulas semejantes á las del impétigo, ora por pústulas ampollasas que contienen una mezcla de sangre, de pus y de serosidad. Todas estas vesico-pústulas se rompen pronto, y dan en seguida nacimiento á una costra mas ó menos espesa, debajo de la cual hay una ulceracion bastante estensa. Como el elemento primitivo tiene á menudo una duracion tan corta que no se la puede hacer constar, hemos reunido todas esas erupciones bajo el nombre genérico de *pústulo-crustáceas*; sin embargo, algunos caracteres permiten á veces reconocer cuál es la erupcion primitiva á que han sucedido las costras y las ulceraciones. De esta manera, cuando la sifilide pústulo-crustácea sucede á pústulas de ectima puede á menudo hacerse constar la base mas ó menos espesa, ingurgitada, como forunculosa, que rodea á la costra. Cuando empieza por un grupo de pequeñas pústulas confluentes, se ve aparecer en un principio una mancha roja, sobre la cual se desarrollan pústulas que

se rompen rápidamente y dan nacimiento á una costra espesa y verdosa. A menudo se ve tambien empezar la erupcion por una pústula bastante ancha, poco elevada sobre la piel, un poco rozada en su superficie y conteniendo un líquido moreno mezcla de pus y de sangre; la epidermis se rompe prontamente y se forma una costra espesa, desigual, verdosa, dura, en forma de concha; tenemos entonces el rupia de los autores, el cual para nosotros no es sino una erupcion pustulosa que sobreviene en un individuo debilitado y caquéctico.

Sea cual fuese el principio de la sífilide pústulo crustácea, se notan en un momento dado en el enfermo una ó muchas costras que se sitúan frecuentemente en la cabeza y en los miembros inferiores; estas costras son espesas, adherentes, secas, de un negro verdoso característico. Presentan por lo demás algunas diferencias segun la forma inicial: así en la forma ectimatosá, la costra es bombada en el centro y sus bordes están engarzados en la piel que la rodea, la cual es espesa, saliente y cobriza; en la forma impetiginosa, las costras son menos salientes, desiguales, granulosas, hendidas, rebosando la superficie ulcerada; en el rupia, las costras son negruzcas, salientes, cónicas, estratificadas como la concha de las ostras, y rodeadas por la aureola cobriza. A menudo se levanta la epidermis alrededor de la costra, se acumula en ella una nueva cantidad de serosidad, la cual se seca y aumenta en estension la costra ya formada y mas espesa en el centro.

Las costras de que acabamos de hablar son muy adherentes; pero cuando se las levanta fortuitamente, se encuentra debajo de ellas ulceraciones mas ó menos anchas, mas ó menos profundas, pero cuya estension raramente va mas allá de la de una pieza de cinco francos; sus bordes son cortados á picos espesos, algunas veces vueltos hácia fuera; su fondo es desigual, granuloso, algunas veces fungoso, formado por mamelones carnosos tan pronto rojos como grisáceos y cubiertos de una falsa membrana que frecuentemente se encuentra en las úlceras sífilíticas. La supuracion es saniosa, sanguinolenta, muy plástica; si no se la levanta por lociones ó aplicaciones renovadas, no tarda en concretarse para formarse una nueva costra que se presenta con los caracteres de coloracion y disposicion ya señalados.

Quando la enfermedad está próxima á su conclusion, se

ve que las costras se vuelven mas y mas secas, se rebajan, se repliegan sobre si mismas, la aureola que las rodea toma un tinte menos rojo y algunas veces se cubre de una esfoliacion laminosa. La adherencia de la costra con la piel disminuye; vacilan, despues caen y presentan al descubierto una superficie-rojo violácea desigual, sobre la cual se forma una cicatriz redondeada y deprimida, cobriza en un principio y de un blanco mate mas tarde.

Las ulceraciones son por lo regular en corto número; comunmente, se encuentran cinco ó seis diseminadas; algunas veces no se encuentra sino una ó dos, y es raro que existan en gran número; pero en este caso, la erupcion ha empezado por pústulas pseudo-ampollosas desarrolladas en un individuo atacado de caquexia. El sitio de las ulceraciones varia comunmente segun la lesion primitiva, así tienen asiento sobre todo en los miembros inferiores en la forma ectimatosas; y ocupan con preferencia la cara, el cuero cabelludo, el pescuezo y el pecho, en la forma impetigosa.

La marcha de la sifilide pústulo-crustácea es esencialmente crónica; su duracion está en relacion con el estado general del enfermo; en los individuos caquéticos, la erupcion se prolonga á menudo durante algunos años; en todos los casos, por lo demás, la enfermedad está sostenida por reproducciones sucesivas que se renuevan algunas veces á intervalos bastante largos para que se haya creído en una curacion desmentida por una recidiva.

Diagnóstico. La forma ectimatosas podrá ser confundida con el *ecthyma cachecticum simplex*, pero esta última enfermedad se nota sobre todo en los niños y en los viejos; tiene asiento casi esclusivamente en los miembros inferiores, las pústulas son mas numerosas, mas aproximadas, la aureola es mas violácea y las ulceraciones son mas superficiales.

Pero sobre todo es la *escrofulide pustulosa* la que podrá ser confundida con la sifilide pústulo-crustácea; en efecto, en las dos afecciones se encuentra una superficie circunscrita presentando pústulas agmíneas que dan mas tarde nacimiento á una ulceracion cubierta de una costra espesa. Pero debe saberse, que la costra de la escrofulide es negra ó blanca, y no de un negro verdoso como en la sifilide; las ulceraciones escrofulosas tienen los bordes festoneados, desprendidos y cortados á pico, y su fondo no tiene la pseudo membrana grisácea especial de la sífilis. En fin, las cicatrices, en vez de ser deprimidas y de un blanco mate, son

salientes y regulares, rojas, violáceas en un principio y rosadas más tarde. Para establecer el diagnóstico en los casos dudosos, se recurrirá á los antecedentes del enfermo, á los fenómenos concomitantes, y si esto no basta, al resultado del tratamiento.

Pronóstico. La sífilide pústulo-crustácea presenta una cierta gravedad; deja cicatrices indelebles que son sobre todo enfadosas cuando tienen asiento en la cara; denota una infección profunda ó inveterada que es difícil combatir por entero; el pronóstico es sobre todo grave en el ectima rupiforme, que se acompaña á menudo de los fenómenos de la caquexia sífilítica, estado cuya gravedad hemos indicado ya, tanto á causa de la alteracion profunda de la nutricion, como por la imposibilidad de continuar por mucho tiempo la medicacion especifica.

2.º Sífilide ulcerosa.

Bajo el nombre de *sífilide ulcerosa*, hemos reunido las sífilides caracterizadas sobre todo por una ulceracion profunda con tendencia á la estension, sea por lo demás cual fuere la lesion elemental.

En efecto, á menudo las lesiones anatómicas primitivas, sean pústulas ó tubérculos, tienen una marcha muy rápida, y los enfermos nos vienen á consultar cuando la enfermedad consiste en una ulceracion mas ó menos grave; y como entonces el aspecto, la forma y la marcha de la lesion elemental, creemos que debe sobre todo prestarse atencion á la ulceracion, y que es esto lo que forma el carácter dominante de estas afecciones cutáneas.

La sífilide ulcerosa, exige el estudio de dos variedades relativas á la estension de la enfermedad, la cual tiene lugar, sea en estension sea en profundidad; en el primer caso, es la sífilide ulcerosa serpiginosa, en el segundo, es la sífilide ulcerosa perforante.

a. Sífilide ulcerosa serpiginosa.

La sífilide ulcerosa serpiginosa puede empezar por una sífilide pústulo-crustácea como lo hemos dicho más arriba,

y entonces esta afeccion en vez de circunscribirse, se estiene de en anchura por el desarrollo de nuevas pústulas, pero á menudo tambien la sifilide serpiginosa empieza, por tubérculos rojos, duros, lisos, redondeados, indolentes, cuyo volumen varia desde el de un guisante al de una pequeña nuez. Estos tubérculos variables en número, pueden permanecer por cierto tiempo estacionarios, despues se inflaman, se reblandece la piel que los cubre, se perfora, y el pús se concreta en una costra espesa desigual de un verde negruzco. Debajo de esta costra se encuentra una ulceracion poco profunda de bordes cortados á pico, salientes y duros; cuando las costras se levantan, se ve que el fondo de la úlcera es grisáceo y cubierto de un pús sanioso, grisáceo, fétido á menudo, que forma nuevas costras espesas. Cuando la curacion se verifica, los bordes de la ulceracion se rebajan, el fondo se vuelve rojo, granuloso, la costra se adelgaza y se desprende; y cuando cae deja ver una cicatriz de un moreno violáceo que mas tarde se trasforma en una mancha blanca é indeleble, ora unida, ora muy ligeramente desigual.

Ordinariamente, al mismo tiempo que las primeras ulceraciones se cicatrizan, aparecen nuevas pústulas ó nuevos tubérculos, despues se ulceran y forman nuevas costras y nuevas úlceras, de manera que á menudo puedan verse en un mismo enfermo tubérculos todavía duros, otros que se reblandecen, costras negruzcas, espesas, estratificadas, ulceraciones grisáceas con bordes cortados á pico, y en fin, cicatrices violáceas ó blancas.

Esta estension de la ulceracion puede verificarse en muchos sentidos; puede tener lugar por un movimiento centrifugo completo, lo que es bastante raro; puede seguir un trezado; pero lo mas frecuente es que se verifique por un movimiento centrifugo incompleto, curándose parte de la circunferencia, mientras que el resto continua progresando. Se ve entonces un surco bastante ancho, cubierto de una costra verdosa desigual que adelanta siempre en forma de surco.

El sitio de la sifilide ulcerosa serpiginosa, es sobre todo alrededor de las articulaciones, en el dorso, en las espaldas y hasta en la cara. Puede no existir mas que una ulceracion, pero á menudo hay muchas y algunas veces son numerosas en el mismo enfermo.

Esta sifilide no va acompañada ni de dolor ni de come-

zon; la salud general es á menudo buena, y la caquexia que algunas veces se encuentra, debe ser atribuida á la sífilis mas bien que á la manifestacion cutánea.

La marcha de esta sífilide es muy lenta á causa de su tendencia á la estension, sin embargo cede bastante fácilmente á un tratamiento bien dirigido. Cuando la curacion debe verificarse, la ulceracion se deterge y toma los caracteres de una llaga simple; la costra se adelgaza, se vuelve menos oscura, despues cae y se ve en su lugar una mancha morena que se borra gradualmente para dejar una cicatriz indeleble. Esta cicatriz, presenta á menudo un aspecto grave, y las depresiones indican el sitio en donde se hallaban las ulceraciones mas profundas. Debe tenerse en cuenta, que esta sífilide recidiva fácilmente cuando se ha interrumpido el tratamiento; no es raro ver enfermos que presentan de esta manera muchas erupciones semejantes durante dos ó tres años.

Diagnóstico. La sífilide ulcerosa serpiginosa no puede ser confundida sino con la escrofulide pustulosa y con el chancre fagedénico. La ulceracion de la *escrofulide pustulosa*, es de un tinte mas pálido; sus bordes son irregulares, festoneados, despegados, el pús es mas líquido y como seroso; las costras son ó blancas ó negras, pero no tienen la coloracion de un verde negro que se encuentra en la sífilis; no se encuentra ni en la aureola que rodea las llagas, ni en las cicatrices que empiezan el color moreno característico. Hemos visto á menudo que se confundia un *chancre fagedénico* que contaba muchos meses con la sífilide serpiginosa; el aspecto mamelonado de la ulceracion, su asiento en un punto en donde se desarrollan ordinariamente las úlceras primitivas; la marcha invasora de la llaga, la ausencia de todo fenómeno de sífilis general, y ante todo la inoculacion posible con el pús que proviene de ella, son otros tantos signos que nos servirán para distinguir el chancre fagedénico.

Pronóstico. La escrofulide serpiginosa es una afección grave, porque denota una infeccion profunda; es tambien grave porque deja en pós de sí cicatrices indelebles y algunas veces bridas que dificultan los movimientos; en fin, si tiene una estension considerable, la supuracion puede ser bastante abundante para egercer una influencia perjudicial sobre la constitucion, y para aumentar los accidentes de la caquexia.

b. Sifilide ulcerosa perforante.

La sifilide ulcerosa perforante empieza lo mas frecuentemente por tubérculos; tiene comunmente asiento en la cara, en la nariz, en los lábios y en los orejas. Se inicia por dos ó tres tubérculos indolentes, bastante voluminosos, pero hundidos en la piel, de modo que no forman mas que una ligera eminencia; su vértice se vuelve rojo, se reblandece y la piel entumece; se forma entonces una costra negruzca muy espesa; muy rugosa que cubre una ulceracion al principio superficial. Pronto la llaga invade todo el espesor del tubérculo, y continuando su marcha progresiva destruye todos los tegidos que encuentra sin detenerse ni por los cartilagos ni por los huesos. Cuando la costra cae, se ve una ulceracion profunda anfractuosa, cuyos bordes son salientes y unidos, y el fondo grisáceo; el pús sanioso y fétido, pero muy plástico, forma pronto una nueva costra que no tarda en tomar los caracteres particulares de la ulceracion y el aspecto que acabamos de indicar. Durante todo el curso de esta afeccion, no hay ninguna reaccion local ó general debida á aquella; los fenómenos de dolor ó de caquexia pertenecen sea á las exostosis sea á la misma sífilis.

La duracion de esta enfermedad es siempre muy larga y es menos fácilmente modificada por el tratamiento, que la forma serpiginosa. Sin embargo, termina á menudo por la curacion: entonces la ulceracion se deterge, sus bordes se rebajan, el fondo se vuelve rojo y granuloso como una llaga simple y la cicatrizacion se verifica. Las cicatrices en un principio morenas, van poco á poco blanqueando, son á menudo irregulares, deprimidas. Despues de estas úlceras quedan algunas veces bridas, deformidades y pérdidas de sustancia; puede faltar un ala de la nariz, y cuando los huesos de la nariz han sido atacados, resulta una deformidad repugnante en la cara.

Diagnóstico. La sifilide perforante puede ser confundida con la escrofulide perforante y con las ulceraciones del cáncer. La *escrofulide perforante* presenta los mismos caracteres que hemos señalado á la forma pustulosa de la escrófula; estos signos con los antecedentes y con los fenómenos concomitantes, bastan lo mas á menudo para esta-

blecer el diagnóstico. Las ulceraciones producidas por un *cancroide* presentan signos diferentes: han empezado por un grano verrugoso, que ha persistido largo tiempo antes de ulcerarse; presentan los bordes salientes echados hácia afuera; las cicatrices son mas aparentes al formarse; en fin, el diagnóstico es auxiliado por el carácter negativo de los fenómenos anteriores y concomitantes.

Pronóstico. La sífilide ulcerosa perforante es la forma cutánea mas grave de la sífilis; por su duracion, por su profundidad, por las cicatrices deformes é indelebles que deja en pos de sí, y por los síntomas de caquexia que algunas veces la acompañan, constituye una afeccion muy seria.

Tratamiento de las sífilides.

El tratamiento de las sífilides comprende dos indicaciones; el tratamiento general, que no es otro que el de la misma sífilis y el tratamiento local que lo mas frecuentemente no es mas que accesorio.

El *tratamiento general* de las sífilides varia segun el período de la sífilis á que pertenece la erupcion que se observa. Por esta razon, de todo punto práctica, hemos dividido las sífilides en precoces, intermedias y tardías.

Las *sífilides precoces* desarrollándose al mismo tiempo que los accidentes secundarios, reclaman el mismo tratamiento y debe recurrirse al mercurio. Hemos dicho en el tratamiento de la sífilis que damos comunmente la preferencia á las pildoras de Sedillot, y prescribimos una ó dos al dia. En ciertos casos, cuando el enfermo está débil, anémico, ó cuando el mercurio hace sentir su accion en el tubo digestivo ó en las encías, creemos que puede limitarse á un tratamiento reconstituyente compuesto de preparaciones de hierro y de quina, y á un régimen alimenticio fortificante; en estos casos, las sífilides siguen su marcha natural y desaparecen espontáneamente; cuando esta curacion tarda en presentarse, puede en último término acudir con ventaja á los mercuriales. Es preciso obrar de la misma manera con los escrofulosos, los cuales en general soportan mal el mercurio; deberá dárseles el ioduro de hierro, el aceite de hígado de bacalao, y prescribir un régimen analéptico; y solo

hasta el fin no podrán prescribirse las preparaciones mercuriales para apresurar y consolidar la curacion.

Las sífilides *intermedias* se manifiestan al mismo tiempo que los accidentes de transicion y reclaman tambien el tratamiento mercurial. Hemos dicho ya, que cuando la sífilide pigmentaria existe sola, es inútil prescribir un tratamiento, porque no es susceptible de modificacion ni por el mercurio ni por ningun otro medicamento; el tiempo es lo único que obra sobre ella.

Las sífilides *tardias* son, como todos los accidentes terciarios, modificadas bastante rápidamente por el ioduro de potasio; por cuya razon es prescrito este medicamento por todos los facultativos; pero mientras que la mayor parte de ellos lo dan solo, nosotros somos de parecer que es preferible administrarlo concurrentemente con el mercurio. MM. Bazin, Gibert y Devergie, dan estos dos medicamentos; el ioduro de potasio y el proto-ioduro de mercurio reunidos en una misma preparacion, en un mismo jarabe; segun nuestra observacion nos parece que estos remedios tienen mas accion cuando se dan separadamente y en horas diferentes. Ordenamos una ó dos píldoras de Sedillot por la noche, y de uno á cuatro gramos de ioduro de potasio en solucion por la mañana; nunca damos una dosis mas considerable de ioduro de potasio, porque hemos observado que la dosis de 20, de 30 gramos ordenada por ciertos médicos, causa al enfermo sin apresurar mas rápidamente la curacion, y añadiremos que es raro que elevemos la dosis mas allá de dos gramos por dia.

No tenemos necesidad de repetir aquí las contra-indicaciones del empleo de los específicos, sacadas del estado del enfermo que es escrofuloso, debilitado, ó que ha caido en la caquexia sífilítica. En estos casos los específicos son perjudiciales y no obran verdaderamente si no cuando la constitucion ha sido operada por un tratamiento reconstituyente.

Tampoco hablaremos aquí de otros medicamentos preconizados para el tratamiento de la sífilis; es raro que tengan su aplicacion en la terapéutica de las sífilides; hemos emitido suficientemente nuestra opinion sobre este punto al hablar del tratamiento de la sífilis.

El *tratamiento local* es comunmente inútil, y la mayor parte de las sífilides se curan sea espontáneamente, sea por efecto del tratamiento general. Sin embargo, en ciertos casos las aplicaciones locales pueden ser útiles y pueden apre-

surar la curacion. Así las placas mucosas se rebajan mas rápidamente cuando se las toca con algunos líquidos astringentes, tales como el vinagre, el agua clorurada, ó mejor aun, cuando se las cauteriza con una solución de nitrato de plata ó con el nitrato ácido de mercurio; este último medicamento es sobre todo útil contra las placas mucosas de la garganta, rebeldes al tratamiento general. Las escrescencias verrugosas, las vegetaciones reclaman aun mas el empleo de los cáusticos, del nitrato ácido de mercurio, del ácido crómico y del ácido acético. En ciertas formas escamosas son útiles las unciones hechas con pomadas cuya base es el alquitran ó el aceite de enebro.

Las lociones emolientes, las cataplasmas, pueden servir para hacer caer las costras; pero en general es preferible respetarlas para no poner al desnudo las ulceraciones y dejar que se desprendan espontáneamente por la influencia del tratamiento general y cuando la ulceracion subyacente está cicatrizada.

Las ulceraciones sifilíticas, sobre todo las que suceden á las siflides tardías, necesitan algunas veces ser curadas con pomadas ligeramente escitantes, tales como el unguento digestivo, el unguento Canat, que parece que favorecen la cicatrizacion. Con esta mira hay una pomada que nos ha dado felices resultados, compuesta de minio y cinabrio, dos gramos de cada cosa, por 30 gramos de manteca ó de cerato.

En el tratamiento de las siflides no debe darse al olvido el uso de los baños simples alcalinos ó sulfurosos. Los baños de sublimado, las fumigaciones cinábricas que ciertos médicos ordenan para todas las siflides, tienen mucha menos accion que el mercurio administrado interiormente y deben reservarse para los niños y para las personas cuyo tubo digestivo no pueda resistir las preparaciones mercuriales.

La higiene desempeña tambien un papel importante en la terapéutica de las siflides; es preciso que el enfermo se abstenga de toda escitacion, de toda fatiga. En las placas mucosas que se fijan en los lábios y en la boca, es preciso proscribir el tabaco. El alimento debe ser sustancioso, compuesto principalmente de carne al fin del segundo período de la sífilis, y durante el tercero debe tomarse un poco de vino puro, un poco de café. Cuando la curacion tarda en presentarse, un cambio de aires y la permanencia en el campo concluyen á menudo por producir una terminacion feliz. A este régimen higiénico reconstituyente en los individuos un

poco débiles, y principalmente en las sífilides tardías, es bueno añadir algunos medicamentos tónicos, tales como el ioduro de hierro, la quina y las preparaciones de genciana.

En ciertos casos, á pesar del uso de los específicos y de un tratamiento médico bien dirigido, se vé á las sífilides persistir largo tiempo y hasta recaer. Entonces, sobre todo, cuando la constitucion está alterada, es útil enviar los enfermos á tomar *aguas minerales*. Las que convienen mas son las aguas sulfurosas, tales como las de Bareges, de Luchon, de Uriage, de Aix, de Schinznach, de Lix, de Enghien, etc. Al mismo tiempo que las aguas, puede prescribirse un tratamiento mercurial ó iodurado, el cual produce comunmente una pronta mejoría; pero en los individuos debilitados, caquééticos, es preferible no emplear si no el tratamiento termal y no recurrir á los específicos sino mas tarde, cuando la constitucion ha sido restablecida por la influencia de las aguas.

Cuando las sífilides han desaparecido, las aguas sulfurosas son tambien útiles para consolidar la curacion; restableciendo las fuerzas y la armonía de las principales funciones pueden prevenirse las recaídas. Para obtener este último resultado la *hidroterapia* puede ser igualmente ventajosa; está principalmente indicada en los casos de anemia con accidentes nerviosos consecutivos.

Además de esta accion sobre la evolución de la enfermedad sífilítica y sobre la salud general, algunas aguas minerales tendrán tambien otra propiedad, de la cual puede sacarse partido para el diagnóstico y para el pronóstico de la sífilis. Esta propiedad seria la de hacer reaparecer las erupciones sífilíticas en las personas atacadas de sífilis latente. Esta accion reveladora perteneceria, sobre todo, á las aguas de Loches. No podemos decir con toda exactitud si estas opiniones están fundadas en una observacion exacta de todo punto; pero lo que podemos afirmar como una verdad incontestable es el buen efecto de las aguas minerales para verificar y consolidar la curacion de los diversos accidentes sífilíticos y en particular de las manifestaciones cutáneas.

FIN.

poco débiles; y principalmente en las sífilis tardías, es bueno añadir algunos medicamentos tónicos, tales como el yoduro de hierro, la quina y las preparaciones de genciana.

En ciertos casos, á pesar del uso de los específicos y de un tratamiento médico bien dirigido, se vé á las sífilis persistir largo tiempo y hasta redivivir. Entonces, sobre todo, cuando la constitución esté alterada, es útil enviar los enfermos á tomar aguas minerales. Las que convienen mas son las aguas sulfuradas, tales como las de Barège, de Bourbon, de Uriage, de Aix, de Schinznach, de Lix, de Euzenat, etc. Al mismo tiempo que las aguas, puede prescribirse un tratamiento mercurial ó yodurado, el cual produce comunmente una pronta mejoría; pero en los individuos debilitados, caducos, es preferible no emplear sino el tratamiento formal y no recurrir á los específicos sino mas tarde, cuando la constitución ha sido restablecida por la influencia de las aguas.

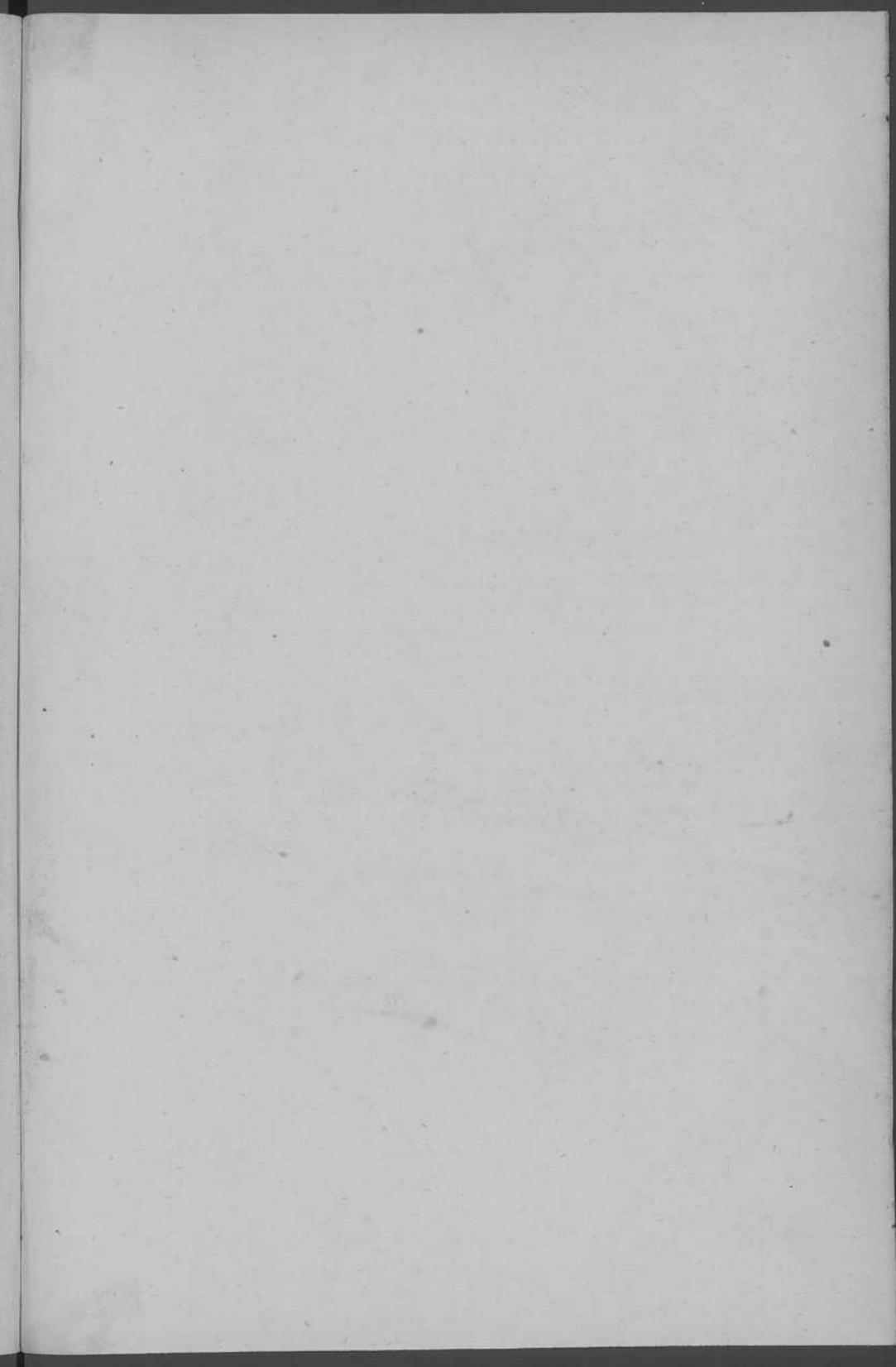
Cuando las sífilis han desaparecido, las aguas sulfuradas son también útiles para consolidar la curación; restableciendo las fuerzas y la armonía de las principales funciones pueden prevenirse las recidas. Para obtener este último resultado la hidroterapia puede ser igualmente ventajosa; esta principalmente indicada en los casos de anemia con accidentes nerviosos consecutivos.

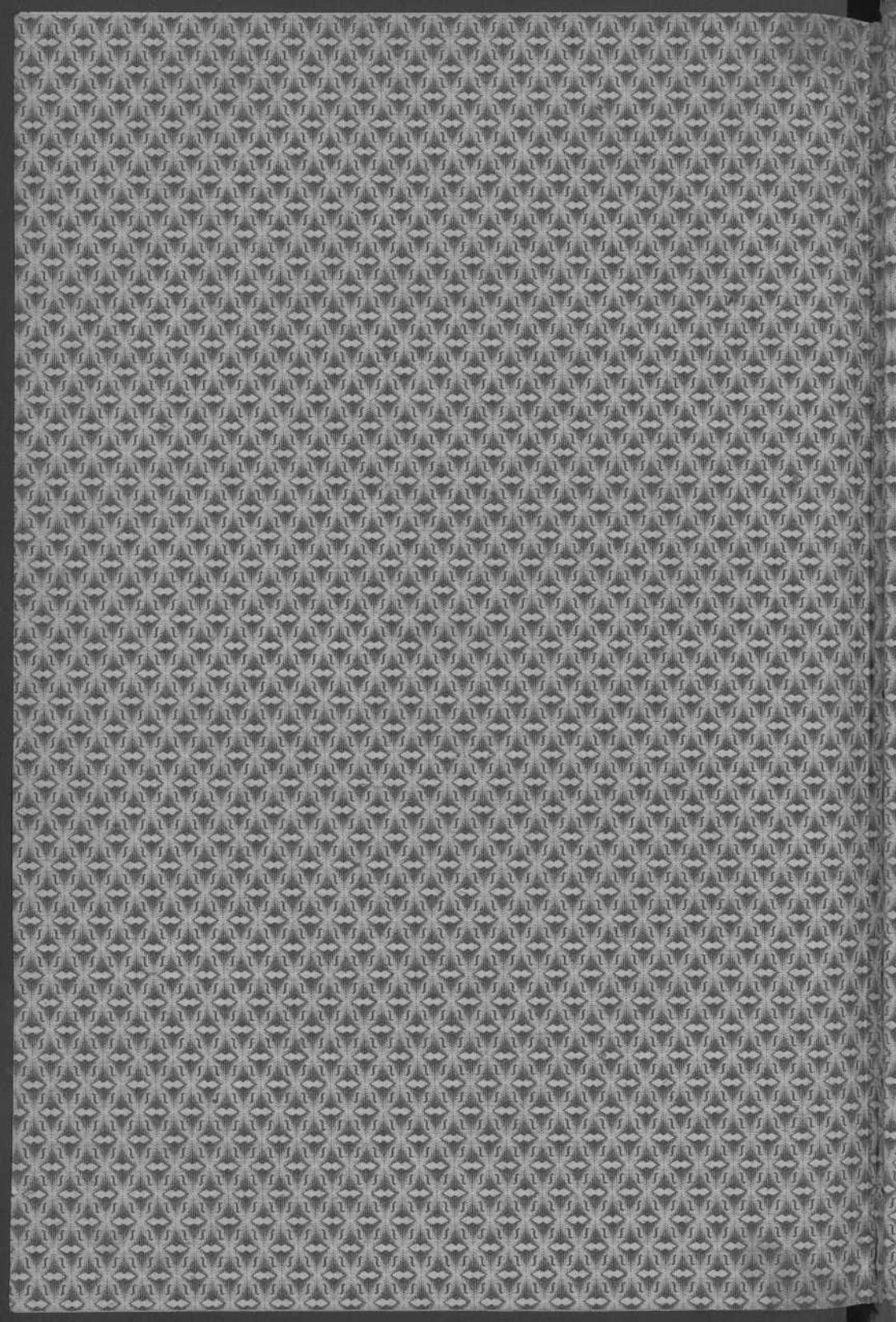
Además de esta acción sobre la evolución de la enfermedad sífilítica y sobre la salud general, algunas aguas minerales también tienen otra propiedad, de la cual puede sacar partido para el diagnóstico y para el pronóstico de la sífilis. Esta propiedad seria la de hacer reaparecer las erupciones sífilíticas en las personas atacadas de sífilis latente. Esta acción reveladora pertenecería, sobre todo, á las aguas de Lóches. No podemos decir con toda exactitud si estas opiniones están fundadas en una observación exacta de todo punto; pero lo que podemos afirmar como una verdad incontrovertible es el buen efecto de las aguas minerales para verificar y consolidar la curación de los diversos accidentes sífilíticos y en particular de las manifestaciones cutáneas.

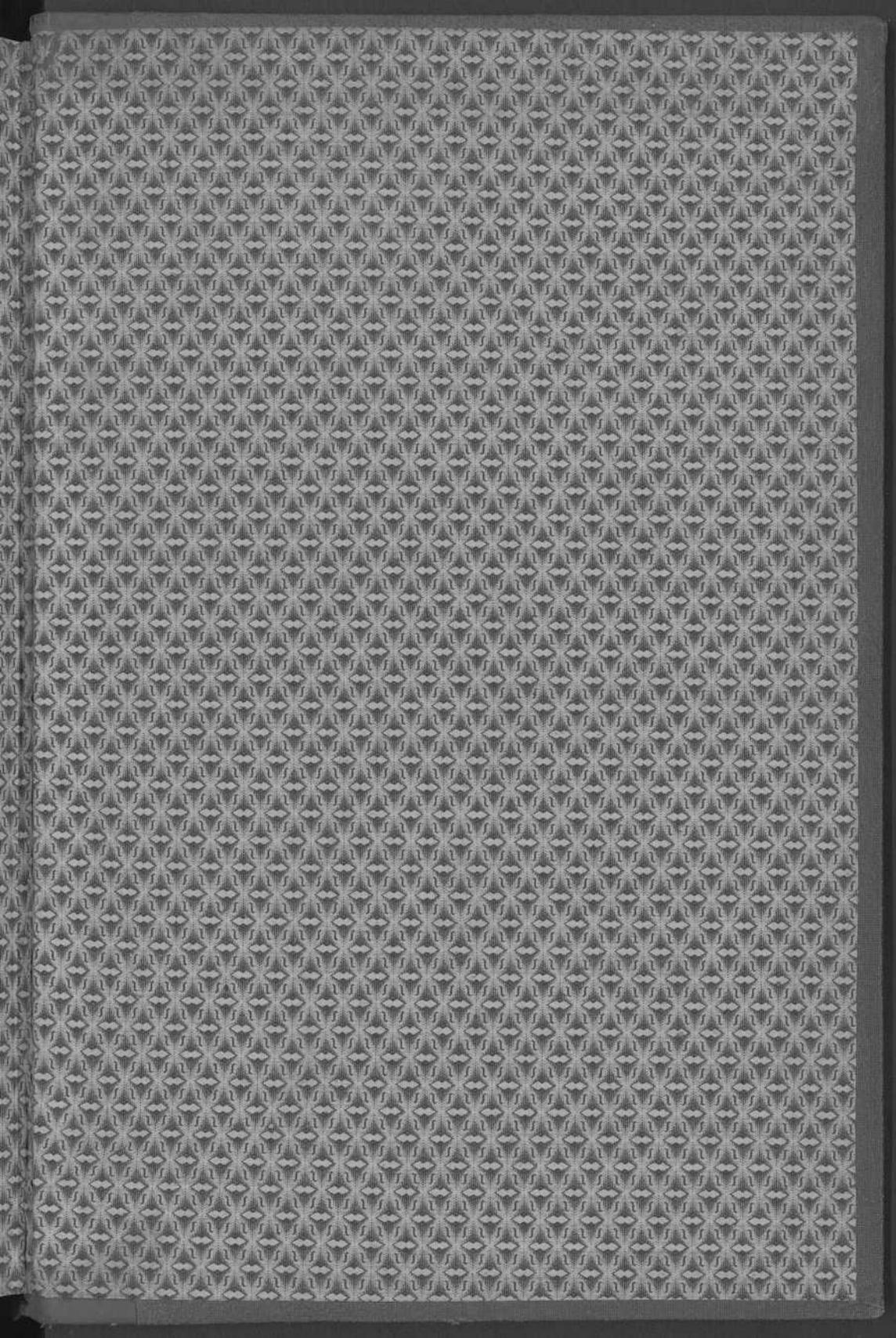
ÍNDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 109 | Sífilis exantemática | 7 |
| 113 | Sífilis papulosa | 22 |
| 113 | Sífilis papulosa lentificada | 24 |
| 114 | Sífilis papulosa planicentral | 33 |
| 116 | Sífilis pustulosa superficial | 35 |
| 117 | Sífilis varioliforme | 39 |
| 118 | Sífilis vegetante | 43 |
| 118 | Sífilis verrucosa | 47 |
| 119 | Sífilis yranosa | 49 |
| | Leucodermas | |
| | Placas mucosas | |
| | CAPITULO PRIMERO. | |
| | Introduccion al estudio de las enfermedades de la piel | |
| | CAPITULO SEGUNDO. | |
| | De la escrófula | |
| | Afecciones escrofulosas | |
| | Marcha, duracion, terminaciones, complicaciones | |
| | Diagnóstico | |
| | Pronóstico | |
| | Etiología | |
| | Tratamiento | |
| | CAPITULO TERCERO. | |
| | De las escrofulídes | |
| | Caracteres generales de las escrofulídes | |
| | Diagnóstico de las escrofulídes | |
| | Division de las escrofulídes | |
| | Pronóstico de las escrofulídes | |
| | Tratamiento de las escrofulídes | |
| | CAPITULO CUARTO. | |
| | De la sífilis | |
| | Definicion | |
| | Accidentes primitivos | |
| | Accidentes secundarios | |
| | Accidentes terciarios | |
| | Duracion, marcha, terminaciones | |
| | Etiología | |
| | Tratamiento | |
| | CAPITULO QUINTO. | |
| | De las sífilides | |
| | Caracteres generales de las sífilides | |
| | Diagnóstico de las sífilides | |
| | Division de las sífilides | |
| | Sífilides precoces | |

| | Páginas. |
|---|----------|
| Sifilide exantemática..... | 109 |
| Sifilide papulosa..... | 112 |
| Sifilide papulosa lenticular..... | 112 |
| Sifilide papulosa plana y sifilide en placas..... | 114 |
| Sifilide pustulosa superficial..... | 116 |
| Sifilide varioliforme..... | 117 |
| Sifilide vegetante..... | 118 |
| Sifilide granulosa..... | 118 |
| Escrecencias..... | 119 |
| Placas mucosas..... | 120 |
| Sifilides intermedias..... | 123 |
| Sifilide pigmentaria..... | 124 |
| Sifilide vesiculosa..... | 125 |
| Sifilide vesiculosa eczematosa..... | 127 |
| Sifilide vesicular herpetiforme..... | 128 |
| Sifilide pustulosa..... | 128 |
| Sifilide pustulosa agniforme..... | 128 |
| Sifilide ectimatosas..... | 129 |
| Sifilide escamosa..... | 131 |
| Sifilide escamosa en gotas..... | 131 |
| Sifilide escamosa circinada..... | 132 |
| Sifilide palmar y plantar..... | 133 |
| Sifilide tuberculosa..... | 134 |
| Sifilide tuberculosa diseminada..... | 135 |
| Sifilide tuberculosa en grupos..... | 136 |
| Sifilides tardias..... | 138 |
| Sifilide pustulo-crustacea..... | 139 |
| Sifilide ulcerosa..... | 142 |
| Sifilide ulcerosa serpiginosa..... | 142 |
| Sifilide ulcerosa perforante..... | 145 |
| Tratamiento de las sifilides..... | 146 |
| Accidentes secundarios..... | 77 |
| Accidentes terciarios..... | 80 |
| Dirccion marcha terminaciones..... | 83 |
| Etiologia..... | 87 |
| Tratamiento..... | 94 |
| Caracteres generales de las sifilides..... | 99 |
| Diagnostico de las sifilides..... | 101 |
| Division de las sifilides..... | 102 |
| Sifilides precoces..... | 106 |
| Sifilides precoces..... | 108 |







DRM

15

HARDY

DERMATOLOGIA

15.941