

FA, 10081

~~24331~~

~~EN DEPOSITO~~ 0682

DR. PEREZ ARAPILES
c/ Lope de núa. 12-3.^o
Teléfono 20 85 18
L E ● N

RECEIVED
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D. C.
MAY 11 1911

1 R. 41866

TRATADO

TEÓRICO Y PRÁCTICO

DE

LA SÍFILIS

6

INFECCION PURULENTA SIFILITICA

POR

ARMANDO DESPRÉS,

Cirujano del Hospital-Cochin,
profesor agregado de la Facultad de Medicina de Paris,
miembro de la Sociedad de Cirugía, de la Sociedad Anatómica, etc., etc.,
caballero de la Legion de honor.

~~~~~  
PUBLICA ESTA OBRA EL PABELLON MÉDICO.  
~~~~~

DONATIVO DEL
Dr. PEREZ-ARAPILES

MADRID
Berengüillo, Huertas, 70
1876

TRATADO

DE

LA SÍFILIS

EXPLICACION DE LA SÍFILIS

ARMANDO DESPRES

Quirano del Hospital-Cochin,
profesor adjunto de la Facultad de Medicina de Paris,
miembro de la Academia de Medicina de Paris, etc.
traducido de la lengua francesa

PUBLICA ESTA OBRA EL PABLON DE

DEPARTAMENTO DE
D. BENZ-ARZULE

MADRID

Imprenta de San Juan

TRATADO

TEÓRICO Y PRÁCTICO

DE

LA SÍFILIS

6

INFECCION PURULENTA SIFILÍTICA

POR

ARMANDO DESPRÉS,

Cirujano del Hospital-Cochin,
profesor agregado de la Facultad de Medicina de Paris,
miembro de la Sociedad de Cirugía, de la Sociedad Anatómica, etc., etc.,
caballero de la Legión de honor.



PUBLICA ESTA OBRA EL PABELLON MEDICO.

MADRID

Berengallo, Huertas, 70

1875

TRATADO

DE

LA SÍFILIS

INTERROGATORIO SÍFILIS

por

ARMANDO DESPÉS

Profesor de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.
Catedrático de la Cátedra de Sífilis y Venéreas en el Hospital de San Carlos.
Catedrático de la Cátedra de Sífilis y Venéreas en el Hospital de San Carlos.

DR. PÉREZ ARAPLES
C/ Llaneta número 12 - 3.^o
Teléfono 30 35 19

FABRICA ESTA EN EL PABELLO N.º 11

MADRID

1935

1-35

PREFACIO.

La ciencia que nos han transmitido nuestros antepasados es un capital del que cada uno de nosotros debe servirse, en provecho de la posteridad: es necesario pagar en buena ó mala moneda, pues cada cual hace en esta parte lo que puede.

El autor de este libro ha sido durante siete años médico agregado del hospital de Lourcine, en Paris. En ese foco de instruccion que se llama hospital, y en que las clínicas que forma el cirujano son inferiores á los estudios é investigaciones que allí pueden hacerse, han sido seguidas y observadas en grande escala las enfermedades sifílticas durante un espacio de tiempo suficientemente largo para madurar mi opinion.

Esta opinion constituye el objeto de la presente obra.

El autor, que ha leído los escritores antiguos, no se forja ninguna ilusion. Sabe que es raro que una teoría, que se halla enteramente en desacuerdo con la creencia general de los contemporáneos, recoja numerosas adhesiones; pero quien cree poseer la verdad no se fija en la idea de los sufragios que pueda obtener. Habla y escribe; y, si tiene razon, son supérfluos los elogios: se considera bastante recompensado si logra hacer avanzar la ciencia.

ARMANDO DESPRÉS.

PREFACIO.

La ciencia que nos han transmitido nuestros antepasados es un capital del que cada uno de nosotros debe servirse, en provecho de la posteridad: es necesario pagar en buena o mala moneda, pues cada cual hace en esta parte lo que puede.

El autor de este libro ha sido durante este año médico agregado del hospital de Lourdes, en París. En ese loco de instrucción que se llama hospital, y en que las clinicas que toman el nombre son inferiores á los estudios e investigaciones que allí pueden hacerse, han sido registradas y observadas en grande escala las enfermedades sistémicas durante un espacio de tiempo suficientemente largo para madurar mi opinion.

Esta opinion constituye el objeto de la presente obra. El autor, que ha leído los escritos antiguos, no se faja ninguna línea. Sabe que es raro que una teoria que se halla enteramente en desacuerdo con la creencia general de los contemporáneos, reciba numerosas adhesiones; pero quien cree pensar la verdad no se fija en la idea de los riesgos que pueda obtener. Habla y escribe; y si tiene razon, son cuántos los abyectos que convida bastante recompensado á lograr hacer avanzar la ciencia.

Alexandre Barthez.

TRATADO
DE LA SÍFILIS

DR. PEREZ ARAPILES

c/ Lancia núm. 12-3.º

Teléfono 20 85 19

O N

6

INFECCION PURULENTA SIFILÍTICA.

PRIMERA PARTE.

HISTORIA DE LA SÍFILIS.

*Verique simili est inter non nulli auxilia
adverse valetudinis, plerum que tamen eam
bonam contigisse, ob bonos mores quos ne-
que desidia, neque luxuria vitiaren: si qui-
dem hæc dux corpora primum in Græcis
deinde apud nos affligerunt.*

(*AVR. CORN. CELSUS, p.ºfatío.*)

Las enfermedades ulcerosas de los órganos genitales son conocidas desde la más remota antigüedad. Desde que las sociedades se constituyeron, desde que hubo ciudades y aglomeración de hombres, han observado los médicos lesiones en las partes genitales de los jóvenes y de los libertinos. Al gozar de los beneficios de la civilización las sociedades nacientes, sufrían también los efectos de una higiene, tanto menos perfecta cuanto más se alejaba el hombre del estado de la naturaleza. Poco a poco las enfermedades de los órganos genitales fueron más frecuentes, adquiriendo una gravedad mayor ó menor según las condiciones higiénicas del momento. ¿Cuándo y cómo empezaron las enfermedades venéreas? ¿Qué pueblo las transmitió á los demás? Es imposible decirlo; pero lo cierto es que la aparición de un mal nuevo en el siglo XV y su importación de

América son quimeras, nacidas en los falseados espíritus de la Edad media, en el momento de la gran crisis que debía producir la primera conquista de la libertad del pensamiento, el descubrimiento de la imprenta y la discusión de los artículos de la fe.

Después de discusiones extrañas, de controversias más ó menos científicas sobre el origen y la definición de la sífilis, han profundizado la cuestión investigaciones más profundas, más ingeniosas y más ilustradas. Desde Beckett y Astruc hasta nuestros días, han sobresalido tres opiniones: la importación del virus de América, el desarrollo espontáneo del virus, y, por último, el origen muy antiguo de la sífilis, que solamente hubiera podido reconocerse en un momento de epidemia, en una época en que Italia estaba cubierta de hombres de todos los países, de aventureros y de cortesanas de la más baja estofa, en medio de principados cuyas costumbres eran las más disolutas del mundo.

Entre los autores cuyas obras son más completas, Astruc (1) (1740) y Gitzanner (2) (1793) han sostenido la primera opinión. El anónimo inglés de Rob. Griffiths (3) (1751), Sanchez (4) (1752), Hensler (5) (1789), Grüner (6) (1789) y Simon (7) de Hamburgo, han defendido la segunda. Beau y Ricord, en nuestros días, han opinado que el muermo y los lamparones crónicos han podido tener alguna influencia en la epidemia del si-

(1) Astruc, *De morbis venereis*, 1749. in-4.º, 2 vol., y *Tratado de las enfermedades venéreas*, traduc. franc., 4.ª ed., Paris, Cavelier, 1773, in-8.º 4 vol.

(2) Ch. Gitzanner, *Abhandlung uber die venerischen Kran Keiten*, 1793, 2 vol., continuada por H. Aug. Hecker, *Litteratur der syphilitischen kranken keiten von, 1794 á 1829*, Leipsig, 1830, id. von, 1830 á 1838, Leipsig, 1839.

(3) *Dissertation on the origine of venereal disease proving that it was not brought from America but began Europe from an epidemie distemper*, London, printer for Robert Griffiths, 1751.

(4) Sanchez (Ant. Nun. Ribero), *Disertacion sobre el origen de la enfermedad venérea, para demostrar que el mal no procede de América*, Paris, 1752.

(5) P. G. Hensler, *Geschichte der Lustseuche die zu Indo des Jahrhanderts in Europa Ausbrach*, t. I, Altona, t. II, 2.ª parte.

(6) Ch. G. Grüner, *Di morbo gallico scriptores, medici et historici partim inediti partim rari et notatibus aucti: accedunt morbi galici origines marianice*, Iena, 1793.

(7) Simon, *Declaratio defensiva cujusdam positionis de malo frauros imper per professorem oppugnata*. Hamburgo, nueva edicior, 1860.

glo XV. Pero la mayoría de los sifiliógrafos franceses sostienen la teoría de la existencia muy antigua de la sífilis, expuesta en la Edad media y hábilmente discutida después por W. Beckett (1) (1718), Rosebaum (2) en Alemania (1839), Cazenave (3) (1843) y Follin (4) (1861) en Francia han reunido para este objeto tantos datos y citas tan precisas que parece imposible se pueda escribir más sobre este asunto. Sin embargo, un antiguo alumno del hospital de Lourcine, Renautt (5) (1868), ha podido, con ayuda de algunos documentos, demostrar que es imposible precisar el origen de la sífilis al fin del siglo XV, ya se invoque el testimonio de los historiadores, ya se examine escrupulosamente los dichos de los médicos de aquellos tiempos, y sobre todo las fechas á que se refieren.

(1) W. Beckett. *An attempt to prove the antiquity of the venereal disease, etc.* Phil. trans., vol. XXX, 17 y 18.

(2) Rosebaum, *Geschichte der Lustsüuche im Alterthume nebst ausführlichen untersuchungen über den Venus und Phallicusculus*, 1839, traducido por J. Santtus, Bruxelles, 1847.

(3) A. Cazenave, *Tratado de las sífilides*. Paris, 1843.

(4) Follin, *Tratado de patologia quirúrgica*. Paris, 1861, t. I, pág. 604.

(5) Ch. Renautt, *La sífilis en el siglo XV*. Paris, 1868.

LA SÍFILIS EN LA ANTIGÜEDAD.

La sífilis podrá haber sido poco conocida en la antigüedad y en la Edad media, pero aunque no haya sido descrita como enfermedad, no puede decirse por esto que no haya existido. A pesar de los esfuerzos de Aristóteles, Epicuro y Galeno, la antigüedad no fué naturalista. Era imposible que el espíritu humano, que pasaba entónces por el sistema teocrático y por el sistema metafísico, concibiese las relaciones naturales entre hechos lejanos. Ninguna enfermedad de evolucion intermitente á largos períodos ha sido conocida en la antigüedad. La lepra, aunque mencionada por los griegos y los romanos, no era comprendida como una enfermedad de recaída ó reincidencia. No pediremos, pues, á la antigüedad lo que sus medios científicos no la permiten dar: la descripción de los males venéreos: no olvidemos, además, que, estando todas las ideas morales mezcladas á las religiosas, las teocracias de la antigüedad habian arrojado una especie de reprobacion sobre las enfermedades de los órganos genitales, reprobacion que alejaba al enfermo del médico, y recíprocamente. Esta prescripcion de las lesiones de los órganos genitales es toda una revelacion: el libertinaje está implícitamente condenado en ella, y esto parece indicar el origen de las úlceras de las partes genitales en las uniones sexuales, cosa no formulada, sin embargo, por los antiguos.

La historia de las úlceras de las partes genitales está brevemente tratada en los capítulos médicos que se refieren á las enfermedades de la vejiga, de la matriz y del ano. Las historias y los libros eróticos antiguos se extienden, por el contrario, largamente sobre las úlceras y las enfermedades de la boca y de la nariz que atacan á los libertinos, ya sean reyes ó esclavos, no pasando en silencio el origen probable de tales males. Los

discursos de Dion Crisóstomo, así como los epigramas de Marcial, son testimonios inequívocos, mucho más teniendo en cuenta la gran cantidad de otros diversos escritos que abundan en el mismo sentido. Después de tantos sifiliógrafos como lo han explicado desde el siglo XVII, volver á enumerar todos aquellos textos y documentos tan discutidos por W. Beckett, y sobre todo por Rosembaum, de nada serviría: de poco aprovecharía tan largo trabajo, y hay, por el contrario, mucho que hacer en los libros de Medicina.

En vano se tratará de encontrar en la Biblia, ya sea en *Los Números*, en *Los Levitas*, en los *Salmos*, ó en el libro de Job, (1) las huellas de los conocimientos de los antiguos á propósito de la sífilis. Todo puede suponerse aún cuando nada puede probarse: se observan enfermedades contraídas en las uniones sexuales, pero tal vez no sean otra cosa que la balanitis y las uretritis. Los modernos se inclinan á admitir que la enfermedad de Job fuese el venéreo. Astruc, fundándose en la autoridad de Orígenes, San Juan Crisóstomo, Apolinar y San Agustín, dice que la enfermedad de Job era la lepra. Astruc ha ido demasiado lejos, porque no es posible que los padres de la Iglesia hayan conocido el venéreo, y si hubiesen sospechado su existencia, voluntaria ó involuntariamente, no hubieran podido decir otra cosa sino que era la lepra.

Todos los historiadores de la sífilis han citado el siguiente pasaje de las epidemias de Hipócrates (siglo V antes de nuestra era): este pasaje encierra alusiones á la sífilis y á la viruela:

«Muchos padecieron aftas y ulceraciones en la boca, fluxiones frecuentes en las partes genitales, tumores húmedos grandes y dolorosos, carnosidades interiores y exteriores en las pupilas, que hicieron perder la vista á muchas personas; en otras partes, así como en las genitales, se presentaron muchas fungosidades. En unos se observaron varios carbunclos y otras

(1) Véase la Biblia, *Números*, cap. XXXI, *Levitas*, cap. XV, *Salmos* 6, 31 y 37, libro de Job, capítulos VII, XVI, XIX y XXX. Véase también Calmet, *Disc. sobre la enfermedad de Job, con comentarios sobre la Biblia y el Nuevo Testamento*.

afecciones llamadas sépticas, extensas erupciones pustulosas, y en otros grandes erupciones vexiculosas.» (1)

Follin invoca una obra traducida recientemente, *Ayurveda de Sucruta*, obra que se remonta á los principios de nuestra era y que expone los conocimientos de la India antigua sobre las enfermedades vergonzosas: en élla se mencionan las úlceras de los bubones de las ingles, las pústulas coloreadas de la cabeza y las erupciones plantarias y palmarias. (2) Esta corta mencion es muy preciosa, porque si es evidente que en el período babilónico y persa fueron observadas por primera vez las lesiones de la sífilis, el libro indio nos ofrecería algunas huellas. Aceptando el texto, puede admitirse que los indios conocían las sífilides palmarias y plantarias.

La antigüedad nos ha conservado el recuerdo de dos epidemias importadas por soldados de regiones lejanas: la lepra, venida con las legiones de Pompeyo, que la habían adquirido en Egipto, y la mentagra, importada de Oriente por Perusinus, parecen haber sido contagios de sífilis; pero como no haya relacion alguna bien precisa de tales hechos, aún suponiendo que en estas enfermedades se manifestasen casos de sífilis, no se puede afirmar en absoluto.

(1) Hipócrates, *Epidemias*, lib. III, sec. III, §. 7.

La epidemia á que alude Hipócrates se parece mucho á la epidemia descrita por Tucídides (libros II, XLVII y siguientes, el año 431 ántes de J. C.) y que duró hasta el año 427. Su larga é interesante descripcion parece indicar se trataba de fiebre tifoidea, de escarlatia y de viruela, tres enfermedades que reinan con frecuencia reunidas: en el texto encontramos estas frases, que traducimos: «El mal se fijaba en las partes vergonzosas, en los piés y en las manos, y con frecuencia sólo se escapa de él perdiendo una de aquellas partes, y muchos perdían la memoria; otros, durante la convalecencia, se encontraban sin memoria».

La pérdida de la vista podia ser consecuencia de pústulas variolosas ó de conjuntivitis morbillosa; la pérdida de la memoria es propia de la fiebre tifoidea; en cuanto á las úlceras de las partes genitales, indican, sin duda, la existencia de enfermedades sífilíticas ó venéreas en estos órganos, que se veían atacados por la gangrena durante la enfermedad general. Pero nuestra opinion es que de esta descripcion de Tucídides no puede deducirse con certidumbre que se trata de una epidemia de sífilis, por el hecho solo de que estuviesen enfermas las partes genitales.

(2) *Ayurvedas id est medicinarum systema a venerabile, Dhauvantare demonstratum á Sucruta*, traducido del sanscrito por Fr. Hessler Erlanger, 1844-1850.

El libro de Celso (siglo primero antes de nuestra era) contiene tambien preciosos datos: todas las ulceraciones que hoy se observan en la vejiga se vieron en Grecia y Roma. Á propósito de la fimosis inflamatoria cancerosa, dice Celso: «Cuando se baja el prepucio, se observan úlceras situadas en su parte inferior, que unas veces son secas y otras húmedas y purulentas»; más adelante habla de casos en que la úlcera es ancha y profunda, añadiendo que suelen formarse en la corona del balano unos tubérculos llamados *phismas* por los griegos, y que no son verrugas; á nuestro juicio, ya se observaban placas mucosas en los tiempos de Celso, y la palabra *phisma* debía indicarlas. Añade, por último: «nace algunas veces sobre la verga un pequeño boton duro». Á propósito de las enfermedades de las mujeres hay tambien una mencion importante: «Si sobreviene á una mujer un tumor en la ingle, acompañado de fiebre, cuya causa no se manifiesta, tiene una úlcera en la vulva»; (1) hé aqui el texto: *Si mulieri ex inguine febricula orie neque causa apparet ulcus in vulva est.*

Marcellus Empiricus (siglo IV) reproduce esta corta proposicion. (2)

Sin reproducir todos los textos invocados, bueno es insistir sobre muchos puntos, que indican, á nuestro juicio, la existencia de la sífilis en la antigüedad, con una forma análoga á la que observamos hoy. Veremos si las descripciones de los antiguos pueden tener relacion con las placas mucosas. Puesto que las placas mucosas sólo se observan en la sífilis, estará demostrado si encontramos algunas úlceras ó pústulas que tengan los caracteres de la lesion más esencialmente sifilitica que conocemos. Los que aceptan el origen americano de la sífilis, batidos en el terreno del chanero simple con los documentos sacados de la antigüedad, y en el terreno de la uretritis con los tomados de la Edad media, no sostienen su opinion sino por la necesidad

(1) A. C. Celso, *De Re Medica*, lib. VI, cap. XVIII. La traduccion de Fonquier nos parece demasiado libre, pero se puede traducir por lo ménos: «si una mujer siente dolores en la ingle, con un poco de fiebre», etc.

(2) Marcellus Empiricus, *De Medicamentis empiricis, phisicis et rationalibus*, capítulos XXXII y XXXIII, en principio de art. méd.

de la doctrina de los dos virus, doctrina muy quebrantada en la actualidad. Como no tardarán en carecer de este motivo, bueno sería discutirle ántes, pero la historia tiene su atractivo, y es muy curioso poder encontrar en los hechos de la antigüedad lesiones que representen punto por punto las placas mucosas.

En los tratados de los compiladores de la Escuela de Alejandría, según Celso, Areteo y Galeno, se habla de condilomas y grietas en el ano, de diversas especies.

Celso hace mención de grietas en el ano diferentes de los condilomas y hemorroides, cuyo sitio es en torno de él, «*si quidem læsum extra est neque intus reconditum*», dando á entender que hay grietas al exterior del ano, y que tal vez había estas placas mucosas que vemos hoy con mucha frecuencia. Las pecas del rostro tienen mucha semejanza con las placas mucosas de la cara.

Areteo (110), (1) en un capítulo distinto del de las anginas, *De tonsillarum ulceribus*, habla de úlceras en la garganta; añade más adelante, á propósito del tratamiento, que estas úlceras se extienden hasta el paladar; lo que ha llevado á muchos autores á suponer que se tratara quizás de úlceras tardías de la sífilis ó de exóstosis del velo del paladar.

Oribaso (400), al tratar de las verrugas, las describe de un modo que pudiera aplicarse á las placas mucosas. (2)

Aecio (500) ha escrito muchos capítulos en los que se encuentran lesiones que, ó no fueron descritas ántes, ó lo fueron mal.

Hace mención de úlceras y exulceraciones del escroto, que unas veces son muy manifiestas y otras poco, que se recubren de escamas y que suelen curarse unas veces con el régimen y otras por medio de la Cirugía. Hé aquí el texto de la traducción latina: (3)

(1) Areteo, *De Causis et signis morb.*, lib. I, cap. IX, VII, P. Crasso, int. Art. med. princ.

(2) Oribaso, *Synopseos*, lib. VII.

(3) Aecio. Joh. Cornarius int. tit. IV, sermo II, cap. XX, *Ad scabiosum scrotolum et pruriginosum*.

«*Et ubi quidem plures fuerint et acriores allati humores autem ipsam exulcerant si vero pauciores ac crassos squammas generant.*»
 Hé aquí ulceraciones aisladas ó aglomeradas cubriéndose de costras, es decir, algo parecido á las placas mucosas del escroto. No se puede decir si trata del intertrigo, puesto que Aecio le describe en el capítulo XII del mismo libro, *Ad intertrigines inter femora abortas.*

En el capítulo XIII, de *Thymis in pudendis Leonida*, dice Aecio: «*Fiunt autem et sic thymi aut in sola glande aut in præputio aliquando vero in relatis locis. Antea vero dictum est quod mansucti facile curantur maligni difficulter et per affectæ partis ablationem sanantur.*». Esta misma idea de generalización se encuentra á propósito del tratamiento: «*Aliud gallum et alumen into inspergito et exarescent. Utere etiam si in alio corporis loco thymi sunt. Aliud egregie tollens thymos et carnem excresecantem in pudendis organum et rutæ radicem paribus urito trito ac inspergito.....*» (1)

La palabra tomillo es ya una indicación. Los antiguos escogían con mucha facilidad la mayor parte de las imágenes destinadas á representar lo que veían; por esto, sin duda, escogieron el maravilloso parecido que hay entre la flor del tomillo y las placas mucosas más comunes, es decir, una coloración ligeramente violácea, y una superficie picada sobre una eminencia exulcerada. Aecio, sin embargo, ya le diferencia de las excrecencias de la carne, y esto demuestra que no fueron solamente las vegetaciones el objeto de las descripciones de Leonidas y Aecio. Sin tratar de violentar los textos, nos parece implícitamente comprendido en el capítulo del compilador que estas ulceraciones pudieran haberse visto en otras partes del cuerpo después de haber existido en la verga. Celso ya había hablado del *thymion*, pero allí comprendía las verrugas. Aecio es mucho más explícito. Pablo de Egino (500) nos da algunas explicaciones más significativas, diferenciándolas de los condilomas, diciendo: «*Condylomata vero exuberantia rugosa sunt*», en oposición á «*Eminentia quedam aliquando rubicunda quam doque alba.*» (2)

(1) Aecio, ob. cit. tit. IV, sermo II, cap. XIII.

(2) Paulus Æginetæ, *De Re Medica*, lib. VI, cap. LXXI, J. Cornario int. Art. Med. Princ.

Esto es bien claro: placas mucosas violadas y placas mucosas blancas.

Las obras de los archiatros imperiales, hasta Actuarius, contienen citas más ó ménos completas de los autores precedentes, pero sin orden alguno, siendo necesario registrar muchos capítulos para encontrar huellas de las úlceras en el ano y en las partes genitales. La multiplicidad de las lesiones descritas, comparadas á las que hoy observamos, nos permite afirmar que los antiguos habian visto en las partes genitales úlceras de todas especies, vegetaciones y aún las placas mucosas.

Sin prejuzgar nada, decimos además que Areteo habia hablado de la curacion de la gonorrea ó pérdida de sémen, y en esta frase, «*difficulter solvenda est propter morbi turpitudinem*» (1) nos da á entender que causaba vergüenza tener esta enfermedad, lo mismo que dice Celso á propósito de las úlceras en las partes genitales. La uretrítis, sin embargo, no está francamente descrita, encontrando solamente la úlcera de la vejiga señalada por Areteo, que bien pudiera referirse á la uretrítis. Por otra parte, la vaginitis está bien descrita. (2) Y en muchos parajes creemos ver lesiones que se observan hoy: entre otras, las leucorreas y las úlceras consecutivas del útero.

Otros muchos accidentes, que pueden clasificarse entre los accidentes tardíos de la sífilis, se encuentran en las obras de los médicos de la antigüedad. Areteo, en el capítulo de *Curatione pestilentium in faucibus morborum*, cita casos en que una úlcera destruyó todas las partes del velo del paladar y de la bóveda palatina. Aecio ha señalado úlceras extensas en las fosas nasales, el oena de los modernos. (3) Los dolores en los huesos, indicados por Galeno, (150) tienen una relacion muy lejana con los accidentes tardíos de la sífilis. (4) Alejandro de Tralles (550) nos habla de dolores de cabeza y de alopecias de diversas especies, que relaciona con las causas más variadas. (7)

(1) Areteo, *De Cur. dint. morb.*, lib. II, cap. V.

(2) Areteo, *De Caus. et sig. dint. morb.*, lib. II, cap. XI.

(3) Aetius, tit. IV, serm. I, cap. XIX, *Ad ozenas sordidum et fetidum*.

(4) Galeno, *De locis affectis*, tit. I, cap. VIII.

(5) Alejandro de Tralles, op. lib. I.

Vemos, pues, que la antigüedad conocía *casi* todas las lesiones de los órganos genitales, de la garganta y de las fosas nasales que hoy observamos en la sífilis, y hay motivo para creer que en los capítulos sobre la cáries estaban confundidas las lesiones óseas con la sífilis, suponiendo que la sífilis haya existido en los países más cálidos que el nuestro, tal y como la vemos hoy. Con toda intencion hemos dejado de investigar en qué podría relacionarse con la sífilis lo que los médicos de la antigüedad designaban con los nombres de *nomas*, *fic* y *lentigo*; las grietas de los labios no se diferencian de las grietas cuya significacion hemos interpretado de los antiguos.

La sífilis grave, con extensas manifestaciones en toda la piel, debía estar forzosamente comprendida en la antigüedad en las enfermedades de la piel, pústulas, sarna ó lepra, sin contar la sícoris ó mentagra. La sarna, el impétigo, el impétigo negro en particular, los empeines y las manchas de la piel son objeto de descripciones que se pueden aplicar á las sífilides. (1) La elefantíasis comprendía dos cosas, la elefantíasis de los miembros inferiores, llamada en nuestros días elefantíasis de los árabes, y la lepra ó elefantíasis de los griegos. Este mal afecta al cuerpo de un modo que se vician los huesos, y toda la superficie del cuerpo se cubre de manchas y de tumores, tomando poco á poco un color negruzco. (2) Despues sigue la descripción de la hinchazon de las piernas, que está considerada como una consecuencia del mal precedente. Todas estas descripciones se han recogido con más detalles por la escuela de Alejandría, y se comprende fácilmente que si la sífilis existía al principio de nuestra era, ésta y las erupciones cutáneas debían estar colocadas entre las enfermedades de la piel.

La lepra, sobre todo, parece haber sido el cuadro en que estaban contenidas las sífilides generalizadas. Á juzgar por las citas de Aecio, se ha ocupado Areteo de la lepra en términos bastante explícitos para que Melchor Robert, en nuestros días, haya opinado que la lepra y la sífilis se confundían en la antigüedad. Areteo señala en la lepra tumores en la cara y ulce-

(1) Celso, loc. cit., lib. V, cap. XXVIII.

(2) Celso, loc. cit., lib. III, cap. XXVI.

raciones en el cuerpo. *Si ab acribus fluxionibus exulceratas partes lenire volueris.* (1). Debemos añadir que en los tiempos de Moisés había lepras que se curaban, (2) y como hoy parece que la verdadera lepra es incurable, generalmente en el Asia Menor, en Egipto y en Grecia, es evidente que los antiguos habían clasificado en la lepra enfermedades de otra naturaleza, tales como la sífilis, el escorbuto, la escrófula y los empeines.

Segun Galeno, Oribaso, Alejandro de Tralles, Aecio, Pablo de Ægine y los archiatros imperiales, los árabes han reproducido todos los escritos antiguos sobre los chancros, el fagedenismo, los condilomas y las grietas del ano. Pero los árabes han estudiado las enfermedades de la piel con más detalles, bajo los nombres de *assafati*, *alombra* y *albotim*, y, entre ellos, particularmente Haly-Abbás y Aricennes. Cambiaron los nombres griegos y romanos, pero añadieron algo, sin embargo, puesto que fueron los primeros en distinguir la lepra de la elefantiasis, y descubrieron la viruela. Los médicos de la escuela de Salerno, y los arabistas, italianos y franceses, reuniendo lo que aprendieron de los árabes á lo que quedaba de las tradiciones de Hipócrates y de Galeno, nos ofrecen una rica patología cutánea, de la cual nos ha dejado Lanfranc los mejores detalles.

Concedemos que las enfermedades de la piel hayan sido más frecuentes entre los árabes, y mejor estudiadas por sus médicos y por los de la Edad media, á causa de la higiene imperfecta de los mahometanos y de los latinos de la Edad media, comparada con la de los griegos y de los romanos, pero no podemos dejar de conocer que, en el fondo, muchas de las enfermedades descritas por los árabes tenían los mismos caracteres que las que fueron observadas en Roma. Á pesar de estos nuevos indicios, ningun autor relacionaba todavía las enfermedades de la piel con las úlceras de las partes genitales.

(1) Areteo, *De Cur. diut. morb.*, lib. II, cap. XIII; véase también Aecio, *Retrabiólos*, IV, serm. I, cap. CXX, *in art. med. princ.*

(2) Versículo 13 del cap. XV de *Los Levitas*.

II.

LA SÍFILIS EN LA EDAD MEDIA.

En la Edad media, las ideas marchan en confusión; la filosofía escolástica, el neoplatonicismo, la teosofía y la magia reemplazan poco á poco á la filosofía cristiana. Los filósofos griegos, y Aristóteles sobre todo, difundidos en Europa por los árabes, llevaron á cabo una especie de revolucion, que se tradujo por el renacimiento de las letras y de las grandes reformas, á pesar de los errores de toda revolucion, aún cuando ésta se verifique en el dominio de las artes. La Medicina se aprovecha del movimiento: los arabistas comentan á Galeno, luego á Hipócrates, con tanto ardor como entusiasmo, siendo necesaria la observacion para ello. La escasa ciencia que habian conservado los monasterios, sale de los claustros y no tarda en desarrollarse en la atmósfera nueva de las universidades independientes. La ciencia emprende de nuevo su marcha despues de cinco siglos de letargo. Una invasion bárbara y una nueva religion, al pasar por la civilizacion del mundo romano, lo arrastraron todo, menos lo que estaba bajo el dominio de la Medicina: ese inmenso cortejo de males hereditarios y contagiosos, aumentado por la corrupcion de Roma bajo el dominio de los emperadores. Durante largo tiempo, la Medicina, ó fué esencialmente religiosa, ó sólo se ejercitó por los charlatanes de las calles. La resurreccion de Lázaro, la curacion de ciegos y de paralíticos, y los milagros de San Pedro, eran artículos de fe y concedian al contacto con los santos, los obispos y aún con los reyes cristianos un crédito muy superior al de los remedios preconizados por los libros paganos. La Iglesia no reportaba beneficio alguno en que cesasen tales creencias populares, panaceas exclusivamente religiosas. Fué necesaria la Reforma para la definitiva independencia de la Medicina, puesto

que las leyes canónicas habían prohibido su ejercicio á los clérigos. En esta época, las enfermedades de los órganos genitales estaban consideradas, como en la antigüedad, como un castigo del desprecio de las enseñanzas de la religion. Para otro objeto nos podemos servir aquí de los argumentos de Astruc: dice que en la época de la epidemia de 1495 se creía era la viruela epidémica, porque en muchos casos los enfermos no confesaban dónde habían adquirido su mal. Si esta interpretación es aceptable para las epidemias del siglo XV, cuánto no podría serlo en épocas anteriores, en que los mismos médicos desconocían las relaciones entre las enfermedades de las partes genitales y los accidentes generales cutáneos de la sífilis, y en que la autoridad religiosa inspiraba temores más serios que en 1494.

Se dibuja el renacimiento de la Medicina en Italia y en Francia. Los archiatros imperiales, los charlatanes de Italia y los médicos religiosos desaparecen. En el siglo XIII aparecen Guillermo de Salicet y Lanfranc. En el XIV, Juan de Gaddeden en Inglaterra y Guy de Chauliac en Montpellier. Estos médicos sobresalen de los hombres de la Edad media. Sus obras son imperfectas, pero importantes para su tiempo, y fundan la medicina nueva. Pero antes de ellos existían documentos sobre los males venéreos: los poetas, los cronistas y aun los teólogos hicieron algunas alusiones á enfermedades adquiridas por los libertinos. En el siglo XII, Alain de Lisle habló de lesiones que son consecuencia de placeres carnales. (1) Tal vez fuese una reminiscencia de Dion Crisóstomo, que en el siglo I de nuestra era reprochaba á los habitantes de Jarses su lujuria, atribuyendo á castigo divino las enfermedades que padecían en la nariz y en el sobaco. (2) Pero vió sin duda cosas semejantes, ú oyó hablar de ellas, puesto que vivió en Paris, que ya entonces era una gran ciudad.

Además de Alain de Lisle, los romanceros y los poetas han indicado accidentes semejantes. Como los poetas de la antigüedad, acusaban á los libertinos de tener enfermedades vergon-

(1) Alain de Lisle, *Parábolas*.

(2) Dion Crisóstomo, *Oraciones en voz alta*.

zosas, úlceras y bubones. Existen además otros documentos que prueban se conocían en aquella época enfermedades contagiosas por el cóito en lugares de prostitucion, todavía tolerados, aun cuando fuesen ménos inmorales que los lupanares antiguos, llenos de *cinedes de cunni linguí*. Consta, pues, que ya habia enfermedades contagiosas* de los órganos genitales. De ello dan fe unos estatutos de la reina Juana de Nápoles, que fueron publicados en 1347, (1) y que luégo se encontraron en Aviñon. Por más que Astruc haya puesto en duda su autenticidad, tendrían cuando ménos un valor á sus ojos, en tanto cuanto manifestaban se podían adquirir por el cóito enfermedades, aun cuando las tuviese por extrañas á la sífilis. Tambien se han invocado por W. Beckett reglamentos antiguos ingleses sobre lugares de prostitucion en el barrio de Gouthewarck, y dice estaba prohibido consentir á mujeres atacadas de su mal detestable; estos reglamentos fueron conocidos hácia 1430.

Tambien en los libros de Medicina se hace mencion de algo que puede relacionarse con las úlceras de las partes genitales, con la vaginitis y con la uretritis. Daremberg, en nuestros dias, ha citado un manuscrito del siglo IX, en que se hace referencia á enfermedades del ano, *ibi frustias deversorum genera in magnitudine granorum fabæ vel pisi aut avellanæ sunt*. Folli ha subrayado estas líneas como muy importantes, pero es, á nuestro juicio, más significativa la enumeracion de las otras lesiones; *sunt ragadas et hiantes glandulas condolomatas acrocordenas verucas hemorrhoidas*; del mismo modo que en la antigüedad, hay un lugar para las placas mucosas, diferenciándose ya de las vegetaciones. En un manuscrito descubierto por Littré está perfectamente indicado en el cóito el origen del mal. (2) Ar-

(1) Los reglamentos de la reina Juana, tenían por objeto impedir la trasmision del mal venéreo separando las mujeres enfermas de las sanas.

Et se sen trobo qu'alcuno qu'abia mal vengut de paillardiso, qui talos fillos sin separados. Véase Astruc.

(2) Daremberg, *Anales de las enfermedades de la piel*, t. V, pág. 225. Littré nos habla de un manuscrito del siglo XIII sobre el mismo asunto, de Ricardo el Inglés, man. 1056. Bib. Nac., *Gac. Méd.*, 1846, pág. 928, citado por Renault. Tambien se hace alguna mención en una obra de un médico de Berry, Gerard, siglo XIII, donde se lee: *Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis... nam virga patitur et aliquando totum corpus*; la autenticidad del texto está comprobada. Véase Chavalier, París, 1860.

dern, según Beckett, conocía en Inglaterra en 1390 los ardores, contra los cuales había remedios, y que se adquirían, según se cree, por el contacto con una mujer enferma.

Las descripciones de los médicos no dejan ninguna duda sobre las enfermedades adquiridas por contactos sexuales. Guillermo de Salicet (1270) (1) habla de «pústulas rojas y blancas, de la miliar, de las grietas y de corrupciones ó cosas semejantes que se observan en la verga ó en torno del prepucio, y que proceden del contacto con una mujer pública ó sucia, ó por alguna otra causa». Lanfranc, 1290, Bernardo de Gordon, 1300, Juan de Gaddesden, 1820, Guý de Chauliac, 1360, Valescus de Tarento, 1400, y Pedro de Argelata, 1470, hacen una referencia parecida de las úlceras de la verga, adquiridas la mayor parte de las veces en el cóito con una mujer sucia. Valescus de Tarento (2) es uno de los más precisos en su afirmación. «Las pústulas de la verga se adquieren en el contacto con una mujer que tenga una úlcera en la matriz, cuyo contagio produce una úlcera.» Lanfranc indica con precisión los bubones procedentes de las úlceras de la verga. La Edad media trata todavía con más brevedad que la antigüedad las enfermedades de la mujer.

Al mismo tiempo que la medicina de la Edad media se ocupa de las úlceras de las partes genitales, adquiridas *per coitum cum feeda muliere*, se preocupa también del contagio de la lepra por el cóito.

No carece de interés la reproducción de los hechos señalados por Astruc, y que demuestran se crean en el contagio de la lepra por el cóito. Bernardo de Gordon, (3) 1300, habla de un bachiller que, habiendo dejado en cinta á una leprosa, quedó leproso á su vez; hé aquí la cita: «Una cierta condesa que padecía lepra vino á Montpellier, donde la visitó Bernardo de Gordon. Un bachiller en medicina que la cuidaba la dejó en cinta, pero adquirió su lepra». (4) Phil. Schopff (5) habla de un arte-

(1) Guillermo de Salicet, *Cirurgia*, lib. I, cap. XLII.

(2) Valescus de Tarento, *Philonium*, lib. VI, cap. VI.

(3) Lanfranc, *Pract. seu ars completa chirurgica*.

(4) Bernardo de Gordon, *Lilium medicinae*.

(5) Schopff, *Bericht von dem Aussatz*.

sano que, habiendo tenido relaciones con una mujer leprosa, adquirió la lepra *poco tiempo despues.*

Teodorico, (1) 1290, dice que el que cohabita con una mujer que á su vez lo haya hecho con un leproso se ve atacado de la enfermedad. Un manuscrito atribuido á Roger de Parma (2) por Friend, el *Compendium medicinae*, de Gilbet el Inglés, (3) el *Breviarum medicinae*, de Barthelemy, (4) y la *Rosa Anglica*, de Juan de Gaddesden, (5) contienen capítulos sobre el mismo asunto.

Astruc ha hecho observar que los textos de estos autores no están relacion con el titulo del capítulo en que hablan del contagio de las úlceras de la verga. Pero el hecho de Bernardo de Gordon más está de acuerdo con un contagio sifilítico que con un contagio de lepra: la cita de Schopff es bastante corta, pero de élla puede deducirse que la enfermedad es la sífilis, puesto que dice que el artesano tuvo la lepra poco tiempo despues de sus relaciones con la mujer leprosa: la rapidez del contagio es significativa. Añadiremos que hoy no consta se adquiera la lepra por el cóito, ni aún que sea contagiosa. No es tampoco presumible que si la sífilis existia fuese confundida con la lepra por el enfermo y por el médico: todas las erupciones sifilíticas eran entónces confundidas, sin duda alguna, con la lepra, porque la Edad media no se ocupa con tanto detenimiento del mentagra como la antigüedad.

Decidir si la lepra de los antiguos y de la Edad media y la sífilis eran la misma enfermedad, ó, por lo ménos, si su sífilis se confundía con la lepra, ya que no en Oriente en Eúropa, es una cuestion grave. En los siglos XVI y XVII muchos médicos han creido que la sífilis era la lepra de nuestros climas. Es muy sensible que en tantos siglos no haya habido un médico que haya podido ir á estudiar, comparativamente, la lepra en Oriente, el raderyge en Noruega, y el boton Biskra y la úlcera

(1) Teodorico, *Cirurgia*, lib. VI, cap. LV.

(2) Véase Astruc.

(3) Véase Astruc.

(4) Véase Astruc.

(5) Juan de Gaddesden, *Rosa Anglica. De las enfermedades que se contraen por el contacto con un leproso ó con una leprosa.*

de Mozambique en África, cuyas dolencias tienen un punto común. Cuando se observa, en efecto, que médicos reputados de los países meridionales y setentrionales describen una sífilis que se manifiesta en el Norte con accidentes semejantes al escorbuto, y en Oriente con los caracteres de una de las formas de la lepra, se ocurre si no habría primitivamente una relación entre todas estas enfermedades, y si una raza poco mezclada no ha conservado sus enfermedades bajo una forma que las otras razas desconocen. Esta hipótesis no es nueva, puesto que Paracelso la hizo bajo una forma paradójica, muy criticada después, pero que casi ha merecido la aprobación de Melchor Robert.

En el siglo XIII se conocía la lepra en Europa. En la época de las Cruzadas había muchos leprosos. Para dar á conocer la idea que de ella se formaban los médicos de entonces, citaremos el capítulo en que Guy de Chauliac se ocupa de los accidentes de la lepra: (1)

«Se observan muchos accidentes que proceden de la lepra los cuales exigen remedios para ser corregidos, tales como la morfea, la sarna, la picazon y los empeines, de que nos ocuparemos en el capítulo siguiente. Se observan también tumores varios, tuberosidades, úlceras, corrosiones, alopecias, erupciones, etc., y principalmente opilaciones de la nariz.»

Hay en esta descripción una especie de orden, que está de acuerdo con la marcha observada más tarde en los accidentes de la sífilis.

El libro póstumo de Ernesto Godard encierra datos interesantes. Godard fué al Oriente á estudiar los eunucos y la lepra, haciendo muchas observaciones, á pesar de las dificultades que trae consigo el empleo de un intérprete para interrogar á los enfermos. Estas observaciones demuestran que ninguno de sus leprosos tuvo la sífilis, y que en la mitad de los casos, por lo ménos, no era hereditaria. Godard vió una forma de lepra de *botones*, es decir, una lepra tuberculosa que atacaba la piel y las mucosas, y que era, según decían en el país, más grave que

(1) Guy de Chauliac, *Cirugía*, t. IV, *De la lepra*, cap. VIII.

las otras especies de lepra. Para Ernestó Godard la incurabilidad de la lepra era un hecho notorio, no siéndolo su contagio por contacto. (1) Es muy sensible que aquel hombre animoso, que pagó con su vida su amor á la ciencia, no haya podido proseguir los estudios empezados, en los cuales hubiéramos encontrado, sin duda alguna, datos muy preciosos. Godard observó que los leprosos eran impotentes, á pesar de verificarse entre ellos matrimonio de leproso con mujer sana y recíprocamente. En un período avanzado de la enfermedad fué cuando Godard hizo esta observación, mas no le fué posible averiguar si se adquiría durante las relaciones sexuales. Ya es curioso notar que las leprosas pueden tener hijos en el intervalo de las erupciones. Godard cita un caso, pero haciendo observar que aquella mujer padecía una de las formas ménos graves de la lepra: la forma intermitente. Uno de los leprosos observados por Godard, el griego *Nassar*, tenía una lesión en la verga que se parecía á una placa mucosa. Antes de terminar esta digresión, diremos que la impotencia en la lepra se debe á una tuberculización ó á una atrofia del testículo, y que se admite hoy en contraposición á lo que escribían los árabes y los arabistas. Dulaurens es uno de los autores que más han insistido sobre este punto á fines del siglo XVI; señalaba el priapismo como uno de los signos de la lepra. Los médicos del hospital de San Luis, en nuestros tiempos, no han podido comprobar el hecho en los pocos individuos atacados de lepra que se observan en Francia.

Todas estas citas nos permiten, por lo ménos, poner en duda que la lepra de la Edad media sea completamente diferente de la sífilis, y nos prueban, sobre todo, que si la sífilis existía al principio de nuestra era y durante la Edad media, debía confundirse con la lepra, puesto que Guy de Chauliac coloca en los accidentes de la lepra muchas afecciones cuya descripción las semeja á nuestras sífilides y á nuestras escrofulides; añadiremos que en aquella época habia muchas especies de lepra, la leonina, la elefantíaca, la de Tiro y la alopecica.

(1) E. Godard, *Egipto y Palestina*, Ch. Robin, Paris, 1867. Godard murió del tífus en Egipto.

Llegamos, por fin, á una época próxima á la epidemia con tanta frecuencia invocada, y que duró, segun se dice, cinco años en Italia, hácia 1495. Pero se ha encontrado un documento un poco anterior á esta época, que demostraria eran ya observadas las enfermedades sifilíticas y áun sospechadas, áun cuando no fuesen bien comprendidas. Véase á este propósito la célebre consulta de Hugo Bence, de Siena (1448):

«Se trata de un jóven distinguido, de unos veinte años de edad, que desde unos veinte meses ántes habia empezado á padecer de un dolor gravativo de cabeza, que le duraba mes y medio. Durante la noche, en este período, sudaba mucho, si bien este sudor no era general, puesto que faltaba en las extremidades inferiores, cuyo sudor despedia mal olor, manchando la camisa con un color rojizo: el 8 de Noviembre fué atacado de una fiebre cuartana, acompañada de ciertos botones duros hácia los hombros y en las vértebras de las espaldas, del tamaño de un guisante; y, por último, al cabo de un mes sobrevino un tumor duro en la parte posterior de la pierna, cerca del pié, dividido en dos partes, que los médicos opinaban sería un escirro, teniendo el pié tan encogido que no le podia extender.

Atacado luégo de diferentes fiebres, tanto continuas como intermitentes, á pesar de los cuidados de los médicos, sólo evacuaba flemas. En el mes de Marzo tuvo un gran dolor en la mejilla, ojo y oreja derecha, acompañado de delirio, y despues en la mejilla izquierda, donde apareció y fué curado un tumor, persistiendo la fiebre: ésta resucitó en el mes de Abril: como en el Verano anterior, le sobrevenia en dos intervalos de cinco y ocho dias aproximadamente, habiéndole aparecido en el mes de Agosto, despues de un acceso muy vivo, manchas rojas que ocupaban casi todo el cuerpo, es decir, desde el cuello á las ingles exclusivamente, con dolores en el hombro izquierdo, en la cadera derecha y algunas veces en la izquierda.

En los baños de Santa María, observando el régimen conveniente y mediante la aplicacion de ventosas escarificadas, las manchas perdieron su color y los dolores se disiparon. Al cabo de un mes se volvió á quejar de dolores en los miembros, que le molestaban mucho por la noche y se mitigaban por la ma-

ñana. En el mes de Octubre tuvo un absceso en la pierna derecha, y mientras duró no se quejó de los dolores. Pero no bien se cicatrizó la úlcera, volvieron los dolores y reaparecieron las manchas, notándose que cuando desaparecían de las partes superiores, aparecían otras en las inferiores. Cuando se tuvo la consulta casi habían desaparecido las manchas, pero sentía dolores en la cadera izquierda. Le salieron clavos en diferentes partes del cuerpo y botones tuberculosos en la cara, principalmente entre el labio superior y la nariz, rezumando materia en abundancia.» (1)

Astruc niega sea esta historia de un sífilítico, y cree se trata de una enfermedad de la piel, inclinándose á que pudiera ser el escorbuto. Para todo el que no esté prevenido, esta observación se parece punto por punto á las sífilis graves, cuya enfermedad nos parece se debe haber agravado por el régimen de sangrías y sanguijuelas á que fué sometido el pobre enfermo. La idea del escorbuto sin enfermedad en la boca es bastante difícil de aceptar. Lo que nos admira es que todos los autores que han comentado á Bence no hayan pensado en la lepra. Lo que parece positivo es que, si el enfermo tuvo alguna lesión en las partes genitales, sería imposible poner en duda ni por un instante que se trataba de una sífilis. Aún se puede encontrar en este caso un *ejemplo* más terminante y más preciso que todas las observaciones de la sífilis aceptadas y tomadas de las consultas de Torella.

Vemos, con efecto, en el enfermo de Bence el tipo de recaídas y reincidencias propias de la sífilis. La enfermedad tenía el carácter eruptivo, existiendo en los lugares en que estamos acostumbrados á observar las sífilides.

Hay en Fracastor una cita de un amigo del autor que poseía un remedio contra una psora de grandes botones, complicada con dolores articulares. (2) Este hecho es ménos significativo que el precedente, y pudiera ser muy bien un caso de artritis. Esta observación es anterior á la epidemia, y puede citarse

(1) Hugo Bence de Siena, *Consultas de medicina*, revisadas por L. Gozadini, 1482. Consulta 72.^a

(2) Fracastor, *De contagionibus et contagiosis morbis de causis morb. gall.*

como prueba de la existencia de los males análogos á las sífilides ántes de 1494.

Cuando se ha tratado de discutir el origen de la sífilis, se han aducido citas numerosas como procedentes de hechos anteriores á la época del siglo XV; su valor era más bien relativo. Renault cita una carta de Pedro Mártir, en que se trata de un mal aproximado á la sífilis y que se parece, aunque poco, á la epidemia del siglo XV. En una carta dirigida á Arius Lusitanus, y que lleva la fecha de 1489: «Me escribes, dice Pedro Mártir, que la enfermedad especial de nuestra época, llamada en español *tubas*, en italiano *mal frances*, y que los médicos llaman los unos elefantíasis, y los otros otra cosa, se ha apoderado de tí. Me dices que estás agobiado, que sientes gran incomodidad en las articulaciones, que te duelen los huesos, y añades la ulceracion y la fetidez de la boca. etc.» (1) Esta sucinta descripcion tanto puede designar la sífilis como el escorbuto.

Á propósito de la denominacion de mal frances, hácia 1449 se señala una palabra que se encuentra en un antiguo diccionario *griego bárbaro*, de J. Mersius, y que parece indicar existia esta enfermedad ántes del siglo XV. Pero Astruc ha hecho observar la poca importancia que esto tiene, porque en el siglo XV todavía se escribía en griego. Un romano, Leonardo Fortius, escribió en aquella época en griego una historia del arte militar.

(1) Pedro Mártir, *Opus epistolarum Petri Martyris Angleri*, Mediol, in-1.^o, lib. II, epíst. 67.

III.

LA SÍFILIS Y LAS EPIDEMIAS DEL SIGLO XV.

Quando se ve en la historia la sífilis realmente descubierta, está probado que fué al pronto considerada como una epidemia que desoló la Europa durante más de un año. Marcha bien sorprendente para una enfermedad exclusivamente contagiosa, mucho más teniendo en cuenta la escasa rapidez de los medios de comunicacion de que entónces se disponia. Más de un historiador de la sífilis se admira de ello. (1)

Astruc, médico que con la mayor erudición y talento de su época ha hecho la historia de la sífilis, coloca esta epidemia en Italia hácia 1494 y 1495. Además de los testimonios que citaremos, invoca la autoridad de Gonzalo Fernando de Oviedo, y de los médicos J. Grumpeck, Juan de Vigo, Ulrich de Hutten, J. Fracastor, Juan Silvio, y principalmente la de Fahope, los cuales admitian que el venéreo habia nacido en Italia, aceptando la mayor parte el origen americano de la sífilis.

Durante la expedicion de Carlos VIII en Italia hubo muchas epidemias, segun relaciones de testigos oculares. Á fin de Setiembre de 1495 se vió atacado el ejército frances en Monferrato por las intermitentes y la disenteria. Antes de esta época no se hace mencion de enfermedad alguna en el ejército, ni en Roma, ni en Nápoles, ni áun durante la retirada de este último

(1) Hasta en Dinamarca parece se conoció el venéreo en 1495. Véase Wenót, *W. Bydrag til historien*, 1820.

Las relaciones de los viajeros de los siglos XVI y XVII están conformes, segun Astruc, en que la sífilis era conocida hacia mucho tiempo en países lejanos, donde se la designaba con diferentes nombres, y que en el Japon, no sólo era llamada mal de los portugueses, sino tambien *puá* y *yans*.

punto. Felipe de Comines, Andres Lavigne y los historiadores de aquel tiempo no hacen mencion de epidemia alguna anterior á 1495. Durante el sitio de Novara, donde quedó encerrado el duque de Orleans despues de la entrada de Cárlos VIII en Francia, se declaró una epidemia grave, que sufrieron sitiados y sitiadores. En la ciudad era la epidemia de las ciudades sitiadas: la disenteria; pero en el ejército sitiador, compuesto de tropas de Venecia, donde sólo habia mercenarios griegos y latinos, era otro mal distinto. Estos mercenarios, á sueldo de Venecia, habian hecho la guerra en la isla de Chipre, donde, segun los historiadores, el tífus era endémico, siendo probable lo hubiesen traído de allí. Dos testigos oculares nos han dejado una descripción y una apreciación. Hé aquí la relacion de Marcelo de Cumas: «En 1495, cuando llegué al campo de Novara, en compañía de caballeros venecianos y milaneses y de hombres de armas, ví muchos soldados que padecian de pústulas en la cara y en todo el cuerpo, empezando frecuentemente, sobre ó fuera del prepucio, por unas pequeñas vexículas. Producian una pequeña fiebre, y se desarrollaban bajo la influencia celeste y por el movimiento de los humores (aquí hallamos una interpretacion muy generalizada en el siglo XV). Algunas veces la pústula era producida *por una pequeña vexícula, sin dolor, pero con picazon*. Cuando se rascaban, se ulceraban. Algun tiempo despues el mayor abatimiento se apoderaba de los soldados, doliéndoles los brazos y las piernas, y teniendo los piés llenos de gruesas pústulas. Todos los médicos las curaban con dificultad. Yo empecé por una sangría en la safena, y algunas veces en la basilica: luégo usé los purgantes, y, por último, las unturas en los lugares necesarios, durandó las pústulas en la cara un año, y á veces más, cuando no eran tratadas convenientemente». (1)

En otros puntos habla Marcelo de Cumas de las úlceras de la verga, del bubon consecutivo y de las úlceras de la boca.

(1) Marcelo de Cumas, notas al márgen de un ejemplar de la cirugia de Pedro de Argelata. Estas observaciones han sido publicadas. G. J. Welsh, *Syllogo curationum et obs. med. cent.* VI, Ulma, 1668, in-4.º Traducción francesa anónima, Génova, *Obs. é hist. quirúrg.*, in-4.º, Génova, 1670.

Esta descripción, la más completa que existe sobre la peste de Novara, está muy lejos de ser tan explícita como se ha pretendido. Algunos síntomas son muy parecidos á la sarna. En efecto, estas pústulas pruriginosas, estas ulceraciones que empujezan en la verga por una pequeña vexícula, y que despues se extienden á todo el cuerpo, todo esto puede concordar con la idea de la sarna. Para todo el que haya visto sarnas antiguas mal cuidadas, no tiene nada de extraordinario el cuadro de Marcelo de Cumas, pero debia ser espantoso para los médicos de la Edad media. Hay, en efecto, sarnosos cuyo cuerpo está enteramente cubierto de botones, costras, y aún úlceras, principalmente en los individuos escrofulosos y escorbúticos. Figurémonos lo que será en un sífilítico la sarna antigua con una sífilides papulosa, y podremos comprender algunos de los enfermos del ejército veneciano. Tal vez los hubiese tambien que sufriesen lamparones, porque es imposible que en medio de una epidemia que atacó á los caballos, y que, segun Lafosse, debió ser el muermo y los lamparones, (1) no hubiese contagio. Beau es de la misma opinion. Alejandro Benedetti, ó Benvist, (2) tambien fué testigo ocular. Éste es el que nos ha hablado de la epidemia de los caballos. «Estos animales, decia, rehusan el alimento y son devorados por las moscas», lo que nos lleva á suponer tenían una erupcion. Nada nos dice de la epidemia que reinaba entre los hombres. En alguna de sus consultas suele hablar del mal frances, como si ya le hubiese observado ántes del sitio de Novara. Habla de úlceras en la verga y de erupciones que las siguen, mezclando con esto la descripción de las grietas y condilomas. Describe los flujos de la uretra, y cree que la gonorrea es más frecuente despues de la aparicion del mal frances. Las escasas descripciones de Benedetti se re-

(1) Lafosse, *Tratado del verdadero sitio del muermo en los caballos*, prefacio, Paris, 1749. Lafosse comete un error solamente diciendo tuvo lugar la epidemia de los caballos en el sitio de Nápoles; cita á Parassez, autor que no hemos podido encontrar y que no debe ser otro que Paracelso.

(2) A. Benedetti, *De re medica opus insignis*, etc., Basilea, 1539; Bembo, *Historia de Venecia*, 1551, repite lo dicho por Benedetti.

sienten, como todas las de sus contemporáneos, del misticismo de Savonarola y del terror que produjo en Italia la peste de Roma. Inclinados á creer en lo sobrenatural, se concibe cómo todos los autores afirman que no habia nada en los libros antiguos que se pareciese á la nueva enfermedad. Entónces se creía que la influencia de los astros habia causado la aparicion de la nueva enfermedad, y que no era otra cosa sino un castigo de la Divinidad.

No ha habido epidemia semejante á aquella de que nos hablan los dos últimos autores, ni en Nápoles, ni en Gaeta. Los médicos que á propósito de la sífilis han escrito sobre la historia de la campaña de Cárlos VIII, ni brillan por su exactitud, ni por su criterio. El sitio de Nápoles no tuvo lugar. Elbert de Montpensier, que quedó en Nápoles para conservar un país tan fácilmente conquistado por el hijo de Luis XI, en el mes de Mayo de 1491, despues de la partida de Cárlos VIII, tuvo que hacer frente á insurrecciones en las ciudades, y á los ataques de Gonzalo de Córdoba por un lado, y de Fernando de Aragon y de la flota veneciana por otro; la Calabria ulterior y la Pulla estaban invadidas en 1495. Montpensier era dueño de Nápoles gracias á haber fracasado una insurreccion en Gaeta, y á que Albigny, uno de sus mejores generales, batió á Gonzalo de Córdoba en Seminara. Hasta el 8 de Julio no fué desalojado por la revolucion. Excitados los napolitanos por emisarios de su antiguo rey y animados con la presencia de la escuadra de Fernando, se sublevaron, cercando la ciudad á Montpensier, que sólo pudo ocupar tres fuertes en torno de élla. Pero no estaba sitiado. Abandonado de Próspero Colonna, que dejó el servicio de Francia para ir á dirigir el ataque de los fuertes, separado de sus generales, aún se comunicaba libremente por mar con Italia y Francia. Durante el bloqueo de los fuertes de Nápoles no se hace mencion de ninguna enfermedad epidémica, y si Montpensier perdió 3.000 soldados, fué debido á los combates y á las deserciones.

Montpensier capituló en los primeros dias de Octubre de 1495, pero el bloqueo de los fuertes no fué tan rigoroso que no le permitiese comunicar con el resto de Italia: no hay, por lo tanto, nada que se parezca al sitio de Novara. Montpensier se

dirigió por mar á Salerno con 2.500 soldados. Gaeta, la Basilicata, la tierra de Bari y la de Otranto estaban todavía bajo la dominacion de los franceses. Llegaron socorros, y Montpensier se encontró á la cabeza de un ejército de 19.000 hombres, entre los cuales no se sabe hubiese peste alguna: la desercion solamente la minoró de un diez por ciento. Se volvió á abrir la campaña en la primavera de 1496: las discordias y nuevas deserciones redujeron el ejército: la falta de capacidad militar de Montpensier le acabó de perder. Encerrado en Altella, pequeña ciudad á tres leguas de Capua, sufrió un bloqueo de treinta y dos dias, capitulando de nuevo en 20 de Julio de 1496. Se rindieron 5.000 franceses, que fueron enviados á las galeras de Prócida, donde las enfermedades los diezmaron. Montpensier murió de los primeros, y unos 300 hombres solamente volvieron á ver la Francia. Aquí encontramos una epidemia, pero se observa á primera vista que no es la que han descrito Astruc y Lafosse, y que se dejó sentir durante el sitio de Nápoles. Todos los testimonios históricos demuestran, con efecto, que el solo sitio de Nápoles, conocido durante las guerras franco-italianas de 1494 á 1496, es el bloqueo de los fuertes de Nápoles por españoles é italianos, y que en el pequeño sitio de Altella no se observó nada notable en la salud de sitiados ó sitiadores: los pocos hombres que sobrevivieron del ejército frances no pudieron importar en Francia el contagio.

Segun los historiadores, los hombres que murieron en las galeras padecian fiebre con flujo. El mal se propagó por todo el reino de Nápoles. Apenas elevado al trono, murió el rey Fernando, de la misma enfermedad. Es probable, segun lo que observamos en nuestros dias, que aquella epidemia fuese el tífus y la disenteria, si se tiene en cuenta que los desgraciados prisioneros estaban alimentados con pan casi podrido y sólo bebían agua de lluvia.

Todas estas observaciones prueban hasta la evidencia que la pretendida peste de Nápoles y la sífilis epidémica del ejército frances en Nápoles sólo son fábulas. Que hubo enfermedades epidémicas en Italia durante y despues de la expedicion de Carlos VIII no ofrece duda alguna, debiendo advertir solamente que, excepto la descripción de Marcelo de Cumas, todas

las relaciones un poco extensas sobre la epidemia son obra de los historiadores, y no de los médicos.

Vendeliu Hock de Brackenau, (1) 1502, profesor de Bologna, habla del *mal frances*, que hizo destrozos desde 1494 á 1502 en Italia, y añade: «Esta enfermedad es desconocida; no hay escrito nada de cierto sobre su naturaleza. Esto es una razon para que los sabios eviten tratar un mal tan cruel, persuadidos de que acerca de él nada saben». Confesion singular, pero significativa, y que da la medida de los médicos de aquella época respecto á la enfermedad. Los historiadores, por el contrario, son muy explicitos en sus afirmaciones sobre el carácter de la epidemia, siendo esto más de notar cuanto que se observa la duda en los médicos.

Tambien se posee una relacion de la epidemia que se atribuye á M. A. Cocins Sabellico, de Venecia, (2) 1502, atacado él mismo de la sífilis, pero á una edad muy avanzada. Si se admite la aparicion del venéreo hácia 1496, Sabellico no pudo ser infectado hasta los cincuenta y nueve años. Este autor ha dejado una descripcion de la epidemia, que dice haber visto. Un florentino, Francisco Guichardini, (3) 1494-1532, testigo ocular como Sabellico, ha dejado una descripcion en la epidemia: estas dos narraciones no están de acuerdo.

Sabellico dice: «Despues de muchos tormentos se llena el cuerpo de pústulas que degeneran en úlceras malignas que desfiguran excesivamente. La elefantíasis y la lepra no pueden compararse con este mal. Lo más terrible en esta enfermedad es que podría durar muchos años sin que muriesen los atacados, ni se viesen libres de tan horrible contagio: fueron pocos los que murieron, pero fueron ménos los que curaron. Casi la vigésima parte de los hombres se vió atacada de este mal». Francisco Guichardini escribe: «Los franceses han propagado por

(1) Vendelin Hock, *De morbo gallico*, lib. I.

(2) M. A. C. Sabellico, *Archivo histórico*, Venecia, lib. IX, y Astruc, *ob. cit.*, t. I, pág. 109.

(3) Guichardini, *Historia de Italia*, ed. francesa, Ch. Botta, Paris, 1834. La mejor edicion es la de Fribourg, en Brisgan, 1775-1776. Véase Astruc, t. I, páginas 113 y 114.

toda Italia una enfermedad que han adquirido en Nápoles; tan pronto afecta la forma de pústulas, que luego se convierten en úlceras de tan mal carácter que resisten á toda curacion, como se manifiesta con vivos dolores en todas las articulaciones; esta enfermedad causa gran número de defunciones de todas edades y sexos, dejando á muchos completamente mutilados, desfigurados y padeciendo siempre dolores continuos. Los que han examinado bien el carácter de esta enfermedad, reconocen unánimemente que nunca se adquiere sino por contagio en el acto venéreo».

Hé aquí el texto de dos historiadores contemporáneos que hablan de la misma epidemia, y, sin embargo, no están de acuerdo bajo el punto de vista de la gravedad. El mal descrito por Sabellico se parece mucho á la sarna y á la sífilis, y el relatado por Guichardini es el escorbuto. Pero teniendo en cuenta el lugar en que Guichardini ha hecho sus observaciones, es decir, Florencia, y comparando su descripcion con la de Pedro Mártir y otros, se ve claramente la confusion que produjeron en la Edad media la peste de Roma en 1492, y las epidemias que se observaron en los ejércitos durante la guerra de 1494 á 1496.

Otro testigo presencial habla de una peste que existió en Italia, y cuya aparicion no tuvo lugar durante la guerra. Bautista Fregose ó Fregoso dice: «*Dos años ántes que Carlos VIII viniese á Italia se vió el mundo atacado de una nueva peste. La violencia de este mal atormentaba cruelmente las coyunturas, y en algunos individuos les cubria todo el cuerpo de úlceras*». Añade el autor que el contagio sólo se verificaba por el cóito, y que ocasionaba recaídas si no se guardaba la mayor continencia, siendo este mal incurable en los ancianos. (1) En el mismo

(1) Bautista Fregose, y no *Fulgosio*, como despues de Astruc han escrito todos los historiadores de la sífilis. *De dictis factisque memorabilibus*, trad. lat. de Camilo Gilini, 1509, lib. I, cap. IV.

Gilini, sin duda, ha sido el primero en incurrir en esta falta de ortografía, tratando de latinizar el nombre, lo que nadie ha rectificado despues. Los Fregose, sin embargo, han constituido una familia muy conocida y muy importante en la república de Génova. Véase *Arte de comprobar las fechas*, pág. 877, nueva ed., Paris, 1770. Ph. de Comines, *Memorias*, lib. VIII, cap. XV.

texto se lee tambien: «Esta enfermedad, procedente de Etiopía (Astruc tiene buen cuidado de poner entre paréntesis Indias Occidentales; la traduccion no puede ser más forzada, y nada de esto hallamos en Fregose), se sintió primero en España é Italia y luego por toda la tierra.

Infessura, (1) 1495, Juan Nauclerus, (2) 1430 á 1510, y P. Mártir, (3) han hablado de esta misma epidemia, señalando su aparicion la entrada de Cárlos VIII en Italia. En 1492 señalan los autores su aparicion. Vencidos los moros en España, emigraron con sus familias á Italia. En esta época ya habia enfermedades epidémicas entre los hombres y los animales de casi todos los Estados de Italia. Arroados los moriscos de España en número de 80.000, llegaron bajo los muros de Roma despues de haber sufrido la más espantosa miseria. Nauclerus dice que murieron 30.000 en las calles, de una fiebre pestilente, debida al cansancio y á la intemperie. A estos desgraciados aludia Fregose, del cual es muy probable tomase Guichardini la descripcion de la peste. La enfermedad se declaró en Roma, y muchos personajes sucumbieron. Esta peste fué llamada peste de los cerdos: Alejandro VI debia tener conocimiento de esta epidemia, cuando trató de disuadir á Cárlos VIII de que entrase en Italia en 1493. Muchas conjeturas se han hecho á propósito de aquella epidemia: si era el tífus, la peste ó la sífilis complicada con la sarna, nada puede precisarse, á no ser que el tífus, la viruela y algunas sífilis, comprendiendo tambien algunas enfermedades cutáneas y lepras, fuesen las enfermedades más probables, si se tiene en cuenta la composicion de aquella masa de emigrados. Llegaban desprovistos de todo, mal alimentados, mal vestidos, cansados, y de la parte débil y desgraciada de aquella poblacion emigrante se alimenta la epidemia.

Hé aquí las relaciones auténticas de las epidemias en Italia en los focos principales donde han sido observadas. Marcelo de

(1) Infessura, *Corpus historiae medii aevi, t. II, et diarium urbis Rome*.

(2) Nauclerus, *Chronicon*, 1511. Véase tambien Cazenave, Follin, ob. cit. (Nauclerus comparaba este mal con la elefantiasis y la lepra.)

(3) Petri Martyrii Anglerii, *De rebus oceanicis et orbe novo*, Basil, 1533, lib. III, et opus epistolarum.

Cumas, en Novara; Sabellico, en Venecia; Guichardini, en Florencia; Fregose, en Nápoles, Roma y Milan. Un médico y tres historiadores le han visto y han escrito sobre el asunto con alguna competencia, siendo muy digno de notar que el médico solamente no haya relacionado la epidemia con un contagio de procedencia lejana.

Al mismo tiempo que se habla de peste en Italia, hubo en 1494 y 1495 en Alemania una epidemia que hizo sucumbir á muchos jóvenes y adultos.

En medio de gran número de citas falsas y textos alterados, ha encontrado Astruc la relacion de una epidemia en Barcelona. Roderico Diaz, ó Rui Diaz, (1550) dice: «La viruela apareció en España, y Barcelona fué la primera ciudad invadida. En 1493 hubo, pues, una epidemia en Barcelona á la llegada de Cristóbal Colon, *despues de la expulsion* de los moriscos. El 6 de Marzo de 1493, Cristóbal Colon, de vuelta de su primer viaje, avistó la embocadura del Tajo y desembarcó en el puerto de Palos, en Andalucía, con ochenta y dos soldados y marineros y diez indios. De allí fué á Sevilla, y atravesó toda España para llegar á Barcelona con algunos marineros y seis indios. Pedro Mártir estaba en aquella época en Barcelona, y no dice una palabra acerca de la pretendida epidemia. Sin embargo, este historiador tenia conocimiento de una enfermedad endémica que reinaba en España: el lector ha visto anteriormente que esta enfermedad se conocia con el nombre de bubas. ¿De dónde procede esta afirmacion de Rui Diaz? ¿Cómo no ha advertido que ántes de propagar su enfermedad en Barcelona los hombres de Cristóbal Colon, no la habian propagado en Sevilla? Este médico obedecia al espíritu de su tiempo, escribia despues de Oviedo, y quiso corroborar una opinion oficial de la corte de España; su libro, por otra parte, sólo contiene recuerdos ó anécdotas.

En Francia, por el contrario, áun cuando ni médicos ni historiadores hagan mencion de élla, habia una enfermedad epidémica ó, más bien, contagiosa, sobre la que se fijó el Parlamento de Paris, con fecha 6 de Marzo de 1496. (1) En este año

(1) *Registro del Consejo del Parlamento de Paris, 1496 á 1497, registro lado XL, fol. 74.*

se hizo un reglamento para internar á los atacados, y en él se habla de la enfermedad que existe en Francia hace dos años, fecha que corresponde á Marzo de 1494, (1) en el momento en que Carlos VIII, lejos de haber entrado en Francia, hacia su entrada triunfal en Nápoles. Su ejército no podia haber traído á Paris la enfermedad napolitana, que no tenia, por otra parte, el carácter de epidemia. Se ha citado con frecuencia un texto, en que se dice que en la ciudad de Puy (Francia) hubo muchos enfermos de venéreo, habiéndose observado en aquella ciudad por primera vez en 1496. Pero todo indica que este documento pertenece á la historia hecha *à posteriori*. (2)

¿Había alguna enfermedad epidémica ó endémica fuera del antiguo mundo en la época de la peste en Roma, es decir, en 1492-1493, en el momento en que Cristóbal Colon descubria la América, el 11 de Octubre de 1492? Nada se sabe de ello. En el regreso de su tercer viaje, se sabe que Pedro Margarit, de la tripulación de Colon, en Enero ó Febrero de 1494 adquirió la sífilis en la Española (isla de Santo Domingo), donde debia reinar entónces. Este testimonio no tiene gran valor y se puede demostrar que la enfermedad de Pedro Margarit fué reconocida á su vuelta, porque ya se conocia en Europa. Tal vez la sífilis no fuese conocida en la Española hasta el tercer viaje de Colon, por haberla importado sus marinos en el primero y segundo.

Astruc y Fallope, 1560, han aceptado el origen americano de la sífilis fundándose en los testimonios de Gonzalo de Oviedo y Valdes. Éste, paje de D. Juan, llegó á gobernador de la Española, pero fué á América en 1513, veintiun años despues del descubrimiento del Nuevo Mundo. Su historia en las Indias, que escribió de memoria en 1525-1535, fué calificada de falsa por el P. Bartolomé de las Casas. Se acusa á Oviedo de calumniar á los indios para justificar sus crueldades y exacciones.

(1) En esta época el año comenzaba en 1.º de Abril. Alejandro VI le hacia empezar en 25 de Marzo.

(2) El jesuita Odon de Gissey cita el manuscrito en que se hace esta mencion, *Historia de Nuestra Señora de Puy*; el dominico Santiago Echard le cita tambien en la *Historia de los hermanos predicadores*. Véase la indicacion de Astruc, ob. cit., t. I.

DR. PÉREZ ARAÚZ

c/ Lancia núm. 12 - 3.º

Teléfono 37 20 85 19

LA SÍFILIS Y LAS EPIDEMIAS DEL SIGLO XV.

Sus mismas palabras distan mucho de ser tan terminantes como suponen Fallopio y Astruc, y no dan á entender la importacion del venéreo de América en Europa.

La enfermedad de *las bubas*, nombre que dan los españoles al venéreo, era comun en aquel país; mas por un efecto de la bondad divina se encuentra con abundancia el remedio para él: el leño de guayaco. Reina tambien entre los cristianos, pero desde hace poco tiempo. En España y en los países frios era más cruel y más peligroso que entre los indios, los que se curan fácilmente por medio del guayaco. De los cristianos que han tenido contacto con mujeres indias, pocos han dejado de padecer tan enfadosa enfermedad, que es muy propia del clima y tan frecuente en las Indias como lo son otras enfermedades en otras partes. (1) El capellan de Hernan-Cortés, F. Lopez de Gomara, escribió sobre el mismo tema, que, sin duda, era de moda: «Los naturales de la isla Española están todos infestados del venéreo, y por este motivo, los españoles que tuvieron relaciones con las mujeres indias no tardaron en adquirir una enfermedad tan contagiosa como cruel. Viéndose tan horriblemente atormentados, aceptaron muchos el partido del volverse á España, unos para curarse, y los ménos para cuidar de sus intereses. Á su vuelta comunicaron esta enfermedad secreta á muchas cortesanas, las que no tardaron en propagarla á muchos que se dirigieron á Italia. De este modo se introdujo el venéreo». (2)

Con seguridad leyó Fallopio este pasaje sin darse cuenta de él, Astruc se ha dejado seducir por la relacion de Lopez de Gomara. Sin embargo, la impostura y la parcialidad son evidentes en la relacion del clérigo. Si la enfermedad era endémica en la Española, ¿cómo se comprende que estuviese limitada á aquella isla, y que los pueblos de la misma raza en Méjico no hubiesen sentido sus efectos en 1518, cuando Hernan-Cortés invadió el país, permaneciendo en él en compañía de Gomara?

(1) Gonzalo de Oviedo y Valdes, *Historia natural general de las Indias*, sec. I, lib. X, 1535; el resumen de la *Historia de las Indias* contiene la misma relacion.

(2) Francisco Lopez de Gomara, *Historia de las Indias*, 1553, cap. XXIX.

Nada dice el historiador, y en aquella época él y los suyos proclamaban que los europeos habían importado el venéreo en el Malabar, en África y aun en China. El espíritu del clero español y portugués está retratado en las palabras de Lopez: la afirmación dogmática y terminante contra la contradicción. Era necesario, en efecto, exonerar á los pueblos cristianos de la nueva enfermedad, y allí estaban los infieles para soportar la acusación.

Esto no carece de ejemplos, puesto que ya en la Edad media se acusaba á los judíos de haber importado la lepra en Europa. Lo mismo pasaba en otros países; los sacerdotes de la religión dominante en Marruecos acusaban también á los infieles más próximos de haber importado la sífilis, y los negros cargaron con la culpa; los mahometanos de Túnez y de Egipto llamaban al venéreo mal de los francos. Se debe tener en cuenta, finalmente, que la primera vez que en una obra se reconoció á la sífilis procedencia americana fué en 1517.

Schmauss ó Schmaï, médico alemán, colocado lejos de la epidemia en Salzburgo (Baviera), 1518, ha suministrado uno de los argumentos principales. El guayaco, considerado como remedio del venéreo, procedía de las Antillas, y los espíritus religiosos de aquellos tiempos, abundando en la idea de que Dios ha colocado el remedio al lado de la enfermedad, y anticipándose á la teoría filosófica del P. Azais, opinaban que en el país del guayaco había nacido forzosamente el venéreo. Tal argumento no merecía ser discutido ni en los tiempos de Fallopio, pero entónces era uno de tantos artículos de la fe, con los que ha tropezado la ciencia tantas veces.

En el primer período del descubrimiento de la sífilis, ni los médicos, ni los profesores de las universidades profundizaban su origen. Durante más de veinte años los historiadores y los clérigos son los que se ocupan más del asunto. Los pocos médicos que se ocupan del origen de la nueva enfermedad y de sus caracteres nos ofrecen solamente dudas é interpretaciones extrañas. Claramente se ve que los médicos no habían observado el mal de cerca, indicio seguro de que su valor estaba á la altura de la moralidad de los tiempos. Ninguno quería exponer sus días, puesto que se aseguraba se adquiría el mal por el aire:

muchos se declaraban incompetentes. Los mismos soberanos no encontraron médicos que enviar á los disentéricos. Lorenzo Trisius nos dice (1532) que en 1494 en Alemania ni querian ocuparse los médicos del tratamiento de la nueva enfermedad, ni querian ver á los enfermos. Las academias italianas estaban llenas de investigadores, pero muy pocos habian visto las epidemias de los ejércitos más allá del domicilio de los ricos particulares.

Tres hombres, sin embargo, se distinguieron entre todos los médicos que han escrito sobre la sífilis, siendo contemporáneos de lo que se ha llamado epidemia sífilítica del siglo XV. Leoniceno, Torella y J. Cataneo. Estos tres hombres comienzan á estudiar la sífilis, y despues de sus escritos ya puede considerarse realmente descubierta la sífilis, siquiera imperfectamente.

Antes de entrar en la historia puramente médica de la nueva enfermedad, debemos hacer una observacion. Tan pronto como la sífilis fué conocida en Europa, se trató de averiguar si existia en las colonias portuguesas y en los antiguos continentes. Debe notarse que ya se hablaba de la nueva enfermedad en la India en 1502, y que la rapidez del pretendido contagio importado por los soldados españoles en los pueblos de Europa y aún en Asia es demasiado imprudente para que sea cierta. Vartomann dice que el mal frances era llamado pua en el reino de Calicut. Astruc, por otra parte, despues de haber consultado todas las obras que tratan de las enfermedades en las regiones apartadas y en las colonias de los europeos, hace constar que el venéreo parece existia constantemente en el Malabar y en China, opinando, sin abandonar su sistema, que el venéreo podia haberse originado en África y en Asia como en América en la zona tórrida. Á una objecion seria Astruc respondia con un argumento que destruye su sistema: en efecto, las comunicaciones de la India con la China y con la Persia podian, desde la antigüedad, transmitir el venéreo al Asia Menor más pronto y mejor que á la América, y si existia en África, podia llegar á Europa por la Etiopía y el Egipto ántes de que pudiese llegar de la Española á España.

IV.

PRIMEROS HISTORIADORES DE LA SÍFILIS.

La sífilis fué discutida por primera vez en la Academia de Ferrara. Nic. Leonicensi, 1497, (1) el médico más erudito de su época, pero metafísico, escolástico y peripatético, discutió como sabio y no como médico la nueva enfermedad. Identificado con las descripciones de los médicos y de los historiadores de su tiempo, discutió contra los textos invocados por sus adversarios, consiguiendo hacer luz en las oposiciones que existían entre las enfermedades de la piel, tales y como las habían descrito los griegos y los árabes, y en este sentido Leonicensi rectificó los errores que los árabes habían cometido al traducir los escritos de Aretio, de Galeno y de los compiladores de la escuela de Alejandría. Aún cuando este autor no creyó que la nueva enfermedad fuese la elefantíasis ó lepra (ya hemos visto que los griegos confundían la lepra con la elefantíasis llamada de los árabes), sin apartarse de los textos, tuvo la facilidad de demostrar que en la nueva enfermedad no existía el pié elefantíásico, y que el mal francés no era la elefantíasis. Añadía que Hipócrates había descrito una epidemia semejante á la que entonces asolaba la Italia, atribuyendo su producción á un estado atmosférico y á las inundaciones que habían tenido lugar

(1) Leonicensi, *Libellus de epidemia quam vulgo morbum gallicum vocant*, 1497, Bibl. nac.

en 1492; de esta suerte opinaba Leoníceno que la enfermedad había existido siempre. Antonio Montesauro, de Verona, sostuvo la opinión de los árabes contra Galeno y Leoníceno, y afirmó que la enfermedad francesa era el *saphati* ó *assafati* de los árabes, es decir, el impétigo. Para Montesauro la aparición de la epidemia se debía á la influencia de los astros: despues de la filosofía escolástica y peripatética empezaba á abrirse paso la filosofía mágica. Sebastian del Aquila aborda francamente la cuestión: á su juicio la sífilis no es otra cosa que la lepra ó elefantíasis de los árabes, y para establecer su semejanza, afirma que tambien sufren las piernas en el mal francés, y que la piel se endurece y se pone como la de los elefantes; una de sus afirmaciones merece ser mencionada: «Lo que Galeno recomienda en el tratamiento de la elefantíasis, lo prescribe Avicena en el tratamiento de la lepra, luego la elefantíasis de Galeno es la lepra de Avicena». No carecia de exactitud este razonamiento, porque la experiencia de los modernos ha hecho la misma distinción que Aquila: la elefantíasis de Celso y de Aretio, menos las lesiones de las piernas, ya puede ser la lepra, porque los árabes habian quitado de la elefantíasis de los griegos las lesiones que hoy conocemos con el nombre de elefantíasis de los árabes. No es, pues, de extrañar que en el siglo XVI sorprendiese la semejanza entre el venéreo y la lepra. Por lo demas, se perdió la discusión en una inmensidad de digresiones. Careciendo de observaciones clinicas, no podia existir sino retóricos más ó ménos hábiles, cuyo mérito ha consistido en impulsar las inteligencias de su tiempo hácia las investigaciones bibliográficas, provocando entre los sabios una nueva afición á las investigaciones de lo que se conserva de la antigüedad. No se hizo ninguna descripción seria de la enfermedad, y se continuó dando á la sífilis el nombre de mal francés en Italia y de venéreo en Francia. La definición de uno de los síntomas de la enfermedad fué el objeto de las primeras discusiones. La erupción cutánea fué, desgraciadamente, llamada erupción pustulosa, y como no en todos los sífilíticos tenia lugar la erupción de un modo idéntico, se produjeron divergencias é interpretaciones numerosas: mientras duró la controversia provocada por la Academia de Ferrara, era desconocida en sus detalles

la enfermedad sífilítica y los médicos discurrían sobre lo que habian oido decir de la nueva enfermedad.

Los observadores han escrito cosas más útiles. Benedetti ó Benvit, uno de los testigos oculares de la epidemia de Novara, ya habia, como hemos visto anteriormente, señalado algunos síntomas precisos, tales como las pústulas en la garganta, pero no habia reunido todos los accidentes de la sífilis, aun cuando sea el primero que haya hecho entrar en el vasto cuadro del mal frances los bubones y la gonorrea; decía, sin embargo, que la enfermedad empezaba por una úlcera en las partes,

En 1497, Gaspar Torella, (1) hombre hábil é instruido, se ocupa del mal frances, dándole el nombre de *pu dendagra*. Este libro es el primero en el que se encuentra una descripción médica de la sífilis. Históricamente se puede decir que Torella es el primer autor que la expone científicamente, y casi se podría asegurar que es el primero que ha expuesto el arte de tratar á los venéreos, puesto que comparaba al práctico hábil con el exorcista ó con el encantador. Todavía no conocia los charlatanes, que no abundaban tanto como hoy en la corporacion médica.

La definición de Torella es muy parecida á la de Leoniceo: la enfermedad francesa es una afeccion estival que empieza por pústulas en los órganos genitales, propagándose luégo por todo el cuerpo y por el rostro. Esta definición es vaga, pero, al hablar de las úlceras de la *pu dendagra*, describe las úlceras virulentas, admitiendo felizmente que la úlcera virulenta de las partes genitales existe al principio de la enfermedad. Teniendo en cuenta la época, esta descripción es verdaderamente notable. Además de esta teoría, Torella suministra datos, continuando sus consultas, casos de rosetas ó manchas rojas diseminadas por todo el cuerpo; de dolores reumáticos al principio de la *pu dendagra*, de erupciones cutáneas treinta días despues de un chanero, etc. Las erupciones cutáneas que describe son diferentes: se trata de unas de pústulas poco elevadas, rugosas,

(1) Torella, *Tractatus cum consiliis contra pu dendagram seu morbum gallicum*, ad rev. Cesarem de Borgia, in-4.º got. (bibl. nac.)

cubiertas de costras blanquecinas, de que se desprenden escamas, dejando despues de ellas una ulceracion en la piel; en otras, de ulceraciones cubiertas de escamas densas, análogas á las de las sífilides crustáceas. Las úlceras de las piernas, la cefalalgia y los dolores nocturnos están indicados tambien en las consultas de Torella. Hé aquí una de las observaciones de este autor:

«Nicolas Valentin, de veinticuatro años, tuvo consorcio durante el mes de Agosto con una mujer atacada del mal frances, cuya enfermedad adquirió en el mismo dia, empezando á aparecer en la verga, como sucede con la mayor frecuencia, y esto al dia siguiente, por una úlcera acompañada de una dureza prolongada. Seis dias despues la úlcera estaba á medio curar, sintiendo el enfermo dolores muy intensos en la cabeza, el cuello, los hombros, los brazos, las piernas y los costados, y grandes insomnios. Diez dias despues aparecieron bastantes pústulas en la cabeza, cara y cuello, y ni aumentaron ni disminuyeron hasta el 2 de Octubre.....» Omitimos el tratamiento: esto es realmente un caso de sífilis, y ha sido observado en 1496 ó 1497. En otras consultas que no son tan explícitas, encontramos ya que en aquella época se consideraba como la nueva enfermedad afecciones que no eran la sífilis; la sarna, por ejemplo: la quinta consulta de Torella es una prueba de ello. Por último, en la segunda consulta de este autor se hace mencion de un enfermo, considerado como leproso por todos los que le rodeaban, á pesar de padecer la nueva enfermedad ó pudendagra.

Torella distingue variedades en las erupciones de las sífilis: en ellas se pueden reconocer las sífilides papulosas, las pápulas húmedas de la piel, es decir, dos variedades de la pudendagra seca. Despues describe las sífilides ulcerosas, las que roen, pudendagras virulentas, y las que fluyen una humedad espesa ó pudendagras sórdidas. (1)

Montagnana el menor, (2) 1498, distingue bien los dolores

(1) Torella, *Dialogus de dolore in pudendagra*, Roma, 1499.

(2) Montagnana, *In Aphrodisiacus*, Aloysius Lusinus.

musculares de los de las articulaciones, señalando en diversos puntos del cuerpo que parecen ser exostosis. (1) Conrado Cilisio ó Gilisio, (2) 1497, también había visto exostosis, á los cuales atribuía los dolores nocturnos de los huesos.

Conrado Shelling, (3) 1500, había estudiado detenidamente las sífilides, á las que da el nombre antiguo de fórmica, y al lado de las descripciones vagas de la fórmica verrugosa estudia perfectamente la fórmica miliar ó sífilides miliar, y la pustulosa ó aire sífilítico.

Jacobo Cataneo, (4) 1502, da una definición más extensa del mal francés: «Una afección resultado de una infección general en la masa de la sangre, producida por una ponzoña menstrual y caracterizada principalmente por dos órdenes de accidentes, alteraciones de la piel y dolores por todo el cuerpo».

En otra parte dice Cataneo: «La enfermedad se confirma cuando las pústulas aparecen en el cuerpo y particularmente en la cara, y cuando hay dolores musculares, ulceraciones en la garganta y en el paladar y dolores nocturnos por todo el cuerpo». Todo esto se encuentra mezclado con la teoría humoral, en sentido galénico, pero, sin embargo, la pudendagra ó mal francés, se separa de la peste y de la elefantiasis de los árabes, y aun de la de los griegos, si bien en algunas circunstancias hace notar la semejanza de las pústulas de la sífilis con la lepra. La teoría humoral marcha de triunfo en triunfo á partir de Cataneo, y este mismo autor llega á formular un axioma común á todas las fiebres eruptivas: «La sangre, primitivamente infectada, es rehusada por los órganos, que no la quieren para su alimento y la naturaleza la expulsa hácia la piel, que es el emuntorio de todo el cuerpo. De aquí procede toda la serie

(1) Rollet dice que más tarde fué cuando se descubrieron los exostosis, suponiendo que si la epidemia empezó en 1496, no pudieron ser observados diez años más tarde cuando ménos; para los que hemos tenido lugar de observar exostosis en los tres primeros años de la sífilis no es de gran peso la razón.

(2) Conrado Gilini, *De morb. gall.*

(3) C. Shellig, *In Aphrodisiacus de Coninner*, véase Montagnana, *in morb. gall. consitium*.

(4) Jacobo Cataneo, *De morbo gallico*, 1505.

de las manifestaciones cutáneas que son proporcionadas á la cantidad de materia picante que contiene la sangre». Al lado de esto hay todavía reflexiones que nos dan á entender se consideraba en aquella época la sarna como una manifestacion de la pudendagra.

Juan de Vigo, 1510, cirujano del papa Julio II, primer cirujano eminente que ha escrito sobre el mal frances, es uno de los más precisos en sus afirmaciones: separa, por el pronto, de la nueva enfermedad las úlceras de la verga y los bubones consecutivos, es decir, lo que ya estaba descrito en los libros de Cirugía anteriores á las epidemias de Italia. Todavía es estudiado en parte el chancro gangrenoso que considera como resultado del contagio por el coito: teniendo todas estas lesiones un recurso en la Cirugía ordinaria. Juan de Vigo aconseja la cauterizacion. En cuanto al mal frances, dice, como Jorella, que empieza por una úlcera dura. El resto de su descripción está al nivel de los conocimientos de su tiempo. Es el primero, sin embargo, en decir que el mal frances produce oftalmías y exostosis. (1)

Citaremos luégo á Fracastor, en lugar de investigar entre las relaciones aisladas é incompletas de Juan Grundpek, 1496, Vidman, 1497, Pedro Pinctor, 1500, Antonio Beniveni, 1502, Simon Pistor, 1498, Beranger de Carpi, 1512, Pedro Maynard, 1518, Ulrico de Hütten, 1519, Juan Manard, 1520, Santiago de Bethencourt, 1527, que fué el primero que dió el nombre de enfermedad venéreo al mal frances, y otros muchos de los que Astruc y Grunner nos han conservado los nombres y el recuerdo.

Gerónimo Fracastor, médico de Verona y del concilio de Trento, filósofo, algo astrólogo, poeta y médico célebre, escribió en 1530 su poema sobre la sífilis, y en 1546 en su libro de

(1) Juan de Vigo. *Practica in arte chirurgica copiosa*, liber V.

Aunque Bassercan concede una gran importancia á la induración señalada por Juan de Vigo, no se considera que en esta obra esté realmente descrita la induración chancrosa, y unos opinan que Thierry de Héry es el que mejor la ha descrito, aunque para nosotros Torella ha indicado bien en una de sus consultas una úlcera dura.

Contagionibus et contagiosis morbis expuso las ideas que reinaban entonces sobre la sífilis.

Encontramos en este libro un resumen de las obras anteriores, comentadas y ordenadas, y lo único que en él no encontramos es una descripción de la epidemia, por la sencilla razón de que no hubo epidemia de sífilis en el siglo XV. Fracastor sustituyó los nombres de mal frances y pudendagra con el de sífilis, que es el que ha quedado; así como el de Bethencourt, *morbus venereus*, enfermedad venérea. Para Fracastor no había sido importada de América la sífilis y no era forzosamente contagiosa, es decir, que aceptaba algunas ideas de Torella, que creía en la influencia de los astros, ó de Leoniceno, que creía en un origen atmosférico, resultando lo que hoy podríamos llamar una *constitucion* médica: conocía los casos de infección de nodrizas por sus erías y recíprocamente, indicados por Torella. En la época en que escribía Fracastor, admitía que la enfermedad no creaba focos epidémicos. La enfermedad no se manifestaba de pronto, sino que, latente por algun tiempo, acusaba su presencia con cierta languidez y decaimiento, apareciendo luégo en las partes genitales pequeñas úlceras que se propagaban hasta el infinito: curadas en un lado se reproducian en otro, apareciendo más tarde costras que empezaban en el cuero cabelludo, recordando el salpullido de los niños. Existian en ellas muchas variedades, siendo unas de color lívido y ofreciendo otras un color blanquecino. (Esta descripción es la traducción exacta de Pablo de Egine, diferenciando los condilomas.) Un hecho común á todas es que se abrian, supuraban, exhalaban mal olor, se ulceraban y se hacian fagedénicas. Cuando la enfermedad atacaba á la cabeza, las úlceras se extendian por el paladar, amígdalas, etc., perdiendo algunos enfermos los labios, la nariz y los ojos; (aquí encontramos las úlceras descritas por Areteo, Leoniceno, Benedetti y otros); despues habla Fracastor de los exostosis, de los que ántes se habian ocupado Cilini y N. Massa. (1)

(1) Nicolas Massa, de Venecia. *De fibre pestilentiali*, etc. Venecia, 1536, y *De morbo gallico*, Venecia, 1563. En 1497 ya habia indicado Cilini los exostosis.

Nicolas Massa, dice, con efecto: «Tambien he encontrado esta materia en las postemas duras llamadas vulgarmente gummata, y cuando se cortan, ó se rompen espontáneamente, se ve que estan compuestas de una sustancia viscosa, blanca y algunas veces amarilla ó rojiza».

Habla luego Fracastor de los dolores nocturnos, no en las articulaciones, sino en los músculos y en los nervios. Esto ya lo habia dicho Cataneo, pero Fracastor tenia tambien conocimiento de erupciones que aparecian sin ir acompañadas de dolores.

Encontramos, por último, en este autor, y fuera del lugar que á nuestro juicio le corresponde en la historia de la sífilis, una frase de Sebastian del Aquila: habla de la hinchazon de las piernas. El lector recordará que del Aquila admitia la hinchazon de las piernas para deducir que esta enfermedad era la lepra de los griegos.

Para dar una idea de las teorías de su tiempo, dice Fracastor que la sífilis ha perdido mucha de su gravedad, añadiendo que no es el mismo el orden de los accidentes. No observamos, dice, tantas erupciones, pero vemos la caída de los cabellos, de la barba y de los dientes. Confesión preciosa, que encontraremos más tarde en la historia del tratamiento de la sífilis. Tambien resulta la prueba moral de que al principio los médicos habian confundido muchas enfermedades con la sífilis; todos los escorbutos, la mayor parte de las escrófulas y salpullidos y algunos casos de muermo tambien fueron incluidos en el nuevo cuadro de la sífilis.

Ignoramos por qué los médicos conceden tanta importancia al libro de Fracastor. Debe ser porque es el más conocido y del que más se ha hablado. Hay seguramente un libro anterior más curioso y más científico, y es el de Torella; este autor hizo una distincion admirable, para aquel tiempo, entre las erupciones cutáneas y la pudendagra.

Las teorías de Torella dejan con efecto algo que desear, pero este autor es mucho más preciso que Fracastor. Tal vez se considere un mérito en Fracastor haber desdeñado la division de las pudendagras en sanguínea, biliosa y melancólica, y las causas primitivas, antecedentes y conjuntas del vénereo, vestigios del galenismo: nada podemos decir bajo este punto de

vista, pero en medio de rancias teorías, empezó Torella felizmente á diferenciar las erupciones que Fracastor llama pústulas, con alguna ligereza.

La sífilis ha recibido un nombre inmortal: el mal frances, el mal de Nápoles, las bubas y patura de España, el pua de los Indios, el frenck poken de los alemanes y de los ingleses, el mal venéreo, en fin, circularán todavía, pero el siglo XIX adoptará el nombre de sífilis. En élla se reconoce una enfermedad adquirida generalmente en el coito, que infecta todo el individuo y causa la serie de lesiones que hoy es muy fácil de observar. Coordinar los síntomas, tocar todos los puntos de la sífilis, corregir las descripciones de aquellos síntomas y estudiar el tratamiento constituye el trabajo de los siglos XVI y XVII. Aquí nos encontramos en presencia de una nueva escuela metafísica y de la escuela de observacion metafísica de Erasmo y de Bacon. El sobrenaturalismo y la magia, que sirven de eslabon entre la escolástica de la Edad media y la metafísica, influirán todavía en las doctrinas médicas. Pasacelso, Van Helmont y todos cuantos se dedicaron á buscar la piedra filosofal intervendrán todavía en los asuntos de la Medicina: en la discusion del origen del venéreo, como en todas las cuestiones de origen, tendrán lugar las controversias más singulares, apareciendo el espíritu de aquel tiempo. Las sutilezas galénicas y peripatéticas serán rudamente combatidas por los admiradores de Hipócrates y por los alquimistas.

El origen extraordinario del venéreo encontró sus intérpretes; Ulrico de Hutten, Lorenzo Phrisius, Nicolas Massa y Fracastor creian que la conjuncion de los astros habia determinado la aparicion de la sífilis, cuya idea aceptaba Torella. Es la parte que correspondia á las costumbres místicas y astrológicas de la época, porque las universidades tenian casi todas sus profesores de astronomía, es decir, de astrología.

El erudito Leoniceo opinaba que la dureza del clima de Italia en 1494 habia determinado la aparicion de la enfermedad, que ya ántes habia reinado con carácter epidémico en Italia y Grecia. Esta idea fué aceptada por algunos sabios de la época, y no es otra cosa que el reconocimiento explícito de la antigüedad de la enfermedad. Aficionado el vulgo á lo maravilloso, ar-

rastró á los médicos, y la opinion de Leonicensis fué la que inmediatamente reportó ménos frutos. Por el contrario, la proposición de Leonardo Shmai ó Schmauss, adoptada por los españoles, la curia romana y el emperador Cárlos V, fué la que tuvo un éxito asombroso.

Admira realmente que la idea del origen leproso de la sífilis no haya tenido más partidarios en aquella época. En toda Europa habia leprosos, y la semejanza entre algunas erupciones declaradas mal frances y la lepra debia inspirar la idea de que la elefantíasis y el albaras de los árabes fuesen la sífilis. Esta idea, sostenida en la universidad de Ferrara por Montesauero y Sebastian del Aquila, reapareció bajo otra forma cuando se admitió que el mal frances se adquiria en el coito. Juan Manard fué á quien primero se le ocurrió este origen y colocó el hecho en Valencia, España. (1) Un caballero leproso debió tener relaciones con una cortesana, la que á su vez debió infectar á 400 personajes que llevaron la enfermedad á Italia con el ejército de Cárlos VIII. Pedro Andres Mathiole (2) dice que los franceses, al atravesar los Alpes, tendrían comercio con algunas leprosas. Se ve, pues, que la misma ficción sedujo á Manard y á Mathiole. Paracelso (1536) va más lejos y dice que el venéreo debe su origen al comercio impuro de un caballero leproso con una cortesana que tenía bubones. (3) En estas explicaciones encontramos una reminiscencia del contagio de la lepra en el coito, señaladas ántes de la epidemia del siglo XV, en 1290 y 1300.

Musa Brassavole, (1551) (4) por su parte, dice que una cortesana atacada de úlcera sordida á la vulva infectó á varios hombres, que propagaron el mal. Esto es una sencilla transmisión de la sífilis, y la hipótesis de Brassavole puede ser real. Astruc opina que las opiniones de los tres primeros autores, Manard, Mathiole y Paracelso, daban á entender casos de sífilis

(1) Juan Manard, *Epistolæ duo de morbo gallico*, Ferrara, 1529.

(2) Pedro Andres Mathiole, *De morbo gallico*, 1535.

(3) Theophrasto Paracelso, *Chirurgia magna*, lib. I, cap. VII, 1536.

(4) A. Musa Brassavole, *De morbo gallico*, 1551.

transmitida. Esta opinión es también la nuestra, pero con más lógica que Astruc, pensamos que, siendo anteriores á la pretendida epidemia del siglo XV en Italia, es la sífilis más antigua, y esto ya lo hemos hecho observar á propósito de casos citados por Bernardo de Gordon y otros.

Por último, la hipótesis del venéreo también ha tenido sus defensores. Fallopio (1555) sólo dice una palabra, pero Andres Cesalpino de Arezzo (1602) (1) ha creído más. Opinaba que los soldados que habían comido carne humana ó bebido aguas emponzoñadas por los leprosos contrajeron una horrible enfermedad que era el mal frances. El empírico Fioravanti (1564) (2) ha supuesto este origen.

Después de Fracastor, se escribe en toda Europa sobre el mal frances ó sífilis, pero en Italia principalmente son más frecuentes los escritos. El bubon entra definitivamente en los signos del mal frances. Algunos autores, con Jorge Velva (1508), reconocen que las úlceras que causan el mal frances, y son contagiosas, pertenecen á la misma naturaleza que las úlceras descritas por los antiguos. Otros, particularmente Vadius, opinaban que se podía curar el venéreo y que el enfermo podía adquirir de nuevo la enfermedad, pero con menos gravedad. Tomaba la recaída por una nueva infección. (3) Fallopio, sin embargo, estableció una distinción, puesto que separó la *caries gallica* de la *caries non gallica*. Antonius Francantianus (4) ha reproducido esta distinción y hecho el diagnóstico diferencial, diciendo que la úlcera del principio de la sífilis se reconoce *ex callositate*, de la cual ya habían hablado algo Torella y más tarde Thierry de Hery, de Paris (1535). (5)

Fallopio (1560) en Italia y Fernel, (6) el médico de Enrique II, (1556) en Francia, escribieron los mejores tratados de su tiempo.

-
- (1) Andres Cisalpino de Arezzo, *Artis medica*, lib. IV, cap. 111.
 - (2) Leonardo Fioravanti, de Bolonia, *Caprici medicinale*, 1564.
 - (3) Vadius Vidino, de Florencia, *De morbo gallico*, cap. IX.
 - (4) V. Bassercan, *Afecciones sífilíticas de la piel*, Paris, 1852, pag. 244.
 - (5) Thierry de Hery, *Método curativo del mal venéreo*, Paris, 1684.
 - (6) Joan Ferneli Ambiani, *De Abdit. rerum causis lib. du tuos venerea*, p. 348, edit. póstuma, Paris, 1560.

po, reuniendo los trabajos anteriores, y la mejor teoría del venéreo se debe á Fernel: compara el virus de la sífilis al virus de la rabia y al veneno del escorpion, y dice que la enfermedad se adquiere con mucha frecuencia en el coito, pero que la saliva de los sífilíticos y la boca de los niños de pecho tambien la pueden comunicar.

Este autor plantea toda la teoría moderna de los autores sobre la sífilis. «*Cuicumque particula lues primum inseverit illic inherescens pustulam excitat interim et usculum.*» Ricord ha hecho saber que en nuestros dias la sífilis comienza por un chancro: los modernos solamente dogmatizan, diciendo *siempre* en vez de *muchas veces*. Despues sigue una descripcion de los accidentes en un órden bastante preciso: las erupciones de la piel, los dolores de las articulaciones y de los músculos y luégo las úlceras. Las afecciones del hígado y del cerebro, las del velo del paladar y la nariz y los dolores nocturnos vienen á guardar el mismo órden que en Torella y Fracastor, si bien en nuestros dias ha sido todo esto mucho mejor estudiado. La gonorrea era á juicio de Fernel una afeccion del venéreo; Fallopio insistia por su parte en el color cobrizo de las pústulas. (1) Ya hemos visto que conocia dos clases de úlceras al principio de la sífilis. Pero los escritos de Fallopio áun contienen teorías llenas del sobrenaturalismo italiano de la Edad media, referentes al origen de la sífilis del siglo XV, á pesar de lo cual tuvo la buena idea de pronunciarse contra Ant. Mussa Brassavole, que confundió gran número de dolencias con el mal frances, diciendo que podia empezar por exostosis, dolores, erupciones cutáneas, caida de los dientes ó alopecia, y dando una forma especial correspondiente á cada uno de estos principios.

Fallopio observó tambien abortos en mujeres sífilíticas embarazadas: debemos notar que tres años ántes, Augier Ferrier, (1553) dijo que el niño podia ser infectado en el seno de la madre por la semilla del padre ó de la madre y tambien durante la gestacion.

(1) Gab. Fallopio, *De morbo gallico*, cap. LXXXI, 1560.

Después de Fernel, Leonardo Botal escribió sobre el mal frances ó venéreo, dando pruebas de haber observado á los enfermos. Otros autores han añadido algunas reflexiones muy curiosas. Nicolas Massa habla de las erupciones en la frente, que tienen un color feo, siendo el primero que ha diferenciado el chancro seguido del bubon que supura del chancro seguido del bubon pero que no supura. «*El sequuntur apostemata inginnum quæ si suppurantur removeant ægritu dinem.*» Del mismo modo puede ser un hecho observado, como un recuerdo de la antigua teoría que consideraba las glándulas del ano como emuntorios. Como quiera que sea, la indicacion es terminante, pero dormirá largo tiempo. J. B. Teodosio, en aquel mismo tiempo, hablaba de los exóstosis de los músculos.

Ambrosio Paré, (1564) que ha copiado de Thierry de Hery, no se ha ocupado mucho del venéreo, pero en las pocas palabras que dedica á la naturaleza de esta enfermedad emite algunas ideas nuevas y observaciones relativas al soriásis plantar y palmar; dice que los enfermos del venéreo *se vuelven leprosos*, nueva prueba de la semejanza entre los enfermos llamados leprosos ántes del siglo XV y los sífilíticos del siglo XVI. Hacemos mencion de esto porque lo consideramos como una nueva prueba de la existencia de la sífilis en la Edad media, áun cuando confundida con la lepra. (1)

Llegamos al final del siglo XVI; principian las guerras de religion. Apénas terminadas las guerras entre Francia y Alemania, cuando la guerra civil se enciende con vigor. Durante este tiempo, los médicos italianos son los únicos que escriben: los cirujanos de los demas países, tales como Andres Vesale (1546) y otros, hablan del venéreo en sus tratados de Cirugía, pero no añaden nada á los conocimientos adquiridos: la única singularidad que hallamos en aquellas obras es que las úlceras de las partes genitales descritas por los antiguos no figuran en capítulo separado del venéreo y son tratadas más brevemente.

Dirijamos una mirada retrospectiva sobre este período de

(1) A. Paré, *Obras*, lib. XVI, cap. I.

más de ochenta años en que tanto se ha escrito sobre el mal francés, y en cuya mitad se descubre la sífilis, con motivo de las diferentes epidemias de Italia, si bien hay documentos que prueban su existencia en época anterior. De tres grandes hechos que debemos mencionar aquí, dos resultan de la lectura de los libros de aquella época: el tercero es la desaparición de las leproserías en Europa, unos veinte años antes de la aparición de la sífilis. Estos documentos servirán para establecer del modo más preciso que la sífilis existía antes del siglo XV y que era confundida con la lepra. La crítica de las obras médicas en la Edad media y de los reglamentos de policía se ha hecho y ha sido uno de los argumentos invocados para probar que la sífilis era la lepra degenerada, idea suscitada por Mathiöle y Paracelso, reproducida luego muchas veces y siempre abandonada. Pero lo que no se ha dicho es que la lepra y la sífilis, dos enfermedades análogas, pero diferentes, eran confundidas. (1) Para probarlo sólo invocaremos los trabajos recientes sobre la lepra de Kabyhe. Esta enfermedad ha sido estudiada por Beleanu y Bertherand, y á pesar de la opinion de ambos autores, la ha considerado Arnould como una forma de la sífilis maligna. Si en nuestros dias ha podido existir la confusion, mucho más posible habrá sido en los siglos XII, XIII, XIV y XV. (2)

No creemos deber añadir que hoy se admite un soriásis sífilítico y un soriásis no venéreo ó lepra blanca, que sólo se diferencian en el color más subido de las escamas y costras, y que esta afeccion, conocida en la Edad media con el nombre de morfea y muy parecida al albarazo de los griegos, se comprendia en las variedades de formas de la lepra.

Los libros de Medicina de los primeros tiempos del descubrimiento de la sífilis casi no hablan de otra cosa que de la lepra y de la laceria, copiando simplemente lo que sus predecesores habian escrito sobre el asunto. No se consigna ningun diagnós-

(1) V. Denisart, *Coleccion alfabética de jurisprudencia*, artículo lepra, 175'-1756. Nicolas de Blegny dijo que habia sífilíticos en las leproserías.

(2) Arnould, *Memorias de medicina y cirugía militar*, 1862, pág. 338.

tico diferencial, siendo evidente, por lo tanto, que ningun médico de aquella época habia visto leprosos. Esta carencia de descripciones y la ausencia de diagnóstico diferencial son bien características. Porque si los médicos del siglo XV han tratado de establecer una relacion entre la lepra y la sífilis, es solamente bajo el punto de vista de los textos de los griegos y de los árabes por una parte, y de las descripciones de los médicos que habian visto el mal frances. Durante la Edad media, y sin que sea posible fijar la época en que nacieron aquellas costumbres, eran los leprosos objetos tan repulsivos que hasta los mismos médicos los abandonaban. Desde el código de los reyes lombardos hasta los capitularios de Carlo Magno, mucho ántes de las Cruzadas, desde el año 641 hasta el 789, los leprosos fueron considerados como pestíferos.

El código Lombardo, publicado el 22 de Noviembre del año 643, por Rotharis, ordena que los leprosos sean relegados á lugares aislados y los declara *muertos civilmente*. Las costumbres de Normandía, artículo 224, y la de Calais, negaban hasta el derecho de ciudadanía á los descendientes de los leprosos, resultando castigados en su posteridad. Pipino el Breve y Carlo Magno hicieron leyes que separaban por completo á los leprosos de la sociedad. La enfermedad se consideraba contagiosa en aquella época. Despues de las Cruzadas el mal aumentó, pero no disminuyó la severidad de los reyes. ¿Qué mal es ese, contra el cual toman tantas precauciones reyes, sacerdotes y señores? La lepra, pero que dista mucho de ser contagiosa en los países en que es endémica.

Otra cosa habia en aquellas enfermedades tan multiplicadas y tan diversas conocidas con el nombre de lepra: las sífilides, que aparecen mucho tiempo despues que los accidentes del lado de los órganos genitales han tenido lugar, si existian en la Edad media, no podian ménos de estar comprendidas en la lepra: los eczemas, soriásis, ictiósisis, escrofúlides, gota y chanroides extensos debian estar comprendidos en el número de las lepras: si añadimos las enfermedades simuladas de los pueblos en tiempo de los peregrinos y de la guerra de los cien años nos explicaremos la gran cantidad de leproserías y lacerias que habia en Francia poco tiempo despues de la primera Cruzada.

En el testamento de Luis VII, se hace subir á dos mil el número de las que habia. (1)

«*Donamus et legamus, duobus millibus domorum leprosorum, decem nullia librarum*», dice el Testamento.

El papel de la Iglesia y de los médicos en todo aquello se reducía al de proscriptores ó agentes de proscripción. Á tal punto llegaba, que los soberanos y el Papa se vieron obligados á fundar una orden de caballería, la orden de San Lázaro, (2) cuyo jefe debía haber sido leproso, para defender y cuidar á los leprosos en la época de las Cruzadas.

En un principio, la Iglesia arrojó á los leprosos de la comunión de los fieles, con una ceremonia particular; acusado un leproso por la opinión pública, era examinado por un médico que decidía si tenía la lepra, y entónces se les confesaba en una casa aparte, se les entregaba un capuchon, un capote ó manto gris, una alforja, un barrilito y algunas veces una caraca, y desde entónces sólo podían contar para vivir con los socorros de la caridad pública. Más tarde se establecieron leproserías, prisiones mejor que hospitales, en los cuales era absoluta la secuestración de los enfermos. Entónces se ensayó un tratamiento, pero dirigido desde léjos por los médicos. Guy de Chauliac dice, con efecto, *los médicos que emprenden el tratamiento de la lepra*, como si esto no estuviese en las atribuciones de todos los médicos y como si él mismo no hubiese visto leprosos. En un capítulo bastante largo expone los medios de reconocer los leprosos. Cuando se lee este capítulo, redactado por uno de los cirujanos más notables de aquel tiempo, espanta la idea del número de enfermos que serian excluidos de la sociedad, dados los inciertos signos con los que, segun Guy de Chauliac, (3) el médico podia establecer su juicio. El cirujano, por otra

(1) Testamento de Luis VII, artículo 13.

Mathieu Paris dice en su historia que habia en Europa en 1244 diez y nueve mil leproserías.

(2) Hélot, Historia de las órdenes monásticas.

(3) Guy de Chauliac conocia los libros árabes, y debemos hacer notar que en su capítulo reproduce exactamente los medios de reconocer la lepra, en su principio, escritos por Haly Abbas. El árabe escribió este diagnóstico para

parte, haciéndose cargo de la responsabilidad que pesa sobre el médico, dice «que debe invocar el socorro del Cielo á fin de tener el acierto necesario para salir bien de aquella empresa».

Bajo este punto de vista, ha prestado el descubrimiento de la sífilis un importante servicio á la humanidad: en efecto, y esto es un argumento histórico de gran valor, ménos de veinte años despues del descubrimiento de la sífilis casi no existian ya leprosos. El personal de las lacerias y leproserias se habia amortizado y no se habia renovado. En 1514 decia Juan de Vigo que no quedaban leprosos á la fecha de 1505.

Por la misma época, un decreto del Parlamento de Paris encargaba se alquilase una casa para los enfermos del venéreo, de los que ya habia un número considerable: en 1528 se creó en Tolosa una casa para ellos en el barrio de San Marcelo: en 1536 se los destinó en Paris el hospital de la Trinidad de la calle de San Dionisio. (1) En Italia ya habia hospitales para los sifilíticos, y poco á poco los hubo en todas las grandes ciudades, y en aquellas donde no habia un hospital especial se destinaron para ellos salas especiales en los hospitales ordinarios.

Los documentos presentados por F. V. Labourt, (2) que en 1858 reivindicó ante el Consejo de Estado para la villa de Dou-lens los bienes de sus antiguas leproserias, afectos á otros usos, prueban que en aquel departamento existian ocho leproserias en la Edad media, de origen tan antiguo algunas que fué imposible hallar las huellas de su fundacion, y debidas las otras á la liberalidad de los señores feudales y de los reyes.

Que desde el siglo XVI estaban desocupadas y que sus rentas se habian dado á gobernadores, familias nobles del país ó abadías.

En aquella época, muchos de los bienes de las leproserias fue-

el uso de los ricos musulmanes, con el fin de proteger á los que tenian esclavos y prevenir á los que los comprasen contra los leprosos.

Aly-Abbas, filius, *Liber totius medicine*, ed. 1492.

(1) D. Filibien, *Historia de Paris*, t. IV. pag. 689 y 788.

(2) F. V. Labourt, *Investigaciones sobre el origen de las leproserias*, Paris, 1854.

ron aplicados á los lazaretos de Francia. Los de las leproserías de Saboya fueron entregados, 1572, por Emmanuel Filiberto á los caballeros de San Mauricio. Enrique IV reorganizó la orden de San Lázaro, á cuyos caballeros no solo dió grandes atribuciones cerca de su persona, sino que los puso en posesion de los bienes de las leproserías. En 1672 reinando Luis XIV, los bienes de las leproserías cuyas rentas disfrutaban diferentes señores fueron distribuidos entre los hospitales comunales y departamentales. En el mismo reinado se creó el vasto sistema hospitalario que se observa todavía en los hospitales de Francia. En la exposicion de motivos de la ley de 1672 decia Luis XIV que habiendo desaparecido casi por completo la lepra, era llegado el momento de emplear los bienes de las leproserías de un modo más conforme con las intenciones de los fundadores de aquellos establecimientos. Los caballeros de San Lázaro y de Nuestra Señora del Monte Carmelo perdieron grandes rentas.

Hay en la obra de Labourt, notable bajo el punto de vista arqueológico y filológico, curiosas observaciones. En ellas se ve claramente que existian en Francia leproserías desde la más remota antigüedad, en la proximidad de templos druidicos, y que una ciudad llamada Levroux, en el Berry, atestigüa que la lepra era un nombre popular, con el que se designaban de muy antiguo enfermedades especiales, cuyo alivio y curacion se buscaban en un templo ó en sus inmediaciones que tuvieran fama de ello. Esta cita es muy importante para demostrar que la lepra, ni fué importada por los judíos, objeto de tantas acusaciones en la Edad media, ni por los peregrinos y soldados que volvian de las Cruzadas, como afirman los historiadores. Concedemos que en medio de aquellos grandes movimientos de hombres hubiera algunas epidemias, bien fuese al partir de Europa, bien en el camino, ó bien al volver de Palestina. Es imposible que la primera Cruzada, compuesta de peregrinos, caballeros y aventureros, no se resintiese de muchas enfermedades, y que los que volvieron no trajesen aquellos males agravados por el viaje y la vida licenciosa de aquellos piadosos aventureros. La sífilis era, con seguridad, una de tantas, y esto viene á explicar, despues de las Cruzadas, la recrudescencia de lo que se tenía por lepra y

de que hace mencion la mayor parte de los historiadores.

Tenemos, pues, tres grandes argumentos: la confusion de las úlceras de las partes genitales y del ano, descritas por los antiguos, con la sífilis, al poco tiempo del descubrimiento del venéreo; la brusca desaparicion de la lepra y la carencia de diagnóstico diferencial entre la lepra y la sífilis, si bien casi todos los autores dicen que la sífilis no era la lepra. Estos tres argumentos nos llevan á deducir que una de las lepras era la sífilis, ó que la sífilis, del mismo modo que las escrofulides, era confundida con la lepra. Esta última conclusion es la expresion de la verdad, y no hay prueba mejor de la existencia de la sífilis en la Edad media. Y como la lepra de la Edad media estaba considerada como una enfermedad muy antigua, originaria del Egipto y de Siria, de lo que conservamos los testimonios de Herodoto, Plinio y Plutarco, no hay motivo para que los antiguos no hayan incurrido en la misma confusion que los hombres de la Edad media. Este punto ya ha sido desarrollado y corroborada esta opinion con la descripcion de los antiguos de las úlceras de las partes genitales y del ano, que ofrecen la mayor semejanza con los accidentes locales de la sífilis que hoy tenemos lugar de observar.

Quando se consideran los argumentos y escritos de los autores del siglo XV ó posteriores, y se ven los motivos de sus creencias en el desarrollo del venéreo, debido á una causa desconocida ó por resultado de su importacion de América, y si se comparan aquellas teorías con los hechos que hemos indicado, es imposible dejar de admitir que la sífilis haya existido desde la más remota antigüedad. Observamos que el venéreo bajo el nombre de lepra, del mismo modo que la civilizacion, partiendo del Oriente y de Egipto, se extiende poco á poco, como una mancha de aceite, hacia el Occidente, instalándose en las grandes ciudades de la Grecia, en Roma, en Alejandría y muy luégo por todo el Oeste de Europa.

Renovándose sin cesar en las grandes ciudades ó donde hubiese aventureros y cortesanas, la sífilis se perpetuaba, á la vista de los médicos, cuya educacion intelectual no los permitia todavía comprender ni la verdadera naturaleza de la enfermedad ni sus manifestaciones lejanas.

LA SÍFILIS DURANTE LOS GRANDES DESCUBRIMIENTOS ANATÓMICOS.

Después de las guerras de religión, floreció la paz. Enrique IV, y después Richelieu, acaban la unidad de la Francia; las grandes agitaciones de la Liga han impulsado fuertemente los trabajos intelectuales; las letras, las ciencias y las artes progresan; se destacan grandes figuras, y la medicina francesa, que estaba á la cabeza de la de Europa, brilla con vivo esplendor desde Fernel y sus discípulos, siendo luego prontamente eclipsada por los médicos extranjeros. La Cirugía se relegó á los barberos, recordando una especie de reprobacion que sobre ella hizo pesar el Concilio de Tours, prohibiendo á monjes y clérigos la práctica manual de ella: los médicos dedujeron de aqui que no era digna de ellos. Estamos todavía en la época de los barberos cirujanos, sobre los cuales se refleja, sin embargo, la fama de Ambrosio Paré. Los cirujanos de Saint-Conu son rechazados por la envidia de la universidad, que les obliga á entrar en la corporacion de los barberos: la ciencia, pues, no ha obtenido gran provecho.

El venéreo es del exclusivo dominio de los médicos, y va á seguir las vicisitudes de las teorías médicas, hasta que cirujanos como Hunter puedan desempeñar el importante papel que en la Medicina está confiado á la Cirugía. En el resto de Europa, ya sea por necesidad, ya porque los reglamentos así lo hayan impuesto, no tratan los cirujanos en sus libros del venéreo.

Suelen ocuparse, pero muy brevemente, de las úlceras venéreas.

Fabrizio d'Aquapendente, en Italia, y Fabricio de Helden, en Alemania, no se ocupan de esta enfermedad; Paracelso, que ha escrito un libro de Cirugía, sólo se ocupa para dar al venéreo un origen en conformidad con sus ideas, y para decir que el mercurio puede administrarse al interior. Las facultades y las universidades se ocupan solamente del venéreo. Desde principios del siglo XVII hasta fines del siglo XVIII, si la Medicina progresó algo, fué fuera de Francia: durante unos ciento veinte años, el venéreo fué enseñado por los médicos, quedando en el mismo punto en que la mayoría de los médicos y cirujanos italianos, franceses y alemanes le habían dejado á fines del siglo XVI. Todas las ciencias positivas padecen bajo los poderes absolutos. El gran rey Luis XIV consumió pronto las ilustraciones que le legara el reinado precedente, y no hizo producir nuevas. Un poder que todo lo recibe y todo lo da, no produce inteligencias: sirve tan sólo para educar cortesanos y servidores. La Europa, que tomaba á Francia por modelo, no brillaba mucho más, exceptuando Inglaterra y Suiza, y poco tiempo en Holanda, donde se respiraba una atmósfera de libertad más favorable á los sabios.

Hasta William Hunter, uno de los más célebres cirujanos de Inglaterra, sólo ofrece de particular la historia de la sífilis los trabajos relativos á su origen: el de Beckett es uno de los más notables, pero tanto éste como el de Astruc son todavía del siglo XVIII.

La disputa entre los partidarios de Paracelso y Van-Helmont y los hipocratistas modernos tuvo lugar tambien en el terreno del tratamiento de la sífilis. Pero no se realiza descubrimiento alguno; Guy Patin (1632) y Hoffmann (1687) sólo hablan de la manera de administrar el mercurio, dando cada uno su explicación acerca del origen de la sífilis. Así vemos á Francisco Bacon de Scrubam (1620) aceptar el origen del venéreo en que hombres comieron carne humana; Van-Helmont (1648-1652) dice que la sífilis tiene un origen animal: que en Nápoles un hombre tuvo comercio inmundo con una yegua atacada de lamparones, y cohabitando luego con mujeres, resultó la sífilis transmitida

de este modo del animal al hombre. (1) Más adelante se creyó que el virus sífilítico, como el venéreo de la peste, era debido a parásitos microscópicos. Augusto Hauptman (1640), (2) C. Lange (1660), y después Diédier (1723) (3), reproducidos por Boile en 1726, explotaban el descubrimiento del microscopio, creyendo que la sífilis se debía a un contagio parasitario. En nuestros días ha surgido un partidario de esta idea, Diday, de Lyon, proclamando que el virus sífilítico se podría deber a un parásito. Pasteur dice que es su fermento. El siglo XVII sólo ha producido una obra importante sobre la sífilis.

Para Nicolas de Blegny (1673) todos los chancros son unos; la induración es una forma solamente, y parece adelantar la idea que algunos modernos admiten de que la induración es uno de los primeros signos de la intoxicación sífilítica. Todos los accidentes de los órganos genitales se comprenden en el venéreo. La hemorragia, señalada ya por Benedetti, era considerada como un accidente de la sífilis, y después de Musa Brassavole, no sólo como un accidente del principio del venéreo, sino como un fenómeno secundario. Esto explica por qué en aquella época la sífilis parecía menos grave, y cómo pudo Astruc encontrar en ella tres períodos de gravedad descendente, desde el siglo XV. La sífilis de los niños se empieza a dar a conocer, y los accidentes cerebrales, de los que se ocuparon muy poco los escritores del siglo XVI, comienzan a observarse.

Pero, como ya hemos dicho, al finalizar el siglo XVI, careciendo la Medicina de carácter, según las vicisitudes de la filosofía y de las teorías químicas y mecánicas que vinieron a reemplazar a la medicina galénica é hipocrática. Nicolas de Blegny cree que la materia venérea se debe a un ácido mezclado con

(1) Van-Helmont, *Ortus medicinosi, Tumulus pestis*. Esta enfermedad existe en Kabylia, donde se observa una enfermedad del coito en el caballo, chancros y bubones: hay motivos para suponer que allí el hombre ha infectado al animal.

(2) Hauptman, *Mortis imago*, 1640.

(3) Diédier, *De morbis veneris*, Montpellier, 1723. Diédier opinaba que el virus se componía de animales que se reproducían en la economía, *lombrices venereas*.

cuerpos ígneos. (1) Aquí se ve á Nicolas de Blegny inspirado por la teoría de Van-Helmont y por la medicina química: los médicos la siguieron hasta Boerhaave, que más tarde (1728), como verdadero médico mecánico, cree que el mercurio, por su propio movimiento, va á buscar y arrojar el virus venéreo, que se halla en la sangre, por el pronto, deteniéndose luégo donde encuentra lesiones sífilíticas. También creía Boerhaave que el venéreo estaba constituido con la gonorrea y sus accidentes y los chancros.

Sydenam (1680) (2) es notable por otros libros y no por los que nos ha dejado sobre la sífilis. El punto capital de sus escritos es la resistencia que opone á los propagadores del origen americano de la sífilis, creyendo que el *yam* de Africa, que existía hacía mucho tiempo en la India, pudiera ser el origen de la sífilis, Sprengel, historiador y médico, ha desarrollado esta idea.

Durante toda aquella época hasta la aparición del libro de Astruc, despues de las vicisitudes sin cuento de la medicacion mercurial, del triunfo de las fricciones y de la mercurializacion hasta la salvacion, se entretenian todavía en discutir los accidentes de la sífilis, llegando á comprender en élla todas las enfermedades.

Aunque J. L. Petit (1705) no haya escrito un tratado del venéreo, se ha ocupado, sin embargo, con extension de esta enfermedad, á propósito del diagnóstico de los exóstosis venéreos, á los cuales considera como un accidente del tercer periodo; este capítulo de la cirugía de los exóstosis, trazado de mano maestra, es una exposicion de las doctrinas de aquella época sobre la sífilis. Al lado de la interpretacion de los exóstosis que clasifica entre los accidentes tardios hallamos un pasaje que indica que la sífilis está muy esparcida y que causa innumerables accidentes. Hé aquí el texto: «Los dolores en los miembros, los insomnios, las inquietudes, la caída de los cabellos, el cansancio, el enflaquecimiento, las indigestiones, las diarreas, la ictericia, las

(1) Nicolas de Blegny, *Arto de curar el venéreo*, Paris, 1673.

(2) Sydenham, epistola II, *De lue venerea ad. H. Paman.*

inflamaciones de los ojos, la gota serena, la catarata, las fistulas lagrimales, las fistulas en el perineo ó en el ano, las que resultan de determinados abscesos, todas las úlceras de la nariz, de las pupilas, de la garganta y del pulmon, en una palabra, todas las enfermedades pueden reconocer por causa el venéreo, y si son pocos los que opinan de este modo, es porque son muy pocos los que observan».

La descripcion de las erupciones cutáneas de la sífilis no ha dado un paso desde el siglo XVI. J. L. Petit sólo habla de pústulas secas, húmedas ó supurantes. Los bubones y los infartos ganglionares consecutivos, ó los chancros, están bien expuestos por Petit. Añade que el bubon puede dejar de presentarse cuando el virus penetra por las venas, siendo introducido en la economía, segun la expresion del autor, de contrabando.

La exposicion de los accidentes de la blenorragia, orquítis, reumatismos y enfermedades de los ojos está bien hecha, pero J. L. Petit dice que, aún sin presentarse estos accidentes, puede ser cierto el venéreo.

De aquí puede deducirse si estaria arraigada la teoría de la metástasis.

En 1679, Bonet habló del exóstosis sifilítico de la dura madre: esto ya es una descripcion de la sífilis cerebral (1).

El libro de Astruc (1736) representa con exactitud los conocimientos de los médicos del siglo XVII y principios del XVIII acerca del venéreo. Poco es, en realidad, lo que pertenece á Astruc, salvo lo que hoy conocemos con el nombre de testículos venéreos y los abscesos del perineo despues de la gonorrea. Describe tres especies de bubones.

Las variedades de bubones complicadas no están expuestas con tanta felicidad. Astruc señala los chancros en muchos puntos del cuerpo y en todos los que hoy acostumbramos á encontrarlos. Diferencia ya una gonorrea simple de una gonorrea virulenta; el resto del capítulo de Astruc sobre la gonorrea está muy bien hecho, y en él encontramos una indicacion previa de

(1) Bonet, *Septuaginta*, Génova, 1679, lib. IV.

la blenorragia de las glándulas vulvo-vaginales. Pero al lado de esto, toma de Sydenham una especie de gonorrea que no es otra cosa que la acumulacion de la materia sebácea de las glándulas prepuciales, con ó sin balanítis. Las verrugas y condilomas, ó vegetaciones, se clasifican por Astruc en el venéreo, sin embargo de lo cual dice que, cuando estas lesiones existen al principio, pueden no ir seguidas de infeccion. Astruc dice, por otra parte, que estas verrugas anuncian el venéreo como causa y como efecto.

Por último, al hablar Astruc de las grietas del ano, describe las manchas mucosas del ano: emplea los mismos términos que Leonidas y Aecio, lo cual viene á constituir una prueba más en el apoyo de las proposiciones que hemos enunciado. Describiendo Astruc los tumores del ano, los compara con fresas. Vemos, pues, que ya hacía mucho tiempo que los médicos habian incluido en la sífilis todas las lesiones que los antiguos encontraron en los órganos genitales.

La doctrina de Astruc es más clara; en el curso del diagnóstico del venéreo es donde se halla una especie de teoría del chranero y de la infeccion. Si hubo chancros, tambien debió haber venéreo, porque no es posible que la cantidad de virus que ha penetrado haya salido por completo en una supuracion tan pequeña como la que producen los chancros. Tambien encontramos alguna indicacion sobre las enfermedades que complican la sífilis, tales como la epilepsia, la parálisis, el escorbuto y los lamparones.

Los accidentes tardíos de la sífilis tambien están indicados: á los exóstosis de los huesos del cráneo, ya conocidos, se agregan una infinidad de enfermedades de los huesos, viniendo á demostrar que, si se conocian las lesiones de la sífilis, tambien se la achacaban más accidentes que los que la correspondian. En este asunto tiene en Francia muchos imitadores Astruc. Bajo el punto de vista del pronóstico, está Astruc más inspirado, porque establece que el venéreo es más ó ménos grave á causa del estado de la sangre y de las vísceras del individuo, es decir, á causa del estado de salud del individuo que adquiere la sífilis. Pott y A. Cooper, que han escrito sobre el testículo venéreo fueron precedidos por Astruc que admitia implícita-

mente las alteraciones del tubérculo en el curso de la sífilis constitucional, pero solamente á propósito de la blenorragia es donde se encuentra la observacion de Astruc.

De las erupciones cutáneas de la sífilis casi no se hace mencion. Por aquella época Serry (1777), en Francia, al tratar de las enfermedades de la piel, sustrajo de la sífilis un buen número de las enfermedades cutáneas de su pertenencia. Sin duda entónces, como hoy, se dividian los accidentes de la sífilis entre médicos y cirujanos, y por esto nos explicamos el haber sido Astruc tan breve en las lesiones cutáneas de la sífilis.

En resúmen: entre Fallopio y Fernel de una parte, y Hunter de la otra, no ha progresado mucho el estudio de la sífilis. El origen americano de la sífilis ha tenido muchos partidarios en aquella época, y el tratamiento mercurial ha reinado en absoluto. Como se creyó haber encontrado en el mercurio un remedio poderoso contra la sífilis, se trató despues de generalizar su uso, y como se decia á mediados del siglo XVIII que el venéreo podia engendrar todas las enfermedades, se prodigaba el mercurio en las enfermedades de los niños y en las enfermedades cerebrales de los adultos. La práctica médica inglesa, tan inclinada á generalizar el uso de los calomelanos, es un resto de la tradicion de los médicos del siglo XVIII.

Lo mismo debemos decir de las creencias populares, que van, lo ménos, un siglo atrasadas á los progresos científicos, que han conservado intactas las doctrinas de Fabre y la de B. Vigarons (1760), de Montpellier, célebre todavía por sus opiniones sobre las metamorfosis de la sífilis en escrófula, raquitismo y salpullidos. Rosen de Rosenstesia (1754) (1) atribuia la mayor parte de las enfermedades de los niños á la sífilis de los parientes, y de recuerdos de este libro estaban llenos nuestros libros de medicina clásica hasta hace unos veinte años. Baulin Jh. (1768) expuso las mismas ideas.

Á pesar de la imperfeccion de los conocimientos sobre la sífilis, y á pesar de la confusion y vaguedad en la concepcion de

(1) Rosen, *Dessertation de morbis infantum*, Upsal, 1754.

la enfermedad, no fueron menos afirmativos los médicos en el tratamiento, considerando el mercurio como un específico, como un contraveneno maravilloso, y administrándole á dosis relativamente enormes; los cirujanos en fricciones y salivacion, y los médicos en preparaciones internas.

Antes de la aparicion del libro de J. Hunter, hay pocas novedades que registrar en la historia de la sífilis, fuera del estudio de la sífilis congenital y una especie de ensayo de clasificacion de las erupciones de la sífilis. Rosen profundizó la primera cuestion y Plinck la segunda. Aunque desde Cataneo se conocia la sífilis de las mujeres embarazadas, de los niños y de las nodrizas, casi como las observamos hoy, aunque se sometiese á un tratamiento á la mujer embarazada, y aunque N. Massa haya declarado excelentes las fricciones mercuriales en el tratamiento de los niños, Rosen es el que ha descrito con más exactitud la sífilis infantil. Vercelloni y Guyon Dolois, citados por Bertin, (1) se ocuparon de las grietas y de las pústulas que se observan en los recién nacidos sifilíticos: Levret (1753) recomendaba el tratamiento de la nodriza para tratar al niño, creyendo que la leche se cargaba de los medicamentos tomados por la nodriza, y abundando en una idea generosa para las nodrizas mercenarias, aconsejaba se diesen los medicamentos á una cabra, de la que se haría mamar al niño. Rosen admitia la infeccion por la generacion, sabía que la sífilis causa la muerte del feto y aun los abortos, y que los niños nacen cubiertos de úlceras. Pero al lado de esto habia interpretaciones que se debian al escaso conocimiento de la sífilis; esta sífilis, transmitida por la moderna, comparada con la sífilis que existe al nacimiento, anuncia un error de interpretacion: la sífilis de manifestacion tardia en los niños no era conocida. No debemos detenernos en la consulta de los doctores regentes de la facultad, que en 1775, en una nota enviada á los administradores del hospital de Aix, decian que los signos de infeccion venérea en los recién nacidos aparecian á los diez ó doce dias del nacimiento; esta doctrina

(1) Bertin, *Tratado del venéreo en los recién nacidos*, 1812.

representaba un término medio, poco más ó ménos. Las corporaciones científicas, como tales corporaciones, no han emitido nunca una idea de progreso; no entra en sus funciones.

En 1776 hizo Plinck una especie de clasificacion de las sífilis:

1.º *Gutta rosacea.*

2.º *Scabies venerea.*

3.º *Herpes síphiliticus.*

4.º *Tinea venerea.*

5.º *Mentagra venerea.*

6.º *Impetigo venerea.*

7.º *Verruca venerea.*

8.º *Condylomata venerea.*

9.º *Apthe venerea.*

10.º *Ragade venerea.*

Esta clasificacion está muy conforme con las doctrinas de aquel tiempo, en que se mezclaban con la sífilis muchas dolencias extrañas á ella, la tiña y la sarna, por ejemplo. Con mayor ó menor exactitud, reprodujo esta division Nisbet, en 1780, en Inglaterra.

Por último, el siglo XVIII no terminó sin que el origen de la sífilis fuese estudiado con un lujo de erudicion de lo más notable por Astruc, Hecker, Hensler, Sanchez, Grüner y Girtanner. Van Swieten (1768), aprobando las ideas de Astruc, estudia el tratamiento de la sífilis por el sublimado al interior con ayuda del licor que lleva su nombre. (1)

Causa admiracion ver que la Academia de Cirugía francesa, tan brillante durante unos cincuenta años, se haya ocupado tan poco de la sífilis. Esto consiste en que los académicos eran casi todos operadores; despues de haber sufrido la opresion secular de la facultad de medicina, que llegó á confundir á los cirujanos con los barberos de Saint Come (decreto de 7 de Febrero de 1860), tenían la resulta de las persecuciones de que habian sido objeto por parte de la facultad de medicina, y evitaban mezclarse en los asuntos que la Medicina consideraba

(1) Van Swieten, *Comentarios sobre los aforismos de Boerhaave*, 1770.

como de su dominio. Desde 1731, época considerada como la fecha real de la fundacion de la Academia de Cirugía, hasta 1776, en que apareció Desault con su escuela, no se trató de la sífilis en la Academia de Cirugía, fuera del tratamiento mercurial. Quesnay (1) declaró que el mercurio era el único antídoto reconocido para la curacion de la sífilis. También encontramos una observacion de J. L. Petit, en que se trata de un tumor de seis años, tratado por un charlatan, que, habiendo abierto sin duda la arteria traquea con los cáusticos de que se sirvió, produjo una vasta ulceracion, que curó merced á las fricciones mercuriales, pero conservando el carácter fistuloso: tenemos también la Memoria Houstet (1733) sobre las parálisis venéreas, primer ensayo de los compendiosos trabajos sobre las manifestaciones cerebrales de la sífilis, Memoria que no ha citado ninguno de los sífilígrafos modernos. (2) En este trabajo se recomienda no debe administrarse el mercurio por el procedimiento de la salivacion repetida, adoptado por Boerhaave, cuya inutilidad ha demostrado la Cirugía hace algun tiempo. Aún cuando la observacion se refiera á una parálisis simple, cuya naturaleza sífilítica no se comprobó sino por los antecedentes vagos de botones en el cuerpo y por la eficacia de las fricciones mercuriales, esta historia vale todas las observaciones modernas de la sífilis cerebral. La Memoria de Pibrac (3) sobre el sublimado es un discurso contra Astruc y Van Swieten, que en 1770, en sus comentarios sobre los aforismos de Boerhaave, propuso la solucion del sublimado que aún se usa en nuestros dias.

De los grandes descubrimientos químicos y anatómicos, obtuvo la sífilis alguna luz, no tanto en lo que se refiere á sus accidentes y á su tratamiento, como en lo que se refiere á su naturaleza. El descubrimiento del sistema linfático y de los vasos absorbentes del tegumento, descubrimiento conocido de Boerhaave

(1) Quesnay, *Memoria sobre la impureza de los humores*. Academia de Cirugía. Didot, editor, t. I.

(2) Houstet, *Sobre una parálisis de causa venérea*, Mem. Acad. de Cir., t. XI.

(3) Pibrac, *Del empleo del sublimado al interior*, Mem. Acad. de Cir., t. XI.

ve, casi contemporáneo de Olaño Rudbek, y en el cual trabajó mucho Mascagni en 1784, no debe tardar en intervenir en la interpretación de la sífilis, y el mismo que escribirá mejor sobre la sífilis es precisamente el que con Mascagni ha contribuido más á profundizar el estudio de los vasos y ganglios linfáticos: ya hemos nombrado á John Hunter. Estudiados en competencia el escorbuto y la escrófula, ayudan tambien á los cirujanos á descartar de la sífilis males á élla extraños, haciéndoles entrar en la escrófula y en el escorbuto.

VI.

JOHN HUNTER.—ÉPOCA QUIRÚRGICA DE LA SÍFILIS.

J. Hunter 1785 (1) hace época en la historia de la sífilis. Su libro tiene una legítima autoridad á causa del espíritu científico de su autor, y á causa, sin duda, de que el autor ha observado la sífilis como sabio que ilustra el asunto que trata por los conocimientos adquiridos en otro orden de estudios quirúrgicos.

Hunter acepta la tesis antigua: el venéreo se debe á un veneno ó virus propio de la especie humana contenido en el pus venéreo, aún cuando diga que algunas veces no se encuentran huellas evidentes de úlceras en mujeres que han transmitido la sífilis: el pus venéreo es más ó menos activo; la constitucion del individuo contagiado influye sobre los accidentes que se han de desarrollar.

Aludiendo á una frase de Astruc, que ya hemos citado, y principalmente á una Memoria de Tode, (2) de Copenhague, afirma, apoyándose en pruebas clínicas, que sólo hay un virus. Explica muy bien que, en algunos casos, aparecen chancros después de una blenorragia, pero confiesa que no es regla general,

(1) J. Hunter, *Tratado del venéreo*, traducido por Richelet con notas de Ricord, Paris, 1845.

(2) Tode, *Vom Tripper in aussehung sonner Natur*. Copenhague, 1771.

DR. PEREZ ARAPLES
 c/ Lancia núm. 12-3.º
 Teléfono 20 85 19

y atribuye la falta de coexistencia constante entre la blenorragia y el chancre á una especie de simpatía entre la mucosa de la uretra y el pene, opinando que, estando una parte enferma, la otra debe estar sana. Pero la prueba más positiva que Hunter ha invocado es la auto-inoculación del pus blenorragico, que ha practicado en sí mismo, dando lugar á un chancre.

Segun Hunter, el pus contagioso es virulento, obrando sobre las llagas, en las que produce una irritación especial. Las uniones sexuales y la lactancia son las vías de trasmisión del mal: cuando se trata de la sífilis hereditaria, cree la adquiere el niño al nacer, no admitiendo la infección del feto por la sangre de la madre.

En este cuadro se ve la precisión de las ideas de Hunter, y el espíritu clínico del autor distinguido, que ha podido abarcar tantos puntos con tanta precisión. La orquitis en aquella época era llamada testículo venéreo, y las artritis eran consideradas como una metastásis, lo mismo que la oftalmía. Se comprende la confusión que legítimamente se produciría en el momento en que se reconocía que la sífilis inoculada causa accidentes lejanos. La cuestión más grave es la que estableció la identidad de origen de la blenorragia aguda y del chancre. Hunter, con efecto, admite una blenorragia simple, pero cree que es con frecuencia la sífilis. Hunter pensaba que la gonorrea imprimía cierta actividad en las enfermedades de los individuos infectados, tales como la escrófula, la tisis, las afecciones de las vías lagrimales y aún el cáncer. Para aquella época, la distinción era muy notable, y poco á poco veremos separar de la sífilis todas las enfermedades que se comprendían en ella desde dos siglos ántes.

Entre muchas cosas nuevas que Hunter ha dicho sobre la gonorrea, dice que puede aparecer sin incubación ó despues de la incubación, y que puede ser debida á la gota, principalmente cuando el enfermo ha padecido ántes una blenorragia. Hunter explica la terminación de la blenorragia por la impotencia del principio vital para sostener continuamente la acción irritante, y deduce que una gonorrea libra de un nuevo contagio. (Hunter da el nombre de blenorragia á la gonorrea.)

La gonorrea comprende en el hombre la uretritis y la balanitis, y en la mujer la inflamación de la vagina, la de la uretra y

la de los grandes labios: admite el autor que puede haber, aunque raramente, ulceracion de las mucosas, y que principalmente una secrecion de la mucosa es lo que causa la gonorrea. Señala la inflamacion de las glándulas de Cooper, las hemorragias uretrales y los dolores en el bacinete: la cistitis del cuello, la orquítis y su consecuencia, con la desaparicion del derrame. Los hidroceles, llamados más tarde por Bochoux vaginalítis, la linfagítis de la verga y las adenítis inguinales, están perfectamente expuestas, aún cuando sus nombres no sean éstos todavía. Despues de lo escrito por Hunter, no se ha añadido nada á la historia de la uretrítis blenorragica del hombre.

Acerca de la gonorrea de la mujer, Hunter, que, como todos los ingleses, no hace del espéculum el uso que nosotros hacemos, lo habia observado todo, excepto las ulceraciones al cuello y la blenorragia uterina. Pero la uretrítis de la parte anterior de la uretra, la cistitis del cuello *simpático*, como dice Hunter, y los abscesos de los grandes labios, estudiados perfectamente en nuestra época por Huguier con el nombre de abscesos de las glándulas vulvo-vaginales, tambien están señalados: no llegó hasta la ovarítis, porque ni sospechaba su existencia. Por último, observó bien la duracion de las vaginitis, las erosiones del ano, y aún los chancros causados por el contacto del pus procedente de la vagina.

Si la inflamacion es violenta y tiene los caracteres de una inflamacion comua, propone los calmantes como tratamiento: si la inflamacion es moderada, propone, por el contrario, los astringentes, recomendando tambien los diuréticos y los purgantes mercuriales y otros. Administra el mercurio como específico, sin tratar de provocar la salivacion. Recomienda las inyecciones sedativas de acetato de plomo, las inyecciones emolientes de aceite, de leche, etc., y las inyecciones astringentes vegetales y minerales, los vitriolos (sulfato de cobre y de hierro), las sales de mercurio y el alumbre. Para la mujer hace uso del unguento mercurial en unturas en la vagina, y de las mismas inyecciones que para el hombre, pero á dosis más fuertes.

El bálsamo de copaiba, el opio, el régimen severo, los purgantes y la sangría en los individuos fuertes y los reconstituyentes en los débiles: el tratamiento mercurial empezado á

tiempo, ya con preparaciones destinadas al exterior, cinco centigramos de mercurio calcinado por mañana y tarde, ya sea en fricciones, tal es el tratamiento interno de las gonorreas en el hombre y la mujer.

Hunter conocia las purgaciones encordadas, la erecciones dolorosas, la cistitis y la orquitis, que complican la blenorragia, y todo lo explicaba por simpatías; la uretritis crónica y los dolores uretrales sin derrame, largo tiempo despues de la gonorrea, y que trataba por los vejigatorios en el perineo y el sublimado al interior y aun por la electricidad: el tratamiento de las blenorreas crónicas por el uso de la sonda, que en nuestros días se ha vuelto á poner en uso, las induraciones epicudimarias, los catarros vexicales y las desviaciones de la verga, todo ha sido descrito por Hunter. La estrechez de la uretra la atribuye, no á la cicatrizacion de una úlcera, ni á las inyecciones irritantes, sino más bien á una disposicion especial de la mucosa, y hace observar que las estrecheces tienen lugar generalmente donde no existen lesiones de la blenorragia: la dilatacion y los cáusticos con las bujías emplásticas, como tratamiento, están claramente indicados.

Hunter conocia el espasmo en las estrecheces: este capítulo, tratado magistralmente, no ha sido eclipsado en muchos días: conocia la inflamacion de la próstata, su hipertrofia, las excrescencias ó pólipos de la uretra y su relacion con una blenorragia antigua; la prostaticorrea, aun durante los esfuerzos para deponer, y que atribuye á la irritacion de las glándulas de la uretra, la impotencia y la atrofia del testículo. De todo lo que ha escrito sobre la gonorrea, una sola cosa está en duda; la estrechez espasmódica simple. La retencion de la orina, bien tratada por la Academia de Cirugia y por Ponteau, está á la altura del resto del libro. Para todas estas enfermedades secundarias Hunter, como sus contemporáneos, administraba el mercurio en fricciones y al interior.

Hunter ha descrito el chancro como una unidad patológica causada por el virus venéreo aplicado sobre una pequeña llaga ó sobre una superficie cuya epidérmis sea muy delgada, como el pene y la cara interna del prepucio. El chancro sucede á la gonorrea despues del coito infectante, aun despues de siete se-

manas. El chancro empieza por una vevícula inflamada, sobreviniendo en torno un espesor que es verdaderamente de naturaleza venérea. *Su base es dura*. Puede gangrenarse y producir la gangrena en su derredor. La fimosis inflamatoria que complica los chancros está bien descrita. La gonorrea y el chancro pueden existir sin que se detenga la marcha del uno ó del otro. Hunter consagra un corto capítulo á los chancros de la mujer, y dice poco, salvo que los chancros se inoculan por sí mismos en el ano y en el perineo: el resto es vago. Observaremos que el gran cirujano inglés no habia visto muchas mujeres atacadas de chancros. Hunter estampa una frase un poco oscura: se dice, con efecto, que el chancro en la mujer es una enfermedad local sin relaciones simpáticas. Debe tratarse de accidentes de proximidad, porque Hunter habla de la esfera de simpatía hasta donde pueden extenderse estas úlceras. El cirujano inglés está impregnado de las teorías de Stahl, aunque profesa en el fondo las teorías humorales de fines del siglo XVIII.

Además del tratamiento local, cauterización y escision del chancro ó chancros, siempre que Hunter prescribía el mercurio al interior ó al exterior, prescribía tambien, sobre el chancro ó sobre la piel, fricciones (calomelanos, precipitado rojo, unguento mercurial). El fimosis chancroso era operado, y si se gangrenaba, tambien se daba el mercurio. Para las mujeres se preconizaba el mismo tratamiento y se prescribía el tapon vaginal. El sublimado corrosivo es el cáustico recomendado. El fagedenismo está considerado como una complicación cancerosa, y contra él recomienda Hunter la cicuta y la zarzaparrilla.

Hunter describe los chancros secundarios, es decir, las ulceraciones en el sitio de los chancros antiguos y su semejanza. Es difícil averiguar si Hunter ha querido hablar de las manchas mucosas ulceradas ó de otra cosa. Las induraciones persistentes despues de los chancros y las vegetaciones son estudiadas brevemente por Hunter, á las que opone los escaróticos, la electricidad y el bisturí; no creía que el mercurio produjese su curación, porque admitía la existencia de vegetaciones que no eran de origen venereo.

Tenemos, pues, el terreno libre en la cuestión del chancro, como accidente inicial de la sífilis, y sentadas las bases: el chan-

cro es el producto de la aplicacion del virus venéreo sobre cualquier punto en que se deposite; todos los chancros son producidos por el contacto y tienen un carácter especial: la tendencia á la induracion.

Los vasos linfáticos fueron estudiados por Hunter con su hermano Williams, y con una autoridad legitima habla del bubon, que para él es la consecuencia inmediata de la gonorrea, del chanero y de la sífilis constitucional. Hunter y Astruc han dicho lo mismo, pero sin explicarlo, porque desconocian el sistema linfático del tegumento. Los médicos, y Boerhaave con ellos, opinaban que la linfa viciada era llevada á las glándulas por la sangre. Drake (1696) vislumbró aquellos hechos, por cuanto dice: «Es probable que el bubon venéreo sea producido por el pus contagioso que, absorbido por los linfáticos, pase á las glándulas inguinales». Más adelante añade que, cuando los bubones se presentan mucho tiempo despues del chanero, es decir, cuando hay un bubon indolente, se hinchán las glándulas, merced á la sangre rechazada por la naturaleza hácia los emuntorios de las ingles.

Hunter admite que el pus puede ser llevado á los gánglios sin que haya llaga ni abertura en la piel; esto es la absorcion insensible: admite luégo la absorcion del pus, de una gonorrea ó de un chanero, es decir, del virus venéreo por una llaga simple. Absorbido de este modo, produce abscesos en las glándulas *ó en los vasos linfáticos*. Por último, dice Hunter que el bubon puede existir en todas las regiones en que pueda verificarse la inoculacion del virus sífilítico. Describe tres especies de bubones en la ingle, dos de los cuales corresponden el uno á las lesiones anales y el otro á las de la verga ó de la vagina.

Hunter admite un bubon de marcha rápida (el bubon chancroso de nuestros días) y otro de marcha lenta (el bubon indolente de los modernos), ó sea el bubon abortado por el uso del mercurio, segun dice Hunter, porque en aquellas épocas los chancros eran enérgicamente tratados por el mercurio. No conociendo bien el autor el absceso múltiple de las glándulas, le relacionaba con una causa extraña á la sífilis, porque, segun decia, estos bubones se presentaban despues de una ligera fiebre; más adelante dice, sin embargo, que ha visto en el curso de la

sífilis constitucional bubones indolentes. Indica el tratamiento mercurial en fricciones y el tratamiento interno, pero dice que no se debe abusar cuando el bubon supura. Añade una observación de bubon supurado convertido en fagedénico, y carga esta disposición á la ulceración rebelde en la cuenta de la salud general de los individuos.

Lo que Hunter ha visto bien son los accidentes locales de la sífilis: los describe con tal precisión que no hay que añadir casi nada; examinemos ahora lo que él llama sífilis constitucional.

Para Hunter, empieza la sífilis ordinariamente por una gonorrea, un chancro ó un bubon: ingerido en la economía el pus de estas lesiones, engendra la sífilis. Rechaza una antigua teoría que admitía que las secreciones y la sangre contuviesen el virus y pudiesen engendrar gonorreas y mucosas. Dice que las lesiones que derivan de la sífilis constitucional tienen tendencia á formar úlceras, pero que estas úlceras difieren del chancro en que éstos van acompañados de inflamación. Hunter niega la sífilis hereditaria por el intermedio de la sangre de la madre, aún cuando produzca un hecho en que la infección intrauterina es evidente. No es posible que el contagio se produzca al paso, y el autor invoca un argumento especioso: si la sangre contiene el virus, cada llaga que se haga en este individuo producirá un chancro. Afirma, por último, que los síntomas de la sífilis constitucional *no producen un pus semejante al que deben su origen*. Esto es negar el contagio de los accidentes secundarios. Una observación en que la inoculación de las úlceras secundarias se ha practicado sobre el mismo enfermo sin producir nada apoyó esta conclusión de Hunter. El cirujano inglés practicó, con efecto, inoculaciones, y fué el primero en vulgarizar aquellos experimentos.

Hunter admitía una fiebre sífilítica, cefalalgia é insomnios, y algunas veces dolores reumáticos de los sífilíticos, ya en los accidentes locales, gonorreas y chancros, ya en el principio de la sífilis constitucional; pero cree que la fiebre se debe á la irritación venérea, que puede existir sin accidentes locales y que, en algunos casos, no puede ser considerada como exclusivamente sífilítica. Añade que va seguida algunas veces de infartos de las glándulas y de tumores indolentes, siendo estos tumores in-

dolentes probablemente los tubérculos cutáneos ó los exóstosis), y favoreciendo el rigor de la estacion la aparicion de la fiebre en los individuos á ellos predispuestos.

Los accidentes de la sífilis siguen su marcha sin influir los unos sobre los otros, y un enfermo puede tener chancro, gonorrea y sífilis constitucional á la vez, aún cuando se vea trasformarse la blenorragia en chancros. Un bubon venéreo puede ofrecer los caracteres de un bubon escrofuloso, y, sin embargo, el venéreo no degenera en otra enfermedad. Profesando las teorías entónces en boga sobre la irritacion, las simpatías, las disposiciones y las constituciones de los vitalistas ingleses y alemanes, creó Hunter en un poder específico de extension de los accidentes sifilíticos, apoyándose en lo que él llama la susceptibilidad de los diferentes órganos. Concibe las manifestaciones sifilíticas de primer orden en la boca, en la piel y en las mucosas, y las manifestaciones de segundo orden en las partes profundas, músculos, etc. De este modo, los accidentes locales irian seguidos de accidentes primitivos, secundarios y aún terciarios, con motivo de haber sido curado el mal superficialmente por el mercurio, quedando interiormente en el estado de disposiciones.

Unas partes son atacadas por el virus venéreo más pronto que otras, en virtud de tendencias propias, pero el frío posee una accion muy poderosa para favorecer la aparicion de las manifestaciones sifilíticas; esto explica por qué la nariz y la boca son afectadas con más frecuencia. Aún el frío obra para la produccion de accidentes en las partes de segundo orden, y por esto los huesos de la cabeza ofrecen con más frecuencia lesiones sifilíticas. Hunter añade que las partes externas no son afectadas por segunda vez, despues de haberlo sido las partes internas.

Hunter hace un resumen de todo esto en forma de proposicion, y dice: el mayor número de partes atacadas de sífilis constitucional, si no todas, lo son por la irritacion venérea ó infectadas al mismo tiempo, sea cualquiera la época en que el mal se revele.

En el artículo TRATAMIENTO tendremos ocasion de ver las proposiciones relativas á la accion del mercurio.

A propósito de los síntomas de la sífilis constitucional, cree Hun-

ter que la sífilis ofrece marchas variables, según los individuos y á causa de la condicion propia de los sólidos. Aunque Hunter cae aquí en el solidismo, encontramos en medio de sus explicaciones que hace mencion de sífilis de marcha rápida y de otras de marcha lenta, sin embargo de lo cual opina el autor que seis semanas despues de la infeccion es cuando suelen aparecer los síntomas generales. No obstante, admite que la sífilis puede existir desde el momento mismo en que tiene lugar el coito.

Las manifestaciones de primer orden de la sífilis descritas por este autor son las manchas de la piel, (es decir la roseola), las manchas circunscritas que se cubren con una costra (pápulas), pequeños tumores inflamatorios que contienen pus y se parecen á pápulas (acné sifilitico), manchas ulcerosas cubiertas de costras que luégo producen úlceras verdaderas (sifilides crustáceas): esta misma lesion en la mano la describe Hunter, aceptándola como una trasformacion de las manchas venéreas más sencillas.

«Las alteraciones que acabo de describir, dice, son propias de las partes descubiertas. Pero en los puntos en que la piel está en contacto con la piel y en que hay alguna humedad, como entre las nalgas, en el vértice del ano, entre el escroto y las ingles, en la cara externa, en los labios y en los sobacos, la erupcion no ofrece nunca los caracteres anteriores; en vez de ofrecer costras y escamas, la piel está rugosa y algo tumefactada, formando una mancha blanca, blanda y húmeda, la cual trasuda una especie de materia blanca». Las manchas mucosas de la piel tambien son descritas. «He visto lesiones locales agruparse de este modo sobre los tegumentos comunes, pero solamente en aquellas partes de la piel que estaban cubiertas por los vestidos.» Hunter se preguntaba si estas lesiones eran exclusivamente sifiliticas. No dejaba, sin embargo, de añadir dos observaciones muy juiciosas: que estas lesiones se presentan en torno de la raíz de las uñas y en el cuero cabelludo.

Luégo indica Hunter las sifilides bucales en los labios, en la cara interna, en las mejillas, en la lengua y en las amígdalas, donde se suelen ver algunas úlceras. En esto se confunde el espíritu del autor: aunque diferencia la amigdalitis simple y la amigdalitis lardácea de la amigdalitis sifilitica, se conoce no

vió las manchas mucosas y vegetantes de la garganta, porque dice que hay siempre pérdida de sustancia en la úlcera venérea de la garganta.

Habla también de las induraciones de la lengua, dando á entender que las lesiones sifilíticas que se encuentran en la faringe también se pueden hallar en la laringe. De todos los accidentes de este orden, sólo ha omitido Hunter la iritis. Después de la exposición que acabamos de resumir, coloca Hunter la observación, tantas veces citada, de la inoculación del pus de una gonorrea que produjo un chancro y la sífilis constitucional. Ya recordaremos esta observación en la parte nosográfica.

Hunter describe luego las perióstosis, la hinchazón de los tendones y las aponeurosis, los tumores indolentes de los huesos y los exóstosis. Vuelve después á la fiebre, dominando todas las enfermedades consideradas como sifilíticas por Astruc y su escuela, aún cuando la fístula del ano se considere en el número de los resultados de la sífilis.

Desarrolla la teoría de la acción del mercurio, pero descuida el tratamiento local: en el capítulo del tratamiento de la sífilis encontraremos esta parte de la historia.

De este modo describe Hunter de mano maestra los accidentes locales de la sífilis, considerando el chancro, la gonorrea, el búbón y la sífilis constitucional como productos de un solo y mismo virus. Admite, sin embargo, la sífilis sin accidentes de entrada. A pesar de algunos lunares y á pesar de las teorías solidistas y vitalistas, han sido perfectamente descritos los accidentes sucesivos de la sífilis y sus relaciones. Inoculando los accidentes de la sífilis, ha obtenido resultados, terminantes los unos y contradictorios los otros, como ha sucedido á todas las escuelas que le han seguido. Pero su libro contiene ciencia verdadera, y al aceptarle como punto de partida lo hemos hecho por hallarle muy desprovisto de teorías falsas.

VII.

LOS DISIDENTES DE LA ESCUELA DE HUNTER.

Después de Hunter, la sífilis fué mejor comprendida en todas partes, mejor estudiada y tratada en libros, folletos y diarios. Pero si el cirujano inglés suministró el fondo de todos los tratados, hay numerosos disidentes en los puntos de detalle. La eficacia del mercurio se pone en duda; Cluterbuck (1799), Fergusson, Guthrie, Rose y otros han discutido la virtud de este medicamento; el movimiento partió de Inglaterra. El primer trabajo tuvo por objeto separar la blenorragia de la sífilis. La clasificación de las erupciones sifilíticas y la sífilis de las mujeres y de los niños son todavía estudiadas á fondo. Se empiezan á tratar otros muchos asuntos, surgiendo multitud de teorías en torno de la obra de Hunter, floreciendo en aquella época los precursores de las modernas teorías. El camino trazado por Hunter y la distinción entre las afecciones sifilíticas y las pseudo-sífilis, tales como el reumatismo y la escrófula, se sigue hasta el exceso. Fr. Beer describe la irítis sifilítica ó los condilomas del iris, después que Shmidt descubrió la irítis en 1801.

Ya, cuando Hunter escribía, se discutía la naturaleza sifilítica de la blenorragia. En Inglaterra se verificó el gran movimiento científico. Swediaur (1784) y B. Bell (1786), aceptando las ideas de Balfour y Tode, de Copenhague, declararon que había una gonorrea que no era sifilítica. Swediaur se apoyaba en experimentos propios. Se produjo una blenorragia por medio de

una inyección amoniacal; (1) curó de ella en poco tiempo. Este experimento era decisivo, siendo una confirmación de las ideas emitidas *á priori* por Balfour, (2) W. Ellis, (3) Tode y Duncan. Swediaur fué quien hizo entrar en la ciencia el nombre de *ble-norrhagia*; Turquet de Mayerne había tratado, pero en vano, de crear un nombre para reemplazar el de gonorrea. (4) Después de la revolución francesa y del primer imperio se introdujeron en Francia las ideas inglesas de B. Bell. Cuando el movimiento intelectual hacía la libertad y el derecho moderno se hubo paralizado algo, todas las fuerzas vivas de la nación, absorbidas por la lucha ú oprimidas por el despotismo de Napoleon, que, como Luis XIV, sólo supo crear cortesanos, se fijaron en las ciencias. La medicina y la cirugía francesas, al recibir el nuevo impulso, recordaron los tiempos de Desault, Bichat y Pinel, y cuando la guerra cesó de turbar la Europa, volvieron á desarrollarse las relaciones científicas de país en país. Puede decirse que, excepto en Inglaterra, las ciencias permanecieron aletargadas en Europa durante doce años, aun cuando no faltaban hombres instruidos y trabajadores que las cultivasen. La sífilis y las heridas eran observadas, sin embargo; se habló de ellas, pero no se pasó de hablar. Nada de nuevo se registra, á no ser lo que se refiere al tratamiento de la sífilis por el mercurio y á su inclusión en las clasificaciones médicas.

La sífilis estudiada por Pinel en 1798 (5) lo fué con el criterio de la teoría humoral; según Pinel, el virus venéreo recibido por los vasos linfáticos puede ir al canal torácico y pasar de allí á la masa de la sangre ó á la masa común de los líquidos; resultando una irritación acompañada de calofríos tan ligeros y tan vagos, que con mucha frecuencia no los sienten los enfermos. Durante unas cinco ó seis semanas próximamente, circula el virus en los flúidos y se fija en las glándulas por una especie de

(1) Swediaur, *Tratado completo de los síntomas, efectos, naturaleza y tratamiento de las enfermedades sífilíticas*, traduc. Paris, 1798, t. I.

(2) Balfour, *Dissertatio de gonorrhoea virulenta*. Edim., 1767.

(3) W. Ellis, *An essay on cure of venereal gonorrhoea*, Lond., 1771.

(4) Turquet de Mayerne, *Synagoga psaeos*, Lond., 1620.

(5) Pinel, *Nosografía filosófica*, 1798.

afinidad. La sífilis estaba incluida en el número de las enfermedades orgánicas con el escorbuto, la gangrena, el cáncer, la tuberculosis intestinal y la lepra. La doctrina de Pinel era la de Hunter, con la diferencia de que Hunter era vitalista y algo solidista, en tanto que Pinel profesaba el humorismo renaciente. (1)

B. Bell negaba que la blenorragia simple fuese de naturaleza sífilítica, siendo el primero en atribuir la producción de los chancros al contacto del pus blenorragico, á un chancre existente en el canal de la uretra: de este modo explica la sífilis que Hunter se inoculó con el pus de una blenorragia. (1)

Pero no se separa la blenorragia de la sífilis sin que se separen las ulceraciones de los órganos genitales, descritas por las antigüedad y por la Edad media. Los trabajos de los historiadores inspiran á los médicos, y el libro de Hensler (2) es más conocido y más apreciado que el de Beckett, que, no sabemos por qué, inspira á los dualistas Carsinchael y otros. La existencia de los chancros, de los hubones y de las úlceras de naturaleza diferente, que en la antigüedad se curaban con mercurio, permiten deducir que la sífilis era extraña á aquellas úlceras. Ya Hunter había dicho que no se debía administrar el mercurio contra aquellas lesiones. Desde 1784, Swediaur profesó esta opinion, insistiendo principalmente sobre el carácter no sífilítico del chancre fagedénico. Abernethy, en Inglaterra (1804), formuló esta proposición: la induración en la base es el carácter del chancre sífilítico, en tanto que la enfermedad pseudo-sífilítica está caracterizada por ulceraciones sin induración y con tendencias á extenderse. Añade que nunca es infectante el chancre fagedénico. (3) Encontramos en esta descripción un abuso de expresión; la frase infectar la economía es falsa, porque el que tiene un chancre indurado tiene la sífilis: debiera decirse que la induración del chancre caracteriza el principio de la in-

(1) B. Bell, *Tratado de la gonorrea aguda*.

(2) P. G. Hensler, *Geschichte der Lutsche*.

(3) Abernethy, *Surgical observations on disease resembling syphilis*, Lond., 1804.

feccion sifilítica. Este modo de hablar va á suscitar, como tendremos ocasion de ver, una controversia secular, introduciendo gran confusion entre los sifiliógrafos. El dualismo chaneroso, segun Abenethy, queda establecido, pero su fortuna está sujeta á singulares vicisitudes.

En la misma época (1798) Willam, en Inglaterra, establecia una clasificacion de las enfermedades de la piel. En 1801, un médico frances, Trappe, clasificaba tambien las excrescencias y pústulas venéreas. Describe las primeras reconociendo que pueden no ser sifilíticas. Las segundas son picadas miliars vexiculares, es decir, que proceden de la sarna, ó lenticulares y escamosas ó de forma de cereza, costrosas y serpiginosas. La sarna y los empeines eran estudiados en aquella época, y debian á su vez ejercer alguna influencia en las descripciones de la sífilis. Trappe fué el primero que habló del perafigo de los recién nacidos, llamándole flictena sifilítica. Como se ve, no habia avanzado mucho la ciencia en este punto, pero desde 1832, el estudio de las enfermedades de la piel progresó de un modo notable, siendo la escuela francesa la que se puso á la cabeza de aquel movimiento.

Á fines del siglo XVIII y principios del XIX, Doublet (1781) y Bertin (1810) estudiaron la sífilis de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos. Los trabajos de Bertin se redujeron á desarrollar los de Doublet. Planteada la cuestion de la sífilis de los niños por la Escuela de Medicina y desarrollada por Vicq d'Azir, indicó cuáles fueran las preocupaciones de los médicos de aquellos tiempos. Sin embargo, hasta veinte años despues de la revolucion no se puede decir que comenzaran aquellos trabajos.

El libro de Bertin, rico en documentos estadísticos, demuestra que la sífilis de los niños se conocia como hoy la observamos, y que casi siempre iba seguida de la muerte, perdiendo cinco niños de cada siete, á causa de la sífilis ó de una complicacion. Ya en aquella época se creia que la sífilis infantil podia ser comunicada por el padre ó por el padre y la madre á la vez en el momento de la concepcion y durante la gestacion. Bertin hizo resaltar la conclusion natural de la observacion consignada por Hunter relativa al recién nacido con pústulas en el cuerpo, hijo de una madre que sólo habia tenido accidentes secundarios du-

rante la gestacion, deduciendo que la infeccion del niño habia tenido lugar en el seno de la madre, pero sin tratar de explicar la manera de propagarse. Nadie, excepto Bousquillon, traductor de B. Bell, ponía en duda la infeccion al nacer, admitida en otro tiempo. Esta teoría está justificada, hasta cierto punto, porque entonces se consideraba como sífilis la oftalmia de los recién nacidos; por último, también se describía la infeccion inoculada por los besos.

Como accidentes secundarios de la sífilis de los niños, se describian: 1.º La oftalmía purulenta, el coriza y las otitis, que eran consideradas como gonorreas oculares, nasales y auriculares. 2.º Las pústulas lenticulares, escamosas, tuberculosas ó costrosas, demostrando que estas descripciones se refieren á las manchas mucosas y á los tubérculos de la piel. El nombre de pústulas planas también se encuentra en las observaciones de Bertin.

Más inspirado que Bertin, Doublet no describe los chancros de los recién nacidos. Bertin, por el contrario, coloca entre los chancros las aftas, los onixis y las escoriaciones en el ombligo. Tal vez observaría manchas mucosas en aquellas regiones, pero es difícil averiguarlo por el texto.

Sobre los bubones encontramos excelentes observaciones generales, á saber: que los bubones en el cuello y en las ingles son los menos raros en los niños, y que las úlceras primitivas causan más bubones que las úlceras secundarias.

Los exóstosis de los niños eran admitidos en principio, pero á juzgar por las observaciones de Bertin, parece bien probado que estos pretendidos exóstosis no eran otra cosa que cefalomatosis en el cráneo y abscesos frios en los miembros.

La decrepitud en miniatura, decía Doublet, revela la sífilis hereditaria y las úlceras; la maceracion de la epidérmis y las manchas violadas de la piel son sus primeros indicios. Pero casi todos los médicos estaban de acuerdo para admitir que la sífilis hereditaria no aparecía, en general, ántes del duodécimo dia, ni despues de los tres meses.

Los autores franceses no ignoraban la gravedad de la sífilis hereditaria. Nisbett y los médicos ingleses no creían lo mismo, opinando que la sífilis en los niños era más fácil de curar que en

los adultos. Sanchez, como Vigarous y muchos otros médicos de fines del siglo XVIII, reconocian en la sífilis el origen de todas las enfermedades de la infancia.

Haciéndose cargo Bertin de las opiniones de sus antecesores, las expuso en un resúmen con sus observaciones sobre la sífilis de las mujeres embarazadas, bajo la forma de proposiciones, en las que, excepto la medicacion, no ha habido que cambiar gran cosa.

«La sífilis no suele determinar siempre el aborto: el tratamiento anti-venéreo, prudentemente administrado, tampoco le suele determinar, ocurriendo, por el contrario con más frecuencia en las mujeres atacadas de venéreo muy antiguo y abandonadas á sí mismas, ó en aquellas cuya constitucion caquética ó un estado febril no permiten administrar el mercurio, y suele suceder que sus hijos suelen no padecer de la sífilis.»

«El niño puede tener sífilis sin que la madre la haya padecido: es, pues, necesario que el niño haya adquirido el germen de la enfermedad en la semilla del padre.»

«El niño puede comunicar el mal á su nodriza, áun cuando su boca y sus labios no ofrezcan síntoma alguno.»

«Una nodriza sana, puede trasmitir el virus al niño, cuando le dé el pecho de que haya mamado recientemente otro niño que tenga en la boca úlceras venéreas, sin que élla padezca nada.»

«El tratamiento indirecto por la madre ó la nodriza, sometidas á las fricciones mercuriales ó al muriato sobreoxigenado de mercurio al interior, hará desaparecer los accidentes de los niños, pero reaparecen en la época de la primera denticion.»

«Los niños soportan bien el muriato sobreoxigenado de mercurio, administrado á dosis proporcionadas á su edad.»

En muchos detalles, sin embargo, se dividen las opiniones: Swediaur rechazaba las fricciones; Daublet, según Bertin, que trata de disculparle, suspendia el tratamiento al fin de la preñez. Petit Radel opinaba que las fricciones mercuriales eran el mejor tratamiento para las mujeres y para los niños. (1)

(1) Nisbett W., *Frit lines of the Theory and pratic in venereal disease*. 1787. Petit Radel, traductor.

El estudio de la sífilis en las mujeres embarazadas, en los niños y en las nodrizas es la parte más sobresaliente de la historia de la sífilis á principios de este siglo. Los otros trabajos se refieren á las diferencias entre la sífilis y la blenorragia y entre las diferentes especies de chancros. José Louvrier reprodujo en Alemania, en 1809, (1) las ideas de A besnethi.

Algunos años despues surgieron tres ideas: dos de ellas apoyadas en hechos y en experimentos; hija de deducciones la otra. Hernandez, Carmichael y Caron, que reprodujo las ideas de Bru, suscitaron grandes controversias durante más de veinte años. Los ingleses, por otra parte, continuaron hablando del tratamiento de la sífilis sin el mercurio. Alyon y Prats recomiendan el oxígeno como específico de la sífilis. T. Beddoes recomienda el ácido muriático.

Hernandez, en 1812, aceptando las ideas de Bell y de Vacca Berlinghieri, hizo observaciones más terminantes que las de B. Bell. Este citaba el hecho de dos jóvenes que se colocaron bajo el prepucio unas hilas empapadas en el pus de una gonorrea, de la cual resultó tan sólo una ligera balanítis. Un hecho causó á Bell gran confusión: la inoculación del pus blenorragico determinó una vez un bubon y úlceras en la garganta; Hernandez, que completa la serie de los no identistas, Balfour, Tode, Duncan, Bell y Swediaur hicieron observaciones muy precisas. Hernandez inoculó á varios galeotes, y sus experimentos demuestran que, de los diez y siete, ninguno tuvo la sífilis; tres tuvieron úlceras fagedénicas; cuatro escrofulosos tuvieron úlceras más rebeldes en el punto inoculado, y seis tuvieron úlceras rebeldes. Hernandez practicó la inoculación por medio de una lanceta con ayuda de unas hilas empapadas en el pus de la blenorragia, lo que explica, en rigor, la cantidad de úlceras producidas.

Caron, en 1811, reprodujo las ideas de Bru en 1789, que negaba el virus venéreo. Fundándose Bru en la inoculación de las úlceras de la sífilis, inoculación verificada sin descripción del in-

(1) J. Louvrier, *Nos und Ther. Darstellung syphilitischer krankheitsformen*, Viena, 1809.

dividuo de quien se extrajo la materia inoculada, ha planteado una teoría que durante cuarenta años ha tenido sus partidarios. Bru creía en venéreo provocado en la economía por la introducción de un poco de pus sobre un punto del cuerpo. Esta doctrina, producto de un hombre de escasa instrucción, era la expresión imperfecta de la sífilis. Caron no se hacía mucho más inteligible; Hunter emitió una serie de ideas singulares referentes al pus de los chancros y á su acción sobre la economía. La simpatía de las partes para sufrir los efectos primitivos ó tardíos del virus venéreo, no fué bien interpretada. Influyendo sobre Hunter las doctrinas de Sthal, le hicieron crear una sífilis, del mismo modo que Tessier, más tarde, creó una diátesis purulenta. Mal comprendidas estas ideas, hicieron germinar las hipótesis de Bru y de Caron.

En aquella época comenzaron á formarse escuelas dentro de la escuela de la sífilis. Unos, con Hunter, creían que la sífilis podría proceder de la blenorragia y de los chancros, duros ó blandos; éstos se llamaron *identistas*. Los otros, según Balfour, Bell y Hernandez, no creían que la blenorragia fuese seguida de la sífilis constitucional: estos fueron llamados *no identistas*.

En 1814 apareció el *dualismo*: su precursor, Hunter, creía en la importación americana de la sífilis, y como la antigüedad y la Edad media habían conocido los chancros y los bubones, reconociendo más ó ménos su origen en un coito impuro, deducía que había dos especies diferentes de enfermedades de los órganos genitales: una causando la sífilis constitucional, y no causando la otra accidentales generales. Á pesar de ser esto una hipótesis solamente, fué comentada por Swediaur, Abernethy y Carmichael. Follin ha observado que el éxito del dualismo chancroso iba asociado al de la teoría de la importación americana de la sífilis, y que cada grupo que ésta recibiese influiría en el dualismo chancroso.

Carmichael (1814) distingue las úlceras de los órganos genitales conocidas de los antiguos, de aquellas que son seguidas de sífilis y no fueron descritas hasta después del siglo XV: este autor da á las úlceras no sífilíticas el nombre de *mal venéreo*. Reservando al chancro indurado seguido de rosetas y erupciones papulo-escamosas el nombre de sífilis, describe con el nom-

bre de chancros venéreos los chancros sin bordes, los fagedénicos y aún los gangrenosos, seguidos de anginas y de pústulas en la piel. Carmichael admitía, por otra parte, que pudiera haber síntomas constitucionales despues de las úlceras venéreas, como Hunter parece admitir que la orquitis fuese un accidente constitucional simpático de la gonorrea.

El dualismo chancroso, ó más bien el *plurismo* chancroso, fué admitido.

Fundadas en 1815 las tres escuelas, se dividieron los sifliógrafos de Europa, llenándose las bibliotecas de Medicina y de Cirugía de libros destinados á probar el pro y el contra de sus teorías. En medio de estas luchas, los detalles de la sífilis son mejor estudiados. A pesar de tanto debate, no ceden las inteligencias y no desmerece en nada esta época de los principios del siglo XVI en cuanto á la prolijidad de los trabajos sobre la sífilis.

Carmichael ha prestado un buen servicio para la historia de la sífilis al tratar de clasificar de una manera racional, y segun los hechos, las erupciones cutáneas de la sífilis. Aunque la crítica severa crea haya tratado de establecer tres virus sifiliticos, hay algo de cierto en la agrupacion de Carmichael: hay que tener presente que no son tan frecuentes en el orden establecido por el autor inglés, á causa de las excepciones que sus contemporáneos le señalaron ya.

Hé aquí la clasificacion de Carmichael:

«Algunos síntomas primitivos van seguidos de una serie de síntomas consecutivos correspondientes: así los chancros sifiliticos dan lugar á las erupciones del cuero cabelludo, lepra, psoriásis, ulceraciones profundas de las amígdalas, dolores osteoscopos y exóstosis.»

«La úlcera sin induración, pero de bordes elevados y superficie carcomida, la gonorrea virulenta, la escoriación del pene y del prepucio van seguidas de erupciones papulares que se descaman, de dolores articulares semejantes á los del reuma, de úlceras en la garganta y de tumefacción de los linfáticos del cuello, pero sin aparecer exóstosis en los huesos.»

«La úlcera de bordes elevados (mancha mucosa ulcerada sin duda) va seguida de erupciones pustulosas, á las cuales suceden

úlceras poco irritables, dolores articulares y úlceras en la garganta, pero tampoco exóstosis en los huesos.»

«Las úlceras gangrenosas y carcomidas van acompañadas de síntomas constitucionales, notables por su pertinacia y su carácter de malignidad, que forman úlceras cuyos bordes están carcomidos, en tanto que el centro se cicatriza, de ulceraciones extensas en el paladar y faringe, de dolores pertinaces en las rodillas y otras articulaciones, de cáries de los huesos de la nariz....» (1)

«Sé, dice el autor, hasta qué punto el estado general puede modificar las enfermedades locales, y me inclino á atribuir á esta sola causa el gran número de variedades que nos ofrecen los síntomas del venéreo.... Si la pluralidad de los virus sífilíticos está demostrada por la variedad de las úlceras primitivas, lo está tambien por el gran número de erupciones constitucionales.»

En todas estas proposiciones hay errores é interpretaciones de hechos contrarios á las observaciones modernas, pero en el fondo se ve bien que Carmichael ha hecho constar formas variables de sífilis constitucionales. Desconociendo el valor de los temperamentos, prefirió referir las formas de la sífilis á la variedad del chanero.

Esta opinion de Carmichael suscitó en Inglaterra una discusion de la que resultaron contradicciones de todas especies. Jh. Rose, en 1818, decia que las erupciones papulares se desarrollaban, con frecuencia, despues de las úlceras superficiales, que se curan pronto, y de las que algunas tienen los bordes gruesos, pero no duros. Clerc opina que Rose era dualista, pero nuestro parecer es que ha exagerado, en beneficio de su causa, las ideas del doctor inglés. Rose dijo sencillamente que rara vez las úlceras carcomidas van seguidas de sífilis constitucionales: este autor es el primero que llama la atencion sobre los chancros foliculares, que con tanta frecuencia se ven en el hos-

(1) Carmichael, *Obs. ou the syntomes and specific distinction of venereal disease*. Lond., 1818, pág. 9 y siguientes.

pital de Lourcine, y que suelen aparecer en las glándulas sebáceas. (1)

Hennen, en 1820, no ha sido ménos categórico en su contradicción, citando hechos en que los accidentes cutáneos han sido los mismos para úlceras muy diferentes (2) y en que los accidentes cutáneos han sido muy variables para el chancre de la misma naturaleza.

J. Bacot, en 1822, sin participar de la opinion de Carmichael, vuelve sobre la teoría hanteriana, y dice que el venéreo no sigue exclusivamente á una especie de chancre, opinando que algunas de las úlceras de los órganos genitales son sintomáticas de la sífilis constitucional. (3)

En 1819, Evans (4) repitió los experimentos de inoculación, probando que el pus blenorragico no producía el chancre. Guthrie, en 1816, (5) creía que el pus blenorragico podía producir úlceras, y recíprocamente, y que las úlceras podían adquirir el carácter sífilítico, fundándose en hechos citados por Vigaroux, entre los cuales el de una mujer que trasmitió á seis hombres enfermedades diferentes.

En Francia, hácia 1812. Delpech estaba indeciso: decía que hay chancros que se curan solos, deduciéndolo de que el venéreo se cura solo en algunos casos. No creía, por otra parte, que la blenorragia fuese tan diferente del chancre como opinaban los inoculadores ingleses y Hernandez. Solamente este cirujano es el primero, despues de J. L. Petit, que admite la intoxicación por el contacto del virus sobre una llaga que no supure y que se cure pronto, añadiendo esta observación esencialmente quirúrgica, que en estos casos los accidentes constitucionales son más generales y más rápidos. (6)

Lagneau, en Paris, permaneció identista, y no admitió la

(1) Jh. Rose, *Med. chir. trouss.*, vol. VIII, páginas 399 y 419.

(2) Hennen, *Principles of mil. surg.*, 1820.

(3) J. Bacot, *Obs. on syphilis, etc.*, Lond., 1821.

(4) Evans, *Path. and pract. rem. on ulceration of genital organs*, Lond., 1819.

(5) Guthrie, *On the trait of venereal disease without mercury*, Lond., 1816.

(6) Delpech, *Obras de cirugía práctica*, Montpellier, 1812.

dualidad chancrosa, procediendo de Astruc en línea recta. (1) Sin embargo, al reproducir las ideas de Cullerier (1860), admite una blenorragia sifilítica y no sifilítica. Astruc dejaba adivinar que participaba de esta opinión.

Petit Radel trata de establecer que el chancro blando y el chancro indurado son de la misma naturaleza, y que la inflamación del chancro blando era la que destruía el virus en la llaga chancrosa, y que éste no era absorbido en tales condiciones. (2)

En Alemania estaban en boga las mismas ideas, pero Inglaterra ocupaba el primer lugar en el estudio de la sífilis: el tratamiento sin mercurio y la clasificación de los accidentes primitivos de la sífilis se conocían allí perfectamente. La irritación orgánica de Broussais hizo una revolución intempestiva en la historia de la sífilis, porque el humorismo moderno, teoría la más sensata para las enfermedades contagiosas, reaparecía después de los trabajos de Quesnay, y á causa de los de Velpeau y Bouillaud. Pero como la idea de Broussais era exacta, como era la clave de la verdadera etiología de las enfermedades agudas, era imposible que no ejerciese, buena ó mala, alguna influencia sobre la sífilis. Cuando se consideran las vicisitudes de la etiología de la sífilis, se concibe su trabajo, la nueva era que se abrió para la historia de la sífilis en 1825. Hemos visto atribuir la sífilis á la influencia de los astros por los médicos astrólogos: á una influencia epidérmica por los hipocratistas: á una alteración de los humores ó á un veneno por los galenistas: á una impureza ácida de los humores por los quimiatros: á una estagnación de la sangre por los médicos mecánicos, y, por último, á un veneno por los médicos fisiólogos.

Hubo una época en que estuvo de moda la irritación de los órganos, y entónces se negó el virus sifilítico. Jourdan y Richoud des Brus aceptaron las ideas de Bru y de Caron, pero esta vez con una apariencia de razón.

(1) Lagneau, *Exp. de los dif. medios de tratar la enf. vener.* Paris, 1803.

(2) Petit Radel, *Curso de las enfermedades sifilíticas*, Paris, 1812, y *Tratado de las enfermedades venéreas*.

Sabemos que el mismo Hunter, á pesar de sus notables descripciones de los accidentes de la sífilis, se vió confundido con las teorías de las simpatías de las escuelas vitalistas de aquel tiempo. Jourdan y Richoud des Brus sólo admitían la irritación causada por los chancros y las acciones simpáticas de Hunter. Según esta escuela, los síntomas sífilíticos existen y se reproducen por resultado de una disposición, de una ley general en virtud de la cual los tejidos análogos de la economía tienden, con mayor ó menor energía, á reproducir los mismos actos, cuando una vez han sido infectados; los síntomas sífilíticos no se limitan á modificar las partes; imprimen á la economía una modificación nueva, que establece una simpatía entre élla y la parte enferma, una especie de relación análoga de estimulación. La forma de irritación primitiva puede repetirse en todos los puntos en que se produzca una viva excitación. Para ser lógicos, incurrieron los innovadores en un error al admitir la naturaleza inflamatoria de la sífilis y de sus manifestaciones. El tratamiento por las sangrías, consecuencia de la nueva doctrina, era deplorable, y tal vez esta aplicación á la sífilis de la doctrina de este autor fué lo que le hizo más daño.

Cuando se leen las doctrinas profesadas por Jourdan, Richoud des Brus y Desruelles (1) se comprende lo apasionados que habrán sido sus adeptos. La mezcla del vitalismo, renovada por Barthez, con la irritación orgánica de Broussais, tenía grandes seducciones en su tiempo, en que el mundo oficial estaba invadido por las ideas místicas y religiosas.

Á partir de crisis tan singular en la historia de los trabajos sobre la sífilis, ésta vuelve al estudio, y esta vez Francia inaugura la escuela europea de la sífilis. Las enfermedades de la piel fueron perfectamente conocidas en aquella época, y las sanas doctrinas de Hunter son profesadas con éxito por Ricord, que sin ser inventor, y á pesar de grandes errores, ha sido, por

(1) Jourdan, *Tratado completo de las enfermedades venéreas*, París, 1826.

Richoud des Brus, *De la no existencia del virus venéreo*, París, 1826.

Desruelles, *Memoria sobre el tratamiento sin mercurio*, París, 1827.

Para Desruelles consistían los accidentes contagiosos en la irritación de una superficie por una causa contagiosa.

lo ménos, el brillante vulgarizador de Hunter. El Hensler es apóyado en Alemania por los jóvenes doctores Matth. Jauclt y Alb. Heisch; (1) el dualismo chancroso se apoya en la afirmacion del origen americano de la sífilis. Habiendo existido en todo tiempo los chancros, la blenorragia y el bubon, y siendo la sífilis un mal nuevo, hay, pues, una sífilis producto del siglo XV, y un venéreo trasmitido por la antigüedad.

LA ESCUELA HUNTERIANA EN EL HOSPITAL DEL MEDIO-DIA LA ESCUELA DE SAN LUIS — LOS AUTO-INOCULADOS

(1) Albert, *Tratado de las enfermedades venéreas*, 1866, fas. I, pág. 250. Citas tomadas de Rosembaum.

DR. PEREZ ABARCA
Luz de la Medicina
1883

VIII.

LA ESCUELA HUNTERIANA EN EL HOSPITAL DEL MEDIO-DIA.—LA ESCUELA DE SAN LUIS.—LOS AUTO-INOCULACIONES.

Hacia 1832, Alibert, (1) Biet, despues Cazenave (2) y Schedel fundaron en el hospital de San Luis una escuela de enfermedades de la piel. Las manifestaciones de la sífilis fueron estudiadas en aquella época con la mayor gloria para la medicina francesa. Trappe, Lagneau en 1803 y Cullerier en 1820 se redujeron á indicar el asunto. Bielt, (3) sobre todos, ejerció una notable influencia. Si Alibert ha creado la palabra sifilide, Bielt ha sido el que ha hecho la clasificacion más metódica de aquel tiempo. Las ideas de Batmann (4) y de Willan, principalmente sobre las enfermedades de la piel, fueron aplicadas por Bielt, de las que se sirvió con la sagacidad suficiente para que en adelante ocupe un puesto importante en la ciencia europea la escuela de San Luis: ya veremos más adelante que Barin, con una autoridad legítima, ha seguido la misma tradicion.

(1) Alibert, *Monografía de las dermatosis*, Paris, 1832.
(2) Cazenave, *Tratado de las sífilides*, Paris, 1843.
(3) Humbert, *Manual de las enfermedades de la piel, llamadas sífilides, segun las lecciones de M. Bielt*, Paris, 1833.
(4) Batmann, *On cutaneous diseases*, Lóndres, 1817.

Biett clasificó las sífilides según la forma de la lesión anatómica:

- Sífilides exantemática: aureola y eritema papuloso.
- Sífilides maculosa: eczema, viruelas y herpes.
- Sífilides pustulosa: acné, impétigo y ectimó.
- Sífilides papulosa: pequeñas y anchas pápulas.
- Sífilides escamosas: psoriasis y lepra sífilítica.
- Sífilides tuberculosa: diseminadas en grupos, tubérculo-perforantes, tubérculo-crustáceas y ulcerosas, y tubérculo-crustáceas serpiginosas.

De los contemporáneos, Cullerier y Ratier (1) y Rayer (2) volvieron, sin embargo, á las clasificaciones antiguas. Á este propósito, hace Cullerier una nueva observación, diferenciando las sífilides generalizadas de las sífilides circunscritas.

En un período de doce años, la cuestión ocupó su verdadero lugar, siendo las sífilides perfectamente observadas en el hospital de San Luis. Legendre, (3), discípulo de Bielt, hizo una especie de cronología de las sífilides, lo cual no deja de ser un progreso; los tubérculos planos ó manchas mucosas de este autor siguen á las sífilides papulosas, apareciendo más tarde las sífilides tuberculosas. Esto ya representa con más exactitud los hechos que las teorías precedentes.

En 1844, distingue Cazenave (4) las erupciones que aparecen en los primeros períodos de la sífilis de las erupciones tardías, diciendo que las primeras son generalizadas y las otras circunscritas. Barin, en nuestros días, ha deducido de estas proposiciones conclusiones más metódicas todavía que sus antecesores, añadiendo los frutos de su experiencia, pudiendo decirse que en la cuestión de la sífilides es el que más ha hecho avanzar la ciencia.

Todos los médicos que ha tratado de las manifestaciones cutáneas de la sífilis en el hospital de San Luis han sido *identistas*.

- (1) *Sífilides*, Diccionario de ciencias médicas, vol. XV.
- (2) Rayer, *Tratado teórico y práctico de las enfermedades de la piel*.
- (3) Legendre, *Investigaciones sobre las sífilides*, Paris, 1841.
- (4) Diccionario en 30 vol. *Sífilides*. 1844.

Aunque hayan tenido buenas razones para creer que las sífilides siguen á ciertas blenorragias, se han equivocado al no seguir el camino marcado por Bell, Swediaur y Hernandez. Ricord, en el hospital del Mediodía, gran admirador de Hunter, y convencido de la exactitud de las observaciones inglesas sobre la diferencia entre el chancro y la blenorragia, se entregó al estudio, abriendo una enseñanza cuyo aspecto brillante y forma agradable eclipsó los trabajos del hospital de San Luis.

Ricord aceptó el misterio de las inoculaciones aplicado por Hunter. Demostró que en la mayor parte de los casos no era la blenorragia el punto de partida del venéreo. En aquella época, que ya era la prensa un poder, se hizo uso de la publicidad para sentar afirmaciones fundadas en las auto-inoculaciones, es decir, en las inoculaciones practicadas en el enfermo con su propio pus y en el exámen con el espéculo de las mujeres atacadas de vaginitis en apariencia y de chancros en realidad. Pero lo uno dañó á lo otro: los hombres concienzudos aceptaron lo bueno que habia en la proposición y en los experimentos, volviendo de este modo á la teoría de Bell. Ricord ha sido más feliz en las notas que ha puesto al libro de Hunter y en sus observaciones monográficas. (1)

Los trabajos de Ricord que más han brillado fueron las notas del libro de Hunter, en 1845. Las cartas sobre la sífilis tienen un carácter ménos científico. Por otra parte, siguiendo paso á paso la obra magistral de Hunter, el trabajo de Ricord era muy útil, puesto que hacia resaltar las incontestables verdades debidas á Hunter, y rectificaba los errores en que hubiera podido incurrir el autor inglés. De este modo aproximaba Hunter á los que le habian seguido, dando á conocer, de este modo, con lo que ha contribuido cada cual para la historia de la sífilis. La teoría de

(1) Ricord, *Consideraciones prácticas sobre el chancro*, Boletín de terapéutica, 1836.

Tratado de las enfermedades venéreas, Paris, 1838.

Cartas sobre la sífilis, Paris, 1851.

Hunter, *Tratado de las enfermedades venéreas*, traducción y notas de Ricord, 1815.

Ricord, *Tratado iconográfico de las enfermedades venéreas*.

la virulencia de Ricord procede francamente de Hunter. Pero se separa de él en lo que se refiere á la identidad de la blenorragia y del chancro. Ayudado de observaciones de inoculaciones seguidas de autopsias, explica que las blenorragias cuyo pus ha engendrado chancros son debidas á chancros del canal: (1) esta prueba es irrefutable. Tampoco creía Ricord en una larga inoculacion de los accidentes primitivos de la sífilis. La epididimitis blenorragica, tal como la conocemos hoy, está bien estudiada y es una de las mejores notas del libro de Hunter: lo mismo puede decirse de la nota adjunta al capítulo de la blenorragia en la mujer.

En 1838 se rechazaba el dualismo, y el chancro de Hunter era considerado como el accidente primitivo de la sífilis: la induración precedía ó seguía á la ulceración, que algunas veces permanecía oculta, pero en el curso de su evolucion no dejaba de presentarse: Paris era entonces *unicista*.

Ricord formuló esta proposición: el chancro es al venéreo lo que la mordedura del perro rabioso á la hidrofobia, y que, excepto en los casos de herencia, no puede haber sífilis constitucional sin aquel accidente primitivo y obligado. El *unicismo* y la *no identidad* triunfan al mismo tiempo que toda una teoría se plantea para hacer entrar en la ley todos los hechos conocidos.

Por el pronto, el virus, para producir el chancro, debe ser introducido bajo la epidérmis ó el epiteliúm, en su folículo. Donde quiera que se presente, tiene la misma virulencia que el chancro de las partes genitales. La inoculación entre el contacto virulento y su aparición del chancro es corta y en algunos casos no existe. Si el pus ha sido introducido bajo la epidérmis, principia el chancro por una *pústula*; si el pus ha penetrado en el tejido celular, por un absceso. Al decir que el chancro es el venéreo, añade Ricord, como Hunter, que el chancro regular es, con la mayor frecuencia, una afección puramente local, que puede atravesar diferentes períodos y llegar á su curación. Habla enseguida de los chancros ocultos por una blenorragia y después de los chancros indurados, *ulcus elevatum*. Á su juicio, la

(1) Ricord, *Tratado práctico de las enfermedades venéreas*, 1838.

úlceras es muy anterior á la induración. Describe los chancros fagedénicos, sin induración, que compara á la gangrena de los hospitales y el chanero gangrenoso, y añade que las tres variedades pueden combinarse entre sí: el *ulcus elevatum* puede transformarse en el mismo lugar en un accidente secundario, en la mancha mucosa.

La induración del chanero en su base ó en sus bordes, dice Ricord, no tiene importancia real en el diagnóstico sino cuando existe el signo equívoco del chanero, que es la inoculación del pus que produce.—*El chanero produce el chanero*—y los síntomas de infección general. Todo esto, que afirmó Ricord en 1838 y 1845, debía ser negado más tarde por el mismo Ricord y sus discípulos. A propósito del tratamiento del chanero, se hicieron nuevas afirmaciones, cuya duración no será larga. *El chanero es, por el pronto, una afección local, y de este modo continúa hasta que sobreviene la induración. La induración de un chanero es la prueba segura de la infección general.* Ricord añade que no sabe si estas reglas tienen excepciones.

La terapéutica mercurial de Ricord reflejaba sus opiniones. Rechazando la administración del mercurio al interior, como los ingleses, para los fímosis y algunos chancros, le recomendaba en los casos de chanero moderados, para impedir la producción de los accidentes constitucionales. Ricord afirma que las vegetaciones no son sífilíticas. Establece una diferencia entre el bubon que supura y marcha con la sífilis y el bubon que no supura. Con el nombre de *bubon de entrada* describe las adenitis poliganglionares, refiriéndolas á una causa desconocida, sin admitir que haya habido una ulceración desapercibida. Hunter, en este punto, estaba más próximo á la verdad, suponiendo una absorción insensible. El bubon benigno ó adenitis simple por absorción es la tercera variedad admitida por Ricord. El bubon sintomático de la sífilis constitucional es la cuarta variedad que admite el autor, transformando las referencias de Astruc. Ricord ha practicado la inoculación del pus de los bubones, no obteniendo conclusión alguna, salvo que, cuando la úlcera del bubon adquiría el carácter chaneroso, era preciso emplear el tratamiento de la sífilis. Añadía que el bubon, supurase ó no, podía ir seguido de accidentes constitucionales.

La division de los accidentes de la sífilis de Ricord es más extensa que la de Hunter, dividiendo los accidentes en primitivos, secundarios y terciarios. J. L. Petit casi llegó á establecer esta division, puesto que admitia accidentes de tercer vida, entre los que clasificaba los exóstosis. Dice tambien que los accidentes pueden reproducirse muchas veces, en períodos que no se pueden limitar. Pero con esto añade que los accidentes de los huesos pueden persistir aunque la sífilis haya terminado su accion y aunque las condiciones diatésicas hayan desaparecido, siendo esta observacion lo más acertado, tal vez, que haya en las notas del cirujano del hospital del Mediodía.

Del mismo modo que Hunter, niega Ricord el contagio del venéreo por la sangre y las secreciones, fundándose siempre en las auto-inoculaciones. Niega del mismo modo el contagio de los accidentes secundarios, y explica el del niño sospechoso atacado de accidentes secundarios por el hecho de haber tenido lugar ántes de trasformarse el accidente primitivo en accidente secundario, pasando desapercibido para el médico el momento de la trasformacion y el del contagio.

La escuela del Mediodía estableció que algunas sífilides eran muy frecuentes, el psoriasis y la lepra; pero se advierte que las observaciones estaban hechas en una clase de enfermos al principio de la sífilis. Segun la descripcion, se ve que bajo este título clasifica Ricord muchas sífilides papulosas, á causa de la descamacion, que es una de las fases de esta sífilides. Tambien niega este autor las sífilides primitivas de acceso sin chancros anteriores. A propósito de las erupciones cutáneas de la sífilis, encontramos, sin embargo, una observacion notable. «Toda la piel puede cubrirse de una vez con una erupcion, cuando tiene lugar, sobre todo, poco tiempo despues del accidente primitivo, en tanto que más tarde se manifiesta limitada á una sola region.» A propósito de las variedades de las sífilides, dice Ricord que las clasificaciones de Carmichael son ilusorias, y que el número de las sífilides ha aumentado extraordinariamente: da á entender que la constitucion y el régimen del individuo favorecen las erupciones sífilíticas, y, por último, que el color cobrizo del dérmis no es de modo alguno característico, principalmente al principio. Tambien estudió las manchas mucosas.

Describió la albuginitis sífilítica, es decir, el testículo venéreo indicado por A. Cooper. (1) La práctica magistral del profesor del hospital del Mediodía dictó leyes á toda la Francia en 1845. Durante diez años no tuvieron eco alguno ni la escuela de San Luis ni Cullerier en Lourcine. Las proposiciones de Ricord eran aceptadas. Pero como, por muy brillante que sea una enseñanza, no puede sobreponerse á los hechos, sucedió que discípulos oscuros de Ricord se dieron á conocer con obras que destruyeron las leyes de Ricord.

El contagio de los accidentes secundarios, el chancro blando, el chancro mixto y la sífilis vacuna fueron descubiertos. Desapareció de Alemania la division de los accidentes en primitivos, secundarios y terciarios: el orden de sucesion de los accidentes fué declarado inexacto por Bærensprung, Cusco y A. Guerin. Á pesar de las ingeniosas proposiciones de Ricord, vino á tierra la entidad ontológica de la sífilis. Como hombre de claro juicio, Ricord ha debido aceptar unas proposiciones que tan profundamente conmovian sus antiguas teorías. Hace veintiocho años que las doctrinas del hospital del Mediodía se van deshaciendo: la sífilografía militante se ha trasladado de París á Lyon, esperando vuelva á París ó deje la Francia.

Desde 1835, en tanto que Ricord empezaba sus clínicas, en tanto que sostenia la discusion contra Jourdan y Desruelles, para hacer revivir la idea de Hunter, atento á aquel solo objeto, y concediendo poca importancia á los trabajos de los ingleses, que desde Abernethy, Carmichael, Rose, Guthrie, trataban de dilucidar las imperfecciones de Hunter, deja pasar los trabajos de Wallace, ó los conoció demasiado tarde, cuando la teoría estaba establecida.

Wallace, sin embargo, acababa de llevar á cabo un acto de audacia, que aún podria calificarse de criminal, uno de esos experimentos en el hombre que, aunque excusable por haber servido á la ciencia, no se pueden considerar sin repulsion. En 1835, Wallace inoculó en individuos sanos el pus de los accidentes secundarios de la sífilis, y se la trasmitió: célebres son toda-

(1) A. Cooper, *On structure and diseases of testes*. Londres, 1830.

vía aquellos cuatro experimentos, (1) pero hasta veinte años más tarde no fué aceptada la doctrina: en 1859, sometió Gibert la cuestion á la Academia de Medicina, y el contagio de los accidentes secundarios fué admitido hasta por el mismo Ricord. (2)

Davasse y Deville estudiaban, bajo la direccion de su maestro, la lesion sifilitica más notable y más característica: la mancha mucosa.

Una opinion singular empezaba á dibujarse, anunciando de léjos la sifilizacion. Diday, en 1849, inoculó la sangre de individuos atacados de sífilis terciarias, es decir, de periostosis, proponiéndose precaver de la sífilis los individuos sanos inoculados. Estos experimentos han probado, por lo ménos, que los últimos accidentes de la sífilis no eran contagiosos y que la sangre de los individuos atacados de ellos no era susceptible de transmitir la sífilis. (3)

Entónces, Cazenave en el hospital de San Luis, Cullerier en el de Lourcine y Vidal en el del Mediodía, eran unicistas; Cazenave, sin embargo, estableció un principio en oposicion á las escuelas de Hunter y de Ricord, admitiendo la existencia de sífilides de entrada, sin chancro anterior obligado. (4) En 1840, Baumés, de Lyon, dijo que la induracion del chancro era el primer síntoma de la sífilis constitucional (5) y que el chancro era precedido de un período de inoculacion: esta proposicion fué luégo defendida por Cazenave, Vidal de Casis, Cullerier y Clerc.

Otros dos puntos de la sífilis se estudiaban por otro lado. Bouisson, de Montpellier, en 1846, (6) publicaba casos de exósto-

(1) Wallace, *A treatise on the venereal disease and its varieties*. Londres, 1838.

(2) Boletines de la Academia de Medicina, 1852 y 1858.

(3) Diday, *Vacunacion preservativa de la sífilis constitucional*, Gaceta médica, 1849.

(4) Cazenave, *Tratado de las sífilides*, Paris, 1843.

(5) Baumés, *Tratado teórico y práctico de las enfermedades venéreas*, Lyon, 1840.

(6) Bouisson, *Tumores sífilíticos de los músculos*, Gac. méd., 1846.

sis en los músculos. Notta, de Lisiensx, en 1850 (1) llamaba la atención sobre las contracciones musculares sífilíticas.

En 1841, Munck, según Sadowski, de Praga, hacía notar las ulceraciones sífilíticas de la tráquea y de los bronquios. (2) La Memoria en que lo hacía notar fué más tarde el origen de los trabajos sobre la contracción sífilítica de la tráquea.

Martelliere, en 1854, (3) estudiaba la angina sífilítica y hablaba de una difteritis que iba acompañada de los accidentes secundarios. Más tarde fué mejor estudiada esta cuestión. Aludió á una falsa membrana que se desarrolla, ya en las placas mucosas, ya en las úlceras de la garganta.

Prieur, en 1851, (4) sospechaba la existencia de *dos virus sífilíticos*, pero el mérito de haber dado á luz las razones que militaban en favor del dualismo corresponde á Bassereau (1852). Las ideas de Enslér, Abernethy y Carmichael no hallaron buena acogida hasta entónces, ni en Francia ni en Alemania. De todos los libros que se han escrito despues de Hunter, el trabajo de Bassereau es sin duda alguna el más concienzudo. Penetrado del poco valor absoluto de las autoinoculaciones, aún cuando las concedía importancia, ha tratado Bassereau de fundar los diagnósticos en las confrontaciones. Podrá haber incurrido en algun error, pero lo ha hecho con buena fe, y como el espíritu de sistema no domina en su libro, sus observaciones son formales, hasta el punto de no ser menester otras para establecer la verdad respecto de la sífilis. El dualismo de Bassereau suscitó objeciones y controversias.

Clerck, en 1855, estableció la teoría del chancroide, que no es otra cosa que una interpretación del chancro blando de Bassereau.

Al reaparecer las ideas de los ingleses y de los partidarios de la importación americana de la sífilis, se dibujaban fuertes tempestades y revoluciones. Se discutía la vacuna en la Academia

(1) Notta, Archivos generales de Medicina, 1850.

(2) Munck, Gaceta médica de Lóndres, 1841.

(3) Martelliere, De la angina sífilítica, Paris, 1854.

(4) Prieur, Algunas proposiciones sobre la sífilis, Paris, 1851.

de Medicina, y aquella discusion, del mismo modo que ha tenido lugar luego, tuvo el privilegio de excitar y de apasionar, como las cuestiones de fe y de filosofia. Solicitado Hunter por las teorías de la inoculacion de la vacuna, importada en Inglaterra de Levante y de la China, á principios del siglo XVIII, practicó la inoculacion de los diferentes accidentes de la sífilis. Más ó ménos tarde, debía surgir alguna extraña imitacion de las teorías y de las prácticas de la vacuna y de los experimentos de Jenner. Para obtener la vacuna, se hizo pasar la viruela por la vaca. En 1844, un médico francés, Auzias Jureñne, (1) despues de las tentativas de vacunacion de Diday, trató de hacer pasar la sífilis por los animales para obtener un sífilizador. La sífilizacion y el dualismo chaneroso aparecen casi al mismo tiempo, y de ellos se ocupan libros, sociedades, escuelas extranjeras, y principalmente una escuela francesa que ha prosperado mucho y pronto, la escuela de Lyon.

Bassereau describió las afecciones sífilíticas de la piel y sus relaciones con los chancros, (2) volviendo á emprender los estudios de Martius, (3) fundados por Carmichael. Es tan cierto que las ideas se producen por series, como que no hay ideas verdaderas que puedan estar siempre veladas por una teoria victoriosa. Una de las primeras observaciones de Bassereau consiste en separar las manchas mucosas de las sífilides tuberculosas. Entre muchas otras, la observacion no puede ser más justa. Anticipándose á Clerck, plantea Bassereau, en forma de hipótesis, una teoría del pseudo-chancro, calcada en la teoria de la falsa vacuna, emitida en 1803 por el comité central de vacuna. El pseudo-chancro (chancro blando) sería entónces el producto de un virus debilitado, que puede reproducirse indefinidamente por contagio en forma de chancro local. Bassereau, sin embargo, admite dos clases de chancros.

Hé aquí la diferencia entre ambos:

«El chancro que precede á la sífilis constitucional es una úl-

«Algunas de las diferencias entre el chancro no indurado y el

- (1) Auzias Jureñne, *Carta á la Academia de ciencias*.
 (2) Bassereau, *Tratado de las afecciones de la piel sintomáticas de la sífilis*, Paris, 1852.
 (3) Martius, *Memoria sobre las causas generales de las sífilides*, Paris, 1833.

cera, ordinariamente indolente; de un aspecto incoloro; descansa en una base indurada de una manera especial y característica; los vasos linfáticos que parten de la parte ulcerada, dirigiéndose á la caverna ganglionar más próxima, se hipertrofian y se induran con frecuencia; con ménos frecuencia, sin embargo, que los ganglios que forman tumores indolentes de un volumen muy variable, y cuyo pus no tiene, en los casos excepcionales en que llega á supurar, las propiedades virulentas de tal chancro.» Aquí se alude á la inoculación del chancro.

«El chancro que no va seguido de sífilis constitucional tiene caracteres muy diferentes. Su base no se indura, y solamente en algunos casos hay en élla un infarto inflamatorio, que desaparece á medida que la úlcera se va cicatrizando: entre el chancro y los ganglios próximos suele manifestarse una linfítis inflamatoria, pero difiere esencialmente de la linfítis crónica indurada. La adenítis sintomática de este chancro tambien ofrece caracteres particulares, pues unas veces se tumefacta un solo ganglio, supura, y su pus, contagioso é inoculable, como lo ha demostrado Ricord, da á este bubon el carácter de un verdadero chancro ganglionar, y otras entra en supuración la masa ganglionar con el tejido celular que la rodea, y entónces esta supuración carece, con mucha frecuencia, de las mismas propiedades que el chancro, puesto que no se inocula.»

«El chancro que no va seguido de sífilis constitucional puede no influir sobre los ganglios próximos ó puede influir sin determinar la supuración. Esta manera de terminar la adenítis es tan frecuente que se la podría designar con el nombre de chancro de bubon supurado, para distinguirlo del chancro precursor del venéreo, por resultado del cual raramente supuran los ganglios vecinos.»

Bassereau estaba de conformidad con Hensler en que los chancros locales siempre se habian conocido, en tanto que los chancros indurados solamente se habian observado desde el siglo XV.

Además de las diferencias entre el chancro no indurado y el chancro indurado, se deben á Bassereau detalles clínicos de la mayor importancia sobre la marcha y síntomas de la sífilis.

Una de las proposiciones de Ricord, combatida por Bassereau,

es que el chancro se indura con ménos frecuencia en la mujer que en el hombre, lo que equivale á decir que la mujer es más rebelde á la sífilis que el hombre.

Bassereau cree que la induración está oculta en la mujer. Despues combate la idea de Ricord y rechaza este otro axioma, que la diferencia entre el chancro blando y el chancro duro se debe á la idiosincrasia del individuo contagiado, y que la generalización de los accidentes se debe á la naturaleza del individuo, haciendo observar que ha visto casos de chancros blandos muy repetidos, sin accidentes generales consecutivos y que se han manifestado despues de la existencia de un chancro indurado.

Bassereau dice que *el chancro seguido de accidentes constitucionales se debe á que el individuo que contagia estaba atacado de un chancro á que debian seguir accidentes constitucionales.*

El libro de Bassereau es de gran importancia, no solamente á causa de la *teoría dualista*, sino por su clasificación de los accidentes demostrados al principio de la sífilis, y tambien por haber abierto una gran brecha en esa ontológica creación conocida con el nombre de chancro indurado, chancro sífilítico y chancro infectante. Bassereau nota, en efecto, las principales variedades de los chancros seguidos de accidentes generales, la erosión chancrosa y la úlcera fagedénica con induración franca ó dudosa.

Bassereau vió la fiebre sífilítica y los dolores erráticos que preceden á la erupciones; señala los dolores osteoscopos, al contrario de lo que afirman Hunter y Ricord. Pero en lo que Bassereau ha estado á una gran altura es en la aparición inmediata de los accidentes despues del contagio en muchos casos perfectamente observados, y como corolario señala las sífilides precoces que aparecen en el mes siguiente al contagio: augura, por último, á la sífilis una marcha concéntrica desde la superficie del cuerpo al interior, pudiendo atacar las partes profundas al mismo tiempo que las superficiales, áun al principio, y habla tambien de lesiones viscerales y lesiones óseas con erupciones cutáneas.

Bassereau divide las sífilides en *sífilides eritematosa*, *sífilides papulosa*, *sífilides papulosa-húmeda*, *sífilides verrucosa*, *sífilides bulbosa*, *sífilides pustulosa*, *sífilides tuberculosa* y *sífilides escamosa*.

El dualismo chancroso encontró en Ricord un adversario terrible, puesto que en sus cartas sobre la sífilis, publicadas en 1851, aparecía unicista: en ellas hay, sin embargo, una pequeña concesion: habla de un chancro indurado y de un chancro apergaminado. En cuanto á las grandes cuestiones de los virus sífilíticos y de la negacion del contagio de los accidentes secundarios, fueron tratadas con elevado criterio contra los innovadores. En estas cartas decia Ricord que el virus chancroso, durante los cuatro ó cinco primeros días de su existencia, podia neutralizarse por la cauterizacion. Esta proposicion era ciertamente una respuesta á la teoría del chancro no infectante. Se decia, pues, con mucha facilidad, que habia chancros que no infectaban, porque habian sido cauterizados.

Ricord era todavía unicista en 1855. Sobre este asunto hubo en aquella época una discusion en la sociedad de Cirugía: Cullerier, Ricord y Vidal de Cassés discutieron el dualismo chancroso de Bassereau y el chancroide de Clerc, á propósito de un trabajo de Ammer, en que proponia una especie de ventosa en los chancros, con objeto de prevenir la induracion. Con muy pequeñas diferencias reconocieron los tres que sólo habia un virus, pero que variaba segun los individuos. En medio de esta discusion, citó Cullerier un caso indiscutible de un enfermo que adquirió un chancro infectante por el contacto con un individuo que sólo tenia chancros blandos, y otro de la inoculacion en el mismo enfermo, de un chancro indurado, que produjo en el punto inoculado otro chancro indurado. Durante aquella discusion, dijo Ricord que los chancros indurados no se repetian, dando á entender que la diátesis sífilítica duraba toda la vida; que la induracion, más ó ménos considerable, era un signo de fuerza ó de debilidad del venéreo, y que la induracion del chancro era, para decirlo de una vez, un sífilómetro. Poco á poco se fué agriando la discusion, la cual terminó por una profesion de fe unicista.

Antes de esto, Clerc, antiguo discípulo de Ricord, publicó en *El Monitor de los Hospitales* una Memoria sobre el chancroide (1)

(1) Clerc, *Del chancroide sífilítico*: Monitor de los Hospitales, Paris, 1854.

En 1866 publicó Clerc la primera parte de un *Tratado de las enfermedades*

sifilítico. Esto se tuvo por una tentativa de conciliación entre el unicismo oficial y el dualismo de Bassereau. Por esto se le dijo que Clerc era *uni-dualista*. Apoyado en lo dicho por Ricord, que los contagios nuevos en los sifilíticos sólo producen chancros locales, formuló Clerc estas tres proposiciones:

1.^a Que existen dos variedades de chancros sifilíticos, de las cuales una es el chancro infectante ó indurado y la otra el chancro no indurado y no infectante, ó chancro simple.

2.^a Que cada una de estas variedades de la úlcera primitiva se trasmite como especie patológica.

3.^a Que el chancro simple ó no infectante es el resultado de la inoculación del chancro infectante en un individuo que tiene ó ha tenido sífilis constitucional, análogo á la varioloide y falsa vacuna, de donde viene la denominación de *chancroide* que Clerc proponía darle.

Este período de la historia contemporánea de la sífilis se llenó en Francia con una polémica que no siempre fué sincera. Se creía que el dualismo era una revelación, y todos querían ser el Mesías de élla, ó apóstoles cuando ménos. El chancro absorbe todas las inteligencias y ya no se trata de la sífilis. Sobre este detalle del principio de la sífilis hay libros, folletos y correspondencias que circulan por todas partes. Si á esto se une la sifilización, que absorbe la atención de los médicos aún de fuera de la Francia, se tendrá el cuadro de controversias semejantes á las de los escritores del siglo XV.

En 1855, la escuela de Lyon, de Diday, Rollet y Drou, abraza la doctrina dualista y disputa el terreno á Clerc. Diday dice que el chancroide de Clerc no es una entidad, porque el chancroide no procede del contagio de un chancro indurado, sino que, por el contrario, el chancro blando da lugar al chancro blando.

En esta ocasión declaró Diday que había tres especies de chancros: el chancro indurado, el chancro induroide y la chan-

croide, en que de nuevo desarrolla aquella idea, describiendo el chancroide con todos los caracteres del chancro simple.

crilla: el chancro induroide corresponde al chancroide de Clerc y á la erosion chancrosa de Bassereau.

En 1856 no quiso permanecer Ricord fuera del movimiento, y siguió la corriente, mejor que aliarse á la teoría de la inoculación del chancro indurado, arreglando con facilidad la teoría dualista. A. Fournier y Caby recogieron sus lecciones, publicaron casos, y la palabra del maestro, rodeada de gran veneración, se halló de nuevo en disposición de dictar leyes. (1) Nada parecía haber cambiado en la antigua doctrina: el recuerdo de algunas frases aisladas y la omisión de los antiguos aforismos dejaron todavía creer que el dualismo era obra de Ricord. (2) Un artículo del *Diccionario de Medicina y de Cirugía práctica*, debido á la pluma de A. Fournier, ofrece la misma interpretación.

Ricord dice que el chancro indurado no es inoculable: que los sífilíticos sólo adquieren, en un nuevo contacto con un sífilítico, un chancro de base blanda, que es el chancroide. Dice, por último, que ha visto siempre chancros locales que no producían la sífilis, y que éstos son los chancros blandos no infectantes, que nunca ha negado en principio: que uno de los caracteres del chancro infectante es que su bubon no supura nunca. Reconociendo despues que la ciencia habia dado un paso, enseñó á sus discípulos que habia dos virus. Ricord se habia hecho dualista.

Melchor Robert, discípulo de Ricord, Cazenave, Gibert, Vidal y Barin, sostenian el *identismo* y el *unicismo*. Melchor Robert (3) sostenia solamente el *unicismo* contra Ricord y la escuela de Lyon, donde Rollet y Diday desarrollaban con brillo y autoridad la teoría dualista. Las ideas de Melchor Robert se encuen-

(1) Ricord, *Lecciones sobre el chancro*, recogidas por A. Fournier, 1857. Véanse tambien *Cartas sobre la sífilis*.

(2) *Diccionario de Medicina y Cirugía prácticas*, artículo *Chancro*.

(3) Melchor Robert, *Estudio sobre dos puntos de sífilografía*. Marsella, 1857. Para defender el unicismo, Melchor Robert escribió un libro que vió la luz pública en 1861, y en el cual funda el unicismo en la auto-inoculabilidad muy frecuente del chancro indurado. *Nuevo tratado de las enfermedades venéreas*, Paris, 1861.

fran en su tratado posterior á la publicacion de Marsella, siendo las siguientes sus proposiciones:

«El chanero indurado reconoce ordinariamente por causa un chanero infectante.»

«El virus de este chanero infectante, inoculado en un individuo diatésico, produce el chancroide ó chanero blando: el virus del chanero infectante determina, por excepcion, un chanero simple en un individuo sano; esto en virtud de condiciones individuales que son, con mucha frecuencia, imposibles de precisar.»

«El chanero simple depende esencialmente del chanero infectante y resulta: 1.º, de la insercion del virus infectante en los tejidos de un individuo diatésico; 2.º, de la inoculacion en un individuo sano del virus procedente de un chanero indurado en su período de decadencia, y 3.º, de la contaminacion por el virus infectante en un individuo dotado de una inmunidad natural.»

«El chanero simple puede comunicarse en su especie patológica durante un tiempo variable, que depende de las condiciones individuales y del lugar de la inoculacion, pero ayudándole uno y otras recobra la propiedad de infeccion y se porta como el chanero indurado, ó, en otros términos, el virus del chanero simple suele tambien gozar de propiedades infectantes.»

«En el estado actual de la ciencia, nada prueba de una manera precisa que los accidentes llamados chancroides y chanero simple, ó de bubon supurante, reconozcan un origen distinto; para nosotros el chancroide es un chanero simple, y vice-versa.»

«El chanero indurado, el chancroide y el chanero simple tienen, pues, manifestaciones patológicas de un mismo principio, cuyos efectos variados dependen ménos de propiedades inherentes al virus mismo que de las condiciones del organismo: sólo hay un solo virus.»

En 1844, Capobianco, de Nápoles, (1) aceptaba, segun Saura, que los chancros pseudo-sifilíticos de los ingleses eran debidos á

(1) Roberto de Wettz, *Gaceta Médica*, 1850.

un virus modificado ó á la idiosincrasia de los individuos infectados. Los italianos decian: «La pseudo-sífilis es á la sífilis verdadera lo que la viruela loca es á la viruela». Auzias Turenna dedujo una conclusion de la idea de Saura. Por el pronto, inoculó chancros en monos y conejos. Cullerier y H. de Castelpau declararon casi al mismo tiempo que nunca habian conseguido producir estas inoculaciones. Los chancros inoculados por Turenna eran reinoculables en el hombre. En 1850, Roberto de Wetz se inoculó un chancro blando procedente de un mono, al que tambien habia inoculado otro chancro blando. Con este motivo, Auzias de Turenna pasó una comunicacion á la Academia de ciencias. (1) Desde ensónces se han intentado en el hombre muchas inoculaciones: los médicos mismos, Lindwarm entre otros, se inocularon una cantidad prodigiosa de chancros.

La idea seductora de la vacuna chancrosa ó sifilítica arrasó inmediatamente á Sperino, de Turin, y á Boeck, de Christiania. Fué aceptada en casi toda Europa, y la cantidad de inoculaciones practicadas adquirió considerables proporciones, pero no se publicó serie alguna de casos demostrativos.

Recordando Sperino en 1851 una práctica de vacuna, que con justicia comenzaba á olvidarse, las vacunaciones multiplicadas durante los prodromos de las viruelas, daba la sifilizacion como método curativo de la sífilis, admitiendo, sin embargo, la virtud preservativa de la sifilizacion. (2)

Boeck, en 1854, partidario de la sifilizacion, lanzó á Noruega en este órden de ideas, pero hasta 1860 no pasó de ensayos. (3)

Durante estas tentativas, muchos casos relativos al chancro blando fueron estudiados con profundidad.

1.º La reinoculabilidad casi indefinida del chancro de individuo á individuo.

2.º El agotamiento progresivo de la virulencia del chancro en un determinado número de animales sifilizados por Auzias

(1) Auzias Turenna, *Boletin de la Academia de ciencias*, 1850.

(2) Sperino, *La sifilizacion como método curativo y como medio profiláctico de la sífilis*, 1853.

(3) Boeck de Christiania, *Investigaciones clinicas sobre la sifilizacion*.

Turena y en los hombres sifilizados por Sperino. Ricord decia que lo único que se salvará del naufragio de la sifilizacion será el conocimiento de la propiedad indefinidamente reinoculable del chanero blando.

El dualismo se apodera de estos hechos, no haciéndose mención de la sífilis constitucional en la mayor parte de los casos de sifilizacion: los chancros blandos eran diferentes de los chancros indurados. La observacion de inoculaciones sucesivas de 227 chancros blandos en un leproso, todos los cuales obraron, no impidiendo la inoculacion de un chanero indurado seguido de sífilis constitucional, cuando el enfermo era refractario á las inoculaciones del chanero blando, destruyó completamente la teoría de la sifilizacion. Esta observacion es de Daneilsen de Bergen. (1) Rusia y Austria no rechazaron la sifilizacion. Solamente Inglaterra, Bélgica y Francia se resistieron: la Academia de Medicina se pronunció contra la sifilizacion en 1852, y la policia francesa intervino contra su práctica. De esta proposicion, cuyo crédito procedia de la teoría de la vacuna, aceptada hoy todavía, sólo quedó una teoría de la curacion de la sífilis por las supuraciones.

Los chancros blandos inoculados parecieron exóstosis á Melchor Robert, y Cullerier mismo, en el hospital de Lourcini, dedujo que los accidentes de la sífilis podian tratarse con los vejigatorios volantes repetidos. Los últimos trabajos á que dió lugar en Francia la sifilizacion fueron los de Hagen, (2) Auzias Turena, (3) Diday (4) y el último capitulo de la obra de Melchor Robert: (5) no añadieron nada á los preceptos ya formulados. Diday no aparece como enemigo, en definitiva, de la sifilizacion como medio curativo.

Durante la discusion entre dualistas y unicistas, y mientras tenian lugar los experimentos sobre la sifilizacion, se estudiaban

(1) Citado por Bæch. Véase también Rolch.

(2) Hagen, *De la sifilizacion*, Estrasburgo, 1805.

(3) Auzias Turena, *Correspondencia sifliográfica*, París, 1860.

(4) Diday, *Gaceta Médica de Lyon*, 1860.

(5) Melchor Robert, *Tratado de las enfermedades venéreas*.

en el extranjero (1) casos de sífilis viscerales. Dietrich, en Praga, en 1849, y Budd, (2) en Inglaterra, en 1857, hablan de cicatrices de origen sífilítico y de exóstosis del hígado. En el intervalo de ambas publicaciones, decía Gubler que la cirrosis del hígado y la ictericia de los recién nacidos estaban en relación con la sífilis congénita. (3) Una discusión en la Academia de Medicina clasificó en la sífilis el perifigo de los recién nacidos. (4) P. Dubois la afirma sin restricciones. Pero esto ya era antiguo. Sin contar á Doublet, que lo había sospechado, Duges, en 1821, (5) fué bien claro en cuanto al origen sífilítico del perifigo de los recién nacidos. En 1837 habló Depaul (6) en la Sociedad anatómica del perifigo de los recién nacidos, estableciendo una relación entre los tumores del pulmón, constituidos por induraciones, llamados propiamente focos pñeumónicos, y el perifigo. Más tarde, en 1854, Furher en Alemania y Hecker ántes de él hablaron de una peneumonía sífilítica y de una exudación bronquial lobular. Reaparecía la tisis sífilítica ó entraba con la tisis visceral en la universalización de la enfermedades de carácter sífilítico de Fabre y Vigaroux. Las lesiones señaladas por Depaul en la Sociedad anatómica, mal interpretadas, eran en parte la causa de todos estos descubrimientos.

Dubois señaló también las supuraciones del timo en los casos de sífilis congénita, (7) y en 1854 hizo Diday un resumen de todas las condiciones de la sífilis hereditaria, ya tomándolas de sus antecesores, ya de sus observaciones, principalmente en la trasmisión de la sífilis hereditaria por el padre ó por la madre.

Bedel, en 1851, (8) estudió las sífilis viscerales y cerebrales, sospechadas desde el siglo XVI y señaladas en la misma Acade-

-
- (1) Dietrich, *Der syphilitisch krankheits process un der Leber*, Praga, 1849.
 - (2) Budd, *On the disease of the liver*.
 - (3) Gubler, *Memoria sobre una nueva afección del hígado*, etc., 1852.
 - (4) *Boletín de la Academia de Medicina*, 1852.
 - (5) Duges, *Investigaciones sobre las enfermedades más importantes y menos comunes de los recién nacidos*, Paris, 1821.
 - (6) Depaul, *Boletín de la sociedad anatómica*, 1837.
 - (7) Diday, *Tratado de la sífilis de los recién nacidos y de los niños de pecho*, Paris, 1854.
 - (8) Bedel, *La sífilis cerebral*, Estrashburgo, 1851.

mia de Cirugía, cuya existencia está comprobada con muchas observaciones esparcidas en los libros. En 1853 describía Rechel una sinovitis sífilítica. (1) En el mismo año publicaba Follin casos de estrecheces del esófago (2) y Dietrich (3) señalaba la alteración de los nervios ópticos en la amaurósis sífilítica.

Todavía se perfecciona el estudio de los accidentes de la sífilis. Las inoculaciones se practican en individuos sanos. Langlebert y Auzias Turenna emiten en París la idea que los accidentes secundarios de la sífilis son contagiosos. (4) El primero se funda en la confrontación y el segundo en el razonamiento. Entónces se volvió sobre los antiguos experimentos de Wallace, que desde 1845 habia inoculado el pus de las manchas mucosas en individuos sanos. Bertherand, de Estrasburgo, que conocia los experimentos de Wallace, habia dicho en 1852 que los accidentes secundarios de forma supurativa eran principalmente contagiosos. (5) En 1854, Colles, de Dublin, ya habia dicho que los accidentes secundarios de la sífilis eran ó debian ser contagiosos. Ricord, que en aquella época hablaba como soberano en la Academia de Medicina, era opuesto al contagio de los accidentes secundarios. En 1852-53 hubo una gran discusión en la Academia de Medicina sobre este asunto; todos los adversarios de la inoculación, como medio de diagnóstico, es decir, todos los identistas, admitieron el contagio de los accidentes secundarios, entre otros Lagneau, Bielt, Baumes, Velpeau y Vidal, tanto en la Academia como fuera de ella. Ricord seguía opinando que no eran contagiosos los accidentes secundarios, apoyándose siempre en los argumentos de Hunter.

Aquellos diez y ocho años fueron empleados en experimentos de inoculación ó de auto-inoculaciones, para estudiar los chan-

(1) *Memoria sobre los tumores blandos*, Memorias de la Acad. de Med., 1853, t. XVII.

(2) Follin, *De la estrechez del esófago*, París, 1853.

(3) Dietrich, *ob. cit.*

(4) En la Sociedad médica del Panteon, en 1856, se presentó esta teoría. Cous.

Langlebert, *Del chancro producido por el contagio de los accidentes secundarios*.

(5) Bertherand, *Tratado de las enfermedades venéreas*, 1852.

ros duros ó blandos y la blenorragia. Aquellos experimentos constituyeron el criterio de todas las opiniones: en Francia, por lo ménos, fué la pasión dominante. En la época en que vamos á entrar, la afición á las inoculaciones, que habia llegado hasta la sífilización, dió lugar á una satisfaccion completa entre los dualistas: áun cuando de vez en cuando se habla de inoculaciones, ya no se practican, llegando á ser las confrontaciones el criterio más apreciado.

IX.

LA ESCUELA ANATÓMICA Y FISIOLÓGICA MODERNA Y LA SÍFILIS.

En 1858, en el momento en que empieza la importancia de los modernos, es decir, de la generacion actual, era todavía interpretada la sífilis de diferentes modos. Habia identistas: Bazin, en San Luis; unicistas: Follin, en Paris; Melchor Robert, en Marsella, y Davasse, en Paris; dualistas: Hardy, Ricord y A. Fournier, en Paris: toda la escuela de Lyon, Diday y Rollet. Inglaterra, Italia y Alemania no se habian dividido en sectas todavía, áun cuando el dualismo habia sido aceptado por algunos médicos.

Muchas y buenas compilaciones vulgarizan los trabajos anteriores. Tales son los libros de Lancereaux, (1) de Belhomme y Martin. (2) El último, principalmente, ofrece un resumen conciso y sin pretensiones de los trabajos conocidos sobre la sífilis.

Abordamos con sentimiento esta última parte de la historia de la sífilis, porque nada hay, con efecto, más difícil que escribir la historia contemporánea. Los partidos no existen solamente en política, y es muy difícil ser justo sin tropezar con

(1) Lancereaux, *Tratado de la sífilis*, Paris, 1866.

(2) Belhomme y Martin, *Tratado de patología sífilítica y venérea*, Paris, 1864.

sus antiguos maestros y compañeros. No desconocemos que desde hace veinte años está dominada la práctica de la sifiliografía por las preocupaciones profesionales, y que casi puede medirse el valor de una idea por lo que con ella se relaciona, y que la especialización de un hombre en la práctica de la sífilis tanto le aleja de la ciencia como le aproxima á una práctica provechosa. En efecto, estudiando á fondo el lenguaje de muchos se ve que aceptan ideas que repugnan, y que el temor de comprometer una enseñanza ó una clientela los liga á preceptos que sólo sostienen por no estar en desacuerdo con los jefes de las escuelas.

En tanto que la escuela del Mediodía modificada impera en Francia, en tanto que la sifilización se experimenta en Italia y en Suecia, la escuela alemana estudia con ayuda del microscopio las lesiones anatómicas de la sífilis. La Academia de Medicina de Francia reconoce que los accidentes secundarios son contagiosos. La escuela de Lyon descubre un medio de conciliación entre dualistas y unicistas, formulando, sin embargo, el dualismo más terminante. Por último, Bazin en Paris y Diday en Lyon llegan á rehacer, por decirlo así, la patología de la sífilis, y en el punto en que ambos autores la han dejado es en donde nosotros tomamos la cuestión.

Baerensprung (1853-1857) ha dividido los accidentes de la sífilis de otro modo que la escuela francesa; dice que la induración del chancro es un accidente secundario, y que la sífilis secundaria siempre se manifiesta por hiperemias y la terciaria por tubérculos. Apoyándose en hechos aislados, generaliza Baerensprung los exámenes histológicos de las lesiones del hígado estudiadas por Virchow, y las del testículo llamado venéreo expuestas por Hamilton y Curling en Inglaterra.

Avanzando más en los detalles, dice Baerensprung que las hiperemias que constituyen los accidentes cutáneos secundarios de la sífilis se manifiestan en la capa superficial del corion, y que las afecciones cutáneas terciarias parten del corion mismo. Aquí se ve la influencia de la escuela de San Luis, que colocaba las sífilides tuberculosas entre las manifestaciones tardías de la sífilis. No puede negarse, sin embargo, la luz que ha hecho la proposición de Baerensprung en la anatomía patológica

Citando Virchow las opiniones de Baerensprung, recuerda que en 1853 ya había emprendido un estudio de la sífilis visceral, donde había demostrado la naturaleza de las lesiones sífilíticas del hígado y su transformación por metamorfosis regresiva en una cicatriz, y que los elementos anatómicos de la induración del chancro indurado contenían los mismos elementos que los exóstosis. (1)

El microscopio demostró en Alemania lo que había anticipado Hunter, que los accidentes de la sífilis se hacían con el tiempo cada vez más profundos. Entre muchas descripciones importantes se han hecho en Alemania, en aquella época, muy buenas observaciones.

Sigmundo de Viena, (2) por ejemplo, dice que los accidentes secundarios y terciarios están separados por transiciones tan poco notables que la demarcación no es bien precisa. Llevando muy lejos esta opinión, dice que todo lo que pasa del sexto mes, después de la aparición de los chancros, es terciario.

La doctrina contradictoria se dejó sentir inmediatamente. Hermann, de Viena, en 1857, (3) ha incluido los accidentes terciarios de la sífilis en la hidrargirósis crónica, renovando una idea muy antigua que databa de Ulrico de Hutten, que atribuía al mercurio los accidentes tardíos de la sífilis. Esta doctrina fué también sostenida por Lorinser, (4) siendo el motivo de una indicación terapéutica que encontramos á propósito del tratamiento. Michaelis (5) opuso una negación formal á la doctrina que afirmaba que nunca se había encontrado mercurio en los huesos atacados de cáries sífilítica, subsistiendo, sin embargo, los hechos relativos á la necrosis de las mandíbulas por el abuso de los calomelanos.

Virchow ha hecho un estudio profundo de las lesiones de la

(1) Virchow, *De la sífilis constitucional*.

(2) Sigmund, *Wiener Med. Woch.*, 1856.

(3) Joss, Hermann, *Die mercurial krankheiten und. Desen Verhältniss zur Lutsuche*, Viena, 1865.

(4) Lorinser, *Merkur und syphilis*, Viena, 1858.

(5) Michaelis, véase Virchow, *Sífilis constitucional*.

sífilis. Aunque sus lecciones no hayan aparecido hasta 1860, sus trabajos se remontan á la época en que los autores precedentes examinaron histológicamente las lesiones de la sífilis, y más de un dato tomaremos de ellas para la parte nosológica de nuestro trabajo. Diremos, sin embargo, que ha establecido una perfecta distinción entre las lesiones negativas de la sífilis y las lesiones esenciales, cuya totalidad de consecuencias no ha deducido. Los exóstosis son, para Virchow, la lesion esencial de la sífilis y ha estudiado sus fases en todos los órganos. Dice tambien que el chancro contiene los mismos elementos que los exostosis. El acuerdo sobre la constitucion histológica del chancro indurado era completo, por otra parte, entre Lebert, Robin (1) y Virchow; cada uno de estos autores vió, por su parte, nudos embrioplásticos y cuerpos fusiformes en la induracion del chancro; aparte de las palabras, esto era lo que habia visto Virchow.

Dijo tambien que habia en todos los períodos de la sífilis lesiones de la sangre. Infeccion específica ó discrasia que engendra la cloroanemia, la leucocitosis y la hidroemia. Admite la division de Baerensprung, lesiones hiperémicas y exóstosis.

Ya en 1852, suscitó la Memoria de Auzias Turenna á propósito de la sifilizacion una discusion en la Academia sobre el contagio de los accidentes secundarios. En 1859, la suscitó Gibert de nuevo con ayuda de hechos observados por el, y otros recogidos en Francia y en el extranjero por Wallace, Baerensprung y Vidal. (2) Esta vez las pruebas eran palpables, puesto que se habia inoculado el pus de las manchas mucosas. (3) Rollet, de Lyon, en 1858, estudió esta cuestion con sumo cuidado. (4) Se hizo, por último, justicia á la sutileza de Ricord, que habia admitido que el contagio de los accidentes secundarios sólo te-

(1) Nota remitida á A. Fournier para las lecciones sobre el chancro de Ricord.

(2) Vidal, *Tratado de las enfermedades venéreas*, Paris, 1853.

(3) *Boletines de la Academia de Medicina*, 1859.

(4) Rollet, *Gaceta Médica de Lyon*, 1859.

Gaceta Médica de Paris, 1858.

nía lugar por el pus de la mancha mucosa producida por el chanero. Rollet demostró que los chancros cefálicos, bucales y mamarios nacen del contacto de los accidentes secundarios de la garganta en los individuos sífilíticos. La sífilis vacuna prestó su apoyo á la teoría del contagio de los accidentes secundarios. Pero otro hecho, no ménos importante bajo este punto de vista, se debía descubrir, y es el contagio por la sangre de los sífilíticos. Admitir la sífilis hereditaria en el hijo de la mujer atacada de sífilides secundarias era probar el hecho *à priori*. Pero un hecho fué llevado á cabo por un médico animoso: G. Bargioni se prestó á inocularse la sangre de una sífilítica presa de accidentes secundarios: la inoculación se llevó á cabo en tres médicos, pero en uno solamente dió resultados positivos: la observación no dejó duda alguna.

Un determinado número de accidentes de la vacuna condujo también á Viennois á otro descubrimiento confirmando el contagio de la sífilis por la vacuna.

Ya era conocido un procedimiento del Dr. Hubner que, en Baviera, había vacunado á varios niños con la vacuna de un niño sífilítico, el cual trasmitió la sífilis á otros ocho y éstos á otros á su vez.

Del trabajo de Viennois resulta que Monteggia y Marcolini, en 1814, y más tarde Cerioli, en 1821 y 1841, habían observado casos de sífilis vacuna, pero faltaban los detalles; los de Viani, en 1849, se hallan en el mismo caso; en 1856, poco después del procedimiento de Hubner, el Dr. Marone, citado en *El Imparciale*, habla de una epidemia de sífilis vacuna en Lupara, pero los hechos no están descritos y la vida en comun de los habitantes de aquel país justificaria en rigor las dudas que aquellos hechos pudieran inspirar. Gallego, en 1857, observó también casos significativos. Lo que asegura á Viennois un título de prioridad es el estudio de todos los casos mal conocidos ántes de él y de su interpretación.

Viennois ha discutido los hechos, y para explicar los casos en que aún con la vacuna de un sífilítico no se producía la sífilis el individuo vacunado, decía que esto procedía de que únicamente la sangre de la pústula vacuna ó sífilítica es capaz de transmitir la sífilis. Los experimentos de Pliezzari sobre el pode

contagioso de la sangre de los sífilíticos se explotaban entonces.

Devergie, en 1863, presentó á la Academia de Medicina de Paris un caso positivo de sífilis vacuna, cuya teoría fué aceptada por Trousseau y Bouvier. En el mismo año, H. Lee admitió la trasmision de la sífilis por la vacuna, cosa ya aceptada por Whitehead.

Un importante discurso de Bouvier dió publicidad á hechos poco conocidos, y al discutir las observaciones y las citas de Viennois puede decirse que hizo nacer en los miembros de la Academia de Medicina la conviccion de que la sífilis vacuna existía efectivamente.

Entónces fué preciso revisar una obra de la Academia, la *Instruccion sobre la vacuna* escrita en 1830: hé aquí una frase de aquella *Instruccion*: «Innumerables hechos han demostrado que el virus vacuno tomado de individuos atacados de enfermedades susceptibles de comunicarse por contagio, como la sífilis y la viruela loca, no llevaba en ningun caso otros principios y sólo producía la vacuna». En otro tiempo habria servido de respuesta esta instruccion á una teoría exagerada, en virtud de la cual se pretendía hacer creer que con la vacuna se inoculaba á los niños toda clase de enfermedades.

Los hechos se multiplicaron; fueron observados en todas partes, unas veces con exageracion y otras con imparcialidad, pudiéndose decir que el conocimiento fué casi perfecto. Porque si los instrumentos de Cirugía que han servido en sífilíticos pueden transmitir la sífilis, ¿no ha de tener la vacuna el mismo poder?

Como ya hemos dicho, la escuela de Lyon aceptó francamente el dualismo chancroso. Drou, Diday y Rollet, fundándose en las inoculaciones y en las confrontaciones, apoyados por otra parte en la corriente nueva de las ideas, á las cuales se habia afiliado Ricord, su maestro en la escuela del Mediodía, constituyeron un dualismo puro y admirablemente razonado.

La escuela de Lyon ha aceptado y enriquecido con algunos signos diagnósticos el cuadro comparativo destinado á hacer comprender la diferencia entre los dos chancros:

CHANCRO INFECTANTE.

CHANCRO BLANDO

Úlcera dura.
Incubacion de dos á tres setenarios.
Prolongamiento de inflamacion adhesiva (H. Lee).
Irre inoculable en el individuo que le padece.
Adenopatía indolente constante en individuos indemnes.
Produciendo siempre en un plazo fijo una serie de sintomas característicos (Clerc).
Susceptible de la influencia curativa de algunos remedios generales específicos.
Afectando una sola vez á un individuo de la misma manera.

Úlcera blanda.
Nada de incubacion.
Prolongamiento de inflamacion supurativa (H. Lee).
Reinoculable indefinidamente en el individuo que le padece.
Adenopatía no constante pero supurante al principio de la úlcera, que es el punto de partida.
Limitando siempre su accion á un efecto local.
Completamente insensible al poder de los específicos.
Reproduciéndose con la misma intensidad en un individuo tantas veces cuantas se inocula.

Muchos dualistas añadieron otros caracteres diferenciales; A. Martin y Belhomme, por ejemplo, consignaron las diferencias siguientes, segun Rollet:

CHANCRO FRECUENTEMENTE SOLITARIO.

CHANCROS FRECUENTEMENTE MÚLTIPLES.

Principia por una erosion especial en el hombre.

Principia por una véxico-pústula inoculable á algunos animales.

Todas estas fórmulas fueron apoyadas por la escuela de Lyon, por Ricord y sus discípulos, por Fournier y por Naclaud des Islets en 1858. (1)

(1) Naclaud des Islets, *De la inoculacion del chancro blanco en la region ce-fálica.*

Aunque la escuela de San Luis en París profesaba el unicismo, aunque Melchior Robert publicó un caso evidente, en que un hombre adquirió chancros blandos de una mujer atacada de sífilis secundaria, (1) aunque H. Lee destruyó la reinoculabilidad del chancro indurado, (2) todavía resistían el dualismo nuevo de la escuela del Mediodía y el de la escuela de Lyon.

Cusco (3) y A. Guerin en París (4) eran dualistas: Follin (5) se inclinaba al unicismo. Durante este tiempo, mientras que en todas partes de Europa, en vez de discutir sobre las teorías de la sífilis y sobre las especies de chancros, estudian los médicos la anatomía patológica y la clínica de la sífilis, las escuelas inglesas y alemanas y los alumnos de la escuela de París estudian este lado de la cuestión.

Surgían, sin embargo, contradicciones en oposición á las proposiciones establecidas para la inoculación y las confrontaciones: con los casos ya conocidos se citaban numerosas observaciones de chancros blandos seguidos de sífilis. Tanta era la fuerza de aquellos argumentos, que la escuela de Lyon, Rollet, Laroynne, Basset y Nodet aceptaron aquellas ideas. Crearon el *chancro mixto*, que fué inmediatamente atacado por Melchior Robert.

Hé aquí la teoría: *un enfermo puede haber adquirido un chancro indurado de un individuo sífilítico y un chancro blando de otro, y puede á su vez trasmitir alternativamente un chancro blando y un chancro indurado: el chancro mixto puede también trasmitirse en su especie; un sífilítico que tenga un chancro blando puede trasmitir un chancro blando y un chancro indurado, es decir, un chancro mixto.*

Esta especie de chancro, destinada á reconciliar el unicismo con el dualismo, fué aceptada por los sífilígrafos de Europa

(1) Melchior Robert, *Casos y consideraciones en apoyo de la unidad del virus chancroso*, Marsella, 1859.

(2) H. Lee, *Lectures on syphilitic inoculation*, 1862.

(3) Cusco, *Lecciones sobre la sífilis*, 1862.

(4) A. Guerin, *Enfermedades de los órganos genitales de la mujer*, París, 1864.

(5) Follin, *Patología externa*, t. I.

H. Lee, Sigmund y Baerensprung. Rollet, de Lyon, fué el verdadero creador de esta novedad. El punto de partida de este descubrimiento fué un caso de reinoculación en un individuo que tenía un chanero reconocido sífilítico é indurado, y esto fué un rayo de luz para Rollet.

Todos los casos antiguos de reinoculaciones observados por unicistas ó dualistas, tales como Ricord, A Fournier, Melchior Robert, Cullerier, Drou, Diday, Langlebert y H. Lee, se explicaban perfectamente: se habia inoculado el chanero mixto pero faltaba el carácter clínico en la úlcera, que unas veces era dura y otras no. Aunque en las observaciones de Nodet se habla de una induración, se ve bien que figura allí por necesidad.

Después de esta creación, la escuela sífilográfica francesa no discute mucho ni el unicismo ni el dualismo, ni se adelanta gran cosa sobre el chanero. Hay, sin embargo, una Memoria de Langlebert en que se dice que los accidentes secundarios producen la erosión chancrosa, en tanto que los accidentes primitivos producen el chanero indurado. (1) A. Fournier, en 1865, publicó también un trabajo sobre la incubación prolongada de algunos chancros infectantes. (2)

Davasse escribe de nuevo en favor del unicismo, citando casos de chancros blandos seguidos de sífilis.

Después de veinte años de controversias sobre el chanero y los chancros, salieron, por último, los médicos del estrecho cuadro de las discusiones sobre el unicismo y el dualismo. Diday emprendió un nuevo estudio. Habiendo hecho abstracción de toda idea preconcebida referente á la evolución de la sífilis, dejó seguir su curso á la enfermedad sin someterla al tratamiento mercurial. Aunque Fergusson, Rose y Guthrie, en Inglaterra, hubiesen dicho á principios de este siglo que el venéreo se curaba sin mercurio, Diday expuso un orden de ideas preferible. La diferencia entre los chancros seguidos de accidentes constitucionales rápidos y los chancros blandos le permitió precisar

(1) Langlebert, *Contagio de los accidentes secundarios*, Paris, 1861, y *Tratado de las enfermedades venéreas*.

(2) A. Fournier, *De la incubación del chanero*, Paris, 1865.

mejor los efectos de la expectacion sobre la sífilis; entónces se pudo ver que esta enfermedad procedia por etapas de una intensidad decrecienté en casos á que da el nombre de *sífilis débiles*. Este solo descubrimiento es una de las principales glorias de Diday. Además de las sífilis débiles, Diday reconoce tambien sífilis fuertes, para las cuales emplea el mercurio. De esta diferencia resultó la verdad de la proposicion de Diday, que la evolucion y la intensidad de la sífilis son variables. Todas las anti-guas divisiones de los accidentes de la sífilis en accidentes sucesivos en su órden determinado y, por decirlo así, fatal, fueron destruidas. La primera leccion de Diday es un estudio clínico basado en la observacion desinteresada de los hechos y contiene una teoría plausible de la curacion espontánea del venéreo y de la variabilidad de los venéreos, debida á la época variable en que estaba la sífilis del individuo que trasmitió su mal. (1)

Sin embargo, todavia no puede Diday hacer abstraccion de las teorías dualistas. Pero al separar de la sífilis el chancro blando, el chancro local y el chancroide de sus predecesores, se ve obligado á reconocer que la induracion del chancro falta en muchos casos de chancros infectantes, y admite una especie de chancro sífilítico á la que da el nombre de erosion chancriforme. Aquí reproduce una de las ideas de Carmichael sobre las erosiones, *Pathy escoriation*, y principalmente de Bassereau que habia precisado bien el carácter erosivo de algunos accidentes del principio de la sífilis. Tambien Diday, consecuente consigo mismo, ha deducido de esta diferencia una interpretacion, de las diferencias de vigor del venéreo. La sífilis fuerte procedería del chancro indurado y la débil de la erosion chancriforme, produciendo, por el contrario, el chancro indurado al chancro indurado y las manchas mucosas la erosion chancriforme. Se deduce un razonamiento tan hábil y prudente, pero faltan las pruebas clínicas. Añadiremos que Langlebert dijo que el contagio de los accidentes secundarios produce un chancro poco grave

(1) Diday, *Historia natural de la sífilis*, Paris, 1863.

seguido de accidentes generales débiles. Este caso ya habia sido anunciado por Chabaliér. (1)

Exceptuando esta concesion sobre el chanero á las teorías de aquel tiempo, Diday se coloca por sus estudios acerca de la marcha del venéreo fuera de todas las escuelas conocidas. Demuestra, por ejemplo, que la gravedad del venéreo es mayor cuanto más avanzada es la edad y que el temperamento influye poderosamente en más ó en ménos sobre la fuerza del venéreo, pero donde hay una verdadera aplicacion clínica de los casos es en la division de los accidentes. Diday divide el venéreo en *lesiones primitivas* despues de la incubacion inicial; luégo, en segunda incubacion seguida de prodromos y de una primera etapa de síntomas generales con adenopatía; luego recaidas y etapas sucesivas. Diday ha observado bien que en la sífilis débil el primer empuje es más rápido que en las fuertes. Aunque el razonamiento de Diday sólo está basado en veintiseis casos, las conclusiones son muy legítimas y la ciencia puede reportar de él grandes beneficios.

Mientras que Diday exponía en París esta nueva teoría de la sífilis, sin deducir de élla la conclusion que parecia lógica, Bazin, en 1856, reformaba en París la enseñanza de las enfermedades de la piel, tocando de mano maestra la historia de la sífilis.

Despues de haber separado Bazin las enfermedades parasitarias de las enfermedades cutáneas, ha hecho una division de éstas, sin detenerse exclusivamente ni en la clasificacion de Willan ni en la de Alibert: ha tomado algo de uno y otro. Del primero la clicotomizacion anatómica y del otro la clasificacion nosológica: en otros términos, es *willanista* para la descripcion de la lesion y *alibertista* para su clasificacion. Gran progreso que ha hecho descubrir á este ilustre dermatólogo vastos horizontes que han sido dominados por él.

En su magnífica clasificacion ha colocado Bazin una seccion de las afecciones cutáneas sintomáticas de lesiones constitucio-

(1) Chabaliér, París, 1860.

nales que divide en *herpétides*, *artrítides*, *escrofulides* y *sifilides*, (1) y cada una de estas enfermedades de la piel ofrece variedades semejantes, idénticas ó análogas, cuya concordancia hace resaltar. De este modo, algunas lesiones anatómicas solamente pueden considerarse como características de las herpes, de la escrófula, de la artritis ó de la sífilis. Aunque Bazin no lo haya dicho, esto es lo que resulta de la lectura del cuadro de que hoy nos ocupamos.

Antes de la exposicion, Bazin, que es unicista, establece cuatro formas sifilíticas:

1. Sífilis que empieza por un chancre indurado.

2. Sífilis que empieza por la mancha mucosa.

(A esta opinion se han adherido muchos de los cirujanos posteriores del hospital Lourcine.)

3. Sífilis que empieza por chancre indurado ó marcha inicial, caracterizada por *sifilides polimorfos*.

4. Sífilis que empieza por un chancre fagedénico ó un chancre blando, ó sífilis malignas precoces.

El primer grupo es el único que presenta como accidentes generales sifilíticos las erupciones generalizadas y luego circunscritas, unas veces con úlceras y otras sin ellas.

Aquí debemos hacer una observacion. Durante un siglo, y con pequeñas excepciones, la escuela de San Luis es unicista. Al tratar del principio de la sífilis por las manchas mucosas, se encuentra con los cirujanos del hospital Lourcine, y difiere en casi todos los puntos de la escuela del Mediodía. Hay una razon para ello, que es al mismo tiempo una censura de las especializaciones en Medicina. En el hospital del Mediodía sólo se ve el principio de la sífilis en individuos que dejan el establecimiento en cuanto están curados. En el de San Luis, por el contrario, sólo se ven los accidentes tardíos de la sífilis, viéndose en él con frecuencia y por grandes temporadas hombres, mujeres y niños; con mucha frecuencia los enfermos no han

(1) Bazin, *Lecciones sobre la escrófula*, Paris, 1858, y *Lecciones sobre la sífilis*, Paris, 1859.

sufrido otro accidente general de las sífilis á los veinte años que separan un chancro blando ó un bubon de la aparición de una sífilides por la cual entran en el hospital de San Luis. Estos casos faltan en los hospitales, donde solamente se ve á hombres y mujeres en el principio de la sífilis.

Con mucho acierto divide Bazin las sífilides en *sífilides generalizadas* y *sífilides circunscritas*, con dos formas: la forma ulcerosa y la forma resolutive. Describe la marcha bastante regular en la generalidad de los casos. Describe aparte las manchas mucosas y hace observar que éstas existen en forma de erupción en la piel y aún en los piés y en las manos, donde se las suele describir impropiaemente como psoriasis palmarias. No es este el ménos importante de los descubrimientos de Bazin, porque la descripción que este autor nos ha hecho de la mancha mucosa es la mejor que se conoce.

Bazin demuestra que hay sífilides malignas precoces que marchan con el chancro fagedénico, y declara que el chancro blando y el chancro indurado proceden de un mismo virus, porque ha visto chancros blandos seguidos de venéreo, no solamente en los casos en que los accidentes han aparecido rápidamente y que Rollet y Laroyenne han explicado con ayuda de la teoría del chancro mixto, sino en casos en que quince ó veinte años despues de los chancros blandos han aparecido sífilides circunscritas. Estos casos no son raros en el hospital de San Luis, y son muy significativos.

Bazin admite la division de los accidentes en primitivos, secundarios, terciarios y cuaternarios ó períodos de la sífilis visceral. No ha avanzado en este punto tanto como sus contemporáneos, que rechazan esta clasificación, aún cuando la admiten por la necesidad de las descripciones en los libros. Rechaza la teoría del emponzoñamiento de la sangre por un virus para explicar la sífilis. Admite que esta enfermedad es una diátesis, es decir, una enfermedad constitucional, constituida por una predisposición interna, puesta en actividad por una causa específica, el virus ó vicio sífilítico. Esta es la opinion admitida por Helot y Jourdan, aceptando la de Richoud des Brus, y no es otra cosa que la tesis de la escuela fisiológica francesa. (1826)

Bazin no admite la escrófula sífilides, ni la mezcla de las

dos diátesis ó de los dos principios sífilítico y escrofuloso, á título, por lo ménos, de enfermedad hereditaria.

Para la parte nosográfica tomaremos mucho del libro de Bazin sobre las sífilides. Haremos observar de paso que Bazin es el primero que describe las sífilides exostósicas, es decir, las sífilides de la piel, cuya lesion es un verdadero y pequeño tumor duro, constituyendo con mucha frecuencia una mancha circunscrita de la sífilides tuberculosa.

Muchas observaciones aisladas son obra de nuestros contemporáneos. Graeff y sus discípulos no creen que la iritis de los sífilíticos tenga un carácter especial. Aunque Virchow admite una iritis exostósica, fuera de los abscesos del iris, no han podido todavía precisar los anatomo-patologistas los caracteres propios de la iritis. Cullerier, (1) en 1854, habla de una enteritis foliculosa terciaria, y Follin cita un caso de chancero indurado en un individuo, tres años despues de haber tenido otro; de aquí procede la teoría de Diday sobre las reinfecciones sífilíticas. (2) Dixon, en 1858, (3) señala los neuromas sífilíticos. Baerensprung coloca la iritis entre los accidentes secundarios ó hiperémicos de la sífilis.

P. Ivasen, en 1859, (4) recordando casos anteriores de sífilis cerebral, puso la cuestion á la órden del día. Se observaron exóstosis en el cerebro: Los accidentes cerebrales de la sífilis se habian ya tratado ántes. Van Swieten es el que nos da mejor á conocer las ideas de tiempos anteriores. (5)

En 1860 abrió su concurso la Academia de Medicina para tratar la cuestion de la sífilis del sistema nervioso.

(1) Cullerier, *Enteritis sífilítica*, Un. med., 1854.

(2) Follin, *Gaz. heb.*, 1854. Diday, *Arch. de Med.*, Julio y Agosto, 1862, é *Historia natural de la sífilis*.

(3) Dixon, *Med. Times and Gaz.*, Octubre, 1858.

(4) Ivasen, *Lesiones metamorfoxis de la sífilis*, 1854. *Lesiones cerebrales de la sífilis*, *Gaz. med. de Lyon*, 1858.

(5) Van Swieten, *Comentaria in H. Boerhavi aph.*, 1773, t. V. Van Swieten dice: *Sæpe observantur cerebri lesionis ex lue venerea inveterata á levissime vertigine usque ad letualem apoplexiam.*

En una época en que todas las enfermedades se comprendian én la sífilis, esta deducción es forzada. Muchos autores han reproducido á Van Swieten.

Gros y Lancereaux (1) estudian á fondo la cuestion, reunen con órden y discernimiento todos los hechos conocidos y establecen que existen meningopatías sifilíticas y exóstosis de la dura madre, encefalopatías sifilíticas, lesiones de la médula y lesiones de los nervios. Antes de estos autores, C. Lagneau (2) habia reunido un buen número de casos de sífilis cerebrales, y los boletines de la Sociedad anatómica de Paris produjeron una abundante cosecha á los autores. Pero la cuestion no ha adelantado mucho; fuera de los exóstosis ó tubérculos del cerebro y de los exóstosis de los huesos del cráneo, hay pocas sífilis viscerales del sistema nervioso bien demostradas.

De 1859 á 1863, publicó H. Lee algunas lecciones sobre la inoculación sifilítica, y entre las cosas enteramente nuevas que dice, hay un caso, de varias inoculaciones hechas á un individuo con muchos dias de intervalo, que produjeron una serie regular de vacuna. Despues habla de un caso de reinoculación en un individuo de un chancro indurado, despues de haber irritado el chancro que se queria inocular. Aquí está Lee de acuerdo con Melchor Robert, que dice haber inoculado á un sifilítico un chancro indurado. H. Lee, que es unicista, añade: «Dos formas en la enfermedad sifilítica son auto-inoculables; la forma supurante, durante su duracion, y la forma adhesiva, en los primeros dias de su existencia». (3)

Además de estos trabajos podemos citar otros muy recientes: estudios sobre las sífilis viscerales, lesiones de la laringe y del pulmon. Bouisson (4) habla de exóstosis de los músculos de la laringe. Los boletines de la Sociedad anatómica hacen mencion de laringitis sifilíticas bien demostradas en el cadáver. G. Lewing y Jenistius, en Alemania, hicieron referencias semejantes. (5) Pero la novedad se encuentra en una Memoria de Dauce, que demostró la existencia de las lesiones sifilíticas

(1) Gros y Lancereaux, *De las afecciones nerviosas sifilíticas*, Paris, 1861.

(2) C. Lagneau, *Enfermedades sifilíticas del sistema nervioso*, Paris, 1860.

(3) H. Lee, *Lecciones sobre la inoculación sifilítica*.

(4) *Gaceta Médica*, 1846.

(5) Barth, *Bol. de la soc. anat.*, 1849. E. Labbé, *id. id.*, 1857. Lewin. Virchow, *Arch. B.* XXIII. Jenistius, *Dis Crieswald*, 1862.

de la laringe durante el período secundario de la sífilis; todos los autores precedentes creían que las laringítis eran accidentes terciarios. (1)

Después de esto vienen diferentes Memorias sobre los accidentes atribuidos á la sífilis: luégo una discusión suscitada por Dolbeau en la Sociedad de Cirugía á propósito de la eficacia del bicromato de potasa, y luégo la teoría, que hemos sostenido apoyándonos en Diday, de la posibilidad de la eliminación espontánea de la enfermedad sífilítica y principalmente la asimilación de la sífilis á la viruela y á la infección purulenta, asimilación que desarrollaremos en este libro. (2)

Debemos añadir las ideas desarrolladas por A. Guerin (3) sobre la aparición, al principio, de manchas mucosas y sobre la falta invariable de orden en la sucesión de los accidentes de la sífilis; la Memoria de A. Fournier (4) sobre el pseudo-chancro indurado de los sífilíticos, es decir, de las induraciones de las úlceras de los sífilíticos, pero no al principio de la sífilis: una discusión académica sobre la sífilis vacuna de Morbihan y un estudio sobre la evolución de la sífilis, en el que, aceptando una de las proposiciones de Cusco y de Diday, hemos demostrado que la sífilis no tenía al principio un accidente inicial obligado. (5)

Todos los experimentos antiguos se han vuelto á recomendar en nuestros días.

En América han vuelto á adoptar la teoría parasitaria de la sífilis: Salisbury cree que el parásito es una seta. Massanger Bradley, (6) en Inglaterra, ha repetido en animales la inoculación del pus sífilítico, habiendo obtenido accidentes constitu-

(1) Dance, *Erupciones de la laringe que sobrevienen en el segundo período de la sífilis*, Paris, 1864.

(2) Després, *Bol. de la Sec. de Cir.*, 1867, 1868, 1869 y 1870.

(3) A. Guerin, *Lecciones sobre las enfermedades de los órganos genitales de la mujer*, 1864.

(4) Fournier, *Del pseudo-chancro indurado de los sífilíticos*, *Arch. de Med.*, Junio, 1868, *Bol. de la Acad. de Med.*, 1866.

(5) Després, *Del principio de la infección sífilítica*, *Arch. de Med.*, Enero, 1869.

(6) Bradley, *Britisch medical Journal*, 1871.

cionales en unos gatos y chancros blandos reinoculables en un lechoncillo: estos casos, como los citados por Auzias Turenna, son en corto número.

No hemos citado, ciertamente, todas las obras en que brilla algo nuevo. En la revista retrospectiva que hemos pasado á la bibliografía sífilítica, que contiene tan gran número de libros, Memorias y folletos, era preciso escoger y aceptar una línea de conducta. La historia no tiene la obligación de citar á todos los historiadores, porque hay hombres de mejor criterio que otros, que citan las buenas fuentes contemporáneas, y éstos son únicamente los que tienen verdadero valor. Hemos tratado de dar á cada uno la parte que le corresponde. Nuestra mision se ha facilitado con la lectura de excelentes historiadores de la sífilis y de sus críticos. Algunos errores que rectificar, poner en luz las ideas primitivas que han producido las teorías sucesivas á las cuales se han afiliado los médicos, desvanecer preocupaciones y mostrar verdades oscurecidas intencionalmente por rivales ó por hombres sistemáticos, tal ha sido nuestro objeto. Al hacer este trabajo esperamos haber facilitado el estudio de la sífilis. Las especializaciones de los sifliógrafos, sus discusiones sobre palabras, las inútiles querellas y las controversias, interesadas con frecuencia, han hecho casi incomprensibles las sutiles diferencias entre los chancros para aquellos que no hayan leído lo que hemos procurado resumir. Se han escrito, efectivamente, grandes volúmenes sobre pequeños asuntos, y se han empleado muchas frases para una misma cosa, segun las necesidades de cada causa. Valiéndonos de una frase de Bacon, diremos que esta reseña histórica tendrá para el lector la ventaja real de la cual nos hemos aprovechado nosotros mismos al escribirla. Porque es muy cierto que el conocimiento de los errores en que ha incurrido el espíritu humano impide la comision de faltas semejantes.

PARTE SEGUNDA.

NOSOGRAFÍA.

TEORÍA DE LAS INFECCIONES.

Los venenos de origen animal producen en la economía dos clases de infecciones: unas proceden del exterior, y se producen por inoculación ó contagio mediato: las otras se desarrollan espontáneamente y por contagio en casos excepcionales. En el primer grupo de enfermedades hay un veneno animal que experimentalmente se ha inoculado en individuos sanos, aunque no pueda precisarse su naturaleza y su esencia, ya por el examen químico, ya por el examen microscópico. En el segundo grupo de enfermedades, la inoculación no ha producido nada

cierto y su manera de trasmitirse, si existe, escapa todavía á nuestros medios de investigacion. Pero entre los dos grupos hay una enfermedad intermediaria, la infeccion purulenta: unas veces es inoculada, como el muermo, y otras es espontánea, es decir, que el mismo individuo produce el veneno que le mata.

Todas estas infecciones tienen un lado comun: la sangre se altera, los glóbulos se destruyen y el exámen microscópico demuestra que, en el momento que la enfermedad ha llegado á su período álgido, la sangre ofrece dos caracteres, que los glóbulos han disminuido en número, que son más pequeños y que hay un número mayor de lo que se llama nudos libres en la sangre de un individuo infectado que en la del sano. Chaveau dice que en la sangre emponzoñada hay bacterias asociadas. Segun Davaine y Robin, deben ser algas del género leptotrix.

En la época más avanzada de su evolucion, la mayor parte de estas afecciones ofrecen un carácter comun, la metástasis en un plazo más ó ménos largo, es decir, lesiones subcutáneas y viscerales determinadas por infartos. La infeccion purulenta ha sido demostrada por Virchow, Feltz y Coze, y las inoculaciones de tubérculos ó materias purulentas por Gaspard, Cruveilhier, Robin y Vellemin.

Con referencia á la metástasis, la clínica ofrece pruebas que no son ménos brillantes. Los abscesos metastáticos y los procedentes de lamparones son comunes al muermo, á la infeccion purulenta, á la peste y á determinadas viruelas. Si en otras enfermedades los fenómenos son ménos evidentes ó ménos semejantes á los primeros, no son por eso ménos reales, tales como la tuberculósia que sigue alguna vez al sarampion y la enfermedad de Bright á la escarlatina en determinadas condiciones. Sin tratar de adelantar hechos que no están bien demostrados, no podemos ménos de hallar una referencia entre las auto-infecciones y la enfermedad que empieza con el perifigo foliáceo y termina con la tuberculósia, y una variedad de adenia que empieza con erisipelas, erupciones benignas ó infartos ganglionares y termina con la tuberculósia de los ganglios.

Estamos persuadidos de que ha de llegar un día en que, mejor estudiadas estas enfermedades, entren en el grupo de las infec-

ciones causadas por un veneno animal engendrado por el mismo enfermo.

El veneno animal obra sobre los glóbulos y los destruye ó los altera, resultando en todas las infecciones una anemia más ó ménos pasajera, que acompaña, precede ó sigue á la manifestación más comun de las infecciones, las erupciones, que proceden del mismo mecanismo que las metástasis.

Todas las enfermedades infecciosas causadas por un veneno animal ofrecen efectivamente, en un momento dado, una *erupcion*: las pústulas morbosas y variolosas, las petequias y los abscesos dérmicos del carbunco, ni aún la rabia, tan poco conocida todavía, no dejan de ofrecer las erupciones en las mucosas, si hemos de creer lo que se ha dicho de las pústulas de debajo de la lengua. Las erupciones vexiculosas de algunas infecciones purulentas, las pápulas de la sífilis, las máculas y las erupciones miliares de la escarlatina, los acnes y los forúnculos abortados, que son como los exóstosis en los individuos atacados de forúnculos múltiples, las manchas rosadas lenticulares de la fiebre tifoidea y del tífus, las erupciones del sudor y las manchas y los tubérculos de la lepra son fenómenos constantes. Si algun hecho hay demostrado claramente y por la experiencia de muchos siglos es, ciertamente, el carácter eruptivo de las enfermedades infecciosas.

Las metástasis han sido clínicamente demostradas con los experimentos de Cruveilhier; despues de haber inyectado el mercurio en las venas, ha provocado nudos apopléticos del pulmon en torno de una gota de mercurio; con los de Claudio Bernard, que ha encontrado el mercurio en la tibia y en el hígado de un animal á que le habia suministrado. La teoría de la producción de los abscesos metastásicos por los infartos está todavía demostrada por el conocimiento de los hechos que acompañan la presencia de cuerpos extraños en los tejidos; unas veces se forma inmediatamente el absceso externo de este cuerpo, y otras veces suele tardar muchos años. De estos hechos se puede deducir que las lesiones viscerales de todas las enfermedades infecciosas, cuyos caracteres principales son comunes en cuanto hacen referencia á lesiones cutáneas, obedecen á una ley comun, el trasporte de materiales nocivos hácia la piel, y por consecuen-

cia á las vísceras ó á los diferentes tejidos, tales como los músculos, las articulaciones y el dérmis.

Se puede establecer, pues, el principio que anatómicamente las infecciones destruyen los glóbulos de la sangre, determinan infartos compuestos de glóbulos alterados y metástasis; que estas enfermedades, despues de un accidente inicial, se revelan por erupciones constantes y metástasis excepcionales; que la erupcion y la metástasis son comunes solamente á infecciones especiales, tales como el muermo, la peste y la infeccion purulenta, siendo fatales cuando la enfermedad ha durado algun tiempo y porque el impulso eruptivo es insuficiente para la eliminacion del mal.

Hé aqui, por último, un cuadro que recuerda inmediatamente los puntos de comparación:

	INOCULACION.	ERUPCION.	METÁSTASIS.
INFECCION PU- RULENTA.	Ningun accidente local al principio ó inflamacion variable. Inoculacion directa.	Véxico - pústulas discretas, trasformándose en pápulas algunas veces.	Abscesos metastásicos, infartos y tuberculosis algunas veces. Abscesos múltiples consecutivos.
INFECCION VA- RIOLOSA.	En la circulacion experimental, boton de viruela ó nada.	Pústulas.	Abscesos sub-periósticos, necrosis y úlceras tardías en las piernas en la ancianidad.
INFECCION MOR- BILLOSA; SA- RAMPION.		Roseola y manchas irregulares y algunas veces pápulas.	Gangrenas, abscesos sub-cutáneos, tuberculosis y abscesos sub-periósticos.
INFECCION MOR- BOSA.	En el punto inoculado úlcera, linfagitis ó nada.	Tubérculos cutáneos y úlceras de las mucosas.	Grandes abscesos múltiples en el tejido celular, bajo el periostio, en las articulaciones y en las vísceras.
INFECCION GAR- BUNCLOSA.	Linfagitis, pústula maligna ó nada.	Véxico - pústulas y petequias.	Abscesos multiples del tejido celular y nudos apopléteos en los pulmones, el hígado y los riñones
INFECCION RÁ- BICA.		Pústulas debajo de la lengua.	
INFECCION SIFI- LÍTICA.	Llaga sin accidentes, úlcera ó inflamacion.	Manchas mucosas y papulares.	Tubérculos y exóstosis del tejido celular, abscesos sub-periósticos ó inflamacion intersticial rara.
PIERRE TIFOI- DEA Y TIFUS.	Gastro - enteritis en su origen.	Erupcion y manchas rosáceas lenticulares.	Tubérculos mesentéricos, pneumonia lobular, meningopatías y tubérculos de los ganglios.
ESCARLATINA.		Roseola miliar ó en placas.	Infartos de los riñones y nefritis albuminosa.
INFECCION.	Irritacion del tegumento ó embarazo gástrico.	Forúnculos múltiples ó antrax único.	Abscesos sub-cutáneos y racha de forúnculos : nudos apopléteos de los pulmones.
INFECCION URI- NOSA.	Llaga de los órganos urinarios ó úlceras.	Roseola ó erupcion papulo-ve-xiculosa discreta	Abscesos sub-cutáneos, abscesos renales ó encefalopatía urémica.

Los venenos vegetales é inorgánicos, tales como algunas aguas y los gases, ofrecen alguna analogía con los agentes infecciosos, obrando algunas veces sobre los glóbulos, que destruyen ó alteran tan rápidamente que en una vuelta de la circulación de la sangre todos los órganos han sufrido el efecto del veneno. Lo mismo que sucede con la estrignina, con la belladona y con el ácido prúsico. Pero en otros casos obran como las infecciones en lo que se refiere por lo ménos á la erupcion: puede citarse la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado. Por último, en otros casos obran produciendo lesiones profundas á largo plazo, tales como la ademia en la infeccion palúdica.

Los envenenamientos por los gases tienen alguna analogía con determinadas infecciones pútridas sin erupcion, que, á nuestro juicio, no deben figurar en las infecciones, y para las cuales se debe reservar la palabra septicemia. Efectivamente, no se ha producido ningun veneno anormal especial. Hay individuos que sucumben en pocas horas despues de traumatismos violentos, ó que en el momento en que se producen gangrenas extensas son envenenados por el gas hidrógeno carbonado y amoniaco que absorben por sus llagas, como si los absorbiesen por las vías respiratorias, y mueren asfixiados. En estos casos hay envenenamiento y no infeccion.

<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>
<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>
<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>
<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>	<p>Las erupciones de la roseola copahica, la urticaria que sigue á la ingestion de algunos pescados ó crustáceos que han vivido en terrenos especiales ó en aguas especiales, y la erupcion pelagrosa en los individuos alimentados con maíz alterado.</p>

NATURALEZA DE LA SÍFILIS.

Comparacion con otras infecciones.—Diferencias y analogías.—Naturaleza de la sífilis.

Reducida á su más simple expresion, la sífilis es una infeccion de la sangre producida por la introduccion en la economía de un enfermo infectado del pus ó de la sangre de un sifilítico. La sangre del individuo contaminado por este veneno animal ó virus contiene los elementos sifilíticos y se va alterando poco á poco por el contacto de los restos del pus sifilítico con los glóbulos de la sangre; éstos enferman, y de aquí lo que se ha llamado multiplicacion del virus. Luégo que hay exceso de glóbulos enfermos aparecen sobre el cuerpo una ó varias erupciones. Cada una de estas erupciones es una manera de eliminar el veneno, ó por mejor decir, de la sangre enferma: algunas veces se determinan congestiones parciales de las vísceras, pudiendo citar entre éstas las congestiones del iris y del coroides y las del hígado.

Ordinariamente se presentan las erupciones en forma de manchas mucosas ó de pápulas. Aunque raramente, hay casos en que despues de cinco y hasta veinte años aparecen tubérculos sifilíticos ó exóstosis en las vísceras vasculares ó en el espesor de la piel, y en oposicion á los primeros accidentes eruptivos de la sífilis, se alejan de los órganos genitales y son siempre circunscritos. Estos accidentes tardíos son mucho más comunes en los individuos que no han padecido los accidentes eruptivos. En la acepcion más extensa de la palabra, no son otra cosa que depósitos metastáticos. No son resultado, como opina Virchow,

de los accidentes hiperémicos secundarios transformados en focos de infección, sino de los focos existentes desde el principio de la sífilis ó desde el momento en que la sangre enferma quedó encerrada en las redes capilares, del mismo modo que un cuerpo extraño, indolente durante muchos años, llega un día en que causa dolores, en que se forma un absceso y aquel cuerpo extraño es eliminado después de haber determinado los accidentes que exige su extracción.

De este modo la sífilis es una infección susceptible de ser eliminada por erupciones discretas ó confluentes, como la viruela, pero más excepcionalmente que la viruela todavía produce depósitos metastáticos. La sífilis en su evolución lenta presenta dos períodos distintos y sobre los cuales Baerensprung, de Berlín, ha sido el primero en llamar la atención de un modo claro y preciso con los nombres de *período hiperémico* y *período de producción tuberculosa*. Categorizando de este modo este autor las manifestaciones de la sífilis, es el que ha interpretado mejor las ideas de la escuela de San Luis y aun las de la del Mediodía. Los accidentes primitivos, secundarios y terciarios no significan nada, puesto que no corresponden ni á la marcha de la sífilis regular ni á épocas fijas.

Aun cuando Baerensprung, del cual ha tomado Lancereaux la división, transformándola con los nombres de *período eruptivo* y *período de la producción de los exóstosis*, haya hecho una buena división de los accidentes de la sífilis, excelente en el sentido de no prejuzgar la época de la aparición de las hiperemias y de las producciones tuberculosas, era preciso añadir algo á aquella idea. Tal como nosotros la vemos, la sífilis se presenta bajo dos formas: una forma de eliminación normal y otra accidental de metastasis, de modo que la sífilis, en un momento dado, se parece á una fiebre eruptiva que cura ó á una fiebre eruptiva que se termina por la infección purulenta con abscesos metastáticos. Como la viruela, el muermo y la infección purulenta, la sífilis es una infección que, fuera de la rapidez de los accidentes de la viruela en la infección purulenta ó el muermo, ofrece las mismas fases y en el mismo orden, pero con intervalos variables según los climas, los individuos y las edades.

No es difícil hacer resaltar las analogías más ó menos nume-

rosas que existen entre el muermo, la infección purulenta, la viruela, el sarampion y la sífilis. En grado diferente, existen los mismos fenómenos, y por ser variables no son menos reales los accidentes que las inician. Hay fiebre y escalofrios, ó, por lo ménos, lo que los antiguos llamaban fiebre lenta; luego aparece una erupcion grave, débil ó fuerte, sobre la piel ó las mucosas, y esto se verifica indistintamente en todos los individuos: despues, y en un plazo más ó ménos largo, se verifica la metástasis. En la viruela, la pneumonía central, los abscesos subperiósticos y los abscesos articulares se presentan algunas veces al mismo tiempo que la erupcion: podria ser discutida la metástasis, pero es necesario considerar que en la generalidad de los casos, durante el período de desecacion de las pústulas, es cuando se observan los abscesos repentinos, es decir, metastáticos de la viruela. En la infeccion purulenta, la erupcion está poco marcada, siendo muy comunes los abscesos metastáticos; el muermo, por el contrario, ofrece todos los caracteres de la sífilis, solamente que la sucesion de las fases de la enfermedad se verifica con mucha rapidez. El sarampion ofrece tambien con la sífilis analogías muy notables. La erupcion, ordinariamente normal, presenta variaciones algunas veces, terminando con gangrenas en plazo más ó ménos largo ó con tuberculósisis, en casos raros.

Despues de estas comparaciones puede decirse que la sífilis es inmediatamente la ménos grave de todas las intoxicaciones por los venenos animales ó virus. En esta enfermedad marcha el mal con excesiva lentitud y el médico puede detallar, mes por mes, los fenómenos que en otras infecciones apenas duran una semana y muchos ni un día.

Un hecho es comun á la sífilis y á dos de estas infecciones, y es que la salud vuelve despues del período eruptivo y que en muchos casos, por lo ménos, la sífilis se limita á una erupcion, como la viruela y el sarampion. Así, pues, *la sífilis es una infeccion determinada por los productos de la sangre sífilítica y que se manifiesta por una ó muchas erupciones y raramente por depósitos metastáticos.* Como la viruela, la enfermedad tiende á ser eliminada en forma de erupcion, y sólo hay metástasis en condiciones excepcionales, es decir, accidentes tuberculosos, sífilíticos ó

exóstosis. Inútil nos parece decir que no todos los sífilíticos tienen exóstosis. Tampoco creemos deber refutar anticipadamente la teoría de la existencia de los exóstosis únicamente en los individuos que han sido tratados mal con el mercurio, porque en enfermos bien tratados se han observado muchas veces.

INOCULACION Y PRINCIPIO DE LA SÍFILIS.

Del modo como se introduce el virus sífilítico.—Inoculaciones experimentales.—Chaneros, erosiones y linfagitis.—Valor de las inoculaciones para el diagnóstico.—Relacion entre los accidentes del principio y la forma de la sífilis.

La sífilis puede ser contraída:

Por el coito ó por los besos.

Por el contacto de instrumentos de Cirugía sucios ó instrumentos de trabajo sobre la epidérmis levantada. (1)

Por la lactancia.

Por la inoculación directa durante la vacuna.

Por la inoculación experimental.

La sífilis no penetra en la economía sin una puerta de entrada. El veneno sífilítico, como todos los venenos animales, y el pus varioloso en particular, debe ser depositado sobre una llaga de la piel ó de las mucosas.

Durante muchos años se ha tratado de establecer cuál es el agente del contagio sífilítico, y al tratar de establecer leyes confrontando al sífilífero con el sífilizado, sólo se ha conseguido incurrir en contradicciones. Felizmente para la ciencia, se han hecho experimentos sobre el hombre, habiéndose verificado unos en médicos que se han prestado á ello en interes de la ciencia,

(1) Los obreros de las fábricas de cristales, que suelen trabajar con el mismo tubo, tambien se han comunicado la sífilis. Rollet menciona hechos claros y precisos, *Arch. de Méd.*, 1859.

y otros en enfermos que han consentido en ello. Todas las doctrinas establecidas sobre confrontaciones dudosas no valen nada si se las compara con aquellos experimentos que tienen un valor indiscutible. Las inoculaciones de la sífilis vacuna tienen también su importancia, pero los últimos casos publicados á propósito de la sífilis del Morbihan (1) se han estudiado tan poco bajo este punto de vista que es imposible concederlos el mismo valor que á los experimentos hechos sobre el hombre.

Existen veintiseis observaciones significativas de inoculación de sífilis en individuos sanos (el número de experimentos en que la inoculación ha fracasado no es conocido). Poseemos además la observación de Hunter, que se inoculó á sí mismo la sífilis. Hay también, por último, algunas relaciones de sífilis inoculada por la vacuna.

Las inoculaciones son experimentos que deben servir de criterio, y si los casos clínicos observados sucesivamente conducen á una interpretación semejante á la de los experimentos, entonces puede afirmarse cuál es la ley de la inoculación de la sífilis.

El pus sífilítico tomado para inocular individuos sanos es el pus de un chanero sífilítico indurado, el pus de las manchas mucosas ó el pus de las sífilides del período eruptivo de la sífilis. Nadie ha conseguido inocular la sífilis con el pus de una sífilides tuberculosa ó de un exóstosis, (2) pero se ha conseguido inocular la sífilis con la sangre de enfermos atacados de erupciones sífilíticas. Este experimento no era necesario, puesto que mujeres embarazadas que adquieren la sífilis durante el embarazo la transmiten al feto. Las propiedades contagiosas de la sangre son tan evidentes que los experimentos son inútiles.

Hé aquí estos experimentos. Todos los que los han citado han procurado interpretarlos según las teorías de su tiempo. Las mismas observaciones no se han librado de las sugerencias, de las palabras y de las ideas de la época. Estos casos deben

(1) Bol. de la Acad. de Med., 1866-1867.

(2) Esto se encuentra en las observaciones de Diday, que ha inoculado la sangre de individuos atacados de accidentes terciarios.

quedar reducidos á sus verdaderas proporciones, no se debe aceptar como positivo todo aquello que no está rigurosamente explicado:

INOCULACION DE LA SÍFILIS EN INDIVIDUOS SANOS.

1.^{er} experimento.

Observacion de Lindwurm (*Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen krankheiten*, Trad. por Lortet en Rollet, *Tratado de las enfermedades venéreas*, Paris, 1865, páginas 492 y siguientes).

Inoculacion á una escrofulosa de la sangre de una mujer atacada de un chancro antiguo. Inyeccion subcutánea de la sangre por dos incisiones. Una de las incisiones produjo á los ventiocho dias un tubérculo del tamaño de una peseta, de base indurada y cubierto de una costra: más tarde apareció una sífilides papulosa.

Hé aquí un ejemplo de chancro indurado.

2.^o experimento.

Observacion de Baerensprung (*Gaz. Heb.*, 1862, y Rollet, obra citada).

Inoculacion á una mujer sana del pus de un chancro indurado. Á los treinta dias de las incisiones, que se manifestaban desde el quinto dia, dos se trasforman en tubérculos ulcerados: á los cuarenta y dos dias, habiéndose reunido, ofrecieron un tumor elevado y muy duro cubierto de difteritis: á los sesenta dias aparecieron las manchas mucosas.

Posible es admitir aquí el chancro indurado, aunque la poca distancia que hay entre la aparicion del chancro y las manchas mucosas pueda oponerse á esta conclusion.

3.^{er} experimento.

Observacion Pellizari (Rollet, *Tratado de las enfermedades venéreas y Gaz. Heb.*, 1862).

Inoculacion de la sangre de un sifilítico atacado de manchas mucosas sobre el dérmis desnudo é incindido del brazo de un individuo sano. El día treinta y uno prurito, el treinta y seis pápula cubierta de escamas, el cuarenta y cuatro ulceracion, el cincuenta y uno úlcera profunda con bordes duros; á los setenta y siete días la úlcera comenzó á cicatrizarse y apareció la sifilides papulosa. No fué sometido á tratamiento alguno.

Hé aquí un tubérculo que se indura y se ulcera y que se indura sin tratamiento alguno: el enfermo se curaba con hilas secas. Este caso es un ejemplo de chanero ulcerado de bordes duros, empezando por un tubérculo.

4.^o experimento.

Observacion de Lindmann y de Vidal (*Anales de la sífilis y de las enfermedades de la piel*, t. IV).

Inoculacion en el brazo de un hombre sano del pus tomado en las amígdalas de un individuo atacado de sífilis constitucional. El día diez presentacion de un rojo vivo que se cubrió de costras, trasformandose, cuando las costras se cayeron, en una ulceracion indurada. Más adelante se dice que á los ochenta y seis días apareció una róscola.

La observacion es muy pequeña y dudamos sea un caso de verdadero chanero indurado.

5.^o experimento.

Observacion Baerensprung (Rollet, *ob. cit.*).

Inoculacion por incision del pus de manchas mucosas en el

muslo de un individuo sano. A los treinta dias aparecieron tres tubérculos en el lugar de las picaduras: á los treinta y cuatro dias aparecieron ulceraciones que se fueron reuniendo, y su base era dura y cartilaginosa.

Este caso es muy dudoso, faltan los detalles y no se sabe si el enfermo ha tenido sífilis.

6.º experimento.

Observacion Cullerier (Rollet, *ob. cit.*).

Dos inoculaciones del pus de un chancre indurado en un individuo atacado de carie de la clavícula. El dia diez y siete, cerca de la segunda picadura, pápulas con base indurada: el dia cuarenta y nueve roseola y nada de sífilis.

Esto puede considerarse como dos pequeños chancros apergamados, pero la observacion es bastante oscura. Por lo ménos, si ha habido chancre indurado, ha sido de los que no van seguidos de sífilis.

7.º experimento.

Observacion Rollet (*Tratado de las enf. medades venéreas*).

Este caso, en que el mismo autor sólo ha visto una papula, pero nada de chancre indurado, no es muy digno de figurar en la cuenta.

8.º experimento.

Observacion de Rinecker (*Arch. de Med.*, 1858, y Robert, *ob. cit.*).

Inoculacion del pus de una sífilides pustulosa, de un niño que tenia placas mucosas, por medio de un vejigatorio, en el

brazo de un hombre sano. Eritema vexiculoso en torno del vejigatorio hácia el dia trece, despues de la inoculacion: el dia veintisiete, trasformacion del vejigatorio en una placa dura infiltrada, sobre la cual se observaron *muchas elevaciones papulosas*: el dia cuarenta y dos se cubrieron de costras estos tubérculos, semejándose á la rupia, con dolores en los ganglios inguinales. Tratamiento mercurial. El dia cincuenta y nueve, despues de la inoculacion, malestar, dolor de cabeza, apareciendo, por lo que se deduce de la descripcion del autor, placas mucosas en la garganta y en la boca, es decir, una recaida.

Aquí hay al principio un eritema vexiculoso, y los primeros accidentes que luégo aparecen son placas mucosas, y más tarde lo que aparece es un segundo impulso.

9.º experimento.

Observacion Rinecker (*Arch. de Med.*, 1858, y Robert, *ob. cit.*).

Tomado el pus de los tubérculos que cubrian el vejigatorio en el enfermo anterior, le fué inoculado al doctor Warnerey tambien por medio de un vejigatorio, teniendo gran picazon y una fuerte *erupcion pruriginosa* en todo el brazo, es decir, un eritema. Treinta y cinco dias despues el vejigatorio se cubrió de excrecencias tuberculosas induradas: estos tubérculos se cubrieron á su vez de costras ó de escamas. Ochenta dias despues de la inoculacion, placas mucosas y siflides papulosas, aún cuando el autor dice siflides lenticular: tambien hubo cefalalgia prodrómica.

La primera lesion es aquí un eritema, la segunda las placas mucosas y la tercera una recaida de placas mucosas.

10 experimento.

Observacion de Belhomme (*Boletin de la Sociedad de ciencias médicas de Lyon*, 1864, y Rollet, *ob. cit.*).

A un individuo escrofuloso se hicieron sobre el brazo seis inoculaciones sucesivas por medio de la lanceta con el pus de un chancro indurado. Treinta dias despues de la inoculacion se presentaron al nivel de las picaduras manchas rojas con escamacion furfurácea. Al cabo de sesenta dias, habiéndose presentado tres ulceraciones en el pecho, le fué administrado el mercurio al enfermo: á los cien dias, úlceras en los puntos inoculados, y á los ciento nueve pápulas cobrizas en todo el cuerpo é iritis.

Aquí el primer accidente es una pápula de la piel, inmediata á la placa mucosa cerca del punto inoculado; los otros accidentes son úlceras fuera del punto inoculado, luego aparecen las úlceras en los puntos inoculados y despues la erupcion sobre el tegumento é iritis.

11 experimento.

Observacion de Wallace (Rollet, *ob. cit.*, y *Anales de la sífilis y de las enfermedades de la piel*).

Inoculacion por incision con el pus de pústulas sifilíticas (placas mucosas de la piel): nada en el sitio de la incubación; á los treinta dias pápulas costrosas; á los ochenta y cinco una úlcera al nivel de la incision. Estas úlceras, dice Wallace, son en todo semejantes á los *tumores condilomatosos*, y ocho dias despues ya tenía el enfermo pápulas en el cuero cabelludo y placas mucosas en la garganta.

La lesion característica, que á los ojos de los partidarios de la doctrina del chancro indurado es el chancro, no se manifiesta hasta pocos dias ántes de la erupcion, de modo que podemos decir que las primeras úlceras de que se hace mencion pertenecen al periodo eruptivo de la sífilis, y que los accidentes con que principia son las pápulas que han sido pasajeras. Wallace dice que la lesion es un condiloma, es decir, una placa mucosa.

12 *experimento.*

Observacion de Wallace (*ob. cit.*).

Inoculacion por depósito del pus procedente de un tuberculo ulcerado (es decir, de una placa mucosa ulcerada) sobre superficies desnudas de epidérmis en el muslo de un individuo sano. Inflamacion simple del dérmis con tendencias á las vegetaciones á los quince dias: á los treinta y ocho dias la supuracion forma costras.

Á los cuarenta dias, dice Wallace, los tumores se semejan á un condiloma irregularmente ulcerado, existiendo al mismo tiempo la cefalalgia prodrómica de la erupcion sifilítica: á los setenta dias el enfermo está cubierto de una erupcion de placas ó pápulas, sobreviniendo más tarde una iritis. Despues de la inoculacion, el mal local no deja de marchar progresivamente: á la inflamacion primera suceden las placas mucosas y luégo la sífilis papulosa.

13 y 14 *experimentos.*

Observacion de Gibert (*Tratado de las enfermedades de la piel y de la sífilis*, t. II, y Rollet, *ob. cit.*).

Inoculacion practicada en un escrofuloso con el pus de una placa mucosa, en la superficie de un vejigatorio. Á los diez y ocho dias se presentó una pápula sobre el vejigatorio y á los treinta y cinco sólo habia una excoriacion; á los cincuenta y cinco dias se observó un verdadero tubérculo, existiendo al mismo tiempo una sífilis papulosa acneiforme sobre todo el cuerpo.

El autor cree que la lesion que existia á los cincuenta y cinco dias era una placa mucosa, y tenía razon, porque en aquella época habia en todo el cuerpo una erupcion generalizada.

En otro caso, mucho ménos detallado, de Gibert, el autor mismo dice que la primera lesion observada en un escrofuloso

INOCULACION Y PRINCIPIO DE LA SÍFILIS.

inoculado con el pus de placas mucosas apareció a los veinticinco días y que era un tubérculo plano.

15 experimento.

Waller (*Anales de la sífilis y de las enfermedades de la piel*, t. III).

Inoculación en un tiñoso del pus de placas mucosas, en llagas practicadas con un escarificador, con inflamación de las mismas: á los veinticinco días aparecieron catorce tubérculos: á los cincuenta y tres días existía una sífilis papulosa miliar, y un mes más tarde la erupción era francamente papulosa.

Aquí las lesiones primeras son también placas mucosas.

16 experimento.

Observación de Gibert (*ob. cit.*), y Rollet, (*ob. cit.*).

Inoculación á un escrofuloso del pus de una placa mucosa: á los cincuenta días, «pápula rojiza, presentada irregularmente, ligeramente escamosa..... recordando muy bien, dice Gibert, la pápula escamosa que había servido para la inoculación». Existían alrededor al mismo tiempo manchas cobrizas, que se propagaron por todo el cuerpo. La sífilis continuó en seguida.

Los accidentes aparecen aquí á los cincuenta días, y esto es simultáneo, la erupción y el accidente local. Esta observación carece de detalles en lo que se refiere á lo que pudo pasar durante los primeros días de la inoculación, pero es evidente que la primera lesión observada en el punto inoculado es una placa mucosa.

17 experimento.

Segunda observación de Lindwurm (*Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten*).

Inoculación con la lanceta del pus de un chanero indurado,

de un enfermo que tenía además placas mucosas, en el muslo de una mujer sana: á los quince días picaduras rojas y á los veintin días elevacion papulosa: á los treinta y cinco dias exco-riaciones cubiertas de pequeñas costras con base ligeramente endurecida, y al mismo tiempo un eritema papuloso. Tratada con el mercurio, aumentó la induracion en torno de las exco-riaciones primitivas.

Aquí la rapidez de los accidentes y la aparicion de la erupcion ántes de la induracion completa demuestra que el principio del mal no es el chancro indurado. Los primeros accidentes fueron más bien placas mucosas precoces.

18 experimento.

Observacion Waller (*Anales de la sífilis y de las enfermedades de la piel*, t. III, y Rollet, *ob. cit.*).

Inoculacion de la sangre de un sífilítico atacado de accidente secundarios en llagas hechas en el muslo izquierdo de un jóven raquíteo. Á los treinta y cinco dias aparecieron dos tubérculos del tamaño de un guisante: la piel que soportaba los tubérculos era resistente y los tubérculos se ulceraron: á los cincuenta dias los tubérculos estaban reunidos y formaban un tumor del volúmen de un huevo de paloma con una úlcera en la cima, cuya base sangraba con facilidad: al mismo tiempo se habia formado un tubérculo sobre el hombro derecho: á los sesenta y cinco dias el enfermo tenía una erupcion papulosa.

El principio de la sífilis fué constituido por dos pápulas sobre la piel inflamada, que han formado un chancro indurado, pero habia una erupcion local en el momento en que se induró el chancro.

19 experimento.

Observaciones del anónimo del Palatinado (*Archivos de Medicina*, 1858).

Inoculacion de pus procedente de lesiones sífilíticas de una

mujer atacada de accidentes secundarios: inoculaciones practicadas con la lanceta: durante algunos dias se observaron pústulas é inflamacion en los puntos inoculados y luégo desapareció todo: á los catorce dias sobrevinieron en las incisiones manchas rojas algo elevadas sobre el nivel de la piel, con escamas en la cúspide.

En un enfermo los tubérculos retrogradaron y no hubo sífilis constitucional.

20 *experimento.*

Observacion de Lindwurm (Rollet, *ob. cit.*).
Inoculacion de pus de placas mucosas en una superficie privada de epidérmis en el cuello de un escrofuloso. Al cabo de tres semanas se observó inflamacion y pápula ulcerada, sobreviniendo luégo placas cobrizas.

Observacion lacónica. No es posible admitir sea esto otra cosa que una úlcera, no hablándose nada de induracion.

21 *experimento.*

Observacion de Lindwurm (Rollet, *ob. cit.*).

Inoculacion del pus de chancros inoculados á la enferma en la segunda observacion de Lindwurm á una jóven que tenia chancros blandos. Chancros blandos inmediatos; nueva inoculacion y dos dias despues erosiones superficiales que se curaron en tres dias; á los diez y nueve dias, las picaduras se trasformaron en tubérculos, que se ulceraron todos del mismo modo, habiendo infartos ganglionales y una roseola.

Este caso es característico, puesto que las llagas que se presentan en el lugar de las picaduras ofrecen una inflamacion franca, por el pronto, y luégo chancros blandos.

infectación de accidentes secundarios; inoculaciones practi-
cadas con la intención de algunos días se observaron pustu-
las e inflamación de los 22 *experimento*. Al
todo a los cuatro días se observaron en las inoculaciones manifiestas
todas las variaciones sobre el nivel de la piel, con escama en la

Observación de Wallace (*Anales de la sífilis y de las enfermeda-
dades de la piel*, t. IV).

Inoculación del pus de placas mucosas por frotación sobre
una superficie desprovista de epidérmis en el muslo de un
hombre sano. Inmediatamente depósito plástico sobre la llaga,
quedando curada á los diez y ocho dias, pero roja.

Á los veintiocho dias proeminencia dolorosa de la superficie
inoculada: á los cuarenta y nueve dias escara de la piel é infla-
mación alrededor: á los cincuenta y ocho dias fué reemplazada
la escara por una úlcera.

Á los setenta y un dias, dice Wallace que el tumor tenía
completamente el carácter de un gran condiloma, existiendo des-
de ocho dias ántes una erupción pápulo-escamosa.

Aquí el principio de la sífilis es una inflamación seguida de
gangrena.

23 *experimento*.

Observación de Wallace (Rollet, *ob. cit.*).

Inoculación por frotamiento de pus de placas mucosas sobre
una superficie despojada de epidérmis en el muslo de un hom-
bre sano: inflamación inmediata de la superficie inoculada, ro-
deada de una areola roja y supurante: con este pus se hizo en
el otro muslo una nueva inoculación, cuya inflamación duró
nueve días: á los sesenta y seis dias las placas se cubrieron de
tubérculos y todo el cuerpo de sífilides pápulo-escamosas, aumen-
tando el número de tubérculos en los quince dias seguidos.

Este caso es de los más claros: inflamación inmediata por el
pronto, y al segundo mes placas mucosas, que es lo que Walla-
ce describe con el nombre de tubérculos y de sífilis generaliz-
ados.

24 *experimento.*

Observacion de Wallace (Rollet, *ob. cit.*):
 Inoculacion en el dorso de la verga de un individuo sano del pus de sífilides pustulosa: á los veintiocho dias inflamacion de la llaga, que fué tratada con diaquilon: la piel inmediata de color rojo sombrío sin elevacion, rodeando la placa una areola tumefactada, excoriada, pero sin induracion: á los cuarenta y cuatro dias dolor en un hombro, á los cincuenta y cuatro sífilides papulosas y á los noventa placas mucosas en el escroto.

Aquí no encontramos huella de induracion, y lo que es esto es un ejemplo de erosion en el sitio de eleccion, por decirlo así, de los chancros indurados.

25 *experimento.*

Observacion de Vidal (*Tratado de las enfermedades venéreas*).
 Inoculacion en el brazo de un interno de la facultad de Farmacia, llamado Boudeville, de pus de placas mucosas: desde el dia siguiente inflamacion, dolor y pápula, supurando durante catorce dias: á los treinta y cuatro nueva inflamacion. En los puntos inoculados reaparecen dos pústulas supurantes que duran cuarenta y seis dias: á los noventa costras en el cuero cabelludo y placas mucosas en la garganta á los ciento ochenta.

Esto es un tipo de sífilis empezando por chancros blandos en los puntos inoculados.

26 *experimento.*

Observacion de Guyenot (*Gaz. heb.*, 1856).
 Cuatro inoculaciones de pus de placas mucosas con la lance-

ta en el brazo de un niño de diez años atacado de tiña favosa: las llagas fueron curadas con diaquilon. A los treinta dias aparecieron tres pústulas seguidas de úlcera con areola inflamatoria, pero sin induracion: á los cincuenta dias la ulceracion era dura y cuatro dias despues se observó una induracion, existiendo una sífilis papulosa.

Esta observacion ofrece los caracteres de los chancros blandos y estas lesiones son, evidentemente, los primeros accidentes observados.

2.º experimento.

Observacion de Hunter (*Tratado de la sífilis*).

La observacion de Hunter es una inoculacion del pus de una blenorragia en la mucosa del pene y del prepucio. Se observan enseguida en el punto inoculado un eritema y una vexícula llenos de una materia amarillenta, algo parecidos á un chancro blando con erisipela del prepucio, pero todas estas lesiones fueron inmediatamente cauterizadas: á los ciento veinte dias reaparecieron los chancros y á los ciento ochenta habia placas mucosas en la garganta.

El principio de la sífilis, en este caso, ha sido un chancro y una linfagitis.

Estos experimentos demuestran que la sífilis ha tenido por primer accidente local, despues de la inoculacion, aceptando las conclusiones de los autores:

Chancros indurados, dos dudosos.....	4
Chancros apergaminados, dos muy dudosos.....	3
Placas mucosas precedidas de un eritema papuloso.....	2
Placas mucosas ó pápulas.....	8
Un caso dudoso.....	1
Úlceras sin carácter.....	2
Inflamaciones de la piel.....	3
Erosiones.....	1
Chancros blandos.....	3

Debemos hacer observar que, excepto en dos casos de inoculación, todos los demas se han verificado sobre el tegumento, en los brazos, en el muslo ó en el cuello, partes expuestas á rozamientos propios para provocar la induración. Aquéllos se verificaron en la verga, uno en el prepucio y el otro en la cubierta, no observándose en ninguno de los dos casos chancro indurado hunteriano. Debemos observar tambien que siempre que los accidentes se han producido inmediatamente despues de la inoculación tampoco ha resultado nunca sino chancro indurado.

Las inoculaciones de sífilis vacuna no ofrecen ménos interes que las inoculaciones precedentes.

SÍFILIS VACUNA.

Casos de Rivalta observados por Pachiotti (*Sifilide trasmessa, por mezzo della vaccinazione in Rivalta presso Aquí*. Cerise, *Union médica*, 9 y 30 de Noviembre de 1861 y 21 de Febrero de 1862).

Diez y siete niños vacunados el 2 de Junio de 1861 con vacuna de los días procedentes de un niño tenido por sífilítico y probablemente infectado por su nodriza. Al cuarto mes fueron examinados los niños por una comision médica.

Cinco presentaban una induración en la cicatriz de la pústula vacuna.

Doce tenían cicatrices anchas, lívidas ú oscuras.

Todos los niños examinados presentaban placas mucosas en diversos lugares y sífilides papulosas ó cicatrices de sífilides ulcerosas.

En estos casos, tuvo lugar en cuatro meses la inoculación atribuida á la sífilis, el accidente primitivo en el punto inoculado y los accidentes eruptivos. Observaciones que el chancro indurado evidente está en minoría, no existiendo en la tercera parte de los casos. Por el contrario, las úlceras anchas supurantes fueron observadas y éstas son las que han dejado aquellas cicatrices.

Los casos del Dr. Maron son más significativos, ateniendonos á su relacion. Los niños vacunados en Noviembre tuvieron á mediados de Enero del año siguiente, es decir, á los dos meses, erupciones sifiliticas y luégo placas mucosas; se dice, teniendo en cuenta la marcha de la erupcion vacuna, que las pústulas vacunas tuvieron una marcha más irregular y más larga que de ordinario. (1)

Existe una relacion sucinta de casos de sífilis vacuna observados en el Morbihan en 1866. (Depaul, *Informe leído en la Academia de Medicina*, 1866 y 1867, t. XXXII).

Aunque estos casos son bastante breves, y observados con un espíritu de sistema preconcebido, podemos deducir de ellos algunas consecuencias.

Cuarenta y dos niños fueron vacunados con vacuna procedente de dos niños cuya sífilis no estaba bien demostrada y cuyas madres estaban sanas: primera duda sobre el origen de la sífilis.

Á los setenta y cuatro dias, sin embargo, trece de los niños no tenian señal alguna de úlceras, ni lesion eruptiva de la sífilis.

Seis tuvieron, á juicio del médico del país, una induracion en la vacuna, pero no opinaron del mismo modo los comisarios nombrados por la Academia.

Cuatro tenian una cicatriz indurada.

Siete tenian una cicatriz *algo indurada*, es decir, que se necesitaba buena voluntad para encontrar la induracion.

Doce no tenian señal de induracion sobre la cicatriz vacuna. Estos ventinueve niños tenian todos en aquella época placas mucosas, manchas cobrizas sobre el cuerpo ó úlceras en las amígdalas.

Suponiendo la autenticidad de estos casos, vemos que los puntos inoculados no han ofrecido nada especialmente característico.

Hay una segunda serie de niños vacunados el 12 de Junio con

(1) H. Lee. *Lecciones sobre la inoculacion sifilitica.*

vacuna tomada á los siete dias de uno de los niños de la serie anterior. De diez y siete niños, cuatro no tenian á los sesenta y cinco dias señal de sífilis.

De los trece restantes que ofrecian síntomas de sífilis constitucional siete tenian una cicatriz indurada.

Otros tres tenian una cicatriz muy poco indurada, es decir, que la induracion no era segura.

Aquí se observan en sesenta y seis dias la inoculacion, la incubacion, el accidente primitivo ya cicatrizado y los accidentes eruptivos completos.

En los niños no producen las inoculaciones los mismos efectos que en los adultos: el mal avanza con extraordinaria rapidez, del mismo modo que la erisipela, cuya marcha en el niño es mucho más rápida que en el adulto.

Los casos observados por los médicos durante la evolucion de la vacuna sifilítica manifiestan que la vacuna sigue por el pronto su marcha regular, que luégo se forma una costra, no tardando la herida en trasformarse en ulcerosa con tendencias al fagedenismo é infartos ganglionares. La úlcera se agranda y acaba por cicatrizarse, dejando en su lugar una cicatriz más ó ménos resistente, de la cual los observadores han tratado de hacer un chancro indurado, segun las doctrinas reinantes.

El resúmen de los casos de sífilis en mujeres que hemos tenido lugar de observar en el hospital de Lourcine indica con precision que el principio de la sífilis no tiene nada de absoluto y que el accidente inicial no es *uno*. En setecientas sesenta y cuatro enfermas, cuya sífilis era reciente, es decir, de ménos de un año, en unas que hemos visto empezar y en otras que se nos han facilitado las observaciones, hemos encontrado como primeros accidentes de la sífilis:

En quinientos setenta y dos placas mucosas solamente ó existiendo con una sífilis papulosa.

En sesenta y seis chancros blandos múltiples, con ó sin fagedenismo.

En cincuenta y nueve un chancro indurado franco, ya sea el chancro hunteriano, ya una ulceracion de bordes indurados.

En cuarenta y dos una erosion circunscrita ó difusa.

En treinta y dos una línfagitis de la vulva.

En diez un chancro indurado con chancros blandos múltiples.

En tres un chancro indurado franco sin accidentes consecutivos.

En tres un absceso de la glándula valvo-vaginal.

En seis no se observa nada en el punto inoculado, siendo el primer mal aparente una sífilis papulosa ó tuberculosa.

En los hombres es mayor la proporción de las placas mucosas, pero en cambio la erosión se observa con mucho menos frecuencia. Consultando el excelente libro de Bassereau, se ve, como lo hace observar Diday, que la erosión chancrosa es al chancro indurado ó apergaminado como 174 es á 137. El bubon es también más frecuente en el hombre.

También hay casos de haber inoculado la sífilis el niño á su nodriza: las mismas observaciones que se han hecho sobre la sífilis de los adultos se han verificado en las nodrizas. Hay ulceraciones en el pezón que se inoculan con el contacto de los labios del niño sífilítico, teniendo algunas los caracteres del chancro indurado, y siendo otras simples fisuras, como las que se observan fuera de la sífilis: algunas enfermas, por último, han tenido infarto ganglionar en las ingles y accidentes eruptivos que no se relacionaban con la ulceración aparente del pecho.

En una Memoria que hemos publicado en los *Archivos de Medicina* en Enero de 1869, hemos hablado de un caso de inoculación de la sífilis en una herida resultante del desprendimiento de una porción del hímen en un primer coito, un accidente local consecutivo. (1) Otros casos particulares bien observados demuestran que una enferma adquirió chancros blandos de un enfermo que los tenía, y que los chancros blandos múltiples de la primera fueron seguidos de sífilis. Hay ejemplos de sífilis adquirida por resultado del cateterismo de la trompa de Eustaquio, en que el primer accidente fué la erupción cutánea, sin que se observase nada en el punto inoculado.

¿Qué resulta de estos experimentos y de las estadísticas?

(1) A. Després, *Del principio de la infección sífilítica.*

Que no hay ningún accidente inicial obligado en el punto por donde se introducen el virus en la economía: aquí encuentra la ley de las infecciones su aplicacion á la sífilis en particular. La viruela inoculada ha producido unas veces un boton abortado, otras una pústula franca, otras una linfagitis y otras ninguna lesion local, áun cuando el virus varioloso absorbido haya producido más tarde la viruela. El pus de la picadura anatómica determina la infeccion purulenta, unas veces sin que se observe nada en el punto inoculado, y otras despues de una linfagitis ó una adenitis solamente, ó una llaga cancerosa: el carbunco no determina siempre la pústula maligna.

La sífilis inoculada demuestra que no hay accidente inicial obligado, y la sífilis vacuna inoculada prueba que, mezclado el pus vacuno al virus sífilítico, determina siempre una úlcera, y esto porque el fondo mismo de la pústula vacuna es una úlcera.

La sífilis se adquiere en los contactos sexuales ó por el contacto de un punto cualquiera del cuerpo, ya exista una llaga reciente, ya porque existan erosiones que facilitan su entrada. En las mujeres en particular, cuando tienen las reglas, hay erosiones en la vulva, y si cohabitan durante ellas ó poco tiempo despues, se inocula el virus sífilítico con mucha facilidad.

En el lugar en que se inocula el pus sífilítico nada se observa ó muy poco, siendo esto lo más raro: hay un arañazo que se cura en pocos dias.

Otras veces hay aumento de color con desaparicion de la epidérmis y tumefaccion inflamatoria alrededor, es decir, lo que se ha llamado *erosion*.

Otras veces no hay erosion, pero la epidérmis forma pequeñas vesículas, las partes con edema todas y un cordon de linfagitis parte de la mancha rojiza y pára en un ganglio. Este estado es pasajero, dura algunos dias y no vacilamos en asegurar que éste ha sido con frecuencia el primer accidente de las mujeres que parecian haber tenido primeramente placas mucosas: esto parece evidente en las dos observaciones de Rinecker.

En otros casos, muy comunes en los hombres y raros en las mujeres, hay una *úlcera única*, no muy grande, que tarda quin- ce ó veinte dias en cerrarse, cuyos bordes son un poco elevados,

con tendencias algunas veces al fagedenismo. Esto es lo que ha recibido los nombres de *chancro apergaminado*, *erosion chancrosa* y *chancro infectante*.

Ni en el hombre ni en la mujer suele existir un tumor más ó ménos elevado, cuya cima está escoriada y no supura ó se cubre algunas veces de una falsa membrana diftérica; un tumor, en fin, cuya base es dura y que se llama *chancro hunteriano*. (1)

(1) El chancro hunteriano puede existir despues de accidentes secundarios. Existe una observacion, que hemos hecho publicar (*Union Médica*, 1867, t. III, p. 335), en que dos meses despues de la existencia de placas mucosas en la vulva apareció un chancro indurado en el labio superior.

Hé aquí la observacion tal y como ha sido publicada por Michaud:

«Victorina K..., de treinta y dos años, casada diez años ántes, tuvo á los seis años un flujo sintomático de una ulceracion del cuello. Hacia fines de Abril de aquel año, apareció en el gran labio izquierdo un boton bastante duro, que era probablemente un chancro infectante. Interrogada posteriormente, dijo que habia tenido consecutivamente muchos botones, cuyo número habia aumentado progresivamente hasta fines del mes de Junio, añadiendo que habia tenido costras en el cuero cabelludo y que habia enflaquecido.

El 29 de Junio se presentó en la consulta de M. Després, en el hospital de Lourcine, habiéndose reconocido la existencia de muchas placas mucosas en toda la superficie mucosa de los grandes labios y alrededor del ano y de infartos ganglionares múltiples é indolentes en las dos ingles.

Cauterizacion con la solucion de cloruro de zinc, nada de mercurio y régimen tónico.

El 20 de Julio volvió la enferma á la consulta de M. Després: las placas mucosas estaban á punto de curar, pero en el labio superior se observaba un chancro indurado del tamaño de una avellana. Hé aquí de qué modo se habia desarrollado este accidente: ocho ó diez días despues de la primera consulta se apercibió la enferma de que tenia en una grieta del labio superior, cuya costra se habia arrancado la noche anterior, una dureza cuyo volúmen aumentó poco á poco, cubriéndose de costras.

El 27 de Julio se presentó la enferma por tercera vez en la consulta. En la vulva sólo estaban indicadas las placas mucosas por máculas blancas en la mucosa de los grandes labios: en el labio superior el chancro tenía el tamaño de una peseta. La induracion anular estaba bien acentuada en la base de una costra poco densa que cubria el tumor: la adenitis submaxilar existia; un gánglio subhioidico continuaba infartado. En la amígdala derecha existia una placa mucosa.

El 22 de Agosto ingresó la enferma en el hospital de Lourcine, sala de Santa Maria, á cargo de M. Liegeois, donde fué sometida al tratamiento mer-

Este chancro se ha visto, con mucha frecuencia, en la cara, en el dorso de la verga y en la parte cutánea de los grandes labios.

Se suele ver, por último, en los puntos inoculados un *chancro blando*, es decir, una úlcera irregular de fondo amarillento y bordes cortados, inoculándose progresivamente en las partes vecinas. Estos chancros suelen adquirir el carácter fagedénico.

También hay en la ciencia observaciones de blenorragia seguida de sífilis, pero estos casos han sido mal interpretados. Ricord los hace entrar en la clase de chancros disfrazados; pero vale más decir, siguiendo el ejemplo de los sifiliógrafos de la escuela de Lyon, que ha habido inoculación del pus sifilítico al mismo tiempo que trasmisión de la blenorragia.

Es conveniente fijarse un momento en estos hechos que no están de acuerdo con las opiniones de la escuela del Mediodía y de la de Lyon. El dualismo chancroso ¿es ó no real? Hay casos que prueban que individuos atacados de chancros blandos, francos y evidentes, han tenido la sífilis con sus caracteres normales, en los términos de costumbre, y otros individuos que no la han tenido. Es constante que sifilíticos que padecen sífilides tienen algunas veces chancros blandos que han adquirido en un nuevo coito, y si le verifican con individuos sanos, deben transmitir al mismo tiempo el chancro blando y la sífilis. Clerc, Nodet y Laroyenne citan observaciones que lo demuestran. El *chancro mixto* adoptado por la escuela de Lyon no es, en reali-

curial; sin embargo, el 5 de Setiembre habían reaparecido algunas placas mucosas sobre los grandes labios. Fundándose M. Liegeois en el infarto ganglionar poco determinado, y tomando en consideración la marcha habitual de la sífilis, se inclinaba á pensar que sólo se trataba allí de una placa mucosa, debiendo sus caracteres especiales al contacto del aire y al sitio que ocupaba.

M. Deprés, por el contrario, veía en aquella lesion todos los signos del chancro indurado. Para dilucidar la cuestión, la enferma debió ser presentada á la Academia el día 4 de Setiembre, pero no fué posible verificarlo por impedirlo la gran extensión de la órden del día de aquella sesión; muchos académicos, sin embargo, MM. Ricord, Gueneau de Mussy y Depaul la vieron, y no vacilaron en reconocer en el labio un chancro indurado. M. Ricord solo ponía en duda la existencia de la placas mucosas.

dad, sino la expresion de estos hechos, y parece estar destinados á explicar todo lo contrario á la teoría del dualismo chancroso.

En el curso de la historia de las teorías de la sífilis, han sido expuestas todas las dudas y todas las afirmaciones sobre el chancro. Es, pues, inútil insistir más en presencia del resultado de los experimentos.

¿Es cierto que hay una incubacion para la intoxicacion sifilítica, como la hay de algunas horas para la picadura anatómica y de una semana, poco más ó ménos, para la viruela?

Los casos de inoculacion van á respondernos.

Para la inoculacion de la sífilis vacuna no hay incubacion; la herida de la inoculacion permanece ulcerosa; pero los accidentes generales, es decir, la erupcion, tiene incubacion de un mes, por término medio.

La inoculacion en los adultos exige unos veinticinco dias de incubacion; pero este cálculo no es muy cierto, porque en unos casos la incubacion es de sesenta y seis dias y en otros es de ocho. No es difícil explicar esto, porque las inoculaciones que han producido placas mucosas no pueden compararse á las que producen chancros blandos; además, en los dos casos de Rínecker hay un eritema papuloso á los trece dias, y solamente hácia los cuarenta dias es cuando aparecen, lo que, á nuestro juicio, son placas mucosas. En este caso no hay incubacion, por decirlo así.

En las obras de los sifiliógrafos se citan casos de larga incubacion. Fournier, (1) por ejemplo, cita el caso de un jóven, que, despues de un coito, fué encerrado en un colegio sin poder tener contacto con mujer alguna, apareciendo un chancro despues de una incubacion de unos setenta dias.

Hemos observado un caso análogo, y nos lo hemos explicado fácilmente por un estado particular de la verga. El enfermo tenía múltiples quistes sebáceos en la verga y en el escroto y folículos llenos de materia sebácea: uno de ellos presentaba

(1) Fournier, *Incubacion de la sífilis* Paris, 1865.

huellas de inflamacion. Sin duda alguna debió introducirse el pus sífilítico en el cuello de uno de los folículos, y como resultado de una inflamacion progresiva se formó una ulceracion, y el pus sífilítico, más ó ménos seco, pudo ser absorbido en una época lejana del coito infectante.

Estos casos son reales, incontestables.

Mas no pudiendo establecer reglas con casos tan excepcionales, los citamos solamente como rarezas.

De aquí resulta que no hay señal alguna característica que, más ó ménos tiempo despues de un coito sospechoso, pueda indicar si el mal es el accidente primitivo de la sífilis. Hay algunas probabilidades, pero no hay certidumbre alguna. No hay sífilígrafo que no haya sido sorprendido, despues de haber hecho un diagnóstico de ulceracion simple en los órganos genitales, viendo la sífilis constitucional seguir una marcha regular. En cierta época, cuando el dualismo chancroso estaba en voga, se hizo de la inoculabilidad del pus de las úlceras el criterio del diagnóstico; pero se han observado muchos casos en que, despues de las autoinoculaciones de chancros blandos, que eran considerados como la prueba de que el chancero era infectante, se ha desarrollado la sífilis constitucional sin nueva exposicion al contacto virulento. Por otra parte, ha habido algunos casos de inoculacion de pus de chancros indurados que han producido chancros blandos y que han sido citados por Guyenot y Vidal.

Estos últimos han dado lugar á la teoría del chancero mixto de la escuela de Lyon.

Hay sífilíticos que tienen con frecuencia una blenorragia ó una vaginitis al mismo tiempo que chancros y erosiones, pudiendo transmitir, las primeras, una ulceracion oculta y una blenorragia ó una blenorragia y un chancro evidente: en el primer caso, pudiera creerse que la blenorragia es un accidente inicial de la sífilis. Pero el gran número de blenorragias puramente locales que se observa, permiten rechazar por completo el carácter sífilítico de la blenorragia.

De todas estas razones se puede deducir que la sífilis no existe realmente sino cuando hay fenómenos generales; que las ulceraciones ó las inflamaciones de los órganos genitales no van

fatalmente seguidas de la sífilis. Sin embargo, como hay blenorragias y chancros blandos que no van seguidos de especie alguna de síntomas generales, es posible establecer las reglas siguientes:

1.^a Una erosión, con ó sin eritema, ó una linfagitis aparecida poco despues de un coito sospechoso, es, muy probablemente, el caso de inoculación del veneno sifilitico, y á los dos meses va seguida ordinariamente de la primera erupción de la sífilis.

2.^a Una ó muchas úlceras superficiales irregulares, planas ó cubiertas de películas blanquecinas con edema de las partes subyacentes, desarrolladas poco tiempo despues de un coito sospechoso, es, con frecuencia, el primer término de la infección sifilitica. Hay casos en que alguna de estas úlceras se han convertido en un chancro hunteriano.

3.^a Las úlceras chancrosas blandas, simples ó fagedénicas, reinoculables, son muy raramente el punto de partida de la sífilis.

4.^a La úlcera dura y el chancro hunteriano desarrollado mucho tiempo despues del coito sospechoso y casi al mismo tiempo que las placas mucosas y roseolas, es el signo de la sífilis confirmada y no puede considerarse como el accidente inicial de la sífilis. Pero hay chancros hunterianos que no van seguidos de sífilis. Clerc es uno de los que han dicho, con más razon, que la induración del chancro es el primero de los accidentes secundarios, como generalmente es la señal de una sífilis confirmada.

Ya se vé qué resultado puede obtenerse de las autoinoculaciones: esta práctica es pueril, porque en la mayor parte de los casos los chancros blandos se inoculan por sí mismos en las partes vecinas sin peligro alguno, en tanto que se ha visto morir individuos por resultado de un fagedenismo de un chancro blando inoculado. Por otra parte, como la sífilis se desarrolla algunas veces con su forma normal despues de chancros blandos, múltiples, inoculados espontáneamente ó por el cirujano, no hay beneficio alguno en llevar á cabo inoculaciones experimentales que no siempre son inocentes y cuyo diagnóstico no es seguro. Una cosa puede decirse, y es, que los chancros

blandos múltiples constituyen frecuentemente, no una sola úlcera, con ó sin inflamacion inmediata, sino la introduccion ó el prefacio de la sífilis constitucional.

En vano se ha tratado de establecer una relacion entre el accidente inicial de la sífilis y los fenómenos eruptivos y metastáticos ulteriores. Carmichael y Bazin lo han intentado, pero no lo han conseguido: lo que puede decirse de más cierto, es que muchos accidentes iniciales corresponden á una marcha ménos rápida ó más grave de la sífilis.

Los chancros blandos van seguidos de sífilis normales en casos poco frecuentes, es cierto, pero muchos de ellos representan todas las manifestaciones de la sífilis.

En los individuos escorbúticos ó escorbúticos y escrofulosos en el momento del contagio, se inicia la sífilis con chancros ó úlceras fagedénicas.

Las sífilis son ménos graves, si entre los primeros accidentes se cuenta el chancre hunteriano.

Las sífilis normales empiezan ordinariamente por úlceras pasajeras ó erosiones con ó sin linfagitis, y la mayor ó menor cantidad de veneno sífilítico absorbido es lo que produce la mayor ó menor extension de las erupciones y la presencia ó la ausencia de lesiones metastáticas.

DE LAS MANIFESTACIONES ESENCIALES

DE LA SIFILIS.

Placas mucosas y pápulas.—Tubérculos.—Exóstosis metastáticos.—Interpretación de las lesiones.

Hay en la sífilis lesiones esenciales que caracterizan la sífilis, como la pústula variolosa caracteriza la viruela. No nos referimos á los accidentes iniciales, sino á las erupciones que son constantes en la sífilis. Hay dos: la placa mucosa ó pápula, con la pápula simple, que es una miniatura de ella, y el tubérculo cutáneo. Las sífilides malignas precoces, descritas por Bazin, y que para la mayor parte son sífilides tuberculosas, son una expresion anticipada de los mismos hechos, que pueden comprobarse cada dia, con las interpretaciones que facilitaremos.

La metástasis en la sífilis tiene un sello especial, el tejido exóstosis del tejido celular y los tubérculos exostósicos.

Estas manifestaciones características no se parecen en nada á ninguna otra erupcion, distinguiéndose francamente á pesar de las analogías. Si el tubérculo sífilítico se parece al tubérculo escrofuloso, si el exóstosis se parece al forúnculo en algunos puntos, hay en la evolucion y en la duracion del mal y en la naturaleza del líquido una diferencia muy sensible: si la placa mucosa se parece á las fungosidades aplastadas y á los tubérculos de la lepra, la placa mucosa tiene un volúmen y un sello especial que no lo hay en ninguna otra infeccion. La

pápula ó sífilis papulosa es una pequeña placa mucosa que no tiene nada parecido en ninguna otra enfermedad.

Placas mucosas. Placa sífilítica (Bazin). *Pústulas planas* (Bertin). *Pápulas de las mucosas* (Hunter). La placa mucosa es una elevacion del dérmis de la piel y de la mucosa, redondeada, confundiéndose algunas veces con las placas mucosas vecinas para formar placas en circulo ó en forma variable; su superficie es blanca y puntillada, exudando un líquido un poco cetrino, análogo á la *linfa* y que corre en abundancia, principalmente en las partes genitales. En la piel del tronco, de los miembros ó de la cara, la placa mucosa se cubre de costras negras; esto ha sido causa de que se dé á estas placas mucosas, impropriamente, el nombre de sífilides tuberculosa ó pústulo-crustácea: á Bazin corresponde el mérito de haber demostrado la existencia de la placa mucosa sobre la piel en el estado de erupcion general ó de erupcion local, y que la psoriasis palmaria no es otra cosa que la placa mucosa de la mano. Las siguientes líneas de Bazin expresan exactamente esta verdad:

«¿Los discos de la palma de la mano y de la planta de los pies, son placas sífilíticas, ó, si se quiere mejor, placas mucosas? Admitiendo, en efecto, la suposicion de una sífilide precoz, la erupcion quedaria circunscrita á la palma de la mano y á la planta del pié, si no estuviese constituida por placas sífilíticas. ¿Si al principio de la sífilis y fuera del tratamiento mercurial se ven aparecer sífilides circunscritas? El solo hecho de la circunscricion en las circunstancias indicadas, debe llevar, por consecuencia, á admitir la existencia de placas sífilíticas mejor que la existencia de una sífilides».

Completa la demostracion diciendo que las placas mucosas de los orificios naturales existen al mismo tiempo que la sífilides palmaria ó psoriasis palmaria. (1)

Mas no es esto bastante todavia: si consultamos la descripcion de Bassereau, se ve que ha observado casos parecidos á los

(1) Bazin, *La sífilis y la sífilides*, pág. 229.

que han sido entrevistados por Bazin, puesto que habla de sífilides escamosas en los primeros tiempos de la sífilis. (1)

En cuanto á las placas mucosas de la piel estudiadas por Legendre en 1841, han sido mejor apreciadas por Bazin, que ha hecho notar se encontraban en el cuerpo y en el rostro de los individuos atacados de placas mucosas en los orificios naturales, erupciones costrosas que no tenían relacion alguna con las sífilides tuberculosas aplastadas, que de este modo son conocidas desde Cazenave: «Encuentro en esta coincidencia casi fatal, dice Bazin, una nueva prueba de la completa identidad que existe entre la placa sífilítica y la placa mucosa».

La identidad de las placas sífilíticas y de las placas mucosas de la piel fué establecida por Legendre, y por nuestra parte hemos comprobado el hecho muchas veces en el hospital de Lourcine. Si se pone una cataplasma sobre las erupciones costrosas que existen sobre el tegumento, se encuentra veinticuatro horas despues de la caída de las costras, una placa mucosa franca y tan clara como la de la vulva; esto se evidenció particularmente en una enferma que tenía todo el tronco cubierto de placas mucosas y en la cual se renovó el experimento muchas veces. Podemos añadir que la duracion misma de esta erupcion generalizada de placas mucosas, es la prueba mejor de que está constituida por placas mucosas: en tres ó cuatro semanas desaparece la erupcion con el empleo de baños salinos y sulfurosos, lo que no tiene lugar con las erupciones papulosas y tuberculosas, especialmente en las que no aparecen de una vez, que duran de tres á cinco meses.

La *sífilides papulosa*, *eritema papuloso* y *sífilides pápulo-tuberculosa*, de Bazin, es tambien una erupcion, que pertenece á la sífilis: como la placa mucosa, radica en la parte superficial del dérmis, es la más frecuente de todas las erupciones compren-

(1) En veinticinco casos de psoriasis palmaria que hemos observado, quince veces coincidió la erupcion de la palma de la mano y algunas veces de la planta de los piés, con una sífilide papulosa y placas mucosas, nueve veces existia con placas mucosas de los órganos genitales ó de la boca, y una vez solamente existió sola.

didadas en la sífilide y ofrece diferentes grados, desde el estado conocido con el nombre de roseola papulosa ó eritema papuloso hasta la placa mucosa de la piel, de que es una miniatura. Tan pronto es discreta como confluyente, apareciendo de una ó dos veces, que intercalan la una en la otra ó con un movimiento continuado. Bazin dice de esta sífilides que «está caracterizada por pápulas, ordinariamente cónicas, y algunas veces hemisféricas, parecidas por su forma y su volúmen al *erythraeum* ó lenteja». Bazin no ha rechazado la placa mucosa con la pápula, y sin embargo, no ha dejado de observar que había pápulas en las manos al mismo tiempo que en el cuerpo.

Esta sífilide aparece á la vez en muchos puntos del cuerpo y existe al mismo tiempo que las placas mucosas en la vulva, en el pene, en el escroto y en las mucosas. En el cuero cabelludo es más frecuente, y cuando su volúmen es pequeño, se parece á la placa mucosa. La pápula sífilítica tiene la forma de una pequeña lenteja, no exuda como no sea en el cuero cabelludo ó en la cara y se traduce por una pequeña costra muy delgada que aparece al final de la segunda semana; despues cubre la costra una escama epidérmica que se desprende, de modo que la pápula queda circunscrita por su círculo furfuráceo, sobre el cual ha insistido Bieth para decir que este era uno de los caracteres sífilíticos. Pero, en realidad, sólo es el término de la evolucion de la pápula, y sólo existe en el momento de la curacion. Una placa negruzca persiste, por algún tiempo, en el sitio que ocupó la pápula. (1)

(1) De 446 erupciones sífilíticas generalizadas en el periodo de subida ó en el de descenso, observados en seis años en el hospital de Lourcine, ha habido:

- 106 roseolas primitivas ó reincidentes;
- 40 roseolas papulosas, es decir, roseolas que se trasforman á la vista en erupcion papulosa;
- 261 sífilides papulosas primitivas ó reincidentes;
- 20 erupciones de placas mucosas simples ó ulceradas diseminadas sobre el tegumento;
- 18 sífilides papulosas miliares;
- 9 sífilides vexiculosas ó acneiformes, pero mezcladas con pápulas;

La *sifilide tuberculosa* es tambien una lesion sifilitica. Es el exóstosis de la piel, es decir, un infarto especial diferente del tubérculo leproso y escrofuloso y del forúnculo, en lo que se refiere á la supuracion ó al reblandecimiento, siendo ménos fatales que este y produciendo cuando se resuelven una cicatriz subcutánea más ó ménos aparente.

La sifilides tuberculosa es generalizada algunas veces, y en este caso los tubérculos son voluminosos ó muy pequeños, no pasando su volúmen del de la cabeza de un alfiler.

La sifilides tuberculosa circunscrita forma círculos y afecta la forma de un cóncavo: es el antiguo lupus-sifilitico y la sifilides circunscrita de Bassereau, Hardy y Bazin.

La lesion elemental del tubérculo sifilitico es un infarto que tiende á resolverse, forma un pequeño tumor duro, que tiene algunas veces un color violáceo. Estas lesiones suelen terminar por una descamacion epidérmica que forma una costra oscura ó verduzca, existiendo esto principalmente en las sifilides tuberculosas circunscritas. En los tubérculos generalizados la costra es muy rara: unas veces hay una ligera descamacion epidérmica, otras una mancha oscura, y otras, por último, una gran depression del dérmis donde existia el tubérculo.

El *exóstosis* es un infarto que radica en el tejido celular y en todos los puntos en que hay este tejido: es en grande la misma lesion que el tubérculo, del que se diferencia solamente en el lugar y en el volúmen. Virchow y Robin, cada uno por su parte, han encontrado elementos del tejido conjuntivo fibro-plástico y citoblasto en los exóstosis, como ya lo habian encontrado en

Estas erupciones pertenecen á las primeras manifestaciones de la sífilis. Hay, por último, las nueve sifilides tuberculosas generalizadas que pertenecen al primer impulso eruptivo de la sífilis, y que han sido designadas con el nombre de sifilides tuberculosas precoces.

Los enfermos tratados por el mercurio, como los que no lo fueron, ofrecieron los mismos caracteres. Á pesar de las perturbaciones causadas por los tratamientos mercuriales, las erupciones ofrecian todavia caracteres que permitian reconocerlas.

(Puede consultarse el registro manuscrito depositado por duplicado en el hospital de San Luis y en el de Lourcine, en París.)

DR. PEREZ ARAPILES

Libro n.º 12.3.º

F.º 20 85 19

la induración del chancro, es decir, en los capilares en que las redes capilares son manifiestamente obliteradas y en que existe la disposición característica con el nombre de infarto. (1)

Los repetidos exámenes que hemos verificado no demuestran otra cosa que restos del tejido conjuntivo y elementos celulares análogos á los que se encuentran en los chancros en vías de cicatrización.

Los exóstosis son generalmente tardíos y representan en la sífilis lo que el absceso metastático en la infección purulenta.

La placa mucosa, la pápula y el tubérculo no supurante son las manifestaciones eruptivas de la sífilis, son los caracteres de la sífilis fuera de toda intervención terapéutica. El exóstosis es el absceso metastático de la sífilis, y en el tejido celular corresponde al forúnculo y al antrax. En las vísceras representa el absceso metastático en la infección purulenta.

¿Cuál es el sitio obligado de las lesiones esenciales de la sífilis? La placa mucosa radica en la parte superficial del dérmis, en el cuerpo mucoso, es decir, allí donde está el tejido linfático superficial, no conteniendo el líquido que corre de las placas mucosas sino raras células de pus, pareciéndose á la serosidad del vejigatorio, aun cuando es más viscoso y más parecido á la linfa pura. El color y el aspecto puntillado de la placa mucosa le asemeja mucho á la superficie del vejigatorio permanente ántes de la formación de los botones carnosos. De estos hechos se puede deducir la conclusión que la placa mucosa es un conjunto de capilares linfáticos supurando que no se separa hasta que no ha eliminado toda la linfa enferma que contenía: la serie de placas mucosas que parten de la vulva dirigiéndose hácia el ano, justifican esta proposición: añadiremos, por último, que las grandes series de placas mucosas coinciden siempre con los infartos ganglionares indolentes.

(1) Virchow es ménos afirmativo, porque los exóstosis no tienen, á su juicio, un carácter especial. Al reunir cada año nuevos y numerosos materiales de observación, me confirmé en la idea de que el exóstosis y las granulaciones sífilíticas no se diferencian de la granulación inflamatoria.

Virchow, *Tratado de los tumores*, lección 20.

La pápula es una lesion análoga que radica en la misma parte del dérmis, diferenciándose de la placa mucosa en que parece procede de la marcha de la sangre sífilítica, del interior al exterior, en tanto que en muchos casos parecen ser las placas mucosas puramente locales.

El tubérculo es un infarto en los capilares sanguíneos que ocupa el espesor del dérmis.

El exóstosis es un tubérculo metastático en el tejido conjuntivo de todos los órganos y principalmente en el tejido celular subcutáneo. Más adelante veremos que hay un exóstosis mercurial muy parecido á este.

DE LAS SÍFILIS LLAMADAS VISCERALES.

Hay lesiones viscerales en la sífilis, que son las metástasis, y estas metástasis no son otra cosa que infartos de los capilares en el hígado, en el pulmon, en el bazo y áun en el cerebro. Estos infartos son los que producen las cicatrices que ya han sido observadas en otras infecciones además de la sífilis. Estos infartos producen raramente abscesos y exóstosis con alguna más frecuencia. Pero, respecto á estos, queda siempre un problema por resolver. De las observaciones recogidas hasta aquí, resulta que, excepto el hígado, ningun órgano ofrece el exóstosis verdadero tal y como se encuentra en el tejido celular, aunque al mismo tiempo hubiese tubérculo en los pulmones. No hacemos referencia á la observacion que ha hecho Depaul en un recién nacido, en cuyo pulmon ha creído ver exóstosis, áun cuando no se haya presentado otro caso semejante, si bien es cierto que el exámen microscópico se hizo ántes de que se conociesen bien los infartos. Luego presentó Depaul en la Sociedad de Cirugía un caso análogo, pero el exámen microscópico no demostró se tratase realmente de un exóstosis, y se dijo se trataba de una pneumonía intersticial.

Las lesiones del hígado, de los riñones ó del cerebro no son otra cosa que hepatitis ó nefritis intersticiales ó encefalitis in-

tersticiales, como los infartos de los ganglios son adenitis intersticiales francas. Los exámenes microscópicos nos han dado todos los detalles de la lesion: 1.º, depósito de gránulos grasos; 2.º, una hipergenésis del tejido conjuntivo, que lo mismo puede referirse á una inflamacion difusa que á un exóstosis. Puede creerse que haya habido allí presuntivamente un infarto. Bien sabemos que en el tubérculo sífilítico no suele hallarse otra cosa y que en rigor puede satisfacer. Pero las metástasis de la sífilis son entónces anteriores á todas las lesiones consecutivas, que se han atribuido á la sífilis y arreglado para este objeto, por decirlo así.

Raramente ofrecen los sífilíticos depósitos metastáticos, porque el virus sífilítico es ménos violento que el de la infeccion purulenta. Esta puede, con efecto, caminar en la sangre en cierta cantidad y durante cierto tiempo, lo que no sucede con los otros venenos animales más violentos.

Así, pues, las lesiones viscerales que pertenecen á la sífilis son infartos capilares en torno de los cuales existe una inflamacion intersticial y son tan raros en la sífilis, al tiempo de la primera erupcion, que no se conocen casos de muerte en este periodo en que el exámen haya podido tener lugar. Las cicatrices del hígado solamente, conservan la huella en el cadáver y en el vivo y los signos que las revelan son excesivamente raros en la sífilis normal, puesto que en novecientos sífilíticos observados y que no estaban sometidos al tratamiento mercurial, hemos observado una sola vez una ictericia sin gravedad que pudiera hacer creer hubiese infartos en el hígado.

Lesiones del hígado. Citaremos, para ilustrar al lector, las observaciones de los que más creen en la sífilis hepática: de diez observaciones de sífilis del hígado, reunidas por Lancereaux, y tomadas de la práctica de los médicos de Paris, se ha hecho la autopsia en cinco casos. (1) Ha habido un caso de tuberculizacion del testículo, del hígado y de los ganglios, no constando muy de seguro que el enfermo hubiese tenido accidentes sífi-

(1) Lancereaux, *Tratado de la sífilis*, cap. IV, art. V.

líticos. Otro de quiste del cerebro y de cicatrices del hígado con *tres tumores reblandecidos* en el hígado, observándose también una ulceración de la piel en la parte superior del esternon. Otro de cicatriz del hígado y de pequeños tumores de este órgano: el cerebro no fué examinado. Otro en el que no consta ningun antecedente sifilítico, ni se tenía ninguna referencia sobre las enfermedades anteriores del enfermo y en el que se encontraron tumores en el diafragma y en el pulmón, extensas cicatrices en el hígado y ganglios viscerales voluminosos y amarillentos. Y otro de una mujer atacada de caries del púbis y de psóites, que tuvo algunos accidentes sifilíticos, ofreció *una caverna de paredes duras* en el lóbulo derecho del hígado.

Al lado de éstas, citaremos las observaciones de Virchow. (1).

Las observaciones de Virchow no son tan explícitas en lo que se refiere á la existencia de exóstosis en el hígado. En una mujer de treinta años que padeció durante mucho tiempo una sífilides ulcerosa en el velo del paladar, se han encontrado cicatrices múltiples en el hígado y cálculos biliosos. Un caso de acumulaciones grasas en el hígado de una enferma que parece murió de una angina gangrenosa y que tuvo sífilis tiempo ántes. Un caso de un hombre atacado en otro tiempo de sífilis y pleuresías y que murió de una pleuresía doble. En la autopsia se encontraron cicatrices en el hígado. Un caso de tubérculos duros en el hígado con adherencia de este á las partes vecinas, cálculos del hígado y una pleuresía tuberculosa. No hay referencia alguna sobre los antecedentes del enfermo. Un caso de degeneracion amiloide de los ganglios internos, cicatrices y tubérculos amarillentos en el hígado de un jóven de diez y ocho años que tuvo en su infancia la escarlatina y fiebres intermitentes.

Hé aquí las observaciones del hombre más competente de Alemania, en lo que se refiere á la sífilis hepática, ¿qué prueban? que en un jóven que no tenía señales de sífilis, pero que había tenido una escarlatina y fiebres intermitentes se han

(1) Virchow, *Sífilis constitucional*.

observado en el más alto grado las lesiones que Virchow conceptúa como característica. Este adolescente estaba atacado de adenia con leucocitosis seguida de escrófulas ó de infección palúdica. No hablamos del enfermo que tuvo una pleuresía tuberculosa y en el cual puede decirse que eran tubérculos las lesiones del hígado.

Casi puede decirse que se ha hecho entrar en la sífilis visceral un caso de cáncer del hígado. Una observación publicada en el *Boletín de la Sociedad Anatómica*, relativo á un niño de trece años, demuestra que, las lesiones llamadas exóstosis del hígado están compuestas «de un tejido formado de fibras cruzadas por aglomeraciones redondeadas ó ligeramente ovaladas y pequeñas células».

Lesiones del bazo. Las alteraciones del bazo que han sido observadas en los sífilíticos, son las mismas que han sido observadas en las escrófulas generalizadas, en la tuberculosis, en la adenia y en la linfadenia. El bazo hipertrofiado sin lesiones y la degeneración amiloide simple se encuentran con bastante frecuencia.

Considerando los hechos en su conjunto solamente, las lesiones del bazo ofrecen grados diversos, tanto en la hipertrofia simple, tal y como se la encuentra en general en los individuos caquéticos, como la tuberculosis en sus diferentes grados de reblandecimiento de un producto supurativo, de evolución lenta y susceptible de sufrir la secreción grasa y teniendo siempre su origen en un infarto.

La alteración de los *ganglios* varía desde la hipertrofia perteneciente al grupo de las adenias, hasta la tuberculosis franca con reblandecimiento puriforme.

Lesiones del pulmon. Las lesiones llamadas sífilíticas, de los pulmones, salvo las que han sido observadas en los niños y que se designan con el nombre de neumonía lobular intersticial, no se encuentran en el adulto. Virchow, por su parte, sólo ha visto la neumonía crónica, y en observaciones en que ha encontrado al mismo tiempo la sífilis hepática considerada como característica, sólo había tubérculos en los pulmones ó pequeñas masas cretáceas.

Lesiones del corazon. La sífilis visceral del corazon pertenece

á los reumáticos, y de ella nos ocuparemos al tratar de la sífilis modificada por el reumatismo.

Lesiones de los riñones. Las lesiones de los riñones demostradas en antiguos sífilíticos, no son otra cosa que infartos simples ó degeneración amiloide, que se han encontrado con los mismos caracteres en individuos atacados de cirrosis ó de adenia, y en los tuberculosos.

Lesiones del cerebro. Las lesiones cerebrales que se han imputado á la sífilis son tan numerosas como las enfermedades del encéfalo que se encuentran fuera de la sífilis.

Eliminaremos por el pronto una observacion de Rayer, (1) que se refiere á una alteracion de las meninges al nivel de la plancha de la órbita de un individuo atacado de oena: es una lesion como la meningitis, que sigue á la fractura del cráneo. Las dos observaciones de Tüngel consisten en un caso de espesor de la dura madre y de desprendimiento de esta membrana, con periostosis intracranianos, observándose en una de las enfermas adherencias del hígado al diafragma. El segundo caso es una meningitis crónica, con adherencias, como se observan en los alcohólicos y en los alienados. Las observaciones de Lancereaux son casos de reblandecimiento cerebral. Un caso debido á Gentilhome y publicado por Lancereaux, es más curioso y demuestra el grado á que puede llegar el exceso de interpretacion cuando una materia está en voga. Un hombre, de veintiocho años, tiene chancros y un bubon supurante en la ingle derecha. No hay ningun otro accidente: á los tres años cae de un quinto piso, y algun tiempo despues, áun cuando curó de los accidentes que produjo la caída, tuvo una hemiplegia, con alternativas: entró en Bicetre, como paralítico, teniendo exóstosis en los huesos del cráneo y en el cuerpo pequeños tumores múltiples que habian supurado. Al verificar la autopsia se encontraron exóstosis múltiples de los huesos del cráneo, masa dura y blanquecina del volumen de una nuez y cicatrices en el hígado. Los ganglios bronquiales y abdominales duros contenian

(1) Rayer, *Sífilis cerebral*.

masas enquistadas; en la observacion se dice que los ganglios bronquiales y abdominales parecian exóstosis. (1) Hé aquí un enfermo que de una caída, capaz de producir una ruptura del hígado, ha pasado cerca de veinte años en las camas de los hospitales, y en la autopsia del cual se encuentran exóstosis, tumores duros en el hígado y una alteracion general de los ganglios. Hoy se veria, con seguridad, en estas lesiones otra cosa muy diferente de la sífilis, y se consideraria como una adenia ó una linfadenia.

Hasta ahora nadie ha visto un exóstosis franco en el cerebro.

Las lesiones de la médula espinal y de los nervios, que se atribuyen á la sífilis, no son otra cosa que lesiones que hallamos fuera de la sífilis, tales como las meningitis crónicas especiales, la degeneracion amiloide ó la atrofia simple; son, por último, compresiones de los nervios por tumores que hay á sus inmediaciones ó espesores de las vértebras atacadas de caries. (2) La mayor parte de las parálisis, llamadas sífilíticas, de los nervios, no han sido demostradas por las autopsias y el uso banal del mercurio ó del ioduro potásico, y la mejora del mal, con el tiempo, es lo que constituye el fondo de las observaciones sobre que está basada la teoría de la sífilis de los nervios.

En virtud de todo lo que acabamos de decir y apoyándonos en la opinion de sus partidarios, las sífilis viscerales son lesiones variables que no ofrecen uniformidad alguna. Radican en los pulmones, en el hígado, en los ganglios ó en el cerebro. Ofrecen los mismos caracteres que los escrofularios árabes, las tuberculosis viscerales, las adenias viscerales y los abscesos de la infeccion purulenta. Las lesiones en los niños son muy parecidas á las lesiones viscerales de la infeccion purulenta, y en el adulto participan más de los caracteres de la tuberculosis. Estamos, pues, en estado de decir que las lesiones viscerales de la sífilis tienen todos los caracteres de la infeccion purulenta, de forma crónica, con tendencias á la tuberculosis.

(1) Lancereaux, *Tratado de la sífilis*.

(2) Los libros que han estudiado la sífilis cerebral contienen tantos casos disparatados, que es punto ménos que imposible hacer su critica.

ACCIDENTES EXTRÍNSECOS DE LA SÍFILIS.

Roseola.—Iritis é iridocoroiditis.—Otites.—Coriza.—Sordera.—Testículo venéreo.—Artropatías.—Carie.—Necrosis.—Exóstosis.—Neurósis.

Hay, en el curso de la sífilis, particularidades en extremo variables: hay accidentes comunes á otras enfermedades que se unen á los accidentes especiales de la sífilis.

En general, todos los accidentes que se han atribuido á la sífilis, porque han sido observados en individuos sífilíticos y que se observan con mucha frecuencia en individuos no sífilíticos, no son la sífilis. No creemos necesario insistir sobre este hecho, para demostrar que la mayoría de los sífilíticos no lo ofrecen. Se suelen encontrar algunas veces para las necesidades de un diagnóstico teórico. Tampoco creemos haya necesidad de decir que no todos ellos tienen igualmente épocas fijas y determinadas. La roseola es una ligera erupcion, una congestion pasajera de la piel en ciertos individuos, y otras veces el principio de una sífilide papulosa ó tuberculosa, pero no aparece en muchos casos. La iritis sólo existe en un cuatro por ciento de los sífilíticos. El testículo llamado sífilítico está en la proporcion de un cuarto por ciento; las artropatías son más frecuentes, las neurósis son raras y los exóstosis más raros todavía.

Roseola. La roseola no es una manifestacion exclusiva de la sífilis. Se ha creido que la roseola era la primera manifestacion eruptiva generalizada de la sífilis, y que si no se habia hecho constar en todos los casos era porque habia pasado desapercibida. Hay en esto un error de interpretacion: se ha planteado

como ley absoluta, á semejanza de otras muchas que ha ido destruyendo el tiempo poco á poco. En muchos sífilíticos no aparece la roseola: la mayor parte de las roseolas no son otra cosa que la sífilide papulosa, que principia ó que aborta en virtud del tratamiento mercurial que se emplea contra los chaneros ó por una mala higiene, y por esto es por lo que se dice que ha aparecido la roseola al principio de la sífilis, ántes de las erupciones secundarias.

La roseola es algunas veces un eboró de la sífilide papulosa que representa todo el período eruptivo de la sífilis. Pero esto es una erupción que sólo existe en la sífilis cuando el virus se ha introducido en la economía en una cantidad excesivamente mínima. Esta roseola tiene una duración mayor que las descritas y descama como la sífilide papulosa.

La roseola es una congestión pasajera del tegumento, que existe normalmente en algunos individuos. Es lo que se ha llamado roseola púdica de las mujeres, que presenta manchas rojas en el pecho cuando le ofrecen á las miradas de los médicos. Algunos individuos tienen una roseola violácea cuando se exponen al frío, y esto se ha observado en individuos sometidos á las duchas hidroterápicas. Hay una roseola reincidente en individuos que padecen fiebre orínosa. Estas tres especies de roseola, la roseola copilla y el color que sigue en la producción de la urticaria se diferencian poco de la roseola que se observa en la sífilis, salvo el punto de su duración, pues son generalmente menos duraderas que la última.

La roseola es una erupción de placas rojas subepidérmicas irregulares y no tienen la coloración violácea que se observa en las mujeres en la época de las reglas ó en cualquiera de los sexos al recibir la impresión del frío.

En los enfermos sometidos á las medicaciones mercuriales suele volver la roseola. Pero esto suele ser consecuencia del tratamiento y no de la enfermedad.

Atrofia pigmentaria de la piel (sífilide pigmentaria (Hardy), vitiligo sífilítico). La atrofia pigmentaria de la piel no es exclusiva de la sífilis; no es otra cosa que la terminación, muy común, de las sífilides papulosas en la cara, en el cuello y en los brazos. La influencia de la profesión es muy importante en

gran número de casos. La sífilide pigmentaria ó atrofia pigmentaria va en pos de las sífilides tuberculosas lo mismo que las cicatrices de la viruela van seguidas de atrofia en la capa pigmentaria, como todas las cicatrices del tegumento. La atrofia pigmentaria no es irreparable, porque desaparece con el tiempo.

Se reconoce la atrofia pigmentaria en una mezcla de manchas blancas y oscuras, sin elevacion de la epidérmis y sin descamacion. Esto es tambien lo que distingue esta enfermedad cutánea de la pitiriasis versicolora, cuya coloracion es amarillenta y presenta escamas sobre las máculas que le constituyen. Las efélides solares son más parecidas al vitiligo sífilítico ó atrofia pigmentaria, y nada tiene esto de particular, puesto que la lesion de la piel, llamada eritema solar, ejerce la misma accion que la lesion papulosa sobre la capa pigmentaria de la piel.

Alopecia de las pestañas, de las cejas y de los cabellos. La caída del cabello no existe en todos los sífilíticos; es más frecuente en los rubios que en los morenos, y mucho más en las mujeres embarazadas y en los escrofulosos. Existe la alopecia en tantas otras enfermedades, que no puede hacerse de ella un carácter especial de la sífilis. Puede decirse, sin embargo, que esta alopecia, que no es irremediable, por otra parte, es en general uno de los signos de la debilidad ó de la anemia que precede ó acompaña á la erupcion sífilítica.

La alopecia de los sífilíticos dista mucho de ser constante; pero es más comun cuando la sífilis sigue una marcha anormal. Cuando hay pápulas en el cuero cabelludo es bastante frecuente; y cuando los enfermos están sometidos al tratamiento mercurial, la alopecia es muchas veces irremediable.

La alopecia se fija en todos los puntos del tegumento en que haya pelo ó solamente en el cuero cabelludo.

Iritis. La irítis, llamada sífilítica, es una irítis serosa ó plástica, ó una iridocoroiditis serosa, desarrollada siempre á causa de una fatiga de la vision. El vivo sol del Estío, el calor congestivo de las habitaciones en el Invierno ó los trabajos que exige la atencion de los ojos sobre objetos pequeños, son la causa determinante de las irítis. Durante el período eruptivo de la sífilis es cuando se pueden desarrollar mejor las irítis: en

los individuos reumáticos ó en los que han padecido de la vista en su juventud se muestra ménos raramente esta complicacion inflamatoria. Hemos investigado con frecuencia en los ojos sanos de sifilíticos si habia algunas manchas sobre la coróides que pudiese ser causa de una congestion que predispusiese á la irítis: nada hemos encontrado de positivo: los vasos estaban frecuentemente normales, observándose algunas veces un poco de congestion radiada en torno y en el centro de la papila.

Las falsas membranas y las sinequias que de ellas resultan, existen en la irítis que se observa en los sifilíticos. Otras veces hay pequeños abscesos del iris del tamaño de un grano de mijo. En siete años sólo hemos observado tres casos de esta complicacion en el hospital de Lourcine.

Se ha dado como carácter de la irítis sifilítica la tendencia á las recaídas. Esta tendencia no es más comun en la irítis en general. Durante largo tiempo se ha sostenido á causa de no saberse servir de los colirios midriáticos y por dejar demasiado pronto á los enfermos servirse de sus ojos sin prolongar el uso de aquellos colirios.

Una irítis doble ó una sola irítis va algunas veces seguida de coroidítis y esta existe en otros casos al mismo tiempo que la irítis. La coroidítis es una forma de coroidítis pigmentaria que produce á su vez la pigmentacion de la retina y la atrofia de la papila, sobre todo en los individuos que han estado sometidos por mucho tiempo á un tratamiento mercurial á altas dosis. Nosotros sólo hemos observado un caso de esta especie en una enferma que durante dos ó tres años estuvo sometida al tratamiento de todas las preparaciones mercuriales conocidas.

Todas estas lesiones no se diferencian por ningun punto importante de las lesiones semejantes observadas en individuos que no tienen sífilis. Ni la deformacion específica ni las producciones verrucosas ó condilomas de Beer son constantes, y remitimos para más detalles á nuestros lectores á los libros clásicos sobre las enfermedades de los ojos. Más adelante examinaremos la irítis en sus relaciones con algunas variedades de la evolucion de la sífilis en los escrofulosos y en los reumáticos.

Añadiremos tambien que en la sífilis infantil, que es una sífilis normal franca, la irítis sola es talmente excepcional, que

de ella sólo, se han publicado dos ó tres casos bien auténticos.

Coroiditis. La coroiditis en los sífilíticos no se diferencia en nada de las coroiditis simples. Es la forma congestiva más frecuente, y cuando el mal es antiguo, la coroiditis pigmentaria es la que se observa con más frecuencia. Una lesión sífilítica ha recibido el nombre de atrofia coroidea pigmentaria. Por más que se haya dicho, esta lesión es muy rara, y aún cuando se observe en un sífilítico, no es una razón para asegurar que el mal es sífilítico. La repetición de las iritis, debida más bien á sinequias que á recaídas de la sífilis, es seguramente la causa principal de esta variedad de coroiditis.

Se la reconoce en su primer grado por unas exudaciones blancuecinas, coincidiendo con depósitos de pigmentos: en el último período tiene depósitos de pigmentos, atrofia de la coroides y de la retina, y algunas veces hay una reabsorción del pigmento.

Retinitis. La retinitis sífilítica es una neuroretinitis ó una retinitis atrófica consecutiva á una coroiditis. El color amarillo que se ha dado como signo característico en la retinitis sífilítica, no es un signo seguro, y, por otra parte, todas las lesiones inflamatorias antiguas del ojo, terminan más ó menos tarde en una retinitis atrófica.

Las alteraciones de la papila sola, atrofia después de hipereimia ó atrofia simple y los cuerpos móviles del cristalino se han clasificado en la sífilis, como se ha hecho con otras muchas lesiones; pero estas no se diferencian en nada de las mismas lesiones fuera de la sífilis, ni tienen carácter propio alguno sífilítico.

La *keratitis pseudo-sífilítica* descrita por Hutchinson como una lesión sífilítica, no se admite ya.

Artropatia. Richey, entre los modernos, admite un tumor blanco sífilítico, y Lancereaux ha creído hallar un ejemplo de él en una observación que en realidad es la de una artritis en una escrofulosa, y cuya lesión articular afectaba la forma de tumor blanco como se encuentra en los escrofulosos antes del período de supuración ó en los artríticos. En estos últimos tiempos, la antigua idea de A. Paré y Swecliaur que algunos reumatismos pertenecían á la sífilis, ha vuelto á ser aceptada por

Verneuil y Fournier. Según ellos, los sífilíticos tendrían un reuma especial, que dejaría sentir su acción algunas veces sobre los tendones del puño. Un discípulo nuestro, el Dr. Guignard, ha escrito una Memoria sobre este asunto, en que citando los casos de nuestra clínica en el hospital de Lourcine, resulta que de treinta y ocho casos de reumatismo localizados ó generalizados, diez y seis veces tuvieron las enfermas anteriormente ataques de reumatismo y nueve veces eran evidentemente escrofulosas, y que en otros casos había habido anteriormente una enfermedad grave, tal como la fiebre tifoidea. Guignard hacía observar además que nada señalaba especialmente el reumatismo en los sífilíticos.

Los reumatismos y las artritis crónicas no son accidentes de la sífilis, ni la sífilis imprime un sello especial á las artropatías que se desarrollan en el individuo sífilítico. No hay diferencia entre estos reumatismos y estas artritis, y los que se observan en enfermos completamente exentos de sífilis y que padecen reuma; únicamente la debilidad debida á la enfermedad sífilítica favorece el desarrollo del reumatismo en los individuos predispuestos.

Periostitis y periostosis. Las periostitis y las periostosis que se observan en los sífilíticos, no son únicamente de la sífilis. En su mayor parte son lesiones traumáticas, porque existen, con frecuencia, en los puntos en que los enfermos han recibido golpes y siempre sobre las partes expuestas á ellos. Estas periostitis ó periostosis no supuran generalmente. Sólo supuran en algunos individuos.

Se las reconoce por una tumefacción indolente redondeada, sin cambio de color en la piel, falsamente fluctuante y que sólo ocasionan dolores en su derredor. Los dolores *osteóscopos* son muy raros, al mismo tiempo que la periostosis. Cuando se hacen incisiones en ellos sale sangre ó un líquido análogo al jarabe de goma, duran de quince días á tres meses y se resuelven bajo la influencia de la compresión. Se han considerado, muy impropriamente, como accidentes terciarios, porque estas lesiones existen con mucha frecuencia en el periodo eruptivo y aún durante el chancro, como lo ha demostrado Mauriav.

Caries, Necrosis. Las caries y las necrosis, llamadas sífilíticas,

no son la sífilis: son algunas veces epifenómenos de un exóstosis ulcerado ó de una perióstosis, ó accidentes debidos á una contusion y algunas veces al uso de las preparaciones mercuriales, siguiendo la opinion de los sifiliógrafos de la escuela de Viena. No hay caries sífilítica, ni necrosis sífilítica, porque nada es especial á los secuestros que se retiran de las ulceraciones sífilíticas. El mismo Bazin, que ha visto de cerca las sífilides tardías, dice que nó ha observado ni las caries ni las necrosis.

Exóstosis. Los exóstosis son mucho ménos frecuentes de lo que se cree en los sífilíticos, constituyendo una cicatriz, un cabo ó un rodete óseo que se forma en torno de un antiguo exóstosis subperióstico ó bajo el periosto despegador. Es un epifenómeno: no es una lesion sífilítica, puesto que se ven exóstosis que siguen á la fractura de los huesos, á los desprendimientos del periosto y á los derrames sanguíneos subperiósticos. Aún se puede ir más lejos, y afirmar que los traumatismos tienen una gran participacion, aún en la sífilis, en la produccion de las lesiones subperiósticas que producen los exóstosis, puesto que en los huesos superficiales, cráneo, clavícula, esternon y tibia es donde se presentan con más frecuencia. Los exóstosis sífilíticos no tienen nada de especial, á no ser que son con mucha frecuencia epifisarios y siguen á los desprendimientos periósticos: de este modo se explica por qué Ranvier y Cornil han podido describir una disposicion especial de los canales de Havers en los exóstosis sífilíticos. (1)

Dolores erráticos. Fatiga. Hay en la sífilis dolores erráticos que ocupan los miembros, y de los cuales dan una buena idea los enfermos cuando dicen que tienen los miembros rotos, como si hubiesen hecho una larga carrera ó un esfuerzo violento. Estos dolores existen en el momento en que se producen la anemia y la fiebre sífilítica que preceden á la erupcion. Los individuos más débiles y los peor alimentados son los que presentan estos accidentes con más frecuencia.

(1) Cornil y Ranvier, *Manual de histología*, París, 1869.

Lagneau, *Enfermedades sífilíticas de las vías lagrimales*, 1857.

Otitis. Sordera. Corizas. Tumores lagrimales. Los accidentes de estos nombres, que han sido descritos en los libros con el calificativo de sifilíticos, son realmente complicaciones fatales de sífilide que se fija sobre uno de los términos que representan otitis ó coriza. Estas lesiones se presentan en general durante los períodos eruptivos de las sífilides en que se las encuentran. Pero hay otros accidentes más graves y que tienen un origen profundo. Por la sola razon de que existen en sifilíticos, se las atribuye á la sífilis. En el coriza crónico ó en el ocaña se deben á caries de los cartilagos y de los huesos de la nariz, y en la sordera nerviosa á lesiones de la roca del encéfalo.

Las *adenitis* de la sífilis son infartos crónicos que existen en la sífilis con el mismo motivo que las otras inflamaciones del tegumento ó de las mucosas.

Las adenitis cervicales no existen en virtud del estado general: siempre que han existido se han observado costras en los cabellos.

Las adenitis que se observan en las sífilis se conocen con el nombre de *bubon*.

Hay dos clases de bubon que aparecen cerca de la lesion que ha servido de punto de partida á la sífilis. El *bubon solitario* y el *bubon múltiple*, ó *adenitis potiganglionar*. En el primer caso, se tumefacta un solo ganglio, siendo este el caso de los bubones que acompaña á las ulceraciones del rostro y de los labios en particular. En el segundo caso, el bubon se compone de muchos ganglios infartados: es el bubon más frecuente en la ingle y en las caderas.

Es muy raro que supure el bubon solitario, pero es más raro todavía que supure el bubon múltiple. Algunas veces supuran estas adenitis, y esto procede de que los enfermos andan, se fatigan ó reciben un golpe en la region enferma.

Las adenitis conocidas con el nombre de bubon, existen con frecuencia con una rozadura simple y persisten despues de curada esta. Otras veces con una erosion complicada ó no con linfagítis, otras con un chancro indurado y rara vez con chancros blandos, simples ó fagedénicos. Dos ó tres chancros blandos, sin embargo, son ménos excepcionalmente acompañados de un bubon múltiple duro que no supura. Por el contrario, los chan-

crós blandos múltiples van, con mucha frecuencia, seguidos de un bubon solitario que supura.

Toda ulceración de placa mucosa ó de tubérculo causa adenitis en sus cercanías, pero no ofrecen los caracteres del bubon inicial de la sífilis. Tan pronto son pequeños infartos fáciles de resolver, como adenitis franca, que supura del 12 al 15 día como las adenitis inflamatorias simples. Los individuos escrofulosos presentan solamente adenitis crónicas indolentes y múltiples en torno del cuello, cuando hay placas mucosas en las amígdalas.

Las adenitis que se observan más tarde, son alteraciones de otro género. El lector las encontrará más lejos.

Testículo llamado venéreo (A. Cooper). *Albuginitis sifilitica* (Ricord). *Epididimitis sifilitica* (Dron). *Orquitis exostósica* (Virchow). Los testículos sifiliticos sospechados por Astme y descritos por A. Cooper, Ricord y Vidal de Cassis, no son una sola y misma lesion. El testículo sifilitico ha sido designado con los nombres de orquitis crónica, albuginitis, periorquitis, orquitis parenquimatosa difusa, orquitis exostósica y aún epididimitis, segun Dron. Á esta anatomía patológica polimorfa, corresponde una sintomatología que no es más uniforme y que es imposible de precisar. Lo que se puede decir, es que, si el enfermo no acusa la sífilis en sus antecedentes, si no se obtiene una apariencia de curación por el tratamiento mercurial, no habria carácter distintivo especial alguno propio del testículo sifilitico.

Si alguna lesion de los testículos puede pertenecer en propiedad á la sífilis, es únicamente el exóstosis del testículo, es decir, un gran tubérculo amarillo, y es preciso que para ello haya una causa que predisponga, en un estado general anterior, una predisposición á la tuberculósisis ó un estado escrofuloso anterior.

Todas las demas lesiones generalizadas al testículo mismo ó á la túnica vaginal, están relacionadas con otros estados que no son la sífilis constitucional, y de cada diez veces, nueve reconocen por causa una uretritis aguda ó crónica, un traumatismo ó excesos. Siguiendo la comparacion entre las infecciones y la sífilis, invocaremos la prueba que en las infecciones en general, las metástasis testiculares son excesivamente raras, y que los abscesos metastáticos del testículo en la infeccion purulenta

son tan excepcionales, que puede asegurarse son los más raros de todos. Las orquitis ó, más bien, las vaginalitis variolosas son también muy excepcionales, y hay motivos para creer que las epididimitis, las albuginitis y las vaginalitis de la sífilis son como las vaginalitis variolosas de las conacidencias, y que la verdadera causa del mal está fuera de la enfermedad general.

Más adelante nos ocuparemos de estas lesiones, cuando tratemos de las sífilis modificadas.

De las estrecheces llamadas sífilíticas. Las estrecheces de la laringe, de los bronquios, del recto, de la uretra y de la vulva, reconocen por origen, ciertamente, lesiones sífilíticas de los chancros, de las placas mucosas ó de tubérculos convertidos en fagedénicos. Pero la lesion que constituye la estrechez no es otra cosa que una cicatriz.

Las estrecheces del recto, mucho más comunes en la mujer que en el hombre, son debidas á chancros inoculados por el contacto del pus procedente de la vulva, que contamina el ano y luego el recto. La defecacion, la mala constitucion, de las enfermas y la falta de cuidado principalmente, porque debe tenerse en cuenta que los chancros de la márgen del ano suben por el recto, mantienen la úlcera que se convierte en fagedénica, y que se extiende muchas veces á lo alto del recto. La cicatrizacion se verifica lentamente ántes de la transformacion de la cicatriz en tejido fibroso; hay un período en que la úlcera se rodea de pezones que no son otra cosa que condilomas de la mucosa: más tarde, despues de la formacion del tejido fibroso, hay una ulceracion sobre la estrechez, que se debe á la permanencia de las materias detenidas sobre el obstáculo, y esto existe, por otra parte, en las estrecheces del recto debidas á ulceraciones consecutivas, á hemorroides y á estrecheces de origen traumático.

Las placas mucosas ulceradas del recto se convierten en fagedénicas como los chancros, y su resultado es el mismo.

Los tubérculos ulcerados producen muy raramente la estrechez: nosotros no hemos visto un solo ejemplo, aun cuando debamos admitir su existencia.

Las estrecheces de la parte anterior de la uretra siguen á los chancros.

Las estrecheces de la laringe y de la traquea son el resultado de placas mucosas ulceradas, y en los individuos amenazados de tuberculósis, el tubérculo ulcerado de la mucosa es el que produce las estrecheces.

Es con frecuencia más fácil remontar al origen chancroso ó sifilítico de la lesión, porque en el momento en que los primeros síntomas del mal están probados, se acuerdan los enfermos de haber tenido lesiones sifilíticas en otros puntos del cuerpo.

Neurósis. Todas las enfermedades del sistema nervioso, parálisis, contracciones, neuralgias, apoplejía y aún la epilepsia, se han declarado enfermedades sifilíticas en los individuos en que existían, cuando tenían ó habían tenido sífilis.

Todas estas lesiones, que con el raquitismo en la época de Fabre, se relacionaban con la sífilis aún cuando se careciese de todo antecedente sifilítico, se han incluido de nuevo desde Ivarren, Gros y Lancereaux, Lagneaux (hijo) y otros, con los nombres de meningopatías, encefalopatías y neuropatías. Es decir, que lesiones que existen en la sífilis, han sido comprendidas en ella. Fabre era lógico, por lo ménos, puesto que atribuía á la sífilis todas las enfermedades cuya esencia desconocía; en tanto que los modernos, sin tener una buena nocion anatómica del exóstosis, dan este nombre á lesiones diversas que encuentran en individuos que han tenido ó no han tenido la sífilis.

Una de las principales razones que obligan á rechazar como lesiones sifilíticas la mayor parte de las lesiones que existen en las observaciones de sífilis cerebral que se han publicado, es que se las ha encontrado en individuos que no habían tenido sífilis. Pero lo que constituye el mejor argumento contra estas pretendidas lesiones sifilíticas, es que aparecen, unas veces al principio y otras en medio de la evolucion de la sífilis: los *dolores osteóscopos* son los mismos dolores de los abscesos y de las afecciones de los huesos, osteitis, necrósis ó tubérculos de los huesos; pero en la mayor parte de los sifilíticos no suelen existir.

Apoplejía y accidentes apoplectiformes, insomnio y neuralgias. Nada tiene de sorprendente que un sifilítico tenga accidentes apoplectiformes, como lo admite Diday en nuestros dias, ó insomnio, segun la opinion de Portal, Sigmund y Pistschaft.

Pero nada prueba que el mal sea sífilítico, aún cuando el tratamiento antisifilítico los haya hecho cesar, siendo esto, á nuestro juicio, abusar demasiado del aforismo *naturam morborum ostendunt curationes*. Los accidentes apoplectiformes observados en los enfermos que no los habian tenido ántes de la administracion de un tratamiento mercurial, constituyen una formal contradiccion del precepto. Aún cuando el fenómeno sea excepcional, hemos tenido lugar de observarle una vez.

Epilepsia. La epilepsia de los adultos, esta epilepsia que aparece despues de los veintidos años, y que dicen se debe á la sífilis, no pertenece á esta enfermedad, á ménos que no exista un exóstosis intracraniano; y aún no debe considerarse por completo como un accidente de la sífilis. El alcoholismo que modifica la sífilis, es mucho más capaz de causar la epilepsia.

Ha habido un concurso sobre los accidentes sífilíticos del sistema nervioso, que hizo aparecer trabajos en que se exageró todo y en que las ideas de Fabre y de Petit sobre el polimorfismo y el melamorfismo de la sífilis, fueron aceptadas de nuevo con los documentos anatómicos de la escuela moderna. Al leer estas obras, redactadas con tanto cuidado como paciencia, es imposible deje de chocar la exageracion y la complacencia con que se han aceptado unas observaciones, que la mayor parte son muy dudosas.

La *difteritis* sífilítica, sobre la cual A. Martin ha hecho fijar la atencion, no es una lesion especial, es una complicacion difteroides de las erosiones de la vulva y de las placas mucosas de la vulva y de la garganta en las mujeres, y de las placas mucosas y de los chancros duros en los hombres. Las erosiones simples que existen al principio de la sífilis, presentan con frecuencia este estado; procede, sin duda, de la cantidad de fibrina que se encuentra en libertad en la sangre de los individuos, cuando tienen una ulceracion.

Adenia y leucocitosis. Degeneracion amiloide. La adenia y la leucocitosis son escrófulas adquiridas, que, cuando se desarrollan en individuos de alguna edad, ofrecen algunas veces un estado intermediario entre la caquexia escrofulosa y la caquexia cancerosa. ¿Son la terminacion de la sífilis? Todos los que se han ocupado de esta enfermedad han pensado en ello, pero

á ménos de forzar todas las observaciones, es inadmisibile esta teoria; lo que se puede tener por más seguro es que, cuando los accidentes sifilíticos se han complicado con úlceras ó con lesiones de los huesos que han supurado largo tiempo, es posible siga la degeneracion amiloide, siendo por este solo hecho la terminacion de la sífilis.

Tuberculosis. La sífilis conduce á la tuberculosis cuando hay úlceras fagedénicas crónicas y cuando los enfermos se encuentran en condiciones higiénicas desfavorables: las sífilis anormales son las que ofrecen principalmente esta complicacion final. La tuberculosis ocupa entónces tres sitios principales: las meninges en los niños, los pulmones y los testiculos en los adultos, y el peritoneo principalmente en las mujeres. No podemos ser más afirmativos, porque es muy fácil hallar en los antecedentes de los enfermos alguna predisposicion. De esto nos ocuparemos al hablar de la sífilis modificada.

De las lesiones mercuriales en los sifilíticos. Hermann, de Viena, ha tratado de demostrar que los accidentes terciarios de la sífilis se debian al mercurio, comparando las lesiones de los obreros que le manejan con las caries de los sifilíticos. Graves, de Dublin, no está lejos de creer que algunas periostitis son debidas á los tratamientos mercuriales repetidos. Aun cuando no haya una completa seguridad en los hechos que han servido de guía á estos autores, la ciencia registra hoy casos semejantes.

Cruvelhier, al inyectar el mercurio en las venas, ha visto *nudos metastáticos* en el pulmon, en torno de un glóbulo de mercurio. Hé aquí un caso cierto é indiscutible, y del que se tiene conocimiento hace más de cuarenta años.

El tratamiento de la sífilis por el mercurio, administrado en inyeccion de sublimado, ha ofrecido, en estos últimos años, ejemplos de lesiones mercuriales.

Las inyecciones un poco fuertes, 5 miligramos de sublimado por 100 gramos de agua, han producido tumores en el tejido celular del volumen de una aceituna. Estos tumores, que hemos tenido ocasion de examinar, ofrecian los caracteres de los exóstosis.

Un período de dureza, luego un período de adherencia á la piel, que adquiria un color violáceo, y por último, un período

DR. PEREZ ARAPILES

Rev. de Toxicología y Sifilografía. 12. 9.º

Teléfono 20 85 19

de esfacela general del tumor. Fuera de la rapidez de la marcha del mal en algunos casos, era un exóstosis. La producción de la ulceracion de estos tumores ha variado de tres á siete semanas. Algunos se han resuelto en un mes y no han supurado. Hé aquí los exóstosis mercuriales producidos por los experimentos.

Estos exóstosis mercuriales no son las únicas lesiones cutáneas: hay otras, existiendo muchas veces sobre la piel y en los puntos en que las fricciones mercuriales se han repetido, úlceras cuyos caracteres son los siguientes: los bordes de la úlcera están desprendidos y violados, el fondo de la úlcera es amarillo, los pezones carnosos están poco desarrollados y casi no hay supuracion. Estas úlceras no tienden al fagedenismo; son úlceras atómicas, que se presentan, como dicen los enfermos, por un boton, y que, á nuestro juicio, estas úlceras suceden á pequeños exóstosis de la piel.

Las erupciones de vexículas miliares, tan comunes en las partes inflamadas, tratadas por las unturas mercuriales, son conocidas con el nombre de hidrargirósis. La estomatítis mercurial y las necrósis de las mandíbulas están sometidas á una observacion continua desde que se emplea el mercurio. ¿Hay otras lesiones mercuriales?

Desde que Delpesch ha llamado la atencion sobre el asunto, se han observado en muchos enfermos accidentes cerebrales, y nosotros hemos tenido ocasion de ver un caso de este género. Hemos observado un caso de temblor mercurial despues de un año de tratamiento por diversas preparaciones mercuriales.

Hay enfermos que, atacados de diferentes manifestaciones de la sífilis, ofrecen dos órdenes de fenómenos: desvanecimiento y pérdida del conocimiento, que obligan al cirujano á suspender el uso de las preparaciones mercuriales. Otros enfermos tienen temblores. Estas diversas manifestaciones están ligadas seguramente al empleo del mercurio, puesto que desaparecen desde que su uso cesa. Spilmann ha presentado un ejemplo de ello en la Sociedad de cirugía. Hé aquí un caso que nosotros hemos observado en un individuo que no se acordaba de, haber tenido accidente alguno venéreo, chancros, bubones ó blenorragia, y que hacía tres meses tenía una induracion con fistulas en la parte anterior del cartilago tiroides, como consecuencia de una

DR. PEREZ ARABLES
12-21
22 22 18

tumefaccion difusa que, habiendo permanecido estacionaria durante algun tiempo, habia acabado por supurar. Era una pericondrósis. Fué á consultar á un médico, que le prescribió las pildoras de Dupuytren. Al cabo de diez dias, el enfermo ofrecia síntomas cerebrales, vértigos y vacilaba al andar; estos accidentes alarmaron al enfermo y cesó en el uso del mercurio, no queriendo tomar más, y entónces fué cuando le vimos: tenia entónces una perióstosis frontal en el punto en que reposa el sombrero, desarrollada desde el uso del mercurio. Los accidentes cerebrales cesaron con la suspension del tratamiento mercurial. Este enfermo era gotoso además.

La accion conocida del mercurio sobre el sistema nervioso, tan evidente en los obreros que trabajan en el mercurio, no es ménos real en los individuos sometidos al tratamiento mercurial; es cierto que su accion sobre los elementos anatómicos del cerebro no se ha establecido; pero, clínicamente, el hecho está demostrado. Añadiremos, sin embargo, que las investigaciones modernas parecen demostrar que, como el fósforo y el arsénico, el mercurio produce la osteótosis del hígado y probablemente la de otras vísceras.

FORMAS DE LA SÍFILIS.

Hay tres variedades principales de sífilis constitucional:

La sífilis normal.

La sífilis anormal.

La sífilis modificada.

Carmichael intentó dividir la sífilis segun el género de la lesion originaria; Bassereau estudió las sífilides bajo el mismo punto de vista.

Entrando Diday un poco más en la realidad de los hechos, ha clasificado las viruelas en viruelas fuertes y viruelas débiles, Bazin, por otra parte, ha hecho una sífilis comun y una sífilis

maligna precoz. Pero todos estos autores han tratado de establecer una relacion entre la manifestacion sifilitica y el accidente inicial. Aun cuando se haya demostrado la mezcla de la escerófula y la sífilis, no se ha avanzado mucho en esta vía, que nos parece la mejor y que lleva á considerar la sífilis principalmente en sus relaciones con el terreno en que se manifiesta. Creemos conveniente la division de la sífilis siguiendo este orden de ideas. Hay una sífilis normal que se cura bien y sin complicaciones, despues de haber seguido sus fases sin traba alguna, como la viruela; otra sífilis que ofrece accidentes más incompletos en un orden más irregular, ya sea que por una causa accidental se haya turbado su evolucion, ya sea porque el tratamiento mercurial haya determinado aquella perturbacion. Hay, por último, un grupo de sífilis modificadas por el temperamento del individuo que adquiere la sífilis.

SÍFILIS NORMAL.

La sífilis normal está caracterizada por un *accidente inicial* variable.

Erosion, con ó sin linfagitis, chancro indurado, chanero blando ó rozadura simple con ó sin aureola inflamatoria y que sólo dura algunos dias.

Despues de un plazo poco variable, que no suele pasar de seis semanas, dos meses más tarde, se ve aparecer la *erupcion sifilitica*.

En todos casos, la erupcion sifilitica va precedida de prodromos poco variables, á los que se ha dado el nombre de *anemia sifilitica*, y que, á nuestro juicio, conviene más el nombre de anemia de infecciones. Está ligada á la alteracion lenta de la sangre y á la destruccion ó cesacion de formacion de los glóbulos de la sangre, correspondiendo al enflaquecimiento súbito que ofrecen los individuos atacados de infeccion purulenta.

En el curso de esta anemia, suelen tener los enfermos una fiebre prodrómica, llamada *fiebre sífilítica*, y que está caracterizada por estremecimientos erráticos, ligero movimiento febril por la noche, inapetencia y cansancio. Cuando la fiebre está poco marcada y cuando los enfermos se levantan y se dedican á sus ocupaciones, se observan pequeñas inflamaciones, que se desarrollan bajo la influencia del frío en los individuos que tienen un ligero embarazo gástrico, así como la dispepsia, pleurodinias, anginas, bronquítis y en las mujeres pelvipertonitis: los que tienen varices ó flebitis de varices se cansan con facilidad.

Otras veces la fiebre pasa desapercibida y dura tres ó cuatro días; pero, más ó menos pronunciado, más ó ménos duradero, llega al enflaquecimiento y la palidez, y el peso del cuerpo disminuye. Cuando esto no se ha observado, puede creerse que no ha tenido lugar; pero, interrogando bien á los enfermos, no dejan de decir al médico que han enflaquecido ó que han sentido malestar. En algunos enfermos la fiebre aparece á los ocho días y en otros se retarda, precediendo solamente en siete ú ocho días á la erupcion; en el primer caso hay algunas veces roseola con la fiebre, y en otros casos la roseola es la primera manifestacion de la erupcion y con el tiempo llega á convertirse en papulosa.

Durante el período de anemia sífilítica aparecen las adenítis no supurativas, es decir, los infartos ganglionares, y principalmente cuando ha habido un accidente local en el punto inoculado, tal como un chancro con induracion ó úlcera de una regular extension, y áun cuando sólo hay una simple linfagítis.

La *erupcion* aparece enseguida, ofreciendo dos formas elementales: la pápula y la placa mucosa, y el tubérculo cutáneo que es mucho más raro.

Placas mucosas. La erupcion de placas mucosas aparece con ó sin prodromos, y existe sola ó acompañada de sífilides papulosas. Las placas mucosas ocupan con preferencia las regiones más ricas en vasos linfáticos. La vulva, el prepucio, el ano, las bolsas, los labios, la lengua y las paredes del velo del paladar; la cara palmaria de las manos y la cara plantaria de los piés y la conjuntiva, donde provocan conjuntivitis simple con lagri-

meo. Cuando las placas mucosas sólo aparecen en dos sitios, las hay en los órganos genitales, y en la boca ó en la garganta.

Las placas mucosas existen tambien sobre el tegumento externo, formando allí erupciones confluentes, lo que es bastante raro, ó erupciones discretas, que ya es más comun. En el cuero cabelludo, en el cuello, en la palma de las manos, en la planta de los piés y entre las uñas de los piés y de las manos, lo que se llama *ontaxis húmeda* ó entre los dedos.

La placa mucosa es una pápula con supuracion de la parte superficial del dérmis, es decir, del cuerpo mucoso y destruccion de la red linfática.

Aunque la placa mucosa tenga el carácter general que ha sido expuesto en el capítulo que ha tratado de las lesiones esenciales de la sífilis, preciso es establecer algunas diferencias entre las placas mucosas.

Las placas de las mucosas expuestas, las del ano, las de los pequeños labios, las del prepucio y las de la vulva, ofrecen los caracteres generales de las placas mucosas de la piel. Pero las placas de las mucosas no expuestas, tales como las de la lengua, las de la cara interna de los labios y las de las paredes del velo del paladar, ofrecen un carácter especial; son blancas y presentan una serie de pequeñas elevaciones, apretadas las unas contra las otras, distinguiéndose por su blancura de la coloracion de las mucosas, se transforman muchas veces en vegetantes, sin adquirir á pesar de ello un crecimiento excesivo, porque siempre son aplastadas. Se ulceran como las placas mucosas de los órganos genitales, y esta misma ulceracion es la que se toma, con frecuencia, por una ulceracion sifilítica terciaria, cuyo diagnóstico se ha tratado de establecer con ayuda de antisifilíticos empleados.

Algunas placas mucosas son pequeñas, no excediendo su volumen del de una lenteja, otras tienen mayor extension y se elevan más sobre el dérmis. Estas dos variedades se deben al estado de aseo de las partes en que se desarrollan. Algunas veces cubre la difteritis á la placa mucosa, y entónces se parece á una placa de difteritis cutánea.

En todos los libros, excepto en el de Bazin, se han descrito las placas mucosas con el nombre de sifilide tuberculosa aplastada

ó sifilide pústulo-crustácea diseminada. Está cubierta con una costra que es generalmente negruzca ó verdosa. Cuando se levanta la costra aparece una serosidad y algunas veces pus: tan pronto es regularmente redonda, como afecta la forma de un anillo incompleto. Sea la que quiera la forma de la lesion, si durante una noche se aplica una cataplasma sobre las costras, se encuentra al día siguiente en vez de la costra una verdadera placa mucosa, una superficie granulosa gris ó violácea, ligeramente elevada sobre el dérmis, que es el carácter típico de la placa mucosa.

Las placas mucosas del ano, que radican en su rededor, ofrecen el aspecto de hendiduras iniciales separadas por los pliegues salientes sobre los que existe el borde característico de la placa mucosa, y esto es lo que la antigüedad llamaba grietas.

Las placas mucosas ofrecen dos complicaciones especiales:

- 1. La transformacion en vegetacion.
- 2. La ulceracion ó gangrena limitada.

Las placas mucosas vegetan á la manera de las verrugas, con la diferencia de que durante los primeros momentos las placas exhudan y desprenden un olor fétido característico; las placas mucosas confluentes se reunen y forman á modo de un vestido que cubre el tegumento, su superficie es vellosa y se parece al terciopelo. En los puntos que se frotan unas con otras estas placas vegetantes, hay ulceraciones. Á medida que la placa vegeta más, aumenta la hinchazon, y entónces tienen las partes el verdadero aspecto de una coliflor. Al cabo del tiempo, las pápulas hipertrofiadas se cubren de epidérmis, y la vegetacion existe con una organizacion completa y no puede desaparecer sino en virtud de una operacion, excepto en las mujeres embarazadas; no deja de haber algunas erupciones. Algunos pólipos del recto no son otra cosa que placas mucosas transformadas en vegetacion. Algunos pólipos de la laringe son placas mucosas vegetantes.

La ulceracion de las placas mucosas es con frecuencia el resultado de la compresion que sobre ellas ejercen las partes del lado opuesto, y esto es lo que pasa en el pliegue génito-crursil, por ejemplo. El roce de los grandes labios, uno contra otro, causa la ulceracion ó, más bien, la eliminacion de una serie de

placas mucosas, y de aquí esas ulceraciones, llamadas impropiamente chancros por algunos autores. Estos hubieran podido evitar el error investigando más, puesto que al lado ó en la garganta hubiesen hallado placas mucosas en un estado que hubiera sido una revelación. Las placas mucosas del ano se ulceran por un mecanismo análogo. La desgarradura de las grietas durante la defecación, unida al continuo paso de las materias, causa una úlcera de gran profundidad á veces y ulceraciones fagedénicas que van seguidas de estrechez del recto. En los espacios interdigitales, el mecanismo de la ulceración es la compresión, porque en los enfermos atacados de placas mucosas entre los dedos de los pies, y á quienes se obliga á permanecer en cama, se ve á la placa mucosa seguir la evolución natural.

Las placas mucosas causan sobre las mucosas una hipertrofia del dérmis y de las partes subyacentes: en los pequeños labios en la mujer, en el prepucio en el hombre y principalmente en las amígdalas, es donde este fenómeno es más aparente. Debemos hacer observar que no se debe tocar á estas hipertrofias de las amígdalas cubiertas de placas mucosas, cesan por sí mismas sin causar la incomodidad que se pudiese suponer. Hay, sin embargo, una sordera que está ligada á esta hipertrofia de las amígdalas, ocasionada por la compresión que ejerce la amígdala sobre el velo del paladar y trompa de Eustaquio. Otras veces hay un catarro de la cavidad posterior de las fosas nasales, determinado por placas mucosas en aquella region (1) que también suele engendrar la sordera.

Las erupciones de placas mucosas generalizadas tienen una duración de tres á siete semanas, y no reinciden. Las erupciones de placas mucosas de los orificios naturales, extendidas por la piel de las partes vecinas y las erupciones de las mucosas, son,

(1) Casos de este género desconocidos, han sido causa de transmisiones de la sífilis por la exploración de la trompa de Eustaquio. No creemos rogar nunca demás á los individuos que se dedican á la especialidad de los oídos, examinen bajo el punto de vista de la sífilis á los enfermos atacados de sordera súbita, antes de explorarlos con la sonda de que se sirven ordinariamente.

por el contrario, reincidentes. En las mujeres, por ejemplo, en la época de las reglas, hay recaída de placas mucosas. Las placas mucosas de la garganta, en ambos sexos, son reincidentes ó duran mucho, y esto se debe á mil circunstancias y á causa de las funciones fisiológicas de la masticacion y deglucion. Pero el frio, los esfuerzos, el uso y el abuso del tabaco, de los alcoholes ó de condimentos picantes, determinan amigdalitis, y lo que en un individuo sano sería una amigdalitis simple, son placas mucosas en un sífilítico.

Se reconocen las placas mucosas por los inequívocos caracteres que ya hemos estudiado, y si están cubiertas de costras, es suficiente hacerlas caer por medio de la humedad, para volver á encontrar los caracteres de la placa mucosa. Su multiplicidad misma es el mejor medio de diagnóstico, porque nunca hay una placa mucosa sola ó sin sífilide papulosa, confluyente ó diseminada. En el momento del primer movimiento de placas mucosas, hay siempre un infarto de los ganglios ó de las regiones en que se reunen los vasos linfáticos de la parte enferma, no exceptuándose ni la garganta. Por último, importa saber que las placas mucosas pueden existir en todas partes.

Las placas mucosas vegetantes, comunes en las mujeres, se reconocen por su aspecto de coliflor y por su exhudacion, que á veces forma costras amarillentas ó negruzcas en la punta de las vegetaciones.

Las placas mucosas ulceradas ofrecen este carácter y en general las úlceras parecen cortadas con un sacabocados. Cuando ha habido roce, los bordes están indurados, hasta tal punto, que se podían diagnosticar diez chancros indurados, algunas veces, en puntos donde sólo existen placas mucosas. Puede evitarse este error interrogando á los enfermos sobre el principio de los accidentes é investigando si ha habido ó hay al mismo tiempo placas mucosas ó manchas en el cuerpo. El infarto poliganglionar no está en favor de los chancros indurados múltiples, puesto que los infartos de los ganglios persisten desde el momento en que aparecen las placas mucosas y puede producirse, ó por lo ménos aumentarse durante la ulceracion de las placas mucosas. Algunas úlceras de las amígdalas que tienen su origen en placas mucosas, no pueden ser reconocidas algu-

nas veces por la simultaneidad de esta úlcera con placas mucosas ó sifilides papulosas.

Las placas mucosas del oído, de las fosas nasales, de los labios y del ombligo se reconocen por los caracteres generales de las placas mucosas y porque suele haberlas en otros puntos. No se debe perder de vista que estas placas mucosas son siempre algo vegetantes.

Las placas mucosas localizadas, es decir, diseminadas en torno de los órganos genitales y en la garganta, tienen la forma más frecuente de erupción de la sífilis: esta forma es *casi constante* sola ó asociada á la sífilide papulosa en las mujeres.

La época de la aparición de las placas mucosas, despues de la introducción del virus sífilítico, es de uno á dos meses, haya habido ó no accidentes locales en el punto inoculado.

Raramente existen solas las placas mucosas al principio del período eruptivo; siempre hay, ora pápulas diseminadas por el cuerpo, ora placas mucosas en diferentes puntos. Cuando las placas mucosas reinciden, ocupan ordinariamente una sola región y no suelen ir acompañadas de infartos ganglionáres. Los hay sin embargo, algunas veces, cuando se ulceran las placas mucosas del segundo empuje, y de aquí el error de Fournier al dar el nombre de pseudo-chancro de los sífilíticos, á las placas mucosas.

El diagnóstico de las placas mucosas reposa sobre la demostración de los caracteres indicados más atrás, sobre la multiplicidad de estas lesiones en diferentes puntos y sobre la coexistencia de pápulas en diferentes puntos del tegumento. Las placas ulceradas en las partes genitales, en la garganta, en los piés y en las manos y el oníxis ulceroso, se reconocen por la misma coincidencia de lesiones, placas mucosas ó pápulas. Cuando estas placas mucosas son reincidentes, puede encontrarse en los antecedentes del enfermo la noción de placas mucosas en las partes genitales, y si en aquellos puntos se encuentran manchas pigmentarias oscuras, esto indica que en los seis meses anteriores ha habido allí placas mucosas.

Las erupciones de placas mucosas circunscritas ó generalizadas son el indicio de una sífilis normal, y con las erupciones de sífilide papulosa generalizadas ofrecen ménos gravedad que la

erupcion tuberculosa. Puede asegurarse, en principio, que cuanto más regular sea en los dos primeros meses de la sífilis la aparicion de la primera erupcion de placa mucosa, serán ménos numerosas las reincidencias y que las erupciones generalizadas de placas mucosas reinciden ménos que las erupciones localizadas, y esto se presenta con mucha frecuencia en las sífilis modificadas.

Hay que hacer, por último, una observacion sobre las placas mucosas. Los movimientos de placas mucosas de los órganos genitales y de la boca reinciden durante muchos meses, dos años tal vez, y algunas, aunque raras, más, á pesar del tratamiento mercurial. Las reincidencias tienen lugar á cada excitacion ó fatiga del órgano. Lo que en cualquiera sería un eritema, se convierte en un sifilítico en placas mucosas; pero tambien se debe esto á que los primeros movimientos no han seguido su evolucion natural.

Sifilide papulosa. Eritema papuloso (Bazin). Las pápulas sifilíticas, cuya descripcion hemos hecho, aparecen primeramente sobre todas las partes del cuerpo ó sobre porciones limitadas. En una primera serie de casos se las ve aparecer sobre el abdómen, en las caderas y en el cuero cabelludo.

En otra aparecen en las caderas, en la cara interna de los brazos y en el pliegue del codo.

En otros casos, por último, ocupa todas las partes del cuerpo, siendo más confluyente en el pecho, en la cara y en la parte anterior del abdómen. En estos casos los miembros las presentan igualmente, pero son ménos confluentes.

En los enfermos no sometidos al tratamiento mercurial, aparece la sifilide de una sola vez, y si hay alguna excepcion, es para las mujeres en la época de sus reglas ó en el caso en que una indisposicion haya emprendido momentáneamente el fenómeno regular de la erupcion.

La erupcion papulosa varía; unas veces forma pequeñas elevaciones del dérmis, cubiertas de una pequeña escama epidérmica, como las han descrito Bazin y Bassereau, y otras forman pequeñas pápulas redondeadas, y á esto se ha dado el nombre de *sifilide papulosa miliar*. Ofrecen algunas diferencias, segun las regiones que ocupen. En el cuero cabelludo están cubiertas

por una pequeña costra amarillenta. En las manos y en los piés, la epidérmis se agrieta ó bien se dilata y forma una vesícula, debajo de la cual la epidérmis tiene un color rojo violado. Esta variedad en su desarrollo de la pápula, ha hecho establecer una sifilide bulbosa que no existe. Cuando las pápulas son muy pequeñas, sucede algunas veces que dan lugar á la formación de una pequeña vesícula, y esto es lo que se ha descrito como una sifilide vesiculosa que existe al principio de la sífilis. En los ancianos caquéuticos la sifilide papulosa ofrece algunas veces grandes manchas cubiertas de la película epidérmica característica ó grandes bulbos formados por la epidérmis elevada por una serosidad blanquecina, debajo de la cual existe una placa roja. Cuando se desprende la vesícula se forma una costra más ó ménos densa, amarillenta y que dura tres ó cuatro semanas.

El pénfigo de los recién nacidos no es otra cosa que una sifilide papulosa en un individuo caquéutico. Las largas discusiones que han tenido lugar á propósito del pénfigo no se han ocupado de estos puntos de vista, porque la teoría de las enfermedades de la piel clasificó las enfermedades cutáneas en especies distintas y que no se podían confundir las bulbos con las pápulas.

Segun la época en que se observa la sifilide papulosa, ó segun el estado de salud del enfermo, se han visto caracteres diferentes que han hecho incurrir en errores á bastantes dermatólogos. Las sifilides escamosas y tubérculo-escamosas no son, con frecuencia, sino sifilides papulosas llegadas al periodo de desecación. Algunas roseolas, tales como las que forman la primera observacion aneja al libro de Bazin, son sifilides papulosas terminadas. Porque la verdadera roseola, como el sarampion, tiene una duracion de una á dos semanas y con frecuencia sólo dura tres días.

De las tres erupciones normales que constituyen la sífilis constitucional, la sifilide papulosa sola ó acompañada de pápulas en las partes genitales sobre las mucosas, es decir, pequeñas placas mucosas, es la más frecuente, segun confesion de los mismos Bassereau y Bazin.

Esta sifilide es tan frecuente, que, segun nuestras propias

observaciones, podemos asegurar está en la proporción de 70 por 100 respecto á todas las demas erupciones juntas, exceptuando las roseolas más ó ménos fugaces, que son por su parte una mitad ménos frecuentes que la sífilide papulosa.

La erupcion de sífilis papulosa aparece, por término medio, del primero al segundo mes, como las placas mucosas; y aun cuando puede retardarse, se debe á circunstancias exteriores ó á tratamientos perturbadores.

Cuando una sífilide papulosa existe, ha habido ó habrá placas mucosas más ó ménos confluentes en alguno de los orificios naturales ó en varios á la vez. Estas placas mucosas son grandes unas veces y otras pequeñas.

Durante las primeras semanas, los enfermos están delgados. La anemia y la fiebre sífilítica pueden persistir por lo ménos, cuando la erupcion no tiene lugar sobre todo el cuerpo á la vez; pero en la generalidad de los casos, tan pronto como aparece la erupcion cesa el malestar y desaparece la fiebre. En el momento de la erupcion se suelen suprimir las reglas de las mujeres, pero reaparecen al cabo de algunos meses.

El diagnóstico de la sífilide papulosa reposa sobre el conocimiento eventual de lesiones anteriores en los órganos genitales, sobre la duracion de la erupcion ántes de demostrarse, sobre la lesion superficial del dérmis, sobre el color un poco violado de la pápula, sobre la lámina más ó ménos espesa que al cabo de tres á seis semanas cubre la pápula, y por último, sobre la coexistencia de placas mucosas en los orificios naturales. Pero el signo más característico es la aparicion del mal despues de un estado febril ó de un malestar que ha seguido de cerca y durante un mes ó seis semanas, la aparicion de las lesiones más ó ménos duraderas en los órganos genitales, en el seno ó en la boca.

Aun cuando la sífilide papulosa no sea una enfermedad, hay lugar, sin embargo, de establecer su valor pronóstico en cuanto á la gravedad de la sífilis. Entre las manifestaciones cutáneas de la sífilis, la sífilide papulosa confluyente es de mejor pronóstico que la sífilide papulosa que aparece en diferentes veces. La regularidad en la erupcion asegura el fin próximo de la sífilis, en la mayoría de los casos.

Por último, no hay ejemplo de reincidencia de una sífilide papulosa generalizada cuando no se ha administrado el mercurio. Durante siete años, no hemos visto un solo caso en el hospital de Lourcine.

Sífilide tuberculosa. La sífilide tuberculosa puede ser generalizada ó circunscrita á una region. Las sífilides tuberculosas circunscritas, no pertenecen comunmente á la sífilis normal. Las sífilides tuberculosas generalizadas, entran, por el contrario, en la sífilis normal. Solamente que ésta forma en erupcion, infinitamente más rara que la pápula y las placas mucosas, corresponde á su modo de intoxicacion especial. Segun nuestras observaciones personales y las de Bazin, la sífilide tuberculosa aparece como la erupcion papulosa ó las placas mucosas en la época normal en que se manifiestan las primeras erupciones.

De aquí se puede deducir que el virus sífilítico introducido en la economía, ha penetrado, con una rapidez poco acostumbrada, en el sistema circulatorio sin causar accidentes locales, siendo muy probable que haya penetrado por una pequeña llaga y haya sido absorbido por las venas. Los experimentos verificados sobre la absorcion por Bouillaud, han demostrado suficientemente que los venenos absorbidos por las venas obran con más intensidad que cuando son absorbidos por los linfáticos. También se sabe que la infección purulenta es más fuerte y más rápida cuando sucede á un flemon difuso, que cuando la ha precedido una erisipela, y aún esta eventualidad ha sido puesta en duda por Velpeau.

La sífilide tuberculosa va precedida de los mismos accidentes que las otras erupciones de la sífilis normal. Cuando las erupciones son confluentes, existen la anemia y la fiebre; pero en la sífilide tuberculosa es más pronunciado el estado anémico y se prolonga por bastante tiempo.

En el orden regular de las cosas, la sífilide tuberculosa no va acompañada de lesiones viscerales; pero hay algunos casos en que se han observado dolores, dolores nocturnos llamados osteóscopos, ligados sin duda á algunas periostitis y neuralgias cefálicas muy intensas.

La sífilide tuberculosa generalizada ocupa todo el cuerpo ó solamente algunos puntos, tales como la cara anterior del tron-

co, las caderas y la frente. Está caracterizada por pequeños botones análogos á los de los forúnculos pequeños. En el primer período de su evolucion, su coloracion es roja ó cobriza, segun sean observados en una época más ó ménos próxima al principio de la erupcion. Los tubérculos forman una saliente dura en la piel. Su volúmen varia entre el de un guisante y el de una ave-llana. En los casos ordinarios no hay tendencia alguna á la supuracion. Los tubérculos se disipan poco á poco, dejando algunas veces una ligera descamacion epidérmica; pero el carácter principal de esta erupcion, es una atrofia intersticial del tubérculo. Despues de su resolucion hay una ligera contraccion del dérmis. La duracion del tubérculo es de unos siete meses, si se quiere suponer la curacion desde el momento en que sólo queda una mancha oscura en el punto donde existió el tubérculo. Una erupcion tuberculosa generalizada no reincide cuando ha aparecido de una sola vez: de otro modo suele haber erupciones tardías al fin de la primera.

Es muy raro que haya placas mucosas al mismo tiempo que la erupcion tuberculosa, (1) porque si la erupcion tuberculosa es un caso de intoxicacion por las venas, la erupcion papulosa y las placas mucosas son el de la intoxicacion por el sistema linfático. Casos puede haber en que existan las placas mucosas y los tubérculos, pero entónces se puede asegurar que la absorcion se ha verificado por las venas y por los linfáticos. Podemos añadir, para completar la demostracion, que en las sífilides tuberculosas precoces son muy raros los infartos ganglionares en los sitios en que hay costumbre de hallarlos.

La sífilide tuberculosa puede confundirse con la sífilide papulosa, pero sólo al principio de la erupcion, porque despues de algunos días los tubérculos son bien pronunciados. La presencia de placas mucosas nos debe inducir siempre á diagnosticar una erupcion papulosa. Algunos acné se parecen á la sífilide tuberculosa, pero el color de aquellos es al principio rojo vivo y

(1) Bassereau afirma el caso, pero no ha visto un sólo ejemplo. (Véase Bassereau, *Af. síf. de la piel*, pág. 317.)

en la punta del tumor no tarda en presentarse un punto blanco que no se encuentra en el tubérculo sifilítico.

Lo que se parece más á la sifilide tuberculosa son los tubérculos de la lepra, áun cuando éstos presentan luego tendencias á la descamacion, en tanto que el tubérculo sifilítico permanece semanas en el mismo estado.

En las mujeres cuyas reglas aparecen normalmente, toman los tubérculos en aquella época un color violado, no debiendo descuidar este detalle para no equivocarse el diagnóstico.

En las mucosas se presenta algunas veces una erupcion análoga á la de la piel, habiendo placas blancas algo elevadas del dérmis, pero sin el puntillado característico de la placa mucosa.

Cinco veces hemos observado esta sifilide generalizada, sin existir lesiones primitivas en el punto inoculado.

El valor pronóstico de la erupcion tuberculosa es diferente del de las erupciones papulosas y de las placas mucosas, indicando una intoxicacion más rápida. No es esto decir que la sífilis sea más grave; porque cuando el sifilítico no tiene otra causa de enfermedades crónicas, la sifilide tuberculosa generalizada, como la papulosa generalizada, agota la sífilis constitucional. Pero es muy cierto, que siendo débil la descamacion de estos tubérculos, no es tan completa la eliminacion del mal como en la sifilide papulosa.

Sin embargo, como hay niños atacados de sífilis hereditaria que ofrecen sifilides tuberculosas crónicas, habiendo operado en ellas exstasis del velo del párpado, y de los miembros y periodos durante y después de sifilides generalizadas, que de admitirse á beneficio de un tratamiento, que después de una erupcion regular de sifilide, haya un periodo en la sangre sin los elementos capaces de provocar su reaparicion, es decir, en tanto perdidos en los capilares de una region, como un cuerpo extraño, y que existan tubérculos ó exstasis en la sífilis normal, en la que el organismo se recupera, como en la sífilis hereditaria. Los tubérculos crónicos de la sífilis, que son secundarios metastáticos, están situados tan profundamente como los tubérculos de la erupcion tuberculosa, y tienen las mismas dimensiones y las variaciones que aquélla. Absorben una gran cantidad de sangre, y los caracteres distintos.

DE LAS METÁSTASIS DE LA SÍFILIS.

Tubérculos y exóstosis.

Á las sífilis normales no siguen las metástasis en una proporción tan considerable como en la viruela; es decir, que los exóstosis y los tubérculos metastáticos son extremadamente raros. Las sífilis débiles, observadas por Diday, así como las que nosotros hemos observado, no han ido seguidas al cabo de siete ú ocho años de tubérculos ó de exóstosis, y los individuos en quienes se ha observado no han tenido erupciones generalizadas.

Sin embargo, como hay niños atacados de sífilis hereditaria que ofrecen sífilides tuberculosas circunscritas, habiendo observado en ellos exóstosis del velo del paladar, y de los músculos y perióstosis durante y despues de sífilides generalizadas, puede admitirse, á beneficio de inventario, que despues de una erupción regular de sífilide, hayan quedado en la sangre algunos elementos capaces de provocar su metástasis, es decir, infartos perdidos en los capilares de una region, como un cuerpo extraño, y que existan tubérculos ó exóstosis en la sífilis normal.

Tubérculos. Los tubérculos cutáneos de la sífilis, que son accidentes metastáticos, están situados tan profundamente como los tubérculos de la erupción tuberculosa, y tienen las mismas dimensiones y las variedades que aquellos. Afectan una disposición circular ó son únicos, y dos caracteres diferentes.

1.º La tendencia á la descamacion: es la *sifilide circunscrita tuberculosa y resolutive* de Bazin.

2.º La tendencia á la ulceracion: es la *sifilide circunscrita tubérculo-ulcerosa* de Bazin.

Entre estas dos formas extremas se colocan todas las intermedias conocidas con los nombres de sifilide pústulo-crustácea y rupia sifilítica, perteneciendo una de ellas á la sífilis normal y las demas á las sifilides modificadas. La sifilide resolutive circunscrita es la única que realmente pertenece al período metastático de la sífilis normal.

Los tubérculos metastáticos pertenecientes á la sífilis normal aparecen en forma de placas y no ocasionan perturbacion alguna en su derredor, siendo, por decirlo así, sin erupcion, pero con empeine rebelde, porque esta sifilide se reproduce con una persistencia singular. Es un resto de sífilis que tiende á su eliminacion.

Igualmente se observan en las placas mucosas que en la piel. En las fosas nasales causan perforaciones en los huesos y en los cartílagos si llegan á ulcerarse, lo que es, sin embargo, muy raro en los casos de sífilis normal.

Solamente el lupus en los individuos linfáticos puede confundirse con los tubérculos sifilíticos; pero la forma anular de los tubérculos y su coloracion oscura, principalmente cuando son algo antiguos, diferencian bien el lupus simple de los tubérculos, puesto que aquel es rosado y forma placas de contorno irregular cubiertas de costras amarillentas ó blancas. Añádase á esto, que en la mayor parte de los casos se encuentran algunos accidentes sifilíticos en los antecedentes de los enfermos que tienen tubérculos con los caracteres indicados.

Los tubérculos sifilíticos circunscritos existen en los individuos cuyos accidentes sifilíticos iniciales han sido poco marcados, tanto que no los recuerdan los enfermos, existiendo en los niños de dos á quince años que no han tenido huella anterior de sífilis, y esta enfermedad sólo puede encontrarse en los pacientes por interrogatorios juiciosos y repetidos. Más adelante encontraremos la descripcion de estas lesiones.

Los *cróstosis* ó *infatos* son metástasis en la sífilis normal cuando la erupcion no basta para eliminar la parte enferma de

la sangre. Como excepcion existen en la sífilis normal. Algunos exóstosis del velo del paladar, algunas pericondrosis de los cartílagos desfacibles, tales como el cartilago tiroides y periostitis de los huesos del cráneo y de la tibia han sido observadas y no siempre han supurado.

Los exóstosis del tejido celular tienen una gran analogía con el forúnculo en que su mayor parte no se destruye por la supuración, siendo un infarto en torno del cual el tejido conjuntivo y las partes que contiene están atacadas de esfacela. Los exóstosis pueden ser solitarios ó agrupados, pero lo primero es lo más frecuente.

El exóstosis del tejido celular ofrece tres fases: primera, una induración indolente; segunda, una adherencia á la piel con aumento de color del tegumento; tercera, el esfacela y la eliminación del exóstosis con la piel que le cubre; la cicatrización deja una huella indeleble, cuyo volúmen es muy inferior al volúmen primitivo del exóstosis.

Los exóstosis del velo del paladar y de la bóveda palatina supuran con frecuencia. (1)

Á ménos que sobrevenga el traumatismo, los infartos de la sífilis no supuran generalmente. Las periostosis y las pericondrosis que pueden llamarse exóstosis subperiósticos, se resuelven dejando en su lugar una pequeña induración.

Las vísceras vasculares son con mucha frecuencia el sitio de lesiones metastáticas que no son exóstosis más verdaderos que las periostosis; á nuestro juicio, las cicatrices del hígado y las adherencias de las meninges no reconocen otra causa que pequeñas hemorragias formadas por glóbulos sanguíneos enfermos, en torno de los infartos. La reabsorción de las hemorragias se traduce por una pequeña cicatriz parecida á las del cuerpo amarillo.

Cuando tratemos de las sífilis anormales y modificadas, estu-

(1) Hay exóstosis del velo del paladar que no pertenecen á la sífilis y que no se deben confundir con ella. Las glándulas del velo del paladar que supuran en los tubérculos, y aún en los escrófulosos ofrecen los mismos caracteres: esto ha sido completamente demostrado hace mucho tiempo.

diaremos los grandes exóstosis, los exóstosis supurativos y los exóstosis musculares. En lo que se refiere á las metástasis excepcionales de la sífilis normal, basta citar las periostosis, los infartos del hígado y aún del pulmon, y las congestiones oculares. Estas lesiones internas existen lo mismo que las lesiones internas de otras infecciones, ocupan los mismos sitios, y esto es lo que hace se confundan con la sífilis; pero no son aún estas metástasis los exóstosis supurativos seguidos de caries ó de necrosis, ni los abscesos subperiósticos consecutivos á las periostosis: son infartos. Así, pues, no es muy raro observarlos en una época próxima al principio de la sífilis; pero en estos casos es fácil observar que las periostosis, (1) accidentes metastáticos interiores menos raros, existen en puntos en que hay roce ó un traumatismo cualquiera, como en la parte que roza con el sombrero ó en la cara anterior é interna de la tibia, que es la parte más expuesta á los golpes. Se han observado estas metástasis como se observan algunas neumonías lobulares en los variolosos durante la erupción; pero tanto en uno como en otro caso, ni es sífilis ni viruela.

De los accidentes que pueden complicar la sífilis normal. De todos los accidentes que pueden complicar la sífilis, el ménos raro es la iritis. Este accidente existe principalmente en el momento del período eruptivo de la sífilis normal, y se observa en los individuos que se dedican á trabajos delicados de la vista. En los enfermos que tuvieron grandes erupciones, en los últimos años de nuestra práctica en el hospital de Lourcine, hemos podido prevenir la iritis con el uso de anteojos de color, y esto es lo que nos obliga á decir que el trabajo de los ojos principalmente la causa ocasional de la iritis.

Las adenitis cervicales, que, segun Ricord, son el signo de la sífilis constitucional, se manifiesta cuando hay erupciones en el cuero cabelludo ó placas mucosas en la garganta.

(1) Mauriac, *Afecciones sífilíticas precoces de los huesos*. Gaceta de los hospitales, 1872, y folleto, Paris, 1872. El autor cree que son accidentes terciarios de la sífilis que sobrevienen ántes de su época, y se sirve de estos hechos para criticar la cronología sífilítica admitida.

Las neurósís más comunes son unas veces dolores neurálgicos simples y otras dolores llamados osteóscopos ó nocturnos. Hemos tenido ocasion de observar dos casos en que alcanzaron su *máximum* de intensidad, arrancando gritos al enfermo. Duraron cerca de un mes con las recaídas y cesaron bruscamente. Se observaron en enfermos que tenían una erupción generalizada, diseminada ó descrita, y placas mucosas en el tegumento; en una de ellas, embarazada de cinco meses, los dolores ocupaban la mitad derecha de la cabeza; en la otra, el dolor también existía en la cabeza, habiendo durado tres semanas, durante el curso de una sífilide papulosa diseminada ó discreta. Muchas otras enfermas sentían también dolores, pero duraron cuatro ó cinco días y desaparecieron por sí solos.

En cuanto á las parálisis faciales, sólo hemos visto un caso en siete años; nos pareció relacionado con un enfriamiento, y el tratamiento mercurial á que fué sometido el enfermo después de salir de nuestra clínica, no le procuró ninguna mejoría, teniendo que recurrir á la electricidad.

Las periostosis son muy raras en la sífilis normal.

Las congestiones del hígado con ictericia son todavía más raras, y se deben atribuir, á nuestro juicio, á enfriamientos accidentales, que han sido favorecidos por la congestión del hígado en el momento del período eruptivo de la sífilis.

Duración de la sífilis normal. La duración de la sífilis normal no excede de tres años: los casos citados por Diday, á que da el nombre de sífilis débiles, los casos que hemos presentado en la Sociedad de Cirugía, (1) los de reinfección señalados por Follin, (2) y Diday (3) parecen demostrarlo. La sífilis normal de una ó dos veces, no suele pasar de aquel tiempo. Las relaciones de los viajeros que han visto á los salvajes, dicen que los sífilíticos desterrados del país por tres años, volvían curados al cabo de aquel tiempo, y tenían hijos con mujeres sanas. Astruc ha citado relaciones de viajeros que convienen en lo mismo.

(1) *Bot. de la Soc. de Cir.*, 1867, 1868 y 1869.

(2) Follin, *Pat. ext.*, t. I, pág. 739.

(3) Diday, *Historia natural de la sífilis*.

Hay sífilis normales que no duran más de diez y ocho meses; pero el término de dos á tres años es el más constante. Está medido, por decirlo así, por el tiempo que trascurre entre el principio de la sífilis en las jóvenes y el momento en que dan á luz un niño sano; hablamos siempre de la sífilis en individuos virgenes de tratamiento mercurial.

La duracion de la sífilis normal es tanto mayor, cuanto más general ha sido la erupcion del primer golpe. No conocemos ejemplo de enfermos que hayan tenido una sífilis generalizada que durante el año hayan tenido una recaída de importancia, cuando la erupcion de la sífilis no ha sido perturbada por ningun accidente ó por alguna medicacion deteriorante, tal como el mercurio.

Las sífilis normales de erupciones papulosas limitadas duran más que las sífilis de erupciones confluentes, y las sífilis de placas mucosas diseminadas duran más que las sífilis de erupciones papulosas confluentes. Las sífilis de erupciones tuberculosas duran, por último, ménos que las sífilis de erupciones de placas mucosas. Esto puede considerarse como regla general, pero no absoluta, puesto que la higiene de los sífilíticos desempeña un papel importante en la duracion del mal.

DE LAS SÍFILIS ANORMALES.

Las sífilis anormales ofrecen variedades principales que están relacionadas con los accidentes que complican la sífilis, con el tratamiento aplicado y con los climas en que viven los sífilíticos; pero esta última variedad será mejor estudiada y con más provecho en el capítulo de las sífilis modificadas.

Sífilis anormal debida á descuidos en el régimen y á una mala higiene, ó por haber contraído la sífilis durante la convalecencia de una enfermedad grave. En la sífilis debida á los descuidos en el régimen, se encuentran las mismas lesiones esenciales que en

la sífilis normal, con la única diferencia de que estas lesiones no aparecen con regularidad. La erupcion nunca es confluyente y tiene lugar en diferentes veces. Las placas mucosas reinciden con una persistencia por largo tiempo sostenida, y las sífilides tuberculosas circunscritas llegan á cruzarse con las sífilides papulosas.

Los depósitos metastáticos ó exóstosis son muy raros ántes de seis, ocho ó diez años, y en los individuos débiles que están más expuestos á los efectos de una mala higiene, afectan la mayor irregularidad estos accidentes.

Por último, estas sífilides van siempre acompañadas de neurósis múltiples y variadas.

El cuadro de los accidentes de la sífilis en estas condiciones, se aproxima mucho á las clasificaciones de Hunter, Ricord y Bazin, bajo el nombre de accidentes secundarios, terciarios y cuaternarios.

Sífilis tratada por el mercurio y las medicaciones alterantes. La terapéutica de la sífilis nos proporciona diariamente ejemplos muy notables de lo que puede ser la sífilis cuando se perturba su evolucion, y esto es lo que nos permite deducir que hay sífilis anormales fuera del uso del mercurio. Porque lo que hacen el mercurio, la dieta, los purgantes, la sífilizacion y los vejigatorios, puede hacerlo tambien la falta de régimen, es decir, el hambre y la miseria, los trabajos rudos y el exceso en la bebida, en el coito y en la masturbacion.

Al estudiar Bassereau (1) la sífilide papulosa, observó que en los individuos tratados por el mercurio en el momento del accidente local ó accidente primitivo, aparecia esta sífilide mucho más tarde que en los individuos vírgenes del mercurio, habiendo observado un número mayor en el tercero y en el quinto mes, que en el segundo, que es la regla en las sífilides papulosas. Tambien ha visto Bassereau que el retardo en las erupciones de placas mucosas no es ménos manifiesto.

Bazin, (2) por su parte, no ha dejado de observarlo, y ha ido

(1) Bassereau, *Afecciones sífilíticas de la piel.*

(2) Bazin, *La sífilis y la sífilides.*

más léjos, puesto que ha hecho corresponder á cada uno de los exantemas sífilíticos que describe, un exantema modificado por el mercurio. Retardo en la aparicion de la sífilide é irregularidad en la erupcion, son las modificaciones que los tratamientos mercuriales hacen sufrir á la erupcion. Esto mismo se ha demostrado en las fiebres eruptivas, cuya evolucion ha sido turbada por una medicacion deteriorante.

Carmichael sospechó el caso y lo dijo de una manera más científica que los autores de los siglos anteriores desde Ulrico de Hutten. Hablando de las sífilis normales de erupciones intercaladas, añade: «Pero si la marcha de la enfermedad ha sido interrumpida por el mercurio ántes de haber llegado á su última fase, adquiere mayor obstinacion.» (1)

El ejemplo mejor estudiado de sífilis anormal, es, sin duda, el caso de inoculacion del pus de una blenorragia que practicó Hunter en sí mismo. (2) Observa, por el pronto, en el punto inoculado una inflamacion pasajera del prepucio, y cuatro meses despues una úlcera y un bubon, que fueron tratados por el mercurio; á los seis meses habia úlceras en las amígdalas, que tambien fueron tratadas por el mercurio; á los nueve meses tuvo lugar una erupcion, en todo el cuerpo, de manchas cobrizas, y tambien fué tratada por el mercurio. Durante los dos años y medio siguientes tuvo tres recaidas en la piel y amígdalas. Esto tenía lugar en 1767. Diez y seis años despues sufrió unas anginas, y murió este gran cirujano en 1793.

Hunter se produjo una sífilis débil, una sífilis que en la actualidad se curaria fácilmente y terminaria con una erupcion. Aquí se puede apreciar bien la accion de los mercuriales, y por qué medios retardan la evolucion de la sífilis.

Todo lo que á este propósito hemos tenido lugar de ver, nos confirma en nuestra opinion, cuyos principios fueron enunciados por mercurialistas distinguidos, sin haber deducido sus consecuencias.

(1) Carmichael, *Essai on the venereal disease.*

A. Despres, *Tratamiento de la sífilis.*

(2) Hunter, *Tratado de la sífilis.*

Hemos visto enfermos, tratados regularmente desde el principio de la sífilis, tener al cabo de un año una sífilide tan pronto como cesó el uso del mercurio. Hemos observado sífilides tratadas por el mercurio que han blanqueado y han reaparecido con nueva intensidad poco después de haber cesado el tratamiento mercurial. Los libros de Bazin, Diday y Bassereau contienen numerosos ejemplos de estas reapariciones después de los tratamientos mercuriales mejor dirigidos. Las comunicaciones que hemos dirigido á la Sociedad de Cirugía contienen ejemplos numerosos de esta clase de sífilis anormal, cuya anomalía consiste exclusivamente en la reaparición de las erupciones generalizadas y en la irregularidad de estas erupciones generalizadas en su primera aparición.

Las erupciones retardadas por el uso del mercurio ofrecen los caracteres siguientes:

Las erupciones de placas mucosas son menos confluentes y más reincidentes, y las apariciones son más distantes entre sí que en la ausencia del tratamiento mercurial, y por compensación son cada vez más confluentes y algunas veces reaparecen todos los años, durante diez, veinte y más años.

Las erupciones de pápulas son menos generalizadas que en la sífilis normales. La roseola, que es una sífilide papulosa abortada, es muy frecuente en los sífilíticos que desde el principio son tratados por el mercurio: es la erupción normal que iba á tener lugar y que ha sido detenida por un tratamiento perturbador.

Dos músicos de la misma edad próximamente, adquirieron la sífilis de una inglesa, con ocho ó diez días de intervalo, ofreciendo ambos una ulceración en la verga: en el uno, tratado por el mercurio, aparecieron los accidentes cutáneos al cuarto mes; el otro, tratado sin mercurio, tuvo al segundo mes placas mucosas en el escroto y una sífilide papulosa generalizada discreta. El primero tuvo una sífilis papulosa discreta, placas mucosas que reincidentieron, un bubon supurante y una fiebre que obligó á suspender el mercurio; pero no tardó en reanudarse el tratamiento. El segundo sufrió cuatro meses su sífilide, fué al mar, y cuando la guerra de 1870, volvió á Bélgica curado. En aquella época tenía el otro placas mucosas y manchas en el rostro,

segun decia el segundo, que estaba muy satisfecho de haberse librado de la sífilis ántes que su amigo. El enfermo, que hemos vuelto á ver este año, no ofrecia huella alguna de sífilis y habia recobrado su salud. Ya hemos hablado de casos parecidos en el hospital de Lourcine, no habiendo pruebas más terminantes de la accion de los tratamientos debilitantes en la marcha de la sífilis. No creemos tener necesidad de señalar que precisamente esta accion del mercurio sobre los accidentes de la sífilis es el último refugio de los mercurialistas.

Las sífilides tuberculosas generalizadas en las sífilis anormales aparecen en diferentes veces y hay recaidas, es decir, que disminuyen y aumentan de volúmen, palidecen ó adquieren un color cobrizo; pero más procede esto de la anemia de los enfermos que de una modificacion de la lesion cutánea, porque las erupciones duran el mismo tiempo ó más que los tubérculos de la sífilis normal.

Pero ordinariamente no van las cosas de este modo: las erupciones tuberculosas generalizadas son muy raras, en los casos en que se ha aplicado el mercurio, siendo reemplazadas por sífilides tuberculosas circunscritas y tienen tendencia á supurar, principalmente cuando el mal radica en las piernas. Tienden, por lo ménos, á formar costras, debajo de las cuales ofrece la piel una ulceracion más ó ménos profunda.

Hé aquí, por otra parte, la historia de estas sífilis anormales, cuyos ejemplos, por decirlo así, están calcados los unos en los otros.

Un individuo, atacado de chancro, es tratado por las preparaciones mercuriales desde el principio de la sífilis. Despues de seis ú ocho meses de alternativas de placas mucosas y erupcion, el mal parece curado; pero despues de tres á cinco años despues de los primeros accidentes, se ve aparecer una placa de sífilides tuberculosa circunscrita en la frente, en la nuca ó en los miembros inferiores y algunas veces en las manos, y esto es una de esas variedades de erupciones en las manos, llamadas, muy impropriamente, psoriasis palmaria. Estos tubérculos se propagan en un punto al mismo tiempo que desaparecen del centro; pero la disposicion en círculo es siempre manifiesta, se tratan estos enfermos por el mercurio y la sífilide palidece sin desapa-

recer, hasta el día en que la tintura de iodo ó las pomadas cáusticas destruyen la sífilide con la piel. La ulceracion de los pequeños tubérculos forma en las piernas agujeros como los que podría producir un sacabocados, y están rodeados de una superficie roja ó negruzca, ó de un color intermedio entre el de la carne fresca y el de la ahumada.

Entre los ejemplos de este género que hemos observado, podemos citar un caso característico. Dos hermanos, de treinta y cinco á cuarenta años, hijos de padres sanos, tuvieron la sífilis con un año de diferencia. Ambos estaban empleados en escritorios, y eran delgados, y tuvieron una pequeña y pasajera ulceracion en la verga, cerca del frenillo. El primero, que pertenecía á una administracion, cuyo médico es un antiguo y distinguido interno del hospital del Mediodía, fué tratado sin mercurio al interior y curado un chancro blando, con la pomada de calomelanos; pero al cabo de siete semanas apareció una sífilide papulosa diseminada, y fué seguidamente tratada por el mercurio, durante quince días, hasta que su hermano hizo suspender el tratamiento. La sífilide papulosa, muy diseminada, duró seis meses, y diez y ocho meses después el enfermo comenzó á perder los cabellos y á debilitarse; es cierto que acababa de pasar los siete meses del sitio de París. Por último; tuvo, hace un año, en la nuca, una sífilide papulosa circular y actualmente está en vías de curacion.

Su hermano mayor, que tuvo la sífilis un año antes, tuvo un chancro único en el frenillo. En los dos meses siguientes tuvo una sífilide papulosa un poco confluyente que ocupaba la cara anterior del tronco y principalmente la totalidad de los miembros enfermos; esta sífilide duró cuatro meses, durante los cuales el enfermo tuvo en la pierna izquierda una flebitis de variz. El enfermo no sufrió tratamiento alguno mercurial. Este enfermo se ve libre de la sífilis hace cuatro años y cinco meses (la sífilis data de seis años) y no ha presentado ninguno de los accidentes que presentó su hermano. Hé aquí dos sífilis casi iguales, cuyos accidentes siguen en la una su marcha regular, y están en la otra más distantes y son más duraderos. En el mayor, la sífilis es normal; en el menor, es anormal. Léjos está de nosotros la idea de atribuir á los quince días de tratamiento

de mercurio la anomalía de la sífilis; el caso es ménos terminante que el de los dos amigos que hemos citado anteriormente. De estos dos hermanos, el que tuvo la sífilide tuberculosa era ménos vigoroso que el mayor y su vida era más sedentaria, puesto que el mayor, aficionado á la pintura, hacía numerosas escursiones al campo, y áun cuando padecía de bronquitis, nos parecia más robusto que su hermano.

Los accidentes metastáticos son mucho más frecuentes en los individuos que tienen la sífilis anormal que en los que tienen la sífilis normal. Pero debe tenerse presente que hay accidentes que no pertenecen á la sífilis, sino al mercurio.

Después de la producción de las sífilides túbiculosas y de las úlceras que son su resultado, surgen fenómenos singulares; súbita pérdida del conocimiento, desvanecimientos, hemiplegia algunas veces y otras temblor. Estos síntomas, que se manifiestan siete, ocho y diez años después de las primeras manifestaciones de la sífilis, suelen existir al segundo año en las sífilis tratadas regularmente por el mercurio.

Además de nuestra experiencia personal, podemos citar hechos aceptados por Diday y Bazin (1) que no rechazan, sin embargo, el uso del mercurio. Se conoce el caso de una enferma, en la cual habia que suspender el uso de las preparaciones mercuriales, porque provocaban una hemiplegia que desaparecia en cuanto cesaba el uso del mercurio. Pero los resultados más comunes son el desvanecimiento y el temblor en los enfermos sometidos á un tratamiento mercurial prolongado. Diday, por su parte, atribuye la pérdida de la memoria y las alucinaciones al mercurio. Según el mismo Diday, estos accidentes son raros y convendría saber si á la acción del mercurio no va unida la del tabaco y la del alcohol.

A medida que los individuos son de edad más avanzada, los síntomas cerebrales son ménos marcados; sin embargo, algunas veces se manifiestan en individuos de treinta y cuarenta años.

(1) Diday, *Historia natural de la sífilis*.

Bazin, *Lecciones sobre las afecciones de la piel y su tratamiento por las aguas minerales*.

Generalmente, y cuando todos los accidentes anteriores han sido tratados por el mercurio, á los tres ó cuatro años despues del último accidente cutáneo suelen aparecer; se suelen presentar, por el contrario, en el mismo momento en que se aplican las preparaciones mercuriales al tratamiento de los exóstosis.

Estos accidentes, llamados terciarios, y que nosotros clasificamos entre los accidentes metastáticos, no los hemos observado todavía en un solo individuo que no haya sido tratado por el mercurio; suelen ser fúgaces, ceden al reposo, y los mismos mercurialistas saben bien que el ioduro de potasio ejerce sobre estos fenómenos una acción mucho mejor que el mercurio.

De las metástasis exostósicas en la sífilis anormal. Las metástasis exostósicas existen en una época lejana cuando la sífilis sigue un curso anormal, siendo general en los individuos que han sido regularmente tratados, hácia el sexto, octavo ó décimo año de la sífilis; y lo que hay de particular es que las placas mucosas del período eruptivo existen todavía muchas veces cuando aparecen los accidentes metastáticos. Se han observado muchas veces, y no hay libro sobre la sífilis que no contenga ejemplos muy característicos. Existen con más frecuencia en la edad media de la vida.

Los exóstosis de la piel, los del velo del paladar y las úlceras del mismo origen en las fosas nasales, así como la dacriocistitis, son los accidentes más frecuentes.

Hé aquí el ejemplo de un caso que deben tener muy presente los que se dediquen al tratamiento de la sífilis:

Una enferma de veinticinco años de edad, atacada de sífilis hace cuatro años, tratada durante tres meses con las píldoras de mercurio por unos botones esparcidos por todo el cuerpo (una sífilide tuberculosa precoz, probablemente), entró en el hospital de Lourcine, con un exóstosis ulcerado del velo del paladar, el 18 de Noviembre de 1871. La úlcera fué cauterizada el 16 de Diciembre y se cicatrizó. La enferma tomó durante un mes baños sulfurosos.

Hácia el mes de Enero siguiente, la enferma recibió un golpe en la region malax. Tuvo una equimosis durante algunos dias, y un derrame sanguíneo formó un tumor duro en el espesor de la mejilla.

Ingresó en el hospital Cochin en el mes de Mayo de 1872, presentando un exóstosis en el sitio donde recibió el golpe. Fué tratado por los emolientes y cauterizado. Otros siete exóstosis se formaron sucesivamente en torno del primero, abreviando su duracion las incisiones y cauterizaciones. Durante todo aquel tiempo, la enferma tomó el ioduro de potasio á la dosis de 0-50 gramos cada dia. El 26 de Diciembre de 1872, la enferma entró con un exóstosis en la piel de la mejilla y otro en el velo del paladar.

Su salud en general era excelente. (1)

Este caso es un ejemplo de exóstosis á los cinco años de sífilis en una enferma que fué tratada por el mercurio durante el periodo eruptivo.

Los exóstosis del pericráneo y los de la dura madre pertenecen á las sífilis anormales y no se manifiestan generalmente con ningun accidente muy apreciable, si se ha de juzgar por las observaciones raras en que no se ha conseguido diagnosticarlas y cuyos hechos se han podido comprobar más tarde por la autopsia.

Estos exóstosis son infartos transformados, habiendo algunas veces un pequeño nudo blanquecino, análogo á la granulación gris, en torno del cual se encuentra una masa blanquecina, elementos fibroplásticos segun Lebert y Robin, elementos de tejido conjuntivo segun Virchow, ó grasa. Las falsas membranas y las cicatrices amarillentas que han sido indicadas como producciones que reconocen su origen en un exóstosis, carecen de carácter especial. Toda una escuela alemana, siguiendo las huellas de Frike (de Hamburgo), atribuye estos exóstosis al mercurio. Esto es ir un poco léjos tal vez: hay enfermos que nunca han tomado el mercurio y que los presentan. Pero se puede admitir, sin embargo, que el mercurio favorece su producción, porque son realmente frecuentes en los casos de una sífilis algo fuerte, que ha tomado un giro anormal bajo la influencia de un tratamiento mercurial prolongado. La misma teoría de la absorcion del mercurio parece demostrar la posibili-

(1) En 1873 salió la enferma completamente curada del hospital.

lidad de la producción de exóstosis. Con efecto, el mercurio solo es absorbido bajo la forma de cloralbuminato de mercurio, y este compuesto, unido á algunos glóbulos sanguíneos, forma infartos incontestables, cuya reabsorción es muy difícil.

Hay una prueba palpable de este hecho.

Desde que Lewin, Scarenzio y Liegeois introdujeron las inyecciones subcutáneas en el tratamiento de la sífilis por el mercurio, se ha visto que al cabo de cierto tiempo ocasionaba la inyección nudos muy parecidos á un exóstosis, y que se eliminaban algunas veces á la manera de un exóstosis por la escabela. Lo que se produce por la introducción directa del mercurio, se produce por la introducción directa del cloralbuminato de mercurio trasportado á una red capilar lejana del punto de la absorción. Aquí tambien es aplicable la ley de las metastasis de las infecciones en general.

Los exóstosis que son transformaciones de periostosis se manifiestan mucho más frecuentes en los individuos cuya sífilis se ha hecho anormal por el tratamiento mercurial ó por una higiene debilitante, que en los individuos cuya sífilis verifica sus evoluciones normalmente no se suelen presentar. Aparecen en todas las épocas de la sífilis anormal. No hemos visto un solo exóstosis en sífilíticos que han sido tratados sin mercurio en el hospital de Lourcine durante siete años, en tanto que los hemos visto en los enfermos que estaban en el tercero y cuarto año de su sífilis, despues de tratamientos mercuriales. Todos estos exóstosis radican en las partes descubiertas, ó donde se han observado las periostosis, y unas veces al principio de la sífilis, otras en el período eruptivo y otros en alguno de los movimientos irregulares de la sífilis.

Las perforaciones de la bóveda palatina y los exóstosis del velo del paladar se han observado, así como las ulceraciones de las fosas nasales, en individuos que tienen una sífilis anormal, provocada por las medicaciones mercuriales. No aparecen en una época precisa, y puede decirse que alcanzan su mayor gravedad en la sífilis anormal. Es, con efecto, muy frecuente, ver los huesos alterados y tomar las ulceraciones un carácter fagedénico en los enfermos de la primera sífilis, con preferencia á los de la segunda.

Los accidentes llamados cuaternarios por Bazin, y la sífilis visceral que tan pronto ejercen su acción sobre el hígado como sobre el cerebro, terminan, con frecuencia, las sífilis anormales. Uno de los ejemplos más notables de la sífilis, es una de las observaciones de Dubuc (1) en que un enfermo, después de siete tratamientos mercuriales, llega á una caquexia que se termina por una neumonía doble y una pericarditis. En la autopsia de este enfermo se encontraron pequeñas placas en el hígado, que no fueron consideradas como sifilíticas. Es de observar, en este caso, como en muchos otros del mismo género, que las lesiones de que mueren los enfermos ofrecen un polimorfismo muy singular.

Sífilis anormal con ausencia del período eruptivo. Un individuo con uno ó muchos chancros blandos y un bubon supurante ó un bubon y una simple rozadura, cura bien sin accidentes y no toma mercurio, ó si le toma, á dosis insignificantes, ya en pomadas, ya en píldoras. Veinte ó cuarenta años después, se presenta una sífilide tuberculosa con tendencias á ulcerarse ó una sífilide tuberculosa que no tarda en cambiar de carácter y se transforma en pústulo-crustácea ó ulcerosa fagedénica.

Bazin, que muchas veces ha visto de estos casos en el hospital de San Luis, no ha dejado de hacer de estas manifestaciones cutáneas tardías una forma de sífilis, á la que ha asignado por principio un chancre fagedénico. Nada hay más cierto, sin embargo, que esta marcha anormal en la sífilis, y es, con seguridad, uno de los problemas de difícil resolución. Aunque la escuela del Mediodía niegue estos hechos, no son por eso menos reales; y todos los que han visto las clínicas de las enfermedades de la piel, han visto casos numerosos y característicos que pasan desapercibidos para los que asisten á las clínicas donde principalmente se observa el principio de la sífilis. Los sifilígrafos sufren bajo este punto de vista, uno de los más funestos efectos de la especialización de los servicios.

En esta sífilis, los exóstosis son extraordinariamente excepcionales.

(1) Dubuc, *De las sífilides malignas precoces*, Paris, 1864.

Las lesiones más frecuentes son las sífilides tuberculosas en grupos ó aisladas. Bazin las llama sífilides resolutivas, y se manifiestan en uno ó en varios puntos del cuerpo; sin embargo, la cara y los miembros inferiores son las partes donde se manifiesta con más frecuencia esta lesion. Unas veces se ulceran los tubérculos y otras presenta una exfoliacion costrosa; y cuando los individuos son de edad avanzada, las úlceras ofrecen recaídas numerosas. Hay casos en que la úlcera se transforma en fagedénica y se reproduce todos los años en estado fagedénico. Un enfermo del hospital Cochín, con la cara externa de la cadera y la pierna cubierta de cicatrices procedentes de úlceras fagedénicas, fué curado de la última úlcera fagedénica, cuya extension era como dos veces la mano. Este hombre tuvo cuarenta años ántes un pequeño chancro y una gonorrea, y desde cinco años tenía úlceras de la misma naturaleza que la que habia sido tratada por nosotros.

Las lesiones de esta sífilis anormal son la sífilide tuberculosa en grupo, la sífilide tubérculo ulcerosa seespiginosa y la sífilide tuberculosa aislada. Pero á la edad en que se observa, existen en ancianos ó en adultos más cerca de la ancianidad que de la edad madura; y cuando el individuo está debilitado, cuando se trata de uno de esos hombres dados á los excesos ó debilitado por las privaciones, la caquexia llega, y la forma ménos excepcional es la adenía. Virchow, que ha hablado de una degeneracion amiloide de los órganos hemalopoyéticos y que la ha relacionado con la sífilis, tenía á la vista casos semejantes. Y aunque añade que esta degeneracion no es exclusivamente sífilítica, parece que ha visto las adenias á que aludimos; pero aquí la adenía sería un epifenómeno debido á la supuracion crónica de una úlcera.

SÍFILIS MODIFICADA.

Las causas externas modifican la marcha y la duracion de la sífilis, como modifican las de todas las enfermedades. El régimen y los descuidos en la higiene, hacen las sífilis anormales descritas más arriba; pero el temperamento de los individuos, su constitucion, y principalmente la enfermedad que perpétuamente amenaza su constitucion, dan á la sífilis un carácter especial: modifican las erupciones y cambian la naturaleza de las metástasis viscerales. Esta es la causa de las formas múltiples é individuales, si así puede decirse de la sífilis. Desde hace muchos años, se ha observado que la sífilis en los escrofulosos tenía un carácter marcado, que Ricord ha llamado *scrofulate*, y que Bazin, más científicamente, ha explicado diciendo que las manifestaciones de la sífilis en los escrofulosos tendian á supurar.

Comparando la infeccion purulenta comun con la infeccion purulenta sífilítica, se ve que en la segunda, como en la primera, las metástasis no tienen lugar regularmente sobre el mismo órgano. Si en la infeccion purulenta radican con preferencia en el pulmon los abscesos metastáticos, hay, sin embargo, infecciones que solo ofrecen los abscesos del hígado, otros los abscesos de las articulaciones, abscesos en el tejido celular y abscesos subperiósticos, que en el caso de infeccion purulenta urinosa. Cada una de estas variedades de localizacion de la metástasis tiene una razon de ser que es más palpable todavía en la sífilis que en la infeccion purulenta; porque se puede seguir mejor la marcha de los sífilíticos y conocer sus antecedentes, mejor y por más tiempo, que á los enfermos atacados de infeccion purulenta.

Nada hay más sencillo, por el pronto, que asignar sus categorías á las sífilis modificadas por los temperamentos.

Todas las erupciones que se han observado en los diatésicos y que existen en un sífilítico, no pertenecen solamente á la sífilis, sino á la diátesis y á la sífilis.

Las lesiones viscerales, fuera de los exóstosis del tejido celular que se encuentra en otras enfermedades cuando se observa en sífilíticos, no pertenece á la sífilis, sino á la enfermedad anterior ó concomitante y á la sífilis.

Estas dos proposiciones están probadas por la comparacion de las lesiones de la sífilis con las de otras enfermedades y por la presencia de los signos de estas otras enfermedades.

Hay una serie de enfermedades constitucionales conocidas y otras están mal definidas, habiendo grados en estas enfermedades. Esta restriccion quita á las dos proposiciones su carácter absoluto, pero no por esto han de dejar de considerarse como una regla con pocas excepciones. El alcoholismo, el escorbuto, la escrófula, la adenia y la tuberculósis, la artritis y las erupciones, ofrecen grados; pero por medio de uno ó varios signos, imprimen á la sífilis que las complica un carácter especial.

La sífilis modificada por el temperamento del individuo inoculado, ofrece las mismas fases que la sífilis normal, y solamente los accidentes tienen otro carácter.

Las sífilis modificadas son por el estilo de las sífilis anormales, pero lo más frecuente es que sean anormales. Es muy cierto que cuando los enfermos han recibido un pus poco violento y su temperamento reumático ó escrofuloso está poco aunado, la sífilis seguirá su evolucion en el tiempo ordinario y segun el modo normal. Pero si el tratamiento no se dirige á las dos enfermedades, ó si el tratamiento mercurial se aplica como se aplicaba hace algunos años, habiendo recibido el enfermo una dosis considerable de virus sífilítico, la sífilis seguirá la marcha anormal que ya hemos descrito, y con un doble carácter.

No se ha de creer, sin embargo, que las diferencias sean terminantes de una manera absoluta para todos los casos, porque hay temperamentos que proceden á la vez del herpetismo y la escrófula, de la tuberculósis y del reumatismo, ó del alcoholismo y del escorbuto.

¿Se modifica la sífilis por el cáncer y reciprocamente? ¿Lleva la sífilis al cáncer? Esta idea ha sido agitada por Ricord, que no

estaba lejos de creer que la sífilis llevaba al cáncer y principalmente al cancroide. Según lo que hemos visto, nada podemos afirmar sobre este punto. Dos veces hemos observado, sin embargo, cáncer vegetante y epiteloma papular de marcha leuta que existía en el pene y en el cuello uterino en enfermos cuya sífilis estaba comprobada, aún cuando no lo estaba el cáncer en sus antecesores.

Muy difícil es decir si la diabetes influye sobre la sífilis, porque es el síntoma de un mal poco conocido y se manifiesta ordinariamente en una edad en que la sífilis no se adquiere, y casos de esta especie pasan, con frecuencia, desapercibidos.

1.º *Sífilis de los reumáticos y de los artríticos.* Los reumáticos ó los artríticos que adquieren la sífilis, la adquieren antes ó después de las manifestaciones del reumatismo. En el segundo caso, la prueba de la modificación de la sífilis consiste en el antecedente conocido del enfermo; en el primer caso, remontrándose á los ascendientes y á los colaterales, se puede llegar á obtener un elemento de juicio. No se encuentran seguramente en todos los enfermos que tienen lo que nosotros llamamos sífilis modificada por el reumatismo, los accidentes del reumatismo durante la juventud; pero es preciso tener en cuenta que la sífilis ataca á los individuos en aquella edad en que el reumatismo aparece por primera vez, y si no se han presentado los accidentes reumáticos, es porque no han tenido tiempo de producirse. En muchos casos, sin embargo, al antecedente del reumatismo se une el reumatismo actual; y, por nuestra parte, podemos decir que lo hemos observado en más de la mitad de los casos, cuando la erupcion sífilítica ha ido acompañada del reumatismo; esto mismo es lo que consignó Guignard en su tésis.

La sífilis excita los ataques reumáticos. Sobre este punto se parece á la infección purulenta y á la infección morbosa. No ha habido razon para crear un reumatismo sífilítico, porque la sífilis lo que hace es excitarle, pero no le produce nunca.

Los dolores en las articulaciones, los reumatismos crónicos con hidrartosis, la hidropesía de los tendones y aún el reumatismo agudo existen, ya sea entre la inoculación de la sífilis y la erupcion, ya durante y después del período eruptivo: la de-

bilidad de la economía los provoca, y los enfriamientos son las causas determinantes.

La erupcion de la sífilis de los reumáticos es algunas veces una erupcion normal de pápulas y de placas mucosas; pero es más pálida y las placas mucosas son ménos confluentes, habiendo una anemia muy marcada durante la erupcion: algunas veces se suprimen las reglas en las mujeres y hay ruido en las carótides.

Algunas erupciones, sin embargo, conocidas con el nombre de varicela sífilítica, sífilide vesiculosa ó sífilide bulbosa, es decir, la hidroartritis en un sífilítico ó acné en los hombres de cierta edad, son modificaciones de la erupcion normal de la sífilis. Las erupciones de pequeñas vesículas son sífilides papulosas modificadas, y lo que lo prueba es que, tan pronto hay pequeñas vesículas, análogas á las del eczema artrítico, sobre todo el cuerpo, como hay á la vez erupcion de pápulas miliares y sobre la espalda hay una erupcion de pequeñas vesículas efímeras que no tardan en transformarse en una película epidérmica. Cuando se une al mercurio, ofrecen estas erupciones la particularidad de aparecer á intervalos.

La sífilide tuberculosa normal se transforma en los artríticos y reumáticos jóvenes en eritema nudoso, y no supura; en los artríticos y reumáticos ancianos, en acné moluscoide. Un ejemplo de los más notables, bajo este punto de vista, es el siguiente:

B.... Sofia ingresó con chancros en el hospital de Lourcine, teniendo luégo placas mucosas y una adenitis submaxilar; seis meses despues tuvo algunos botones papulosos en todo el cuerpo y un reumatismo crónico doble en las rodillas y en los codos. Esta jóven tuvo un ataque de reumatismo en su juventud, en la época de la aparicion de las reglas, hácia la edad de catorce años. Despues de estar tres meses en el hospital, salió, y á los seis meses ingresó en el hospital Lariboisiere, en la clínica de Herard, atacada de tubérculos en ambas piernas y de un tubérculo en un brazo. Fuimos á ver á la enferma, y, á nuestro juicio, era un eritema nudoso. Sin embargo, esta jóven fué sometida al tratamiento mercurial, y al cabo de quince dias los botones habian desaparecido sin supurar, dejando en su lugar

esa equimosis característica del eritema nudoso, y la enferma salió del hospital.

Últimamente hemos vuelto á ver á la enferma, es decir, siete años despues de su sífilide, cuyos principios habíamos tratado sin mercurio. No tenía huella alguna de sífilis; pero tenía palpitations de corazon, parecia algo anémica y habia enflaquecido. La interrogamos de nuevo sobre su familia, y nos dijo que su madre habia muerto de una afeccion del corazon hacia seis meses. Esta jóven estaba casada y no ha tenido hijos ni malos partos.

Véase, pues, una enferma con reumatismo durante el período eruptivo de la sífilis, y cuya erupcion apenas ha existido, puesto que solo ha tenido placas mucosas en la vulva y en la garganta, y algunas pápulas. La enferma, cuyo estado era muy próximo á la miseria, tuvo una recaída que fué un eritema nudoso. Aquí el reumatismo imprime su carácter á la enfermedad local más que la sífilis, y seis años despues se ve amenazada de una afeccion al corazon hereditaria en la familia.

Entre las observaciones que se han publicado referentes á la sífilis visceral, hay algunas muy terminantes, aunque el antecedente reumático no esté bien marcado. Las artropatias sífilíticas que se manifiestan tarde, las observaciones de Richet, la que Lancereaux ha publicado y que no ofrecen el carácter supurativo, son lesiones que más pertenecen al reumatismo que á la sífilis: una artritis subaguda reumática que se ha fijado en una articulacion de un sífilítico. Las lesiones articulares carecen de carácter especial que las distinga, perteneciendo más bien al principio de la artritis seca y áun de la gota los ejemplos que como artritis sífilítico se han publicado en unas láminas en color.

Las lesiones cardiacas atribuidas á la sífilis no lo han sido sin oposicion. Bouillaud, al establecer la ley de coincidencia entre los reumatismos y las enfermedades del corazon, ha tirado una estocada muy difícil de parar contra los partidarios de las antiguas teorías de Petit y Fabre, que habian relacionado con la sífilis, todas las enfermedades, hasta la gota. Pero la necesidad de lo nuevo despues, y observaciones tomadas por espíritus incompletos, han arrojado en la ciencia observaciones que pasan

de libro en libro y que se aceptan sin comprobarlas y sin saber por qué.

Y aún cuando se suponga que los abscesos crónicos del corazón y las miocarditis sifilíticas sean metástasis sifilíticas, como el absceso metastático de la infección purulenta, ¿existe el absceso metastático del corazón en todos los individuos atacados de infección purulenta? No; es muy raro, y sólo existe como la miocarditis sifilítica en los individuos reumáticos.

Todas las observaciones de la sífilis del corazón, publicadas hasta ahora, carecen de precisión en los antecedentes y las lesiones encontradas difieren tan poco de las lesiones reumáticas que, sin el antecedente venéreo, algunas veces un simple chancro, no se podría decir que hubiese sífilis. La observación de Virchow no prueba nada. Se dirá, sin duda, que había una orquitis. A esto puede contestarse que también había una tuberculosis inicial, y que, por otra parte, la adherencia del testículo a la túnica vaginal indicaba una antigua vaginitis reumática. (1) Lo mismo hemos observado en un individuo no sifilítico. Hé aquí el resumen: Un joven de veintidos años, que vivía con privaciones, ingresó en el hospital Cochin, con una orquitis no blenorragica. Escupía sangre, y un año antes tuvo un ataque de reumatismo articular agudo y diagnosticamos una orquitis y tubérculos probables en los testículos con una vaginalitis reumática. Ocho días después, el enfermo fué atacado de un reumatismo articular agudo. Tuvo palpitaciones, fenómenos cerebrales y el enfermo murió súbitamente por resultado de *embolios cerebrales* durante su convalecencia. En la autopsia encontramos tubérculos en el pulmón izquierdo en estado de granulación, tubérculos en los testículos en el mismo grado y dos pequeños abscesos conteniendo pus viscoso. Supongamos en este enfermo la edad de cuarenta años, y que hubiera tenido la sífilis diez años antes; hubiera sido muy fácil decir que había muerto a causa de lesiones sifilíticas.

Debemos citar, además, una observación en que, á pesar de

(1) Virchow, *Sífilis constitucional*.

las negativas absolutas de los enfermos que negaban todo antecedente sífilítico, se admitió en un hombre de cuarenta y un años una sífilis hereditaria. Si las metástasis cardiacas de la sífilis eran realmente sífilíticas, se deberian encontrar en otra parte, y al mismo tiempo que las de unas lesiones viscerales y algunos ejemplos hubiéramos encontrado en el hospital de Lourcine. Solo hemos visto una enferma con placas mucosas que murió de un ataque franco de reumatismo articular agudo con endocarditis ulcerosa. Otra tenía reumatismo articular, endocarditis, albuminuria y sífilis y murió á causa de la albuminuria. En novecientas sífilis es cuanto hemos observado en enfermedades del corazon que pudiesen relacionarse con la sífilis.

Cierto número de apoplejías que se han cargado en la cuenta de la sífilis, no son otra cosa que coincidencias y si se las observa en la sífilis modificada por el reumatismo es porque pertenecen á este. Los ateromas arteriales y las aneurismas de los capilares que siguen á las lesiones del sistema vascular, son el origen de las apoplejías. Pero no hay nada de absoluto, porque

ateroma arterial procede tambien del alcoholismo y de la gota.

Cuando se consideran los hechos bien de cerca, no serán raras las sífilis modificadas por el reumatismo.

Los exóstosis de los músculos y las miositis con retraccion muscular, señaladas por Astruc, Ricord, Notta y Bouisson y bien estudiadas por Nelaton, son tambien muy propias de las sífilis modificadas por el reumatismo. Estas lesiones, raras, puesto que los casos conocidos hasta el dia, son muy pocos, no han sido examinadas bajo el punto de vista del origen reumático. Bouisson ha observado, sin embargo, que las variaciones de la temperatura y el estado higrométrico de la atmósfera hacian muy sensibles estos tumores.

2.º *Sífilis modificada por el herpesismo.* Una enferma de veintitres años, atacada de psoriasis desde su infancia, ingresó en el hospital de Lourcine, con una vaginitis y placas mucosas que tenia por primera vez desde un mes ántes. Esta psoriasis era generalizada: estaba constituida por placas del tamaño de una fresa de dos centímetros, y escamas blancas cubrian aquellas placas cuyo fondo era color rosa vivo. La enferma salió

curada de sus placas mucosas. Volvió tres meses despues teniendo todavía placas mucosas y transformada la psoriasis primitiva. Era perfectamente la lesion que se conoce en los libros con el nombre de psoriasis sífilítica. Debajo de las escamas, tenía la piel un color violado cobrizo, característico de las lesiones sífilíticas. Las escamas eran más densas y un poco más oscuras.

Hé aquí una enferma con una psoriasis simple, que adquiere la sífilis, y que seis meses despues la psoriasis ofrece el carácter de la erupción llamada psoriasis sífilítica. Sin embargo, durante el período eruptivo tuvo lugar la transformacion. No hay error posible, puesto que la enferma sabia que tenía aquella enfermedad desde la infancia, y nosotros hemos observado la transformacion. Despues no ha tenido ninguna otra erupcion de placas mucosas. Este caso tienè, en rigor, todo el valor de un experimento.

El herpetismo ofrece erupciones propias, entre las cuales se encuentran la psoriasis generalizada y la psoriasis circunscrita. Es la forma más comun de las herpes. Se puede deducir relativamente, que cuando los sífilíticos presentan fuera de los piés y de las manos la sífilide escamosa ó psoriasis sífilítica, se trata de un caso de sífilis en un herpético. Con sus grandes conocimientos ha consolidado Bazin una opinion semejante: ha dicho que la psoriasis no era la sífilis y que no existía la psoriasis sífilítica, y por nuestra parte creemos lo mismo.

Tambien hay otras clases de herpes. Pero son infinitamente ménos durables que la psoriasis, que es á la herpe lo que la pápula ó la placa mucosa son á la sífilis, es decir, la erupción característica del herpetismo constitucional. Es sabido que la sífilis es muy poco modificada por ambas erupciones. Sin embargo, lo que se conoce con el nombre de varicele sífilítica es una variedad de sífilide papulosa miliar transformada en vesículas en un herpético. Algunas de las pápulas, por lo ménos, ofrecen vesículas. Sobre este punto hay algun parecido entre las modificaciones impresas por los empeines de la sífilis y las que á esta comunica la artritis. No hay que admirarse por ello; porque, como lo ha demostrado Bazin perfectamente, hay entre la artritis y el herpetismo, bajo el punto de vista, por lo ménos, de la fase eruptiva, muchas afinidades.

Así, pues, el herpetismo modifica la sifilis al cambiar el carácter de la erupción de la sifilis, le comunica el carácter de los herpes, y el de los herpes secos principalmente. Toda sífilide generalizada ó circunscrita seca que dura más de un año y reincide anualmente, no es otra cosa que una sífilide en un herpético. Las sífilides llamadas pústulo-crustáceas y las sífilides tuberculosas resolutivas de Bazin, son sífilides herpéticas ó modificadas por las herpes. El enfermo presentado á la Sociedad de Cirugía por Liegeois es un ejemplo notable de un herpético sífilítico. Hemos visitado una enferma sífilítica que tenía en la espalda dos enormes placas de psoriasis, para las cuales Dolbeau y nosotros mismos, pues era en una época en que no teníamos formada nuestra opinión sobre el tratamiento mercurial, hemos estado administrando durante un año, y en vano, el mercurio, el arsénico y el ioduro potásico.

Las sífilides de los herpéticos aparecen unas veces en la época normal y otras se retardan como en la sífilis anormal. Son, por lo general, exclusivas á los individuos que tienen por otra parte las apariencias de una buena salud; pero que resisten á todas las medicaciones, absolutamente, como el psoriasis herpético, que se conoce en el hospital de San Luis por su tenacidad.

Si se hubiera de hacer un pronóstico sobre este género de sífilis modificada, se podría asegurar que es la más incómoda, pero al mismo tiempo la mejor de la sífilis modificada. Porque las observaciones recogidas hasta el día de sífilides pústulo-crustáceas y de psoriasis sífilítica, son las que con menos frecuencia han ido acompañadas ó seguidas de accidentes viscerales graves, refiriéndonos siempre á enfermos que no han estado sometidos por mucho tiempo á las medicaciones mercuriales.

3.º *Sífilis modificada por la escrófula.* Hay una escrófula hereditaria y una escrófula adquirida, que es la adenia, de que ya nos ocuparemos. La escrófula hereditaria modifica la sífilis de una manera muy diferente de la adenia y principalmente de una manera más grave en lo que se refiere á los huesos.

La escrófula presenta diferentes grados: los niños suelen pasar por una serie de accidentes cutáneos y terciarios para llegar á la tuberculósia; otras veces solo ofrecen los accidentes de los huesos, y otras solo los accidentes cutáneos ó las enfer-

medades de los ojos. La escrófula es una enfermedad constitucional que es preciso estudiar de nuevo; pero aún aceptándola tal y como se concibe hoy día, es fácil de apreciar su acción sobre la sífilis.

Hay escrofulosos cuya escrófula no influye sobre la sífilis. Se puede asegurar, sin embargo, que las placas mucosas de los escrofulosos son, generalmente, más voluminosas y aún fungosas, más tenaces y exuda más que las placas mucosas de los individuos no escrofulosos.

Las placas mucosas de las alas de la nariz, del conducto auditivo y de las conjuntivas, son ménos raras en la sífilis modificada por la escrófula que en las otras sífilis modificadas. La erupcion papulosa no es muy diferente, pero ofrece placas epidérmicas más espesas, y no es raro hallar vesículas en los pliegues de los miembros. Las sifilides vesiculosas de la escuela de San Luis, son modificaciones por la escrófula de la sifilide papulosa, que no es otra cosa que el *eczema sifilítico*, tan discutido por esta misma escuela hace veinte años.

Los tubérculos de la sífilis modificada por la escrófula son siempre circunscritos. La erupcion no es generalizada al principio, sino que aparece en forma de sifilide tuberculosa circunscrita, para tomar luego la forma ulcerosa en la mayor parte de los casos. El lupus escrofuloso se convierte en el modelo que ha de imprimir al tegumento la sifilide tuberculosa circunscrita. Cuando el escorbuto, que siempre es adquirido, se añade á la sífilis modificada por la escrófula, se ven entónces esas grandes sifilides ulcerosas, sifilides *tubérculo-ulcerosas gangrenosas* de Bazin que ocupan todo un miembro y las úlceras de la cara y de la nariz que van hasta los huesos, y finalmente á la tuberculosis.

La escrófula, dice Bazin, es excitada por la sífilis. Las adenitis que acompañan á las úlceras de las partes genitales y las placas mucosas de la garganta, supuran con mucha facilidad, y este es uno de los principales caracteres de la sífilis modificada por la escrófula: el bubon indolente supura en los escrofulosos con gran facilidad; pero lo que hay de más característico es la cadena de ganglios infartados que se manifiesta en los escrofulosos sifilíticos. En el cuello, por ejemplo, se los ve apare-

cer rápidamente despues de las pápulas del cuero cabelludo que los provocan, y cuya secrecion amarillenta recuerda las costras del impétigo.

Tambien los exóstosis de la sífilis modificada por la escrófula tienen un carácter especial, puesto que su volúmen es relativamente enorme y su contenido está formado por una porcion del tejido conjuntivo, impregnado de una sustancia caseosa que contiene la grasa, glóbulos de pus y algunos elementos fibroplásticos fusiformes. La piel que los cubre es rosada, raramente más oscura, y cuando los enfermos tienen algo de escorbuto, los exóstosis ulcerados tienen una tendencia marcada al fagedenismo.

En los individuos escrofulosos pobres, que son los más observados despues de los escorbúticos, se ven abscesos subperiósticos y aun periostosis que no supuran y que son susceptibles de resolverse.

La cáries y la necrosis que siguen á los exóstosis subperiósticos, los cuales están formados por un pus caseoso análogo al pus de los abscesos frios son extensas, y Bazin dice con razon que la carie y la necrosis más pertenecen á la escrófula que á la sífilis.

La nocion de los antecedentes escrofulosos, tales como los males de los ojos en la juventud, adenítis y oftalmías rebeldes, y la nocion de la escrófula en los hermanos y hermanas de los enfermos, ha sido encontrada por nosotros en más de la mitad de los casos en que existian accidentes graves de sífilides ulcerosas y en la mayor parte de los casos en que había placas mucosas rebeldes con infartos ganglionares persistentes. Un caso de sífilide ulcerosa durante la erupcion y el período de metástasis ha sido publicado en 1867 y 1868 en el *Boletín de la Sociedad de Cirugía*.

La sífilis empezó por chancros blandos grandemente ulcerados y por un bubon supurante. La enferma tuvo por el pronto una sífilide papulosa generalizada que duró tres meses; dos meses despues tuvo una sífilide tuberculosa, cuyos tubérculos se ulceraron todos. Tres meses despues, uno de aquellos tubérculos se hizo fagedénico y formó una úlcera que invadió toda la pierna. Apenas curada, salió la enferma y tuvo una recaída. A

la vista de esta enferma, no era posible el error: tenía numerosas cicatrices en el cuello, y como en su juventud tuvo la viruela confluyente, la habían quedado huellas profundas. Esta enferma era pobre, tenía una palidez escorbútica y su género de vida no era el más propio para apresurar su curacion; se dedicaba á la prostitucion clandestina.

Los males de los ojos solos, las keratitis y las adenitis repetidas, los tumores blancos, las otitis y el usagre, se han encontrado tambien en los antecedentes de los enfermos cuya sífilis era diferente de la sífilis normal. Pero hay casos en que el antecedente escrofuloso falta. Los accidentes se encuentran solamente en los colaterales. Así hemos visto un enfermo atacado de lupus sífilítico, es decir, de sífilide tubérculo-ulcerosa que además tenía una estrechez de la laringe seguida de placa mucosa ulcerada en el mismo órgano. Este enfermo nunca ha ofrecido signos de escrófula, por lo ménos no tiene conocimiento de ellos; pero á causa de abcesos ha perdido un hermano de corta edad y otra hermana ha muerto de una enfermedad crónica del pecho.

De todas las sífilis modificadas, la sífilis modificada por la escrófula es la que más ha llamado la atencion. Si Bazin no ha descrito una sífilis modificada por la escrófula, ha establecido bien que las lesiones sífilíticas en los individuos escrofulosos tenían una gran tendencia á supurar.

La sífilis modificada por el escorbuto y la sífilis modificada por la escrófula, tienen un punto comun que es la disposicion á la ulceracion. Pero, por semejantes que sean las úlceras en apariencia, difieren en realidad. La ulceracion en la sífilis de los escorbúticos está caracterizada por el fagedenismo gangrenoso, es decir, una ulceracion vasta, profunda y de bordes cortados, en tanto que las ulceraciones de la sífilis de los escrofulosos están modeladas en el tipo del lupus escrofuloso. El color es casi el mismo. Se observan tubérculos de la piel que se ulceran y se cicatrizan, en tanto que se ulceran y se cicatrizan otros tubérculos á su vez.

En los sífilíticos escrofulosos hay lesiones viscerales: las unas son consecutivas, como los accidentes cerebrales en los casos de necrosis ó carie de los huesos del cráneo, y las otras son la tu-

berculosis y la degeneracion amiloide de los órganos hemato-poyéticos y aún del testículo. Virchow da á esta degeneracion del testículo el nombre de orquitis exostósica. (1) Pero estos accidentes son comunes en las infecciones pútridas crónicas, en los tubérculos, en las adenitis, en la infeccion palúdica y en todas las enfermedades de supuracion larga, como ya lo sospechaba Velpeau sin dar un nombre general á esta pseudo-tuberculosis generalizada.

Las iritis, frecuentes en los escrofulosos sifilíticos, son casi tan frecuentes como en los reumáticos sifilíticos.

La geografia médica ofrece dos regiones en que es endémica la forma de la sífilis modificada por el escorbuto y un país en que la sífilis modificada por la escrófula abunda más que la sífilis normal. El *scherliero* de Iliria ó *enfermedad de Fryme* es un ejemplo patente de sífilis modificada por la escrófula en una poblacion sucia y desgraciada en que la escrófula es el temperamento reinante del país. El mal kabila ó *enfermedad de Djurdjura* es susceptible igualmente de referirse á la escrófula; pero con algunas reservas, puesto que el escorbuto existe tambien en las kabilas, y esa enfermedad puede ser á la vez una sífilis modificada por el escorbuto y una sífilis modificada por la escrófula.

4.º *De la sífilis modificada por el escorbuto.* El escorbuto con la caída de dientes, derrames sanguíneos múltiples, manchas purpúreas y decoloracion de la piel, tal como ha sido descrito (en Pringle y Lind), no es comun en nuestras comarcas en que la higiene y la medicina corrigan los efectos de la mala alimentacion y de la miseria; pero hay un escorbuto más frecuente, al que no se presta gran consideracion, que es el que se revela solamente por la periostitis alveolo-dentaria, por el color purpúreo pasajero, por la caída prematura de los dientes y por la palidez anémica de los tejidos; es mucho más frecuente de lo que se cree y ha sido clasificado hasta ahora en las anemias.

Durante, y principalmente despues del sitio de Paris, hemos

(1) Ha sido muy frecuente hallar en diferentes observaciones del testículo sifilítico casos en que se han visto tubérculos en los pulmones al mismo tiempo que las lesiones del testículo.

observado fenómenos comunes á los heridos y á los sifilíticos y aún duran estos fenómenos. Durante el sitio y el año de 1871, los chancros blandos y las placas mucosas ulceradas fueron en mucho mayor número que los otros años. En 1871 y 1872, las heridas de la guerra y las heridas de amputaciones en los tumores, presentaron la podredumbre de hospital en forma gangrenosa, lo que no se había visto en los hospitales en muchos años. Las úlceras de las piernas, las escrofulosas y las sifilíticas fueron muy comunes durante aquel tiempo. Es evidente que las privaciones del sitio, el frío y las emociones morales alteraron la salud pública, comunicando á todas las enfermedades los caracteres de la anemia y del escorbuto.

La sífilis modificada por el escorbuto, está caracterizada por su tendencia á las ulceraciones y á la gangrena, es decir, al fagedenismo. En esta sífilis está comprendida la sífilide puro-vesiculosa precoz de Bazin, la rupia sifilítica y las sífilides tubérculo-ulcerantes que son sus diminutivos. Las erupciones de placas mucosas generalizadas se transforman en úlceras purulentas cubiertas por una costra. Las pápulas se ulceran algunas veces y forman botones costrosos análogos á las grandes pápulas de prurigo, pudiendo llegar á ser fagedénicas (1). Por últi-

(1) Hé aquí un caso que acabamos de observar: un enfermo de veintisiete años, sin ningún antecedente escrofuloso, sometido al tratamiento mercurial, en Strasburgo, por Sedillot, á causa de un chanero reconocido sifilítico, ingresó en el hospital Cochin, en 1872, dos años después del chanero, por una sífilide ulcerosa que radicaba en ambas caderas, piernas y piés. Esta sífilide estaba constituida por anchas úlceras, como la palma de la mano, en las caderas, entre las piernas y en los dedos de los piés, tenían el tamaño de una peseta. La piel únicamente estaba ulcerada y todas las úlceras tenían el carácter fagedénico. El enfermo estaba pálido, tenía los dientes muy descarnados, y en dos meses había enflaquecido mucho. Soldado de Metz, estuvo prisionero en Alemania y á su regreso á Francia, vivía en la indigencia.

Este enfermo tenía una sífilide papulosa irregular á causa del tratamiento mercurial que había retardado su aparición y como había sufrido las privaciones de una ciudad sitiada y de la vida de los campamentos, le había quedado una especie de escorbuto que explicaba la tendencia á las ulceraciones.

La mejor prueba del caso es, que sometido el enfermo á un régimen tónico y tomando 50 centigramos de ioduro de potasio al día, no tuvo nuevas ulceraciones en las pápulas diseminadas que tenía en la cara y en todo el cuerpo.

mo, las sífilides tuberculosas se ulceran, pero se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos, estas erupciones son irregulares: los enfermos atacados están pálidos, tienen la carne blanda y tendencia invencible al sueño.

Las metástasis de esta sífilis modificada tienen lugar, principalmente, en el sistema óseo. Hay periostosis que son, en realidad, derrames sanguíneos subperiósticos, y de aquí las osteoperiostitis seguidas de carie, ya sea en el velo del paladar, ya en las fosas nasales. Las metástasis en las vísceras son raras, pero la duración de los accidentes metastáticos de la piel y del tejido celular es, por el contrario, más largo. Los enfermos quedan anémicos por mucho tiempo. Las úlceras en las piernas, desarrolladas bajo la influencia de la sífilis modificada por el escorbuto tienen una gran duración, con tendencia al fagedenismo y cuando cura, no tardan en recaer hasta que el estado escorbútico más que la sífilis ha mejorado.

No es solamente la observación de los hechos en Francia la que debe apoyar la teoría en la sífilis modificada por el escorbuto, el *sibbens*, de Escocia, y la *radesyge* lo confirman. La Escocia y la Escandinavia son dos países donde el escorbuto es muy frecuente; el clima y las costumbres contribuyen al desarrollo de la enfermedad, mejor que los climas templados. La gravedad del *sibbens* que Swediaur compara á la sífilis del siglo XV, y las ulceraciones graves que en él existen, hacen concebir en este mal una sífilis modificada por el escorbuto. Pero la *radesyge* (mal inmundo) es todavía más característico, pues hay osteoperiostitis casi constantes, con tendencias á invadir la boca, la garganta y la nariz; las caries y las necrosis están bien marcadas en esta forma de sífilis.

El carácter principal de la sífilis modificada por el escorbuto, es la tendencia inmediata á la ulceración y á la ulceración fagedénica, tanto en el momento del accidente inicial y durante

Después, cuando las úlceras se cicatrizaron, en virtud de cauterizaciones enérgicas, reincidieron algunas pápulas en las cicatrices. A los tres meses de su entrada en el hospital, había engordado, las encías estaban en mejor estado y las úlceras se habían curado.

el periodo eruptivo, como durante el periodo de las metástasis. Los accidentes cerebrales en esta sífilis son epifenómenos debidos á caries y necrosis de los huesos del cráneo.

5.° *Sífilis modificada por la tuberculosis.* La tuberculosis existe unas veces como consecuencia de supuraciones anteriores y otras como consecuencia de lesiones semejantes entre los pacientes. La tuberculosis puede ser adquirida ó hereditaria. En el primer caso, la escrófula adquirida, infecciones como el sarampion y la fiebre tifoidea y áun las supuraciones prolongadas, predisponen á la tuberculosis y solo hace falta una ocasion para desarrollarla, y en estas condiciones la tuberculosis es una metástasis de infecciones anteriores y no una metástasis de la sífilis. No es, por consecuencia, necesario, describir una sífilis modificada por esta clase de tuberculosis, porque las sífilis de todas las formas, acompañadas de úlceras *que supuran largo tiempo* pueden tener por conclusion la tuberculosis.

Pero la tuberculosis hereditaria, la que parte de los órganos genitales y termina con los tubérculos pulmonares, la que produce en los niños la alteracion maligna de las glándulas mesentéricas y la meningitis tuberculosa, la que empieza y concluye en los tubérculos pulmonares, esta modifica la sífilis.

La sífilis en los tuberculosos no está modificada por los accidentes eruptivos cutáneos: ni las placas mucosas ni las pápulas ofrecen modificacion, ni las erupciones tuberculosas, aunque raras, lo son mucho más. Solamente en los individuos que están bajo la influencia de la diátesis tuberculosa, las erupciones en las mucosas, en el velo del paladar, en la laringe y en los bronquios, son más frecuentes que en las otras formas de sífilis. Estas placas mucosas son susceptibles de ulcerarse y de producir estrecheces en las vías respiratorias, verificándose en los primeros años de la sífilis, aunque solo se manifiestan hasta más tarde y persisten largo tiempo hasta que la tuberculizacion pulmonar ú otra termina la serie de los accidentes.

Los tubérculos aislados en placas ó exóstosis en el dérmis de los sífilíticos tuberculosos, se ulceran como los tubérculos de los sífilíticos escrofulosos, transformándose en fagedénicos.

Cuando amenaza la tuberculizacion pulmonar, la sífilis que sobreviene apresura los progresos del mal, produciendo una

muerte rápida y no dando lugar á que se produzcan las nuevas lesiones. Pero en los individuos cuya sífilis es anterior á la tuberculizacion pulmonar, parece que la tuberculosis mide su marcha sobre la de la sífilis. Las lesiones viscerales que se han atribuido á la sífilis, tales como los exóstosis del hígado, del cerebro, del testículo y orquítis exostósicas pertenecen á la sífilis modificada por la tuberculosis. Las observaciones mismas de Virchow, y las que Lancereaux ha reunido en las obras que ha publicado sobre la sífilis, ofrecen entre casos terminantes de exóstosis viscerales, casos en que la autopsia ha demostrado que habia tubérculos en los pulmones. En cuanto á los exámenes microscópicos, demuestran del modo más claro que es imposible establecer una diferencia entre la produccion llamada sífilítica y la produccion tuberculosa. El mismo Ditrich, al atribuir las cicatrices del hígado á la sífilis, no ha dejado de encontrar cicatrices en el pulmon y algunos tubérculos al mismo tiempo que las cicatrices del hígado.

El *testículo tuberculoso* de los sífilíticos está caracterizado por la produccion de mucosidades en el epididimo y algunas veces en el testículo. El mal ataca uno ó los dos testículos á la vez; y, como sucede con los tubérculos del testículo simple, se desarrollan á causa de una blenorragia, de una orquítis uretral, de la continencia, de la masturbacion ó de un golpe recibido en las bolsas. Hay produccion de hidrocele concomitante, pero solamente en los casos en que el tumor ha adquirido cierto volumen. Hé aquí el último ejemplo que hemos observado:

Un jóven de veinticinco años, algo idiota, tuvo malos los ojos en su juventud, su padre y su madre eran sanos, pero una hermana suya habia muerto del pecho; en 1869 tuvo chancros blandos múltiples, por los cuales estuvo un mes en el hospital del Mediodía. En 1870, durante el sitio de Paris, el enfermo tuvo una blenorragia seguida de orquítis en el lado derecho.

En el mes de Marzo entró en el hospital Cochin, ofreciendo úlceras redondas en ambas piernas y en el tronco, que tenían todos los caracteres de los tubérculos sífilíticos ulcerados, para los cuales habia sido tratado durante dos meses.

El 20 de Diciembre de 1872 volvió el enfermo al hospital á

causa de una blefarítis ciliar; entónces tenia los testículos en el estado siguiente:

El testículo derecho, muy voluminoso, ofrecia la mayor dureza en el epididimo, que tambien habia aumentado de volumen é hidrocele concomitante.

El epididimo izquierdo ofrecia pequeñas irregularidades, pero era muy voluminoso y duro; no habia hidrocele.

El testículo derecho estaba enfermo desde más tiempo.

Al nivel de la vesícula seminal del lado derecho habia una induracion dudosa.

Este enfermo, sin ningun signo de tuberculósis pulmonar, tiene dos testículos tuberculosos. La forma de las lesiones, la tuberculósis en un colateral y las privaciones del sitio, autorizan el diagnóstico. Podemos añadir que el enfermo tuvo una blenorragia y una orquítis del lado derecho, y que en los tuberculosos es muy frecuente que la tuberculósis siga á una orquítis que se hace crónica; en una palabra, este es un caso de testículo tuberculoso en un sifilitico.

Los exóstosis del hígado y las adherencias de este órgano en las partes vecinas son tambien complicaciones en la sífilis modificada por la tuberculósis. Muchas de las observaciones del libro de P. Ivaren sobre las metamorfósis de la sífilis, parecen referirse á la sífilis modificada por la tuberculósis. El aumento de volúmen del hígado, tan común en los tuberculosos, se encuentra en los casos de sífilis modificada por la tuberculósis; pero las lesiones exostósicas no están bien determinadas, ofrecen un carácter vacilante, no siendo sino pequeñas masas fibroides que contienen grasa, es decir, algo que se parece al tubérculo del hígado ántes del reblandecimiento ó regresion.

Las caries y las periostitis de los huesos del cráneo pertenecen á la sífilis modificada por la tuberculósis. En los escrofulosos, los tubérculos de los huesos engendran la caries; pero aquí no es la causa la sífilis, es la tuberculósis.

Los exóstosis del cerebro son tambien tubérculos ó abscesos crónicos. Bajo este punto de vista, es muy instructiva una observacion de Virchow. El enfermo presentaba un tumor caseoso en el quiasmo de los nervios ópticos, no demostrando el exámen que la lesion tuviese un carácter diferente del de las lesiones

tuberculosas, sin tener en cuenta el sitio. Pero al mismo tiempo tenía tubérculos en los ganglios mesentéricos y *tubérculos pulmonares*, según la misma expresión de Virchow. Las observaciones de exóstosis del cerebro que se han publicado en otros libros no son más terminantes, y puede afirmarse que cuando hay tubérculos pulmonares al mismo tiempo que los exóstosis, los exóstosis viscerales son tubérculos modificados en los sífilíticos.

6.° *Sífilis modificada por la escrófula adquirida ó adenia*. La adenia, cuya naturaleza no se ha definido bien todavía, es para los unos una leucocitosis con infartos ganglionares, y para los otros una escrófula limitada á los ganglios. Corresponde, con bastante exactitud, á lo que Virchow describe con el nombre de degeneración amiloide de los órganos hematopoyéticos. Algunos casos nos habían inclinado á deducir que la adenia era la conclusión de los sífilíticos llegados al período caquéctico cuando la tuberculosis no llena estas funciones. Lo mismo opinaba Virchow, puesto que, con el nombre de marasmo sífilítico, describe la degeneración amiloide del hígado, del bazo y de los ganglios. Pero la experiencia y las buenas observaciones de Bazin han demostrado que había una enfermedad que empezaba por una supuración crónica, intersticia ú oculta, que está caracterizada por infartos ulcerosos de los ganglios, de los cuales unos supuran y otros no. La alteración maligna de las glándulas mesentéricas, que sigue á las diarreas en los niños débiles, ha permitido establecer que hay una forma de enfermedad del sistema linfático en la cual los infartos ganglionares son el fenómeno capital. Trousseau ha retirado esta enfermedad del cuadro de la escrófula; Bazin la comprende: pero lo cierto está del lado del último autor, si bien se puede decir que la adenia es más una escrófula adquirida que la escrófula eruptiva ó que la escrófula de los huesos.

Hé aquí un caso de sífilis complicada de adenia, y, lo que es más curioso, la aparición de la adenia durante el período eruptivo de la sífilis; después, cuando todos los accidentes de la erupción han desaparecido, queda la adenia, que permanece estacionaria.

M..., de cuarenta y nueve años, no habiendo padecido nunca

accidente alguno escrofuloso, atacada de sífilis, por resultado de un coito infectante, y teniendo una sifilide papulosa que habia sido tratada durante un año por los mercuriales, presentaba, al mismo tiempo que la sífilis ganglios, infartados en las ingles y en los sobacos, uno de los cuales, en el sobaco izquierdo, existia en la enferma desde la edad de veintisiete años. Durante el tratamiento de la erupcion sifilítica, el ganglio habia aumentado de volúmen, y cuando la erupcion terminó, se infartaron los ganglios del cuello, llegando á adquirir el volúmen de un puño. Durante todo aquel tiempo, solo tuvo una ligera blefaritis, que puede considerarse como el origen de esta adenitis cervical múltiple. Los ganglios infartados del sobaco persistieron, y en 1873 supuró uno de ellos, pero los otros desaparecieron poco á poco; el del sobaco quedó reducido al tamaño de una avellana. Esta enferma tenía un poco de anemia, y no afirmamos que no tuviese algo de leucocitosis, porque los exámenes que hemos hecho de la sangre han mostrado glóbulos blancos en bastante buen número, pero los tónicos han restablecido sus fuerzas prontamente, habiendo lugar á creer que la alteracion de la sangre ha sido pasajera.

En esta enferma, que no tenía antecedente alguno, escrofuloso, hubo adenia durante el período eruptivo de la sífilis; esta adenia estuvo en su plenitud durante dos años: despues minoró hasta la supuracion de un ganglio del cuello y los infartos ganglionares desaparecieron poco á poco. Este caso es el ménos grave que hemos observado, porque aparte de las adenitis crónicas múltiples, la enferma no presentó ningun síntoma grave del lado de las vísceras. Pero la sifilide irregular fué tratada por los tónicos y los baños sulfurosos. Á los tres meses desapareció la sifilide, habiendo durado seis meses durante la aplicacion del tratamiento mercurial y durante este tiempo fué cuando se infartaron los ganglios.

Hay otros casos más graves: son aquéllos en que la leucocitosis va acompañada de adenia; pero en semejantes condiciones la adenia con la leucocitosis domina la escena y la sífilis desaparece, por decirlo así. En siete años sólo hemos perdido una enferma en el curso de una sífilis, fuera de las que murieron del cólera, de la viruela, del reumatismo articular agudo y de una

que murió de una nefritis albuminosa seguida de una afección al corazón, anterior á la sífilis. La enferma que murió tuvo placas mucosas y una sífilide papulosa poco confluyente: tuvo una erisipela facial y de sus resultas adquirieron un volumen enorme algunos ganglios que tenía en el cuello. En la autopsia sólo se encontraron cadenas de ganglios infartados que sólo ofrecieron al microscopio los signos de la hiperemia y un aumento en número de los corpúsculos linfáticos. En las demás vísceras no había lesión alguna. La adenitis sífilítica, unida á la leucocitosis, nos arrebató rápidamente á la enferma que tenía, por otra parte, hábitos de masturbacion que nada podía detener.

Hay, tambien, adenias que se presentaron en una edad avanzada en individuos que han tenido chancros.

Un enfermo de sesenta años, que no tenía en su familia antecedente alguno escrofuloso ni tuberculoso, tuvo, treinta y seis años ántes, chancros blandos y un bubon, habiéndose visto atacado de adenitis cervicales crónicas, en los momentos del sitio. Estos pequeños ganglios se ulceraron, apareciendo al mismo tiempo un abceso frio al nivel de la espina iliaca anterior y superior del lado derecho. Cuando vimos al enfermo, no había sido administrado ni el mercurio ni el ioduro potásico, habiéndose reproducido las ulceraciones que se resistían á la cauterizacion: había fagedenismo escorbútico. Los bordes de las úlceras se habían despegado y al cicatrizarse en un lado se reproducian en las inmediaciones. No había induracion alguna que hiciese suponer que estas ulceraciones eran cancerosas. Á nuestra vista se infartaron muchos ganglios, habiéndolos bajo la clavícula, en el sobaco, en el mediastino y finalmente, el enfermo murió asfixiado.

En la autopsia hemos encontrado ganglios degenerados en el mediastino y el abdómen: el bazo y el hígado contenian nudos del tamaño de una nuez. Los ganglios y los tumores del hígado, en número de ocho y de un tamaño diferente, tenían una misma estructura: presentaban una masa dura y blanca y en muchos puntos un pequeño nudo blando, verduco en su centro, representacion exacta del tubérculo blando. Los pulmones, el izquierdo sobre todo, presentaban tubérculos en todos los grados: solamente que esta tuberculizacion ocupaba una pe-

queña superficie, relativamente, y no estaba tan avanzada que hiciese creer fuese anterior á las lesiones ganglionares. Examinadas estas lesiones con el microscopio, representaban exactamente las alteraciones que, segun los alemanes, son inherentes á la degeneracion amiloide. El enfermo, que no tuvo anteriormente manifestacion alguna escrofulosa, estaba en la miseria y soportó las privaciones del sitio, habiéndose manifestado en él la adenia á los sesenta años. Si la sífilis ha ejercido alguna influencia en este mal, no ha sido sola en su obra sobre los ganglios, porque casos de este género pueden considerarse como escepcionales. Sin embargo, con el nombre de exóstosis del hígado, se encuentran en libros y en periódicos, casos análogos en que los infartos de los ganglios del mediastino y del mesenterio y áun el bazo mismo, ofrecen alteraciones semejantes á las del hígado y en que hay tubérculos pulmonares al mismo tiempo que las lesiones del hígado.

Todavía en este último caso domina la adenia, y, como en el precedente, el papel de la sífilis es secundario y áun problemático.

7.º *Sífilis modificada por el alcoholismo.* El alcoholismo, tan frecuente en nuestros días, es una enfermedad cuyo término fatal es la degeneracion grasa y aretomatosa de los vasos; perturba la nutrición en alto grado, y en cirugía, como lo ha demostrado Verneuil, el alcoholismo es el estado general que más agrava el pronóstico de las heridas y de las operaciones quirúrgicas. El uso, casi podríamos decir el abuso del alcohol en la terapéutica médica, constituye además una gran enseñanza. Administrado el alcohol en gran cantidad, obra en la pneumonía como el tártaro estibiado y áun como la sangría, produce una sedacion inmediata, y cuando el pulso aumenta, una nueva pocion alcoholizada produce una nueva sedacion. Esto demuestra que el alcohol obra como alterante.

Estas dos consideraciones permiten precisar con anticipacion la influencia del alcoholismo y su accion sobre la marcha de la sífilis. Unido el alcoholismo á la sífilis, cuando esta empieza, obra como el mercurio y transforma la sífilis en anormal, es decir, que detiene el período eruptivo, que la contraría y que las sífilides generalizadas son raras y dan lugar á las sífilides

tuberculosas, circunscritas y resolutivas. Las sífilides circunscritas con múltiples recaídas son muy frecuentes en los alcohólicos.

Pero en este punto, la sífilis modificada por el alcoholismo es una simple sífilis anormal, pero no es lo mismo cuando se considera la metástasis de la sífilis en los alcohólicos. Aquí encontramos, efectivamente, las meningopatías y las cirrósisis con adherencias del hígado al diafragma, y á ambas lesiones se refieren las pérdidas de conocimiento súbitas y las ascitis que se dice curan por el tratamiento antisifilítico, y principalmente con *una buena dieta* cuando el mal principia.

Las hemorragias de las falsas membranas consecutivas á la meningopatía alcohólica, que han sido tan bien estudiadas en la Sociedad anatómica de Paris, se encuentran en la sífilis modificada por el alcoholismo. Bajo este punto de vista, no faltan observaciones: aunque Lanceraux no las haga proceder del alcoholismo, cita muchos ejemplos en su *Tratado de la sífilis*, á los cuales mezcla otros extraños al asunto.

La cirrósisis con retraccion de los elementos fibrosos del hígado y las cicatrices de este órgano son igualmente lesiones que más pertenecen al alcoholismo que á la sífilis. Las observaciones que se han hecho con objeto de probar que el mal era sífilítico, han sido hechas ántes de que se conociese bien el alcoholismo, y por esto no se hace en ellas ninguna mencion de las costumbres de los enfermos.

8.º *Sífilis modificada de los países cálidos.* El *pian* ó *yam*, el boton de Amboine, el boton de Biskra en Argel y la úlcera de Mozambique, son maneras de ser de la sífilis. Por lo que se puede deducir de los trabajos de los médicos que las han estudiado, son sífilis que llegan ántes de tiempo al período metastático y en que faltan los accidentes iniciales y las erupciones ó pasan desapercibidas.

El mal, en sus diferentes grados, tienen el carácter de un exóstosis ulcerado fagedénico ó no, en torno del cual se desarrojan otros exóstosis. Tal vez sea la causa principal de estas diferentes formas de la sífilis el temperamento leproso de aquellas comarcas en que son endémicas la lepra y la elefantiasis de los árabes.

Mucho se ha escrito sobre estas enfermedades, pero la desigualdad de instruccion de los observadores ha hecho que haya en ellas muchas incertidumbres. Lo que hace creer, sin embargo, que sean sífilis modificadas por las condiciones higiénicas y por el temperamento de los habitantes, es que hay países cálidos en que tambien hay sífilis de marcha normal. Despues de Johnston, que dice haber visto la sífilis siguiendo su curso como en Europa, muchos otros han dicho que la sífilis en Asia, América y África, tienen los mismos caractéres que en Europa.

Accion de los traumatismos sobre los sífilíticos. En los capítulos que se refieren á las formas de las sífilis, hemos visto que los traumatismos podian dar lugar al desarrollo de periostosis y aún de exóstosis. Esta propiedad no se ha negado, y está de acuerdo con lo que se sabe de otras enfermedades diatésicas. Pero en los sífilíticos hay otros accidentes que desarrolla el traumatismo. Durante el período de supuracion de las erupciones papulosas, una llaga accidental puede transformarse en ulcerosa. Delpech (1) lo ha demostrado. Verneuil (2) cree que la reunion por primera intencion fracasa en los sífilíticos. Más tarde, y á propósito de las supuraciones de los traumatismos subcutáneos, ha insistido en la misma idea. (3) Desde Petit (4) se ha admitido que son más frágiles los huesos de los sífilíticos y que la consolidacion de las fracturas en ellos se llevaba á cabo muy lentamente. (5)

Pero en todas las modificaciones que la sífilis imprime á la marcha del traumatismo encontramos las que aportan las enfermedades diatésicas ó inflamatorias y la viruela misma tiene una accion parecida á la de la sífilis. Pero siempre queda lo que diariamente se puede comprobar, que es la produccion de pe-

(1) Delpech, *Clínica quirúrgica*, Paris.

(2) Verneuil, *Gaceta hebdomadaria*, Paris, 1863.

(3) *De las supuraciones de las lesiones traumáticas intersticiales.*

(4) Véase, en la reseña histórica de este libro, lo que se refiere á Petit.

(5) Los casos relativos á retardos en las consolidaciones de fracturas debidas á la sífilis, los ha consignado Norris en *On the occurrence of non union after fractures*, y Berard en *De las causas que impiden ó retardan la consolidacion de las fracturas*.

riostosis frontales y tibiales en los sífilíticos. En cualquier período, bajo la influencia del traumatismo, una compresion ó un choque suelen ser la causa ocasional. A propósito de las sífilis anormales, hemos visto el caso notable de una serie de exóstosis limitada á una region producida por un golpe violento recibido en aquel punto.

Influencia de las enfermedades febriles en la sífilis. Todas las afecciones crónicas son modificadas en su marcha por la enfermedad aguda que sobreviene en su curso, y del conocimiento de estos hechos se puede deducir la teoría de la revulsion terapéutica. La sífilis recibe de las enfermedades agudas que aparecen ya durante las erupciones normales, ya durante las erupciones circunscritas de tubérculos cutáneos, modificaciones importantes.

Las pneumonías, las bronquitis agudas, las pelviperitonítis, las erisipelas, etc., durante el período eruptivo de la sífilis, hacen palidecer las erupciones, pero luego reaparecen y continúan su curso normal.

Las sífilides tuberculosas ulceradas son las lesiones que sufren mayores contratiempos de las enfermedades febriles, puesto que se cicatrizan durante la enfermedad aguda. Es muy rara la curacion radical, y lo más frecuente es una simple mejoría; una erisipela en torno de una úlcera es lo que mejor cura esta lesion.

La duracion de la enfermedad febril, con ó sin supuracion, es muy importante. Hé aquí un caso muy instructivo bajo este punto de vista. Un enfermo atacado de sífilide tuberculosa ulcerada serpigínea en la frente, tenía al mismo tiempo una estrechez sífilítica de la laringe. Tratado por el mercurio durante más de un año, habia llegado á no poder respirar. La traqueotomía fué practicada. Durante la supuracion de la herida de la traqueotomía, las úlceras de la frente se cicatrizaron por completo, pero no tardó en sufrir una recaída, reapareciendo la sífilide tuberculo-ulcerosa, extendiéndose á casi toda la frente. Sobrevino una bronquitis que pasó al estado crónico; la fiebre duró diez y nueve dias. Durante la fiebre, la sífilide se cicatrizó por completo. Despues de la mejoría del estado general, tuvo una pequeña recaída, pero la cicatrizacion habia sido

definitiva. En Diciembre de 1872 la bronquitis era crónica. De tiempo en tiempo, aparecen puntos que se ulceran en torno de la cicatriz.

SÍFILIS HEREDITARIA.

Influencia de la sífilis sobre la generacion, sobre el embarazo y sobre el feto. La sífilis es hereditaria. El hombre sífilítico puede procrear hijos en todos los periodos de la sífilis. ¿Está la mujer exactamente en el mismo caso? Razonando, como hasta aquí lo hemos hecho, sobre las bases de la sífilis normal, es decir, de la sífilis tratada sin mercurio ó exenta de las complicaciones de los temperamentos, llegamos, con ayuda de casos que hemos presentado en 1869 en la Sociedad de Cirugía, á determinar de un modo preciso cuál es la marcha del embarazo en las mujeres que tienen la sífilis.

Pero hay una opinion muy general, sin pruebas suficientes que la apoyen, que debemos mencionar aquí.

Las mujeres que han tenido la sífilis, son estériles, por lo ménos durante algun tiempo. Esta regla se ha aplicado tambien al hombre, segun la opinion de algunos médicos. Es un problema de muy difícil resolucion, tratar de investigar la verdadera causa de los matrimonios estériles, fuera de las lesiones de los órganos genitales, internas ó externas de ámbos sexos. Hay preocupaciones relativas al uso de ciertas plantas. Se dice que las uniones desproporcionadas, el matrimonio prematuro, la aclimatacion difícil para algunas parejas trasplantadas á regiones diferentes de las en que nacieron, las uniones consanguíneas, la prostitucion y el alcoholismo determinan la esterilidad.

Fuera de estas causas de esterilidad, las enfermedades crónicas tienen alguna influencia: en este caso se hallan las enfermedades del corazon y las intoxicaciones palúdicas y saturni-

nas. Pero, con frecuencia se ven tubérculos llegados á un periodo bastante avanzado de la tuberculizacion pulmonar, procrear hijos que nacen vivos. Al considerar los hechos en su conjunto, no es posible afirmar que la sífilis sea una causa inevitable de esterilidad ó por lo ménos una causa de esterilidad ó de abortos en los casos en que la sífilis es normal.

Cuando la concepcion ha tenido lugar, ¿qué influencia ejerce la sífilis sobre el embarazo?

Todas las afecciones agudas febriles, en general, pneumonia é intoxicaciones, como la viruela, el cólera, la infeccion purulenta y el tífus, en el periodo de actividad, determinan el aborto; esto se halla admitido y la experiencia de cada dia lo confirma. Segun nuestras propias observaciones, la sífilis no es una excepcion: las sífilíticas embarazadas, han abortado ó dado á luz niños que no han vivido en la mitad de los casos. Pero tambien aquí se debe establecer una distincion.

Las enfermas adquieren la sífilis y quedan embarazadas al mismo tiempo.

Las enfermas adquieren la sífilis durante el embarazo.

Y por último, las enfermas quedan embarazadas despues de haber adquirido la sífilis.

Aunque muy diferentes, pueden variar, sin embargo estas condiciones, en virtud de causas extrañas á la sífilis. Las anemias y las dismenorreas anteriores, deben intervenir en los embarazos de las sífilíticas, cualquiera que sea la época en que hayan adquirido el mal.

Hemos observado, en el hospital de Lourcine, un gran número de mujeres sífilíticas embarazadas y en diferentes épocas del embarazo. De todas ellas, cincuenta y cuatro han parido despues de haber sido tratadas durante algun tiempo, sin mercurio y por el régimen tónico, asociado á los baños sulfurosos. Hé aquí los resultados que, teniendo en cuenta la marcha natural de la sífilis, valen tanto con o experimentos seguros.

De veintiuna mujeres, atacadas todas de placas mucosas ó de sífilides papulosas, que habian adquirido la sífilis al tiempo de quedar embarazadas, abortaron diez y siete ántes del sétimo mes; siete dieron á luz á su tiempo ó poco ántes un hijo sano, y cuatro dieron á luz ántes de tiempo un hijo, viviendo un mes

el que más y un día el que ménos; todas estas enfermas eran primerizas.

De veintidos mujeres que tenían erupciones sifilíticas y que adquirieron la sífilis del segundo al octavo mes del embarazo, siete abortaron ántes de los siete meses y dos de éllas estaban embarazadas por segunda vez; (1) nueve dieron á luz un niño sano, una de las cuales estaba tambien embarazada por segunda vez, y seis dieron á luz, ántes de tiempo, un niño débil. Estas eran primerizas.

De once mujeres que tenían la sífilis mucho ántes de estar embarazadas, es decir, que habían pasado del período eruptivo de la sífilis, tres abortaron; una de éllas embarazada por segunda vez; cinco dieron á luz, á su tiempo, un niño vivo y sano y tres primerizas dieron á luz un niño débil, que el que más vivió un mes.

Todo lo que se pudiera afirmar *á priori* está comprobado por estas cifras. En el caso de simultaneidad de la producción del venéreo y del embarazo, *el padre y la madre son sifilíticos* y el hijo es atacado con más seguridad y más gravemente.

Hay 47 por 100 de abortos de niños sanos;

19 de nacimientos de niños débiles ántes de tiempo;

33 de niños sanos.

Hay, como se ve, muchos abortos.

Cuando se ha adquirido la sífilis durante el embarazo, cambian las condiciones, puesto que *la madre sola es sifilítica*: al principio del embarazo se puede presumir sano al padre. Aquí son algo mejores los términos medios.

Hay 33 por 100 de abortos;

41 de niños sanos;

26 de niños débiles y no viables, nacidos ántes de tiempo.

Aumentan los partos normales; disminuyen los abortos y aumentan los nacimientos de niños débiles: aumentando la proporción de estos últimos, indica ya que la situación de las

(1) En el matrimonio y en la prostitución clandestina es muy frecuente este caso.

mujeres embarazadas que adquieren la sífilis durante su embarazo, es mejor que cuando la sífilis se inicia con él.

Cuando ha pasado el período eruptivo de la sífilis; cuando las enfermas tienen solamente recaídas tardías de placas mucosas ó una iritis y cuando la sífilis tiene uno ó más años de existencia, las proporciones son más ventajosas, *pudiéndose tambien presumir sano el padre.*

Hay 27 por 100 de abortos;

48 de partos naturales de niños sanos;

27 de niños débiles ántes de tiempo.

Pero esto no es todo: es preciso hacer intervenir en los abortos las caídas y las faltas de precaucion, porque aunque en todos los abortos haya una parte para los accidentes, no deben negarse en los sifilíticos, como en la pneumonía, en el cólera y en la viruela no se niegan.

Es preciso, sin embargo, tomar en consideracion el estado del temperamento de las enfermas y esto nos podrá explicar por qué no es el aborto la regla absoluta en la sífilis. Sobre esto se han de hacer muchas investigaciones.

Hay muchas opiniones relativas á la predisposicion á los abortos de las sifilíticas. Se repite que el mercurio, administrado á mujeres que han abortado varias veces por sospechas de haber tenido la sífilis ó cuyos maridos la han tenido, impide los abortos y que esto prueba la predisposicion de que hemos hablado. Estas opiniones sólo reposan sobre una observacion imperfecta ó una teoría preconcebida. Bertin, gran conocedor de la sífilis, reconoce que áun haciendo abstraccion de todo tratamiento, las mujeres sifilíticas, despues de haber dado á luz niños enfermos acaban, en virtud de haberse agotado la enfermedad, por tener hijos sanos. Las opiniones emitidas en nuestros dias, sin observaciones que las apoyen, no tienen una autoridad suficiente, y Bertin era más sincero ó más ilustrado.

Las mujeres embarazadas atacadas de sífilis ofrecen muchas particularidades, cuyo conocimiento es muy importante.

Las placas mucosas de los órganos genitales son más rebeldes en razon de la congestion de los órganos genitales externos. Con frecuencia se transforman las placas mucosas en vegetaciones. Las pápulas del tegumento palidecen con rapidez no

muy léjos de su aparición, sucediendo esto generalmente en el sétimo mes, en el momento en que, en todos los embarazos normales, las mujeres adquieren un cierto sello de anemia, que varía de lo que se ha llamado plétora, serosa á la anemia franca.

Las sífilides tuberculosas agrupadas palidecen igualmente al final de los embarazos.

El aborto ó el parto, durante los cuales las enfermas reposan y observan ciertos cuidados de aseo, tienen por efecto inmediato permitir la curación de las placas mucosas y hacer palidecer las erupciones papulosas como lo haría cualquiera otra enfermedad grave. Pero tan luego como la enferma deja el lecho, reaparece la erupción y termina su curso.

Bajo la influencia de las sífilis anormales y de las sífilis modificadas hay algunas variaciones en las erupciones y en las metastasis; pero se puede decir, sin embargo, que el embarazo domina todos los actos fisiológicos y oculta lo que procede de los temperamentos de los individuos.

La sífilis no constituye una inmunidad para la fiebre puerperal ni para la fiebre tifoidea. Estas enfermedades atacan á las mujeres embarazadas sífilíticas como á las otras.

La marcha del embarazo en las sífilíticas que no abortan, no ofrece nada de particular que la distinga del embarazo en una mujer sana.

Las mujeres embarazadas sífilíticas tienen poca leche ó leche serosa; cuando la sífilis se ha contraído muy próxima al momento de la concepción, la secreción láctea es muy defectuosa.

Los abortos en las mujeres sífilíticas se presentan en las condiciones de los demás abortos: existen generalmente del segundo al sexto mes en las mujeres sífilíticas embarazadas, y en el sétimo en las mujeres que han adquirido la sífilis durante el embarazo. Pero no hay reglas absolutas. Cuando el aborto tiene lugar al quinto mes, cesa el feto de moverse y hay cólicos. Algunas veces no tiene lugar la expulsión del feto inmediatamente, permaneciendo ocho y diez días en el seno de la madre y acaba por salir, estando macerado en este caso. Los partos prematuros de niños muertos se presentan generalmente de esta manera. El número de niños muertos y macerados que son expulsados al octavo mes del embarazo, nos hacen sospechar

que esto es más comun en las sífilíticas que en las variolosas, y que en las mujeres que al sétimo mes tienen una afeccion febril grave.

De las lesiones de los anexos del feto, atribuidos á la sífilis. El amnios y la placenta fetal no presentan ninguna lesion que sea característica de la sífilis, y que se encuentra en la mayor parte de los casos de embarazo en las sífilíticas.

Hay algunos casos de *hidropesía del amnios y hematomas de la placenta* que solo hemos observado una vez en una sífilítica, si bien se han encontrado varias en mujeres no sífilíticas. Virchow los da el nombre de endometritis decedentes circunscritas ó difusas con atrofia de las vellosidades: añade que las ha visto una vez solamente. Los depósitos plásticos sobre el amnios y la placenta y las granulaciones con estructura tuberculosa, se encuentran rara vez en algunos casos. No hay lesion alguna de las cubiertas del huevo que pueda atribuirse á la sífilis.

De las lesiones del feto. Las lesiones del feto llevado por una madre sífilítica y muerto ántes del sétimo mes, son las de una infeccion purulenta en diversos grados. El niño tiene, con efecto, una tendencia á la supuracion caseosa mayor que el adulto, y la tendencia del feto á la supuracion es mucho mayor.

Las pneumonías con hepatizacion, los tumores del pulmon y los nudos señalados por Depaul, Hecker y Virchow, no se observan en los fetos que mueren ántes de tiempo, no habiendo en ellos sino nudos apopléticos y algunas veces pequeños focos blanquecinos. Pero el hígado presenta una lesion más concebible y más en relacion que las lesiones pulmonares, con la circulacion del feto. El hígado es, con efecto, el órgano por el cual pasa en primer lugar la sangre que llega de la placenta maternal; allí, pues, se deben manifestar las lesiones ántes que en los demas órganos. Así, pues, se encuentra en aquellos fetos el hígado voluminoso y blando, con pequeños nudos apopléticos y algunos granos opacos. Segun Gubler, hay algunas veces falsas membranas sobre el peritoneo que recubre el hígado, es decir, una verdadera peritonitis con vascularizacion del peritoneo. Simpson es el primero que la ha descrito, siendo su causa el estado inflamatorio del hígado. Mas para que se produzca, es preciso que el feto no muera en los primeros tiempos de la le-

sion del hígado, y esto explica por qué no se encuentra siempre la peritonítis. Al contrario del hígado y del pulmon, el tenso ofrece algunas veces verdaderos abscesos ó reblandecimientos que son una variedad de supuracion. Esto fué muy bien demostrado por Dubois en 1850, y muchos autores alemanes han comprobado esta asercion; pero esta lesion es todavía ménos rara en los niños que nacen ántes de tiempo, que en los que son producto de un aborto.

Aquí volvemos á encontrar la misma muerte del feto que en los casos de viruela, fiebre tifoidea ó fiebre grave en la madre; pero que no presenta las mismas lesiones que ella, puesto que muere asfixiado por una sangre enferma.

El tegumento del feto presenta placas hemorrágicas, y como todos mueren algunos días antes de su expulsion, la epidérmis está despegada sobre las placas hemorrágicas.

Los fetos muertos en el seno de una madre sifilítica, ofrecen lesiones cuyo carácter principal son los focos hemorrágicos y áun los abscesos; la peritonítis señalada por Simpson no debe considerarse como un epifenómeno de las lesiones del hígado como la pleuresía que acompaña á los abscesos metastáticos del pulmon.

La sangre de la madre enferma llega al feto y produce en él, como lo produciría en una víscera vascular, una metástasis en forma de nudos apopléticos, que se transforman en abscesos en algunos casos. Pero como la muerte del feto tiene lugar rápidamente, la supuracion no tiene tiempo de producirse.

De las lesiones de los niños nacidos ántes de tiempo ó que mueren en el primer mes. Algunos niños que pasan del sétimo mes en el seno de la madre, escapan á la infeccion y nacen con lesiones variables, que son en un grado más pronunciado, señales de infeccion con múltiples metástasis, áun con ausencia de manifestaciones cutáneas.

Unas veces presenta el hígado una dureza muy grande y pequeños granos blancos opacos con manchas amarillas debidas á la extravasacion de la bilis, tales como han sido descritas por Gubler, siendo esto una hepatitis difusa. En otros casos hay nudos del volúmen de una avellana, puriformes en el centro ó duros, tales como han sido vistos por Tertelin y Wedl. Pero

estas lesiones que permiten la vida por algun tiempo, son circunscritas. Han sido observadas muy raramente, y no sabemos si relacionarlas con el uso prolongado del mercurio en la madre ó con el tratamiento mercurial aplicado al niño directamente, porque durante siete años en el hospital de Lourcine, en más de 300 niños sifilíticos, no se ha encontrado un solo caso de esos tumores impropriamente llamados gomas del hígado.

El pulmón ofrece nudos duros ó blandos, que Cornil, en nuestros días, llama pneumonías lobulares intersticiales, ó una infiltración del pulmón, constituida por pequeñas granulaciones que han recibido el nombre de pneumonía intersticial difusa, pero tambien son excepciones extremadamente raras. En el hospital de Lourcine hemos tenido algunos casos de pneumonías en niños sifilíticos; pero lo que se observó con más frecuencia fué la pneumonía hipostática. Pero todavía hay una incógnita.

El bazo está firme y voluminoso y su tejido es rojizo.

El cerebro ha presentado á Virchow lesiones parecidas al tubérculo. Robin ha demostrado la existencia de una neurósis cerebral. Graefe ha visto un caso de reblandecimiento cerebral.

Las lesiones de los huesos han sido observados tambien algunas veces, tales como desprendimientos epifisarios con alteraciones de los cartilagos. Cullerier y Diday han reunido algunos casos de abcesos subperiósticos que Diday cree sean gomas supuradas.

Es imposible desconocer en las lesiones de los niños que han vivido, las metástasis de una infeccion. La sífilis ha marchado en ellos con más celeridad que en sus madres ó bien su estado caquéctico ha dado á los infartos que son la metástasis de la sífilis, el carácter de los infartos de la infeccion purulenta. Pero todos estos casos son otras tantas excepciones, puesto que hay muchos hijos de sifilíticas que mueren de diarrea ó de convulsión, sin presentar ninguna de estas lesiones, en tanto que un solo niño las puede presentar todas á la vez.

SÍFILIS INFANTIL.

A. *Sífilis hereditaria de los niños viables.* Los hijos que nacen de una madre infectada, cuando salen al mundo vivos, llevan las huellas de la enfermedad de la madre. Se ha dicho que el hijo de una madre sana podía tener la enfermedad del padre, sin que esta enfermedad hubiese pasado por la madre. Swediaur, Bertin, Bøhr, Camplech y Trousseau lo afirman; otros autores lo niegan. Todos los hechos aducidos, áun cuando parezcan terminantes, son discutibles, sin embargo. No basta decir que la madre no había tenido ó no tenía la sífilis en el momento del embarazo y del parto, para deducir que la madre no la tenía; hay sífilis normales, tan benignas, que muchas veces es imposible hallar su huella. Bajo este punto de vista siempre habrá incertidumbre.

Sea como quiera, hay una sífilis hereditaria transmitida, indiscutible é indudable.

La sífilis de los niños recién nacidos, sigue una marcha mucho más invariable que la sífilis de los adultos. Se ve aparecer al primer mes ó á la sexta semana:

1.º Placas mucosas en los orificios naturales y pápulas en el cuerpo, las que muchas veces forman vesículo-pústulas, principalmente en los hijos de escrofulosos.

2.º Anginas y coriza, es decir, placas mucosas en las amígdalas ó en las fosas nasales.

3.º Infartos ganglionares.

Cuando la madre ha sufrido durante su embarazo ó cuando el niño es caquético, se unen á estos accidentes diarrea y convulsiones.

El pénfigo de los recién nacidos existe raramente en los niños viables, y los que viven son los niños caquéticos ó aquellos cuyas madres se han debilitado por el tratamiento mercurial.

El onixis señalado por algunos autores, se manifiesta lo mismo que en el adulto; es decir, placas mucosas que se transforman como el pénfigo.

El pénfigo de los recién nacidos es realmente la sífilis. En muchos casos se debe reconocer un pénfigo simple; pero como Gubler lo ha dicho muy bien, existe un pénfigo sífilítico. En una excelente Memoria de Olivier y Ranvier se encuentra la verdadera naturaleza del pénfigo. No es un accidente de carácter tardío, es una modificación de la erupción normal de la sífilis. La epidérmis gruesa de la planta de los pies y de los miembros, reblandecida por las aguas del amnios, se despega y forma una ampolla, sobre la cual se encuentra *la pápula* con los caracteres normales. No se puede dudar de la veracidad de este hecho, cuando se ve que casi todas las observaciones de pénfigo de los recién nacidos son relativas á niños cuya madre había tenido una erupción cutánea ó á niños que tenían *placas mucosas en los orificios naturales al mismo tiempo que el pénfigo*.

Ningun niño vive con los accidentes metastáticos de la sífilis. Los que los tienen, mueren en el seno de la madre ó mueren al nacer ántes de tiempo. Por otra parte, las metástasis de la sífilis en los recién nacidos tienen el carácter de la infección purulenta simple, cuyos abscesos metastáticos no terminan, si se exceptúa en el tenso. No se han visto en los recién nacidos gomas francas sífilíticas, ni en el tejido celular, ni en el testículo, ni en las otras vísceras.

En este punto, se puede asegurar que es completa la analogía entre la sífilis y la infección purulenta.

Las lesiones de la sífilis visceral del niño, son la neumonía lobular intersticial, hecho probado con observaciones diversas por Depaul, Martineau y Cornil, y la hepatitis intersticial. Los exámenes microscópicos de la neumonía lobular y de la hepatitis intersticial ó de las placas blancas algo duras del hígado, demuestran una cosa solamente, y es que hay un proceso de tejido conjuntivo y grasa, es decir, lo que se encuentra en todas las inflamaciones lentas y en las crónicas. Estas lesiones existen en los fetos del útero al noveno mes ó en los niños de algunas semanas. Los casos conocidos y publicados hasta la fecha, son muy raros. La supuración, rara también, del tenso, es una

lesion mucho más parecida á los abscesos metastáticos del adulto que á las pneumonías intersticiales. Cuando afirma Virchow que las lesiones pulmonares de los niños atacados de sífilis hereditaria son una bronco-pneumonía, da un punto más de apoyo á la interpretacion que damos nosotros á las lesiones viscerales de la sífilis infantil.

Pero las investigaciones recientes de Parrot sobre las lesiones de los huesos en la sífilis congénita, afirman todavía más la comparacion. En un primer trabajo, demostró Parrot el desprendimiento epifisario, como Valleix y Gueniot, aun cuando ni uno ni otro lo atribuian francamente á la sífilis. En un segundo trabajo presentado en la Sociedad anatómica, demostró otro género de lesiones. En los huesos de los niños sifilíticos halló manchas amarillentas en la zona juxta-epifisaria de la diáfisis de los huesos largos y depósitos óseos de nueva formacion.

Anteriormente, Ranvier demostró los desprendimientos epifisarios en un niño que tenía al mismo tiempo lo que él llamaba gomas del hígado.

Los huesos del cráneo no están exceptuados. Charrier ha visto en un niño sifilítico, nudos que parecian supurar entre el hueso del cráneo y la dura madre.

Hé aquí, pues, lo que se ha encontrado en los niños atacados, los unos de pénfigos, otros de placas mucosas y otros de botones sobre el cuerpo, ya sea en el momento de nacer, ya despues de un aborto cuando el feto solo tiene siete meses; pneumonías intersticiales afectando la forma lobular, pequeños tumores en el hígado del tamaño de un guisante, desprendimientos del periostio congestionado y más tarde depósitos óseos, ofreciendo el carácter de todos los depósitos óseos bajo el periostio, que siguen á los desprendimientos del periostio y algunas veces á los desprendimientos epifisarios. Que se dé á estas lesiones la significacion de accidentes terciarios, en tanto que la madre siente apenas los accidentes eruptivos, es muy singular. La interpretacion más racional es la siguiente: el niño muere con las lesiones de la infeccion purulenta y de nudos metastáticos múltiples en el pulmon y bajo el hígado y el periostio. No puede asegurarse que sean abscesos metastáticos francos, pero se puede asegurar que son abscesos metastáticos en vías de formacion ó

de regresion: el exámen histológico no encuentra nada especial en las pneumonías intersticiales, en las hepatitis gomosas difusas ni en las periostitis.

Pero no es bastante hacer ver la imposibilidad de interpretar, tal y como se ha hecho hasta ahora, los casos que acabamos de consignar. Tratemos de investigar las razones que han podido existir para dar á las lesiones el carácter de abcesos metastáticos.

El jóven no supura, como el adulto, bajo la influencia de las intoxicaciones: los abcesos subperiósticos de los huesos largos son exclusivos de la juventud. La infeccion purulenta con abcesos metastáticos en los pulmones, es muy rara en los niños. Esto nos explica por qué se han observado con más frecuencia en los fetos sífilíticos las lesiones de los huesos que las lesiones pulmonares. Cuando los niños han sido atacados de una periostitis que no ha supurado, se sabe que queda una hinchazon durable de los huesos debida al depósito de nuevas capas osificables subperiósticas, y esto nos explica por qué en los recién nacidos sífilíticos se observan los depósitos señalados por Parrot y que indican una periostitis anterior de uno ó dos meses. Bueno es hacer constar, con efecto, que en los niños examinados por Parrot ni habia hepatitis gomosa ni pneumonía intersticial: faltaban ó habian sido curadas.

Las investigaciones que hemos llevado á cabo en el hospital de Lourcine, nos han llevado á rechazar toda idea de sífilis visceral franca en los fetos. Solo hemos observado la infeccion pútrida ó septicemia y la infeccion purulenta, y todavia muy raramente.

Hé aquí las conclusiones que hemos formulado:

- 1.ª Una mujer embarazada que tiene una sífilide generalizada precedida de fiebre prodrómica fuerte y que es anémica, da á luz del tercero al sétimo mes, y principalmente hácia el quinto, un feto más ó ménos macerado, y cuyo hígado está congestionado y voluminoso, segun que la madre haya abortado más ó ménos tiempo despues de la muerte del feto. En este caso, el feto muere septicémico, porque la sangre alterada de la madre se convierte para él en un verdadero veneno más septicémico que específico.

2.ª Cuando la madre está en mejores condiciones, cuando no está debilitada, y principalmente cuando no ha tenido fiebre, aborta un feto que presenta excepcionalmente lesiones en el hígado y en el pulmon, y con más frecuencia lesiones en los huesos; estas lesiones no son otra cosa que la infección purulenta irregular que marcha simultáneamente con algunas erupciones cutáneas que pertenecen realmente á la sífilis congénita.

La sífilis hereditaria de los niños es una sífilis normal. La erupcion aparece al segundo mes despues del nacimiento con una regularidad que no ha pasado desapercibida para sifiliógrafos de la importancia de Cullerier y Diday. Las metástasis son excesivamente raras, y tanto, que puede decirse que no existen; y más bien en esta edad, de los cuatro á los diez y ocho meses, la lactancia y la alimentacion irregulares son la causa de convulsiones, de tuberculósis, de pneumonías intersticiales, hepatitis difusas y meningítis tuberculosas. No se sabe verdaderamente si se las debe atribuir á la sífilis, ó á una mala nodriza, ó á la debilidad congénita. Pero se puede presumir, que cuando se observa algo que no sean los accidentes eruptivos de la sífilis normal, la sífilis de los parientes era una sífilis modificada.

Quando los parientes han pasado el período eruptivo y carecen de accidentes metastáticos, los niños vienen sanos al mundo.

Quando los parientes tienen gomas y tubérculos metastáticos, si la concepcion se ha verificado fuera del período eruptivo de la sífilis, el niño nace sano, y no se ha visto un solo niño que en los dos primeros años de su vida haya tenido alguna goma franca ó parecida á la que tuvieron sus parientes. Pero en aquellos niños, y á la edad de seis, ocho, diez, quince años y aún más tarde, se ven aparecer sifilides tuberculosas circuncritas, si el padre ó la madre, ó ámbos, han sido sifilíticos.

Todos los sifiliógrafos describen una serie de sifilides que pueden existir en los niños; pero de todas, una tan solo es invariable: la pápula y la placa mucosa simultánea. El impétigo y la sifilide vesiculosa son errores de interpretacion. Porque los niños linfáticos tienen, con frecuencia, erupciones que nada

tienen que ver con la sífilis: la falta de aseo y de cuidado las hacen durar, y las irritaciones de la piel suelen ser la causa determinante. En realidad, solamente las erupciones de placas mucosas, de pápulas ó de tubérculos, pertenecen á la sífilis en los niños.

Cuando las erupciones de la sífilis aparecen en la edad de la pubertad ó en la segunda infancia, se pueden hallar en la sífilis infantil los caracteres que hemos indicado de las sífilis anormales y de las sífilis modificadas. Debemos hacer notar, sin embargo, que nunca tienen en ellos tanta gravedad las metástasis tardías como en los adultos.

Los niños de los sífilíticos, concebidos y dados á luz cuando el padre y la madre eran presa de la sífilis, mueren en el seno de la madre en la mayor parte de los casos, ó mueren poco despues de su nacimiento á causa de su debilidad, ó por la carencia de una buena nodriza, al contrario de los hijos de los sífilíticos que han pasado el período eruptivo de la sífilis, y en estas condiciones solamente se ven aparecer muchas erupciones, cuya marcha y caracteres son los de la sífilis anormal. Lo que se ha observado generalmente son sífilides tuberculosas con placas circunscritas, y existen en las espaldas ó en los miembros, donde son muy rebeldes.

Los *exóstosis* son muy raros en los niños, exceptuando los *exóstosis epifisariós* descritos por Broca y que no tienen nada de comun con la sífilis: las úlceras con cáries de los huesos de la nariz ó del paladar, bien conocidas hoy con el nombre de estomatitis úlcero-membranosas, se han atribuido á la sífilis hereditaria. No perteneciendo á la escrófula, son, tal vez, ulceraciones debidas á corizas repetidas ó á placas mucosas desconocidas.

Las *keratitis heredo-sifilíticas* atribuidas por Hutchinson á la sífilis hereditaria y coexistiendo con una alteracion de la corona de los dientes, se ha puesto hoy en duda, y la Sociedad de Cirugía ha reconocido unánimemente que la *keratitis* de Hutchinson no tenía nada de especial en los sífilíticos.

Á pesar de las afirmaciones de Dixon, Hutchinson y Diday, se duda mucho de la irítis sífilítica de los niños. De las diez observaciones de Hutchinson y las seis anteriormente publicadas, no hay, tal vez, dos, que sean terminantes. En dos casos se ha

confundido una persistencia de la membrana pupilar por una irítis; en otros dos casos el color de la irítis ha sido la única señal que haya permitido reconocer la irítis; en otros dos tuvieron los niños una oftalmía purulenta, y la irítis era un vestigio de ella; y con otros dos hubo keratitis é irítis. De los dos casos aceptables, uno es bastante claro, siendo como la irítis de los adultos un accidente concordando con la erupcion papulosa llamada psoriasis por los autores ingleses, habiendo, sin embargo, al mismo tiempo una conjuntivitis purulenta. No es admirable que exista una irítis en los niños sífilíticos; pero debemos hacer presente que es precisa una causa ocasional para producirla. Tambien se debe reconocer que las diez y seis observaciones que han sido publicadas, á pesar de ser tan poco afirmativas, son casos extraordinariamente excepcionales en la sífilis hereditaria.

Con muy poca razon se habla de la sífilis de los parientes, sin hacer referencia á la época de su vida, para deducir que el niño presenta huellas de la sífilis y que todas las lesiones de los niños, modificadas ó curadas por el mercurio, ó durante su administracion, son lesiones sífilíticas. No es ménos absurda esta opinion, que atribuir á la sífilis todas las lesiones de un sífilítico. Se deben, pues, rechazar como no pertenecientes á la sífilis infantil, las lesiones que se encuentran en los niños nacidos ántes de tiempo, y que, á pesar de poder estar relacionadas con la sífilis, no pueden imputarse cuando se observa en el segundo y tercer año de la vida. Los *ábscesos subperiósticos*, el *desprendimiento epifísario* y los *focos de gránulos grasos* del cerebro, descritos por Virchow, pueden referirse á la tuberculósia. La *hidrocefalia* (Haase), la *catarata congénita* y la *coroiditis exudativa* (Hutchinson), no pertenecen á la sífilis y son lesiones adyacentes relacionadas con una sífilis modificada en el padre y en la madre, presentando y habiendo trasmitido á sus hijos al mismo tiempo que la sífilis, la diátesis que la habia modificado: es decir, una enfermedad como la diátesis escrofulosa ó tuberculosa.

Un buen número de niños sífilíticos mueren, ya por no poderles dar una buena nodriza, ya porque la madre no está en condiciones para alimentarlos, ya porque el tratamiento á que son sometidos impide su desarrollo, ya por último, á causa de

una debilidad congénita. En el hospital de Lourcine han sucumbido rápidamente casi todos los niños atacados de sífilis. En el hospital de Niños, la proporción es mucho más considerable, porque en el hospital de Lourcine hay algunas madres que pueden alimentar á sus hijos. La diarrea ó las convulsiones producen la muerte, en general.

Todos los autores que han tenido ocasion de ver recién nacidos sífilíticos, describen una especie de escamósís del niño, una descamación furfurácea y la producción de grietas en la piel. La alteración de las facciones hace que los niños parezcan pequeños ancianos. Trousseau es el que más ha insistido sobre los caracteres, que á pesar de no haber pasado, desapercibidos para Doublet, hizo algunas reservas bajo este punto de vista, porque todos los niños que tienen enterítis ó diarreas prolongadas ofrecen el mismo aspecto, y puede creerse que el estado caquéctico observado por Trousseau es debido á la diarrea, al mal alimento ó al tratamiento mercurial, sin duda alguna.

También Gubler ha creído ver en el escleramo una manifestación de la sífilis. Es positivo que en los primeros quince días después del nacimiento, hay hijos de sífilíticos que tienen el escleremo y que mueren en pocos días: estamos en el caso de admitir que en los niños sífilíticos el escleremo es, por lo ménos, una complicación de la diátesis sífilítica; esto se ha observado principalmente cuando los niños tienen frío y están mal alimentados, lo cual es muy fatal en los hospitales.

B. *Sífilis infantil adquirida.* Los niños adquieren la sífilis de la nodriza ó de la vacuna, ó también por el contacto fortuito de trapos ó de algún instrumento contaminado.

Los primeros accidentes son los de la sífilis normal: una erupción de pápulas en el cuerpo y de placas mucosas en las partes genitales, en las amígdalas, en la nariz y en las orejas. Unas veces en todos estos puntos á la vez y otras en algunos solamente, existiendo también infartos ganglionares que supuran. También se los encuentra con frecuencia en todos los puntos en que hay ulceraciones, y principalmente en las partes que corresponden al lugar en que tuvo efecto la inoculación, en el sobaco si la sífilis fué vacuna, ó en el cuello si la inoculación tuvo lugar por la boca. Estos infartos persisten después de la

curacion de la llaga, de la inoculacion ó de la desaparicion de una induracion chancrosa.

Esta sífilis infantil sigue la marcha normal de la sífilis, áun cuando los accidentes se suceden con asombrosa rapidez y terminan pronto cuando los niños son tratados únicamente por los tónicos: si se hace uso del mercurio, entónces siguen la marcha anormal.

Á medida que el niño es mayor, la sífilis pierde su gravedad, pudiéndose decir de la sífilis lo que se dice del croup y de la mayor parte de las enfermedades graves de la infancia; hasta que no pasa el período de la denticion, los niños están rodeados de peligros.

Por otra parte, la sífilis adquirida ofrece los accidentes ulteriores del mismo género que la sífilis hereditaria benigna, á la cual resisten los niños. Pero hay siempre mucha diferencia, bajo el punto de vista de la gravedad, entre un niño amamantado por una madre sífilítica y otro que ha recibido en la punta de una lanceta una cantidad mínima de virus sífilítico.

DEL PRONÓSTICO GENERAL DE LA SÍFILIS.

En virtud de lo que llevamos expuesto, se pueden admitir como demostradas las proposiciones siguientes:

De todas las intoxicaciones que tienen lugar por los venenos animales, la sífilis es la ménos grave: la sífilis normal nunca produce la muerte de los enfermos. Á medida que los individuos son más jóvenes y más fuertes, son las sífilis más normales y ménos graves.

La salud y el temperamento del individuo en el momento del contagio sífilítico hacen más grave la sífilis, ó por lo ménos los accidentes ó manifestaciones de la enfermedad.

Las tres formas más graves de la sífilis modificada son la sífilis modificada por el escorbuto, la sífilis modificada por el alcoholismo y la sífilis modificada por la escrófula ó adenia.

La sífilis hereditaria del feto en la vida intrauterina durante la formacion primera determina casi inevitablemente la muerte bastante rápida del recién nacido.

La sífilis hereditaria que aparece en la primera infancia y la sífilis adquirida en aquella edad, solo son graves por la gran dificultad en dar al niño una buena nodriza y principalmente de conservarla. Cuando una madre sífilítica tiene leche, es preferible para el niño, y el pronóstico es ménos grave.

Las metástasis de la sífilis normal no son graves: por el contrario, las metástasis de las sífilis modificadas tienen la gravedad de las lesiones viscerales que existen fuera de la sífilis en enfermedades tales como el reumatismo, la escrófula ó la tuberculósís.

DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS.

Hay casos en que se ve á los sífilíticos en el periodo álgido de la erupcion y el diagnóstico reposa entónces en los signos expuestos en los capítulos que se refieren á las sífilis normales, anormales y modificadas.

Las placas mucosas y las pápulas, los infartos ganglionares y el principio del mal por una lesion de los órganos genitales ó de la boca, y principalmente la difusion de las lesiones sobre la piel y las mucosas, todos estos signos, por su misma evidencia, conducen al diagnóstico. Tampoco ofrece el diagnóstico dificultad en los niños, porque las placas mucosas son tan evidentes como en el adulto: los antecedentes de sus antecesores confirman el diagnóstico.

Cuando el mal es antiguo, cuando las placas mucosas se han curado, y cuando no quedan manchitas sobre la piel, ó cuando el mal principia y cuando hay solamente algunas escoriaciones en los órganos genitales, y hay un dolor en la garganta, débil, aunque persistente, el diagnóstico es más difícil, por lo ménos cuando no hay chancros indurados ni llagas inflamadas en los órganos genitales despues de un coito sospechoso. Pero siempre se puede saber si ha habido alguna escoriacion, una inflamacion, escozor en los órganos genitales ó en los labios, ó una grieta en el pecho de la nodriza.

Se encuentran entónces infartos ganglionares en los puntos correspondientes á las regiones donde ha habido escoriaciones; además, los enfermos mismos ofrecen un síntoma, á propósito del cual siempre se les debe interrogar; *han enflaquecido* ó sen-

tido malestar. Cuando la erupcion ha pasado, dicen que despues de aquel malestar han tenido en seguida botones y manchas por el cuerpo. Conviene saber, por último, que las erupciones del cuero cabelludo son muchas veces las que primero aparecen y las que desaparecen las últimas; en los casos de erupciones del cuero cabelludo, se encuentran esos infartos de los ganglios cervicales que se han tenido siempre como un signo seguro de la sífilis.

Los casos más difíciles son aquellos en que sólo hay una erupcion de pápulas ó de tubérculos sin placas mucosas en los órganos genitales ó en la garganta, ni infartos ganglionares en parte alguna. Las inoculaciones por los cataterismos de la trompa de Eustaquio, por una llaga cicatrizada demasiado pronto, por instrumentos de cirugía ó por vidrios, son de las que, el punto en que tiene lugar la inoculacion, pasan desapercibidas para el enfermo y para el observador. El carácter mismo de la erupcion es aquí un indicio. Dicen algunas mujeres que la erupcion que éllas han observado es una erupcion de la sangre, debida á la supresion de las reglas, habiendo médicos que aceptan esta razon; pero es preciso saber que estas grandes erupciones, cuando realmente son papulosas ó tuberculosas, han sido precedidas de malestar y de enflaquecimiento, y que esto ha durado muchas semanas ó muchos meses.

Las erupciones de placas mucosas, de pápulas ó de tubérculos que existen al mismo tiempo que los accidentes locales de inoculacion, ó despues de accidentes bien observados por los enfermos, son fáciles de reconocer, no solo por sus antecedentes, sino por los caracteres propios de las lesiones.

El diagnóstico de las erupciones tardías de la sífilis anormales reposa sobre los caracteres de la sifilide, sobre los accidentes anteriores ó sobre los que tuvieron lugar en los órganos genitales.

Cuando veinte ó treinta años despues de uno de estos accidentes aparecen las sifilides circunscriptas, el carácter de la erupcion permite establecer el diagnóstico, y por el método de exclusion de otras enfermedades constitucionales se llega á reconocer la naturaleza de las lesiones.

Los tubérculos metastáticos y las gomas se reconocen prin-

principalmente por sus antecedentes. Los tubérculos sífilíticos metastáticos presentan generalmente la disposición circular; son violáceos, trasformándose más tarde este color en el del jamón curado, en tanto que las lesiones análogas de la escrófula son rosadas ó de un color vinoso.

Las erupciones de las sífilis modificadas recuerdan las erupciones propias de las diátesis que modifican la sífilis, y se diagnostica el veneno:

1.º Por la coincidencia ó la preexistencia de placas mucosas ó de pápulas con la erupción modificada.

2.º Por el conocimiento del principio de un mal en los órganos genitales.

3.º Por el conocimiento de antecedentes diatésicos en los ascendientes ó colaterales del sífilítico, ó por el conocimiento del régimen y de la clase de vida del individuo.

Las metástasis viscerales de la sífilis, más comunes en las sífilis anormales y en las sífilis modificadas que en la sífilis normal, se revelan por los signos que pertenecen á las enfermedades de las vísceras, cuya sintomatología es la misma: apoplejías, parálisis, ascítis, tuberculósis, orquíitis crónicas, irítis y cornítis, neurósis y neuralgias. El diagnóstico sólo puede apoyarse en el antecedente sífilítico reconocido. Los mercurialistas añaden que la eficacia del tratamiento mercurial y por el ioduro de potasio es el mejor medio de diagnóstico.

Muchos autores, y Lancesnon entre ellos, han encontrado un signo característico de estas lesiones: han dicho que el polimorfismo de los síntomas y de las lesiones revela casi siempre la naturaleza sífilítica del mal; pero como es más fácil formular un precepto que encontrar su aplicación, se han visto muchos casos en que el cáncer, el alcoholismo crónico, los quistes del cerebro, las adenias y la tuberculósis se han tomado por sífilis, y la autopsia ha hecho ver los errores del diagnóstico. Los Boletines de la Sociedad Anatómica de París ofrecen bastantes ejemplos.

Diagnóstico del principio de la sífilis. El diagnóstico de la sífilis, fundado en las lesiones de los órganos genitales, de los pechos ó de la boca, es muy fácil con frecuencia; pero hay muchos casos en los que sólo se ofrecen incertidumbres, puesto que

los chancros duros y blandos, las erosiones y las linfagítis han sido seguidas de sífilis ó no lo han sido de ningun accidente general. Pero aún suponiendo que haya sido posible confrontar á los enfermos con los que los han dado una cualquiera de las lesiones precedentes, no es seguro que las ulceraciones transmitidas vayan seguidas fatalmente de sífilis constitucional.

Cuando las ulceraciones persisten, cuando los ganglios de las regiones correspondientes se infartan, tratándose de los labios, de las pupilas y principalmente de los órganos genitales, hay grandes probabilidades de que las ulceraciones ó las erosiones sean el punto en que la sífilis ha sido inoculada.

Diagnóstico de las erupciones de la sífilis ó sífilides. Se han asignado como caracteres generales de las sífilides, la ausencia de picazon y el color cobrizo. El primero es exacto en los primeros momentos de la erupcion; pero toda erupcion que se cubre de escamas y de costras, pica más ó ménos. El color varía singularmente. Si las erupciones tienen una coloracion oscura, es al principio y al fin de la erupcion, y toda sífilide ulcerada ofrece en el momento en que la úlcera llega á su período álgido una aureola inflamatoria de un rojo vivo ó de un rojo violeta. En el periodo estacionario la úlcera tiene los bordes violados. En vano se tratará de especializar las sífilides; la supuracion de una llaga ó la de una úlcera tienen siempre y en un momento dado los caracteres comunes á las inflamaciones supurativas.

Las pápulas sífilíticas, *roseola papulosa* de Bazin, y *sífilide pápulo-tuberculosa* del mismo autor, se reconocen por los caracteres que ya hemos descrito; el diagnóstico de las pápulas y de las placas mucosas se ha dado á propósito del estudio de las lesiones esenciales de la sífilis.

La sífilide miliar tiene por carácter una erupcion de pequeñas pápulas rojas, violáceas ú oscuras, segun su edad, y que se descaman algunas veces. Tienen en ocasiones una base algo elevada, que se parece á la misma pápula, siendo en este caso poco confluyente. En esta sífilide se ofrecen algunas veces pequeñas vesículas.

La sífilide pustulosa, diseminada ó agrupada, es el acné. Está constituida por botones rojos, más ó ménos gruesos, llegando á

tener algunas veces el volúmen de un guisante, supuran y se suelen cubrir luego con una pequeña costra. Ésta es la sífilide artrítica.

La *sífilide venculosa* es una erupcion en que la pápula se transforma en una vesícula análoga á la viruela ó el herpe. Es la sífilide de los escrofulosos y de los artríticos.

Diagnóstico del goma y del tubérculo metastático. Goma. En la piel, el goma está caracterizado al principio por un tumor duro cuyo centro es más blando. Más tarde la piel se pone de color rojo violado, se agrieta y sale un líquido acuoso amarillento ó pus seroso, y del fondo de la úlcera sale una materia espesa blanca, más ó ménos regular. Algunas gomas se resuelven, sin embargo.

Las gomas fagedénicas ofrecen un fondo pulposo, es decir, que una escama, gris ó blanca, cubre el fondo de la úlcera. Los bordes están desprendidos y violáceos.

En las mugosas, las gomas forman por el pronto una planicie dura mal limitada. La mucosa tiene en su derredor un color rojo amarillento. En la parte saliente de la tumefacción se forma una costra blanca, y algunas veces negruzca si ha habido hemorragia, quedando en lugar de la costra una ulceracion cortada como con un sacabocados. Donde mejor se observa todo esto es en la bóveda palatina y en el velo del paladar.

Estas gomas de la piel y de las mucosas son poco dolorosas y no van acompañadas de fiebre. Ambos signos permiten diferenciar las gomas de los forúnculos. Las gomas del tejido celular forman tumores blandos, fluctuantes é indolentes, muy parecidos á los abscesos frios y á las adenitis; pero siempre es fácil establecer su diagnóstico, teniendo en cuenta que las adenitis crónicas son duras y que los abscesos frios, salvo los que existen en los escrofulosos, son anunciados ántes de su aparicion por dolores, y que ofrecen una fluctuacion evidente.

El diagnóstico de las gomas subcutáneas ofrece grandes dificultades, porque los ocultan lesiones diversas. En estos casos los antecedentes sífilíticos deben ser el criterio del diagnóstico.

Tubérculos metastáticos ó sífilides circunscritas de la escuela de San Luis. El diagnóstico de los tubérculos metastáticos es el mismo que el de las gomas. Se encuentran, en pequeño, los

mismos caracteres; el tubérculo es una miniatura de la goma, y las variedades de sífilides tuberculosas agrupadas que se han establecido lo han sido solamente en virtud de la extension, forma y duracion del conjunto de una serie de tubérculos.

La *sífilide tuberculosa resolutivea* de Bazin no es otra cosa que una reunion de pequeñas gomas que no supuran y que se detienen en el período de reblandecimiento. La *sífilide pustulo-crustácea* es una reunion de pequeñas gomas, de las cuales unas supuran y otras se descaman.

La *sífilide pápulo-vesiculosa* es una reunion de pequeñas gomas que supuran. Por último, la *sífilide pápulo-ulcerosa* es una lesion en que el tubérculo supura prematuramente. Es una modificacion del tubérculo en el individuo escrofuloso.

Las *sífilides tubérculo-ulcerosas* son una reunion de tubérculos que siguen la marcha ordinaria de las gomas, trasformándose en fagedénicas. Es una de las erupciones de la sífilis, modificada por la tuberculósia y la escrófula. Las úlceras aparecen como cortadas con saca-bocados, su fondo es amarillento, y reinciden los tubérculos alrededor de las cicatrices.

La *sífilide gomosa* de Bazin (hidro adenítis sífilítica) no es otra cosa que las gomas agrupadas.

Las *sífilides tubérculo-ulcerosas* pueden ser modificaciones de las sífilides papulosas, pero con más frecuencia son modificaciones de los tubérculos, y son propias de la sífilis modificada por el escorbuto. Tienen el aspecto de úlceras fagedénicas, y no es raro ver reproducirse los tubérculos en las cicatrices de estas úlceras.

TERCERA PARTE.

TRATAMIENTO.

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS.

¿Qué es lo que curas, médico, si ignoras
la causa de la enfermedad?

(GALENO.)

La sífilis ha sido tratada en la antigüedad, como las enfermedades locales extrañas á ella, con remedios empíricos ó medios quirúrgicos. Los empeines, la lepra y las úlceras eran tratadas con las fumigaciones, las lociones con el azufre ó los unguentos á base de plomo. Más tarde, con Galeno, el médico humorista, el positivista de los griegos, la teoría de la coción de los humores y la necesidad de hacerlos salir á la piel ó arrojarlos por medio de purgantes, permitieron el establecimiento de medicaciones más razonables. El reglamento del uso de las seis cosas *no naturales*, el aire, la alimentación, el movimiento, el reposo, el sueño y las afecciones del alma, unidos al empleo de medica-

mentos, constituían una terapéutica bastante racional. Los médicos tenían por objeto el mantenimiento de las partes en su estado natural por medio de cosas que estuviesen en relación con este estado; unían á la reglamentación de las funciones correspondientes á las seis cosas no naturales los medicamentos, los purgantes al principio, y los electuarios y jarabes más ó ménos empíricos, frutos seculares de la experiencia. En una palabra, los médicos se acogían á la higiene por el pronto, y luego á la terapéutica. La higiene de nuestros días no se diferencia de la de los tiempos de Galeno; la terapéutica es la que ha variado. La sangría tenía en todos los tratamientos gran importancia, y ha sobrevivido bastantes siglos á Hipócrates y á Galeno.

La sífilis en la antigüedad, aún cuando mal conocida, era tratada por estos medios. Las úlceras de las partes genitales, las anginas, los empeines y la lepra fueron tratados por los medios terapéuticos usados en las épocas de Celso, de Galeno y de los árabes.

En la Edad Media, cuando la sífilis existía ántes del siglo XV, como en la antigüedad, tenemos la observación de Hugo Beuce, que dice el medio de tratar la sífilis en aquella época, cuando la enfermedad no estaba todavía bien conocida. Todas las tradiciones galénicas transmitidas por los árabes han sido respetadas. En la época del conocimiento del veneno, se ve principalmente la influencia de las tradiciones galénicas que reinaban en absoluto en aquella época. Las consultas de G. Torella (1500) dan una idea exacta de la terapéutica, de las academias y de los médicos; pero lo que se debe observar aquí es que esta terapéutica era exactamente la misma que se había dirigido contra la lepra y los enfermos: régimen, electuarios, purgantes, sudores, unturas resolutivas y la misma sangría, todo era semejante. Habiendo vuelto á empezar las teorías de Hipócrates, se introdujo en el tratamiento del mal frances uno de los elementos de la terapéutica del médico de Cos. La dieta se prescribió, porque, según el noveno aforismo de la segunda sección de Hipócrates, *cuanto más se alimenta un cuerpo lleno de impurezas, más incomodidades resultan*. Los primeros escritores que se ocuparon del tratamiento de la sífilis siguieron las huellas de Leoniceas y Torella.

El tratamiento metódico apareció después de las indicaciones tradicionales de Hipócrates y de Galeno.

Emplearon contra la sífilis la terapéutica combinada, con el objeto de combatir la alteración de los humores:

1.º La sangría local ó general: ventosas, sanguijuelas ó sangría del brazo.

2.º Laxantes.

3.º Las pociones y electuarios alterantes, en los que predominaban los sudoríficos y los diuréticos, tales como la borraja, la fugosa, la fumaría, el espárrago, el lúpulo, etc.

4.º Los baños emolientes.

5.º Los purgantes drásticos y las opiatas irritantes.

6.º Contra las pústulas de la piel, las unturas grasas al salir del baño, con los principios de los bálsamos, el sebo, el azufre, etcétera.

7.º Contra los dolores, los aceites de manzanilla, de laurel, etcétera, el jabón de Venecia, el cocimiento de genciana, y aún la *grasa humana*.

8.º Contra la enfermedad inveterada, la estufa.

9.º Por último, los remedios quiméricos, tales como la preparación *intus* y *extra* de la víbora, y que no rechazaba Cataneo.

10. En casos desesperados, el cauterio.

Un régimen sano iba unido á todo esto. Todos los libros de aquellos tiempos dicen que los enfermos se curaban de aquella manera. No podía ser de otro modo, puesto que desde que hay médicos se ha dicho que habían curado las enfermedades graves, aún cuando fuesen reputadas como incurables, por la terapéutica entónces en boga, y siendo la sífilis una de tantas, no podía ser exceptuada.

Se empleaban también numerosos medicamentos, y el opio en particular, para calmar los dolores. Torella prescribía un emplastro con láudano. Paulli en 1661 y más tarde Grand y Michaelis en 1779, usaron de este medicamento á título de específico.

Ni Hipócrates ni Galeno se ocuparon del mercurio; y era natural que no figurase tampoco en la terapéutica de los académicos de Italia. No fueron los médicos quienes le introdujeron en el tratamiento del venéreo.

¿Quién introdujo el mercurio en el tratamiento del venéreo? Según Fallopio y Astruc, los primeros que administraron científicamente el mercurio en fracciones fueron Beranger de Carja y Juan de Vigo. Encontramos en Fallopio una importante revelación: dice «que los médicos de aquel tiempo desesperaron de curar radicalmente, y perdieron tanta consideración, que, si algunos cirujanos muy audaces no hubiesen hallado por casualidad el uso del mercurio, y sin los españoles, que sabían cómo se trataba aquella enfermedad en las Indias, el venéreo hubiera sido y sería hoy todavía incurable». Astruc protesta contra esta opinión de Fallopio, pero sin aducir pruebas en apoyo de la suya. Léjos de esto, arguye poderosamente en favor de la tesis de Fallopio.

Confiesa, por el pronto, que Juan Wiedman preconizaba los unguentos mercuriales en 1497: el mismo año, Conrado Cilini declamaba contra los *charlatanes* que pretendían curar el venéreo con tópicos solamente (es decir, el unguento mercurial). Los médicos de aquel tiempo gritaban contra los innovadores, acusándoles de no producir la evacuación del humor venéreo.

Fracastor ha ido más léjos, diciendo «que las preparaciones mercuriales fueron introducidas en la terapéutica del *mal francés* por miserables empíricos». Tres veces se ocupa del asunto, y parece querer decir en una de ellas que aquel remedio se empleaba como cáustico. Los historiadores mismos reconocen que los soldados de Italia se dirigían á los vendedores de Orbiato para adquirir unguentos. Hé aquí, pues, el origen del mercurio en la sífilis. Administrado por el pronto como simple tópico por los charlatanes, no tardó en ser aceptado por los médicos, siendo uno de los remedios de la medicina árabe citado por Teodorico de Parma y Arnaldo de Villanueva en el siglo XIII. De este modo justificaban los médicos del siglo XV lo que habían tomado de los barberos y de los vendedores de Orbiato.

Es muy cierto que el unguento mercurial fué aportado del Oriente por los árabes. Los desgraciados atacados de sarna que habían sido tratados con el unguento de Mesué y Rhasés, tuvieron la idea de servirse del mismo remedio para los botones del mal francés. Las revelaciones de remedios nuevos é infalibles no tienen más motivo de iluminar á los charlatanes que á los mé-

dicos. Los pobres Barberos del siglo XV habian leido el libro de Teodorico de Parma, al cual concedian escasa autoridad los médicos de las academias, y en esto estaba todo el secreto de la aplicacion del mercurio al venéreo por los Barberos y los charlatanes, ántes que los médicos hubiesen aceptado su uso.

A pesar de que Galeno le consideraba como un veneno, el mercurio habia sido empleado por los árabes. Desde Rhasés y Mesué, los árabes aceptaron este medicamento.

Pero desde 1250 administraba Roger de Parma el unguento mercurial ó sarraceno contra la morfea blanca; Rolland, en 1268, la empleaba contra la *reina*, ó sea una variedad de grietas. Pedro Hispanus, en 1276, contra las pústulas de la cabeza. Teodorico, en 1280, la empleaba en el *male mortuum*. Guy de Chauliac hace mencion de este unguento, y le recomienda contra los empeines y la sarna. Aquí se coloca un descubrimiento que se atribuye por muchos autores á Albucacis ó Alsaharavius; hablamos de la salivacion mercurial. Guy de Chauliac dice: «Hace salir (el unguento sarraceno) las superfluidades y los malos humores por la boca, determinando una salivacion, y por los sobacos haciendo sudar, frotando las extremidades y teniendo al enfermo expuesto al sol ó delante de un buen fuego, teniendo cuidado de que no tome frio.» Hé aquí su descripcion.

PP. *Euphorbio*
Litargirio
 (De cada uno media libra)
Estafisagria
 (Medio cuarteron)
Mercurio vivo
 (Un cuarteron)
Manteca rancia
 (Una libra)

Incorpórese en un mortero y hágase un unguento, del cual hará uso el enfermo una vez por semana.

Se debe cuidar, segun Avicena, «no dar unturas en los puntos lejanos del estómago y de otras partes principales, porque el mercurio vivo es el enemigo capital de las encías y produce inflamaciones en ellas». Segun Guy de Chauliac, la salivacion mercurial era conocida por Avicena. Henry de Mondeville, dis-

cípulo de Pitard, hace mencion en 1312 de la salivacion, tomándolo sin duda de lo que escribió Albucasis en 1100: no es fácil asegurar si Avicena copió á Albucasis ó si éste copió á aquél, á causa de no poseer ninguna indicacion segura sobre la fecha en que publicaron sus obras uno y otro autor. Deducimos con Guy de Chauliac que los árabes conocian la salivacion murcurial, y parece imposible que no hicieran mencion de ella desde el momento en que emplearon las fricciones mercuriales.

Torella y Ulrico de Hutten, en 1519, no fueron ménos explícitos contra los barberos que administraban el mercurio, calificándoles de vagabundos y de impostores.

Ulrico de Hutten, á quien sin duda debieron asistir los charlatanes, porque nunca habla de su médico, señala los accidentes formidables que resultaban de la administracion repetida de las fricciones con los unguentos mercuriales, la caida de los dientes, la gangrena de la boca, los vértigos y el temblor. Hé aquí las mismas palabras del autor: «Lo más deplorable en el uso de las fricciones es que los que las recomendaban nada sabian de Medicina. No lo hacian solamente los cirujanos, sino gentes cuyo mérito consistia en una audacia sin límites.... Estos pretendidos curanderos no se cuidaban de hacer evacuar los humores, ni prescribian régimen conveniente alguno». Por lo que se ve, el mercurio, ó más bien los barberos que le administraban, tenian en aquella época sus enemigos.

Adquirió más crédito con Ferry en 1554, Fallopio en 1560, Paré en 1575 y Fracantiano, y él admitía por lo ménos que podia curar el venéreo: el mismo Fallopio recomendaba las fricciones mercuriales, por lo ménos en el venéreo inveterado.

Reconocia, sin embargo, los inconvenientes del tratamiento mercurial, y de ellos se ocupó varias veces. Atribuye al mercurio los accidentes de los huesos. *Sciatis quod non in omni inveterato gallico hoc fit, sed tantum in illis in quibus imunctio facta est Hydrargyri.* Más adelante dice que las fricciones mercuriales cuando no curan al enfermo, determinan lesiones en los huesos. *Unde accidit ut, cum aperimus ossa illa, corrupta, Hydrargyrum inclusum reperiamus.*

El siglo XVI estuvo dividido en tres bandos: los médicos que administraban el guayaco, los médicos que trataban por el mé-

todo galénico y el guayaco y los médicos que añadían su remedio mercurial en fricciones, pero con tales formalidades y precauciones, que la terapéutica mercurial de los charlatanes había llegado á formar parte del cuerpo médico.

El primer remedio mercurial fué el unguento sarraceno, unguento de los charlatanes; pero no tardó en ser modificado *secundum artem*, es decir, unido á medicamentos clasificados en la farmacia de la antigüedad y de la Edad Media, tales como el aceite de ruda, los gusanos, la estafisagria, el euforbio, el áloes, el azufre y principalmente la triaca, maravilla de la farmacopea antigua. Arreglado de este modo el unguento ó linimento mercurial, podrá pasar por obra de la Medicina. Se frotaban fuertemente las articulaciones y se hacía salivar.

El cerato mercurial de Angelo Bolognoni (1506) y el emplasto de Vigo (1514), con los cuales se hacían emplastos y más tarde esparadrapos, fueron empleados en fricciones ó en emplastos pegados sobre todo el cuerpo, hasta que llegaba la salivación. En 1502 tenía Wendelin Hock un unguento mercurial al octavo para las fricciones, que era casi el unguento sarraceno.

Es imposible atribuir á un médico el descubrimiento de las fumigaciones con los perfumes mercuriales. Hé aquí lo que dice Santiago Cataneo en 1504: «Algunos prácticos se sirven de perfumes de cinabrio, en vez de emplastos mercuriales, estando aquél compuesto de mercurio vivo y de azufre, realizando curas admirables». N. Massa es el primer médico que ha formulado las fumigaciones con el cinabrio.

Del mismo modo que el unguento sarraceno, sufrieron los perfumes de cinabrio las modificaciones de fórmula, habiendo introducido en élla el arsenito, el precipitado rojo y otros. Como siempre sucede, cuando un médico dijo que las fumigaciones de cinabrio habían dado buen resultado, cada uno quiso hacer su fórmula, y la hizo: se colocaba al enfermo bajo una pequeña tienda llamada *arquilla*, y se quemaban cerca de él en un brasero trociscos del perfume; excepcionalmente se hacía respirar al enfermo por medio de un tubo el aire exterior.

Estas fumigaciones determinaron, como las fricciones, una salivación grave. Joan Benoit (1540) y Ferrier (1553) se declararon contra las fumigaciones de cinabrio. Rondelet (1560) pro-

puso, sin embargo, regular la aplicacion de las fumigaciones, haciendo uso del cinabrio solamente, y desembarazándose del farrago de correctivos con que los médicos habian alterado la manipulacion de los trociscos mercuriales destinados á las fumigaciones.

Los lavatorios mercuriales con el sublimado corrosivo, se atribuyen á Augier Ferrier. Se servia de lo siguiente:

Agua.....	5 ó 6 libras.
Sublimado corrosivo..	2 onzas.

Despues ha sido aumentada la dosis de sublimado corrosivo, y F. Plater, en 1608, añadió el arsénico. Los baños medicamentosos sublimados resultaron de aquellos lavatorios.

El uso del mercurio al interior es bastante antiguo. Juan de Vigo administraba tomas de precipitado rojo contra la peste. Nicolas Massa empleó este remedio al exterior como tóxico en 1532, diciendo procedia de un anciano alquimista. Pedro Andrés Matthiole, en 1535, fué el primero que administró el mercurio al interior; sin duda alguna debia conocer los efectos del precipitado rojo al interior. Llegó á dar hasta cinco granos de polvo de precipitado rojo. A pesar de haber dicho Paracelso al año siguiente que el mercurio se podia administrar al interior, no lo hicieron los médicos italianos. Sin embargo, las preparaciones mercuriales para uso interno volvieron con el nombre de *píldoras mercuriales de Barbaroja*.

Astruc publicó la fórmula en 1540 (1):

Mercurio vivo.....	25 gros.	100 gr.
Ruibarbo escogido.....	10 —	40 —
Escorzonera.....	3 —	12 —
Almizcle y ámbar gris aa.	1 —	4 —
Harina de trigo.....	2 —	8 —

Mézclese todo con zumo de limon y háganse píldoras del tamaño de un guisante, para tomar una cada día ántes de comer.

(1) Astruc, *Tratado de las enfermedades venéreas*, t. II, pág. 147; cita en este punto á Pedro de Bayro, *Euchiridium de med. corp. affectibus. De doloribus musculorum ex morbo gallico*.

A pesar de no haberlas podido comprobar todas, hemos citado á Astruc mu-

Por último, no hay ni una solución de sublimado para uso interno que no se haya imaginado mucho ántes de Van Swieten. Los charlatanes de Lóndres, según dice Ricardo Wiseman (1), empleaban en 1676 un agua mercurial compuesta:

Agua de cebada ó de avena... 8 onzas.
Sublimado corrosivo..... 8 á 12 granos.

Para tomar en muchos días.

La blenorragia era tratada algo por el mercurio en los primeros tiempos del descubrimiento de la sífilis. Se hacía uso del mercurio en inyección. Cárlos Musitanus en 1689 (2) y Turquet de Mayerne en 1619 (3) tenían una fórmula de inyección con mercurio dulce, que la habían tomado de los empíricos. Musitanus, sin embargo, aconsejaba el *mercurio veridus* al interior, en tomas de dos granos, contra la gonorrea.

Ni aún los preservativos dejaban de contener el mercurio: se hacía uso de este remedio *en perfume sobre las partes despues de la accion, con el objeto de prevenir el venéreo*, profilaxia modelo que despues se ha imitado mucho (4).

Durante todó el siglo XVI fué administrado el mercurio bajo todas las formas conocidas en nuestros días, además de las inyecciones hipodérmicas. Todas éllas tuvieron sus apologistas y sus detractores. La teoría de la acción del mercurio no estaba formulada sino bajo el punto de vista de la salivación causada por el mercurio, y que se creía capaz de curar haciendo evacuar por la boca las superfluidades del cuerpo. Todos los remedios mercuriales fueron empleados hasta la salivación completa.

chas veces, y debemos confesar que esta parte de su libro está notablemente bien hecha bajo el punto de vista de la historia y de la cronología. Encontramos en ella un prodigioso trabajo de erudición que facilita singularmente las investigaciones y que honra á la literatura médica francesa.

(1) R. Wiseman. *Treatise of lues venerea*, cap. III.

(2) C. Musitanus. *De lue venerea*.

(3) Turquet de Mayerne. *Praxicos Mayerne y Gonorrea inpletata*.

(4) Astruc. *Ob. cit.*

Por lo tanto, el mercurio tuvo desde el principio sus adversarios, sin mencionar á los hipocratistas, que se atenían á la terapéutica racional y no hacían uso de los específicos.

Ulrico de Hutten en 1519 elogió el guayaco, del cual se había ocupado Schmai en 1518. F. Delgado en 1526 (1), sacerdote español, que trató de librar á los indios del cargo de haber dado el venéreo á los europeos, y Musa Brassavole, elogiaban el guayaco con exclusion del mercurio.

El guayaco era un remedio interno y se administraba en cocimiento. El primer cocimiento era el medicamento, el segundo era la tisana y luégo se hacia sudar al enfermo, teniéndole bien caliente ó metiéndole en la estufa. Entre los personajes históricos á quienes ha sentado mejor el guayaco, es Erasmo uno de ellos, despues de haber hecho un uso infructuoso de las fricciones mercuriales.

La china fué traída de la China por los portugueses en 1537, segun lo afirman García do Jardim en 1563 (2) y Vesale en 1546 (3); la zarzaparrilla no tardó en usarse como sucedáneo del guayaco (4). El asafrás vino á Europa casi al mismo tiempo. Entonces se hizo una mezcla con todos aquellos leños y con otros muchos, y esta mezcla fué recomendada áun por hombres muy célebres. Fernel, enemigo declarado del mercurio, hizo opiatas en las que tenían gran importancia los medicamentos vegetales, con excepcion del guayaco. Habia en ellas las especies sudoríficas más variadas: la genciana, la saponaria, la bardana, el mijo, la caña, etc.

Desde Torella hasta Fernel, vemos á los médicos gozar en un inmenso círculo vicioso, pasando de una preparacion á otra para volver á la primera, desde el mercurio á los sudoríficos y las tisanas compuestas.

Fernel en 1556 (5), el médico franco que ha tratado el venéreo

(1) Delgado. *Del uso legni santi*.

(2) García do Jardim. *Coloquintos dos simples e drogas he cousas medicinas de India*. Goa, 1563.

(3) A. Vesale. *Epistola de radice Chinae*.

(4) A. Vesale. *Ob. cit.*

(5) Fernel. *De curatione luis venerea*.

con más talento, con relacion á su época, rechaza en absoluto el uso del mercurio. Botal (1) protesta contra el abuso del mercurio y hace suprimir las fumigaciones de cinabrio. Fallopio, por su parte, acusaba al mercurio de la destruccion de los huesos de la nariz y del paladar, y principalmente á las fricciones normales.

La autoridad de Fernel ejerció gran influencia en las inteligencias de aquella época; durante algun tiempo se dejó de administrar el mercurio, volviendo los médicos á las prácticas de los predecesores de Fernel, y se comenzó de nuevo á variar del guayaco al mercurio y del mercurio al guayaco, y entre las preparaciones del mercurio de las fricciones á los remedios internos, y de las medicaciones internas á las fricciones.

Como sucede siempre cuando se ha de dar una razon de la accion de los medicamentos, los médicos no se quedaron cortos. Los primeros empíricos le administraban, como en la sarna, á título de tópico. Los médicos, viendo que el mercurio producía la salivacion, le dieron como un remedio que provocaba la evacuacion del virus sífilítico por la saliva, del mismo modo que dieron el guayaco, creyendo que por el sudor que provocaba saldría el virus sífilítico.

Pero cuando alquimistas tales como Van Helmont anunciaron la digestion estomacal, se supusieron en el mercurio virtudes químicas, cabalísticas ó misteriosas análogas á las del metal, medicamento por excelencia: el antimonio.

Durante el siglo XII abundaron las panaceas mercuriales, mezclando el oro y la plata con el mercurio. Pueden citarse: la panacea de M. Lavigné (oro y plata, parte y media de cada uno y mercurio vivo tres partes) (1700); el remedio de Gervais Ucay de Tolosa (1663) (el mercurio mezclado con la saliva); los etiopest mineral, antifísico, antireumático (mercurio mezclado con la resina de guayaco), purgante (mercurio y jalapa), diurético y absorbente (estas preparaciones se administraban en píldoras); la panacea de Brum (sublimado corrosivo), administrando

(1) L. Botal. *De luo venerea.*

este remedio en píldoras hasta producir la salivacion y las gotas del general La Motte (una solucion de cinabrio).

Aquí aparecen las preparaciones mercuriales para uso interno, de nuevo, con la forma de remedios secretos. Muchos de estos medicamentos existen en las farmacias de todos los pueblos de Europa y aún de Asia, porque en China se administraba el mercurio desde el siglo XVI.

Astruc nos ha conservado los nombres y las fórmulas de todos los remedios secretos antiguos. Al mismo tiempo se administraban las preparaciones de antimonio, el *fundente* de Rotron y una infinidad de medicamentos, como el agua de Rabel, las píldoras de creta, con ó sin calomelanos, la piedra medicamentosa de Crollius, el bálsamo de acero, etc.

Todo el tiempo que pasan los médicos en variar las preparaciones mercuriales, de antimonio, de oro, etc., que deben ser aceptadas y rechazadas sucesivamente, lo pierden las investigaciones sobre la sífilis: aquella es una época de reposo para las ciencias médicas.

El siglo XIII inaugura una nueva época para la Medicina. El descubrimiento, á fines del siglo anterior, de la circulacion de la sangre causa una revolucion en la teoría de las enfermedades y de los medicamentos. La sangre es objeto de estudios químicos y mecánicos; la accion supuesta del mercurio se modifica. Para los solidistas, el mercurio es capaz de entrar en la sangre y de arrojar con su propio movimiento los humores que la incomodan. Allí donde existen accidentes venéreos, allí va á buscarlos el mercurio con la sangre á que se han mezclado, quedándose este metal algunas veces en los huesos, pero sin causar daño. Tal es la teoría de Boerhaave (1). Como se ve, esta escuela admitia el paso del mercurio á la sangre natural por medio de fricciones y por el intermedio de los poros de la piel. Boerhaave comenzaba por tercera vez el círculo vicioso. Recomendaba al interior los calomelanos á dosis fraccionadas (método de Law) y al exterior las fricciones mercuriales: creia, por

(1) Boerhaave. *Aforismos*, ed. 1720.

otra parte, que la salivacion era necesaria. Para que el tratamiento diese buenos resultados, era preciso que el enfermo arrojase tres ó cuatro libras de saliva. Algunos imitadores de Boerhaave empleaban su tratamiento mixto, por decirlo así; empleaban el ungüento mercurial en fricciones sobre la lengua y en la cara interna de las mejillas (1).

Inglaterra, cuya medicina habia brillado tanto desde Sydenham, y que habia descubierto la gran circulacion de la sangre, hizo progresar á la ciencia en lo que se referia á la sífilis, y se administró, por lo tanto, el mercurio al interior, á dosis fraccionadas. Las fricciones mercuriales tuvieron en Inglaterra muchos contrarios, no porque provocasen la debilidad de los enfermos, sino porque no se podia dosar la cantidad de medicamento administrado. Mead, químico y mecánico, sentó el principio de que las preparaciones del sublimado para uso interno eran superiores á las fricciones (2), porque «las preparaciones mercuriales para uso interno penetran con facilidad hasta el fondo de los órganos secretores y la sangre se desembaraça de ellas, en tanto que con las fricciones mercuriales nunca hay la seguridad de que no hayan quedado partículas en los intestinos de las fibras y de las células, porque, áun suponiendo la cantidad de mercurio necesaria para excitar la salivacion, ya se administre en fricciones, ya interiormente, es evidente que en el primer caso la dosis es infinitamente más fuerte que en el segundo, estando, por consecuencia, los inconvenientes que resulten en la misma proporción».

Abundando en estas ideas, Cirillo recomendó las fricciones con pomada de sublimado (3). Toda la teoría de aquella época descansaba en que el mercurio vivo se introducía en la sangre, donde se operaban neutralizaciones y asociaciones del virus con el mercurio, y por medio de la saliva una evacuacion continua del mercurio y del virus.

Sin embargo, desde 1684 Dav. Abercromby declaró que la

(1) P. Clarc. *A new meth. of curing lues venerea*, 1783.

(2) Mead, *Mechanical account of poisons*.

(3) Cirillo. *Oss. prat. intorno alla lue venerea*. Nápoles, 1773.

salivacion mercurial era innecesaria (1). Sintelaer (2) en 1709 reprodujo la misma idea. Ludolff (3) en 1747 comenzó á atribuir al tratamiento mercurial los más fuertes accidentes de la sífilis. Imitando á los ingleses y como sus predecesores, se fundaba en un error de Fracastor, que consideraba la caída de los dientes como un síntoma de la sífilis, en virtud de algunos hechos que demostraba la frecuencia del mercurio en los tejidos, y que recuerdan Boerhaave y Astruc.

Después de Riviere (4) y ántes que Bertin, Vercellone (5) trata directamente á los niños, es decir, por los remedios internos. El primero administraba el precipitado blanco á la dosis de 10 centigramos al día y el segundo administraba el mercurio dulce. Pero este último se servía además de un agua mercurial como tópico sobre las grietas del ano, frecuentes, según dice, en los niños.

En aquella época, los partidarios del método de tratamiento de la sífilis por los mercuriales administrados hasta la salivacion se preocupaban para atenuar los efectos de esta misma salivacion. Unos suspendian momentáneamente el tratamiento, y otros empleaban colutorios y purgantes en combinacion con el mercurio. Astruc dice se corrigen los efectos de la salivacion con el colirio de Lanfranc ó con el alumbre empleado en gargarismo (el colirio de Lanfranc contenia sulfuro de arsénico, óxido de cobre y vino blanco) (6).

Lalonette (7), por tercera vez, hizo uso de las fumigaciones mercuriales sin hacerlas respirar. Abandonadas desde los tiem-

(1) Abercromby. *Tuta ac efficax luis venereæ sæpe absque mercurio ac semper absque salivatione mercuriale curandi methodus*, Lóndres, 1684.

(2) Sintelaer. *The scourge of Venus and mercury etc. With true way of curing the mercurial pox found to be moore dangerous than pox itself*. Lóndres, 1709.

(3) Ludolff. *Demonstratio quod atrocissimæ luis venereæ*, Esf., 1747.

(4) La Riviere, 1646.

(5) Vercellone. *De puëndorum morbis et lue venereæ tetrabiblion*, 1716.

(6) Astruc. *Tratado de las enfermedades venéreas*, 1764.

(7) Lalouette. *Nuevo método de tratar las enfermedades venéreas con las fumigaciones*, 1776.

pos de Astruc, despues de experimentos llevados á cabo en Paris en los inválidos, fueron puestos en juego por tercera vez.

Por otra parte, el licor de sublimado, elogiado por Van Swieten (1) y el mercurio gomoso imaginado por Plenck (2) reproducian todas las fórmulas y todos los medios de administracion del mercurio, del mismo modo, poco más ó ménos, que los habian recomendado los médicos de los siglos XVI y XVII, cuyas principales obras consistian en los remedios llamados secretos ó panaceas mercuriales. Pero los antimercurialistas eran más raros que en los siglos XVI y XVII. Algunos médicos no habian renunciado aún al guayaco y á la sangría. W. Bromfield propuso como novedad el uso de los diuréticos (3).

En la época en que Hunter escribió su libro era inminente una perturbacion en el tratamiento de la sífilis: la blenorragia iba á ser separada de la sífilis. Esto anunciaba una reforma en el tratamiento de la sífilis, puesto que hasta Hunter se daba el mercurio contra la blenorragia. Se ocurrió, naturalmente, que si se habia administrado el mercurio sin objeto en la blenorragia y si se le habia atribuido la curacion del mal, no habia razon para no dudar sobre la eficacia del mercurio en el venéreo. Más tarde, la diferencia entre los chancros sífilíticos y los chancros pseudo-sífilíticos llevó más adelante las consecuencias en este razonamiento. De esta manera, al empezar el siglo XIX reinaban los antimercurialistas.

El libro de Hunter representa la terapéutica de la sífilis en el siglo XVIII. El autor inglés hace constar, por el pronto, que el mercurio no es seguro en la blenorragia, que es algo más potente contra los chancros y más todavía contra la sífilis constitucional.

Despues establece dos principios: «Es preciso atacar la enfermedad por la vía que ha seguido la infeccion, es decir, por el intermedio de la sangre. No se debe, sin embargo, tener

(1) Van Swieten. *Comentarios sobre los aforismos de Boerhaave.*

(2) Plenck. *Methodus nova et facilis argentum vivum agris venerea lue infectis cohibendi.* Viena, 1766.

(3) Bromfield. *Of the cun by secretion of urine.*

á la sangre por enferma ó conteniendo el virus, sino como el vehículo del medicamento que será transmitido á todas las partes infestadas, obrando en su trayecto sobre los sólidos enfermos. Las partes más susceptibles de la enfermedad parecen ser aquellas en quienes la enfermedad se cura más fácilmente.»

El mercurio, dice Hunter, es el gran específico de la sífilis constitucional. Obra tan bien al exterior sobre la piel y aún sobre las úlceras, como cuando se administra por la boca. En todos los casos produce la salivación. Entre todas las preparaciones, las que obran más pronto son las que se administran al interior, porque el intestino es la superficie más activa de absorción. Sin embargo, Hunter reconocía que el método de tratamiento por las fricciones es el mejor, porque permite hacer uso de un tratamiento más prolongado, sin fatigar al estómago. En cuanto á la duración del tratamiento, dice se debe cesar de administrar el mercurio cuando los accidentes cesan, y como daba el mercurio contra los bubones, llegó á admitir que debía cesar su empleo cuando empezaba la supuración. Esto era consecuencia de una observación general, que el mercurio no ejercía solamente su acción sobre las partes atacadas de la sífilis. Hunter vió, con efecto, que el mercurio aumentaba la secreción, la saliva, el sudor, la orina y aún las secreciones intestinales: demostró perfectamente la diarrea mercurial.

Hunter no admite la mezcla del mercurio en la sangre, con el virus y la destrucción de este último ó su expulsión con el mercurio por medio de la salivación ó de las otras secreciones. Hunter formula una objeción capital: es la rapidez de la aparición de la salivación, la cual parece indicar que la economía está saturada de mercurio y que el virus ha sido neutralizado completamente; todo lo que, según dice, es contrario á la experiencia. Se reduce á admitir que el mercurio es un contra-irritante opuesto á la irritación venérea, y que obra *en virtud de sus propias fuerzas de estimulación*. La teoría nervo-dinámica de Cullen es la que impera en Hunter aquí.

Sin embargo, cree que cuando hay úlceras en la boca, al producir el mercurio la salivación por medio de la cual es expulsado, obra como un gargarismo mercurial. Para las sífilides cutáneas, el sudor cargado de mercurio obra como tópico, «del

mismo modo que el azufre cura la sarna al pasar por la vía de la traspiración cutánea».

Hunter decia que era suficiente para la sífilis constitucional un tratamiento de dos meses; aceptaba los tratamientos respectivos para las recaídas de los accidentes. También ha demostrado la acción debilitante del mercurio: aconseja se una al mercurio un régimen dulce, y quiere se sostenga al enfermo con el vino de quina y azúcar ó la miel sobre todo. Contra la mercurialización, es decir, la debilidad debida á un tratamiento prolongado, aconseja también el uso del azufre y los baños de mar.

La sangría, los baños de vapor y las preparaciones con fricciones para los baños fueron abandonadas, y la idea de reconstituir á los enfermos sometidos al tratamiento mercurial está formulada en el libro de Hunter.

La química de Hunter es muy imperfecta. Dice que el mercurio vivo obra como cuerpo soluble en humores tales como la saliva, y esto es contrario á lo que se ha demostrado despues. Añade que todas las preparaciones mercuriales obran como el mercurio vivo, y que la mejor es la más soluble. Era eclético además, creía en la eficacia del guayaco y asociaba sin dificultad el opio al mercurio.

El tratamiento local descrito por Hunter no es muy extenso, por otra parte. Los tópicos mercuriales constituyen su principio.

Así el mercurio obra como un contrairritante por una virtud específica. Tal es el total de conocimientos del siglo XVIII sobre la acción del mercurio. Esto es todo lo que observaciones multiplicadas han probado para cada autor, cualesquiera que sean la forma, la duración y la diversidad de la medicación empleada.

No faltan, por lo tanto, las contradicciones. Los unos, con Swediaur, eran partidarios de la neutralización del virus venéreo en la sangre: los otros, de su mezcla con el virus y de su expulsión por la salivación. Pero durante aquel tiempo Chicoyneau en 1718 y Haguenot en 1737, ambos de Montpellier, aceptando de nuevo la teoría inglesa de Aberdomby, propusieron un método de tratamiento en el cual se administraba el mercurio hasta la salivación: se suspendía entónces, se corregía

la salivacion por el régimen, el opio ó la triaca, y se volvía á empezar el uso del mercurio poco tiempo despues de la curacion de la salivacion. Esta práctica ha prevalecido con el tiempo, y en la época de su apogeo era la más propia para destruir la teoria de la eficacia del mercurio y de su accion propia sobre el virus venéreo. C. Hales (1) en Inglaterra se unió á sus predecesores para decir que la salivacion no era necesaria en el tratamiento de la sífilis.

El resultado previsto de estas teorías, apoyadas tambien en observaciones, fué la investigacion de nuevos específicos y la negacion de la accion del mercurio. En efecto, desde el momento en que se curaba el venéreo sin provocar la salivacion, que gozaba de un favor secular, habia motivos para creer que se habia incurrido en error sobre las virtudes del mercurio. Así, hácia 1800, Alyon (2) y Beddoes (3) al mismo tiempo, proponen el oxígeno y el ácido nítrico como específico del venéreo. Fundándose en la eficacia del precipitado de mercurio, se preguntaban con Girtanner si no se debían al oxígeno, mejor que al mercurio, las curaciones. H. Scott de Bombay, en 1793, ya habia recurrido al ácido nítrico en la forma de ácido nitromuriático, en fricciones y en baños. Aquí el cloro del sublimado se reconocia capaz de tener las mismas virtudes que el oxígeno del precipitado rojo (4).

Al mismo tiempo se administraba solo el opio hasta 25 centigramos diarios: mucho tiempo hacia que este medicamento se administraba asociado al mercurio, siendo durante algunos años el específico de la sífilis, principalmente en los países del norte de Europa (5). Schweigger (6) fué el único que recomen-

(1) C. Hales. *Salivation not necessary for the cure of venereal disease*. Londres, 1764.

(2) Alyon. *Essai sur les propriétés medicinales de l'oxigène*. Paris, 1799.

(3) T. Beddoes. Londres, 1799.

(4) Scott. *On the internal and external use of nitro muriatic acid*. 1796.

(5) Pearson. *Obs. on the effects of various act of the materia medica in the cure of lues venerea*. 1800.

(6) Schweigger. *On the cure of syphilis by abstinence*.

daba la dieta, la que fué despues aceptada por Fricke y Oppenheim, y en nuestros días preconizada por Payen, con el nombre de tratamiento arábigo.

Levret en 1771 (1) es el primero que ha pensado en tratar al niño de pecho por intermedio de la madre ó de la nodriza. Aconsejaba tambien se alimentase á los niños con leche de cabras sometidas á fricciones mercuriales, con el fin de evitar á las nodrizas un tratamiento repugnante; en aquella época se suponía que la leche se cargaba de sustancias medicamentosas. Se creía que de este modo se podría tratar á los niños. La idea no era nueva. Hipócrates habia sentado el principio, y segun Diday, Pedro Garnier (de Lyon) propuso el mismo tratamiento en 1697. Doublet y Swediaur profesaron más tarde la misma idea de tratar al niño con ayuda del tratamiento mercurial de la madre. Pero como ya habian sido tratadas por el mercurio las mujeres embarazadas, la lógica parecia llevar á tratar á la madre para el niño, y esto fuera de toda experimentacion. Astruc administró el mercurio á las mujeres embarazadas del mismo modo que á los demas enfermos atacados de venéreo. Solamente creía que el venéreo en aquellas condiciones era uno de los casos en que se habia de administrar el mercurio con más cuidado. Para tratar al niño, Astruc admitía el tratamiento de la madre ó de la nodriza, que era el tratamiento indirecto, y esto hacía suponer en los médicos de aquella época la idea de que el mercurio paraba en la leche. Segun se asegura, Nic. Massa precedió á Astruc en aquella vía; pero como indistintamente se habia tratado á todos los enfermos por el mercurio, sea cual fuese su sexo y su edad, no se puede atribuir á ninguno en particular la institucion del tratamiento mercurial en fricciones para los niños.

En 1781 dijo Doublet que no era necesario tratar á la madre durante el embarazo (2); esta idea fué rechazada y se ha vuelto á aceptar en nuestros días. Algunos médicos han atribuido pos-

(1) Levret. *Carta sobre la lactancia de los niños*. Paris, 1771.

(2) Doublet. *Memoria sobre los sintomas y el tratamiento del venéreo en los recién nacidos*, Leida en la Asamblea de la facultad de Paris en 1781.

teriormente al mercurio, ó á una dosis elevada del mismo, los abortos. Sabia que el tratamiento directo de los niños por las fricciones no determinaba la salivacion, y que el mercurio producía la diarrea; por esto rechazaba el tratamiento de los niños por las fricciones. Petit Rodet, traductor de un libro de Nisbett, empleaba tambien para los niños las fricciones mercuriales (1). Bertin en 1810 (2) era partidario del tratamiento directo y administraba el muriato sobreoxigenado de mercurio ó sublimado á la dosis de medio grano en un locc. Segun este autor, continuando la medicacion por algun tiempo, desaparecian prontamente los síntomas; afirmaba, sin embargo, que esta medicacion predisponia á las recaidas mejor que las otras. Tambien aceptaba Bertin el tratamiento de la madre al mismo tiempo que el tratamiento del niño.

Despues de los trabajos de Bertin y de Doublet, se ha estudiado bien la accion del venéreo sobre el embarazo y el tratamiento de las mujeres embarazadas. Doublet era partidario del tratamiento por los sudoríficos; Bertin, por el contrario, creia en la eficacia del mercurio, y léjos de pensar, como Doublet, que el mercurio produjese los abortos, opinaba que sin el mercurio abortaban las mujeres ó parian ántes de tiempo. Bertin decia, sin embargo, que en algunos casos era preciso limitarse á las fricciones, y que se debian asociar á las preparaciones mercuriales los tónicos en general y la quinina. Todas estas proposiciones estaban, como siempre, apoyadas en observaciones.

Al principio de nuestro siglo, entre todas las preparaciones mercuriales usadas contra la sífilis, las fricciones se empleaban con preferencia en las mujeres embarazadas y en los niños. La medicacion interna con el sublimado y las lociones de sublimado que se han transformado despues en baños y que se usaban en el siglo XVIII, se volvieron á aceptar por Bertin. El tratamiento de la nodriza por el mercurio para curar al niño perdió su crédito poco á poco, y principalmente desde que Berthollet dijo que el mercurio no paraba en la leche.

(1) Nisbett. *First lives of the thaorie and practice in venereal disease.*

(2) Véase la reseña histórica.

Se dió, sin embargo, un paso hácia la medicina antigua. Un tratamiento racional de la sífilis parecia ser de necesidad, despues de tantas y tan variadas medicaciones, aceptadas, abandonadas y vueltas á aceptar para ser luégo juzgadas de nuevo malas ó insuficientes. Sobrevino una crisis, y fué provocada por Bru y los cirujanos ingleses.

Al declarar Bru que el venéreo no existía, era de la opinion de Albernethy, Balfour, Tode y B. Bell que no aceptaban el carácter sífilítico de algunos chancros y de la blenorragia, autores involuntarios de nuevas teorías acerca de la curacion de la sífilis sin mercurio. En efecto, no admitiendo que el venéreo fuese á la vez la blenorragia y los chancros, era evidente que la blenorragia y algunos chancros, pseudo-sífilis de Albernethy se curaban solos y que el venéreo se podria curar sin mercurio. Por el pronto, esta idea fué desarrollada grandemente en Inglaterra y luégo en Francia. Alemania no tardó en seguir el mismo camino. Además de los médicos que, como Ulrico de Hutten, Fernel, Ritter, Sintlaer y Ludolff acusaban al mercurio de los graves accidentes de la sífilis, descubrió Alley en 1803 una erupcion causada por las fricciones mercuriales y por los vapores de mercurio.

En armonía con las ideas químicas de la época, se trató de investigar la accion del mercurio en la sangre. La alteracion de las cualidades de la sangre y su disolucion fueron confirmadas por Spielmann y Ehrmann en 1781 (1). Swediaur consignó que el tratamiento de la sífilis por las fricciones mercuriales repetidas habia causado la muerte de los enfermos (2).

Fergusson, cirujano del ejército de Portugal en 1813, estudió los efectos del mercurio en sífilíticos portugueses, observando que el venéreo era allí muy benigno y que se curaba solo (3). Es la primera vez que en Europa se toma en consideracion la influencia del clima en la gravedad de la sífilis. Aun cuando esto

(1) Spielmann y Ehrmann. *Diss. de hydrargyri in sanguine effectibus*. Strasburg, 1781.

(2) Swediaur. *De las enfermedades venéreas*. Paris, 1804.

(3) Fergusson. *Obs. on the venereal disease in Portugal*. 1813.

mismo se dijo en los tiempos de los viajes de los españoles á América, no dejó de sorprender su repetición en el siglo XIX. Esto no pasaba de ser un argumento contra el mercurio: entónces se decía que si la teoría de la eficacia del mercurio fuese cierta, es únicamente para la sífilis de los países fríos, en tanto que en los países cálidos la naturaleza y los vegetales obran mucho mejor que las preparaciones mercuriales.

Entre los ingleses, Guthrie (1), Thompson (2), Rose (3) y Henneu (4) publicaron en 1817 y 1818 casos de curación de los accidentes de la sífilis, sin el mercurio. Guthrie, en particular, cita á muchos cirujanos ingleses que habian hecho la misma observación, y entre otros á James Evans. Th. Rose dice haber curado con simples tratamientos locales las úlceras de la verga y los síntomas secundarios; dice no haber observado ni caries, ni alguno de aquellos casos citados con tanta frecuencia en que, á pesar del mercurio, sigue la sífilis una marcha progresiva. Rose decía «que las enfermedades más graves de los huesos así como otros muchos síntomas deplorables que se encuentran en aquellas enfermedades, deben atribuirse al uso poco juicioso ó excesivo del mercurio».

Al demostrar Guthrie la realidad de las opiniones de Abernethy y de Carmichael sobre el grado de acción de los diferentes chancros sobre la economía, afirma que el tratamiento del venéreo sin el mercurio permite establecer las diferencias entre las ulceraciones chancrosas y las que no lo son. Los enfermos de Guthrie tenían úlceras que fueron tratadas por los remedios anodinos, siendo de escasa gravedad los accidentes secundarios. Guthrie apoyaba sus experimentos en una teoría; decía que los síntomas secundarios no aparecían sino en condiciones determinadas por la constitución del individuo. Syme, de Edimburgo, aceptó luego esta idea.

(1) Guthrie. *On the treatment of the venereal disease without mercury.*

(2) Thompson. *Obs. on the treatment of venereal disease.*

(3) Rose. *Obs. on the treatment of syphilis with an account of several cases in which cure was effected without the use of mercury.*

(4) Henneu. *In Edim. med. surg. journal.* 1818.

Las ideas de Thompson tienen ménos valor que las de los autores precedentes, porque clasificaba los bubones en la sífilis, y obtener la curacion de estos accidentes sin mercurio significaba muy poco con relacion á la eficacia del mercurio sobre la sífilis; pero este autor ha citado, sin embargo, casos de curacion de accidentes de la sífilis sin el uso del mercurio. Como Guthrie y Rose, dice Thompson que no ha observado accidentes graves en los huesos de los enfermos cuyos accidentes no habian sido tratados por el tratamiento específico.

Henneu fué más explícito: declaró que lo que Hunter habia descrito con el nombre de mal sífilítico se curaba sin mercurio por el reposo, por la dieta y por el aseo; que las ulceraciones de la garganta, las erupciones cutáneas y la iritis se curan por los mismos medios. Hanneu es el primero que atribuye al mercurio la transformacion de los chancros en úlceras fagedénicas, y está en el número de los que han demostrado la inutilidad del tratamiento mercurial para los niños.

Francia no sufrió inmediatamente el golpe de las doctrinas inglesas: Cullerier, Royer y Dupuytren empleaban las fricciones ó las píldoras de sublimado, y opinaban se debía dar el mercurio durante el periodo álgido y de cicatrizacion del chanero, con el fin de prevenir los accidentes secundarios y terciarios.

La escuela de Montpellier no habia olvidado del todo el remedio de Gervasio, de Ucay; Chrestien, de Montpellier, en 1811 recomendaba el oro (1). Administraba el cloruro de oro y de sodio al mismo tiempo que la zarzaparrilla en las sífilis graves. Lallemand, en 1822, conservaba esta tradicion; pero este remedio reinventado cayó en desuso al poco tiempo. Destouches (2) elogiaba el muriato de oro y de sosa en 1819, y A. Legrand en 1823 trató en vano de poner en boga el tratamiento por el oro (3).

(1) Chrestien J. A. *Del método intraléptus y sobre un nuevo remedio en el tratamiento de las enfermedades venéreas y linfáticas*; la tercera edicion en 1811, es la primera que contiene las preparaciones de oro.

(2) Destouches. *Observaciones sobre la eficacia del muriato triple de oro y de sosa en la sífilis*.

(3) A. Legrand. *Del oro y de su empleo en las sífilis recientes é inveteradas*.

En medio de tan diferentes opiniones, no carece de interes hacer notar lo que la homeopatía, explotación hábil de lo que durante muchos siglos practicaba con el nombre de régimen simple para ciertas enfermedades, ha dicho del uso del mercurio en la sífilis. Esta doctrina, que propone medicamentos que obran sobre las enfermedades en el sentido de sus síntomas, con la divisa *similia similibus*, ha conservado el uso infinitesimal del mercurio: en la época de Hahnemann se creía tanto en Alemania en el mercurio, que los innovadores no creyeron deberle rechazar; y tan cierto era que los homeópatas no obedecían á una convicción sincera, cuando colocaron en el lugar de nuestra polifarmacia á dosis elevadas, específicos infinitesimales dirigidos contra los síntomas. La credulidad pública reclamaba un objeto misterioso. La homeopatía no hubiera podido vivir si no hubiese tenido remedios, ó más bien nombres de remedios, y si hubiese dicho solamente, lo que es muy cierto, que la mayor parte de las enfermedades se curan con el régimen.

Sin embargo, en 1827 Desruelles, en Val-de-Grâce, aceptando las ideas de Richond des Brus y de Jourdan, admirador de la doctrina fisiológica de Broussais, alzó la bandera de los anti-mercurialistas y formuló un tratamiento análogo al que proponía Leoniceñas en el siglo XV. Las úlceras de las partes genitales eran tratadas por los emolientes; las úlceras de la garganta y los accidentes secundarios por la dieta y las sanguijuelas. Los exóstosis por las sangrías locales (1).

Los ingleses habian aconsejado, para reemplazar al tratamiento mercurial, el reposo, la dieta, los purgantes, la sangría para los individuos pletóricos, y los emolientes ó los cáusticos para las úlceras (sulfato de zinc ó de cobre). Desruelles dice que es necesario un tratamiento interno general y un tratamiento de los síntomas. *Tratamiento general*: Dieta vegetal y láctea, poco pan, nada de vino ni de café, tisanas diluentes, ejercicio moderado, ropas de abrigo y baños simples tibios; en los casos graves, los sudoríficos, las sangrías generales y locales, el opio

(1) H. M. S. Desruelles. *Memoria sobre el tratamiento de la sífilis sin mercurio*. Paris, 1827.

y el extracto de genciana, la tisana de Feltz sin mercurio y los baños sulfurosos cuando hay síntomas cutáneos. *Tratamiento local:* Este tratamiento era el de las inflamaciones locales (Desruelles era *identista*), uretritis, orquítis, oftalmia, etc. Las úlceras eran tratadas con el opio como tópico y las sanguijuelas en torno de la ulceracion. Para las sífilides recomendaba los baños sulfurosos y los baños de vapor, dieta láctea, sanguijuelas al epigastrio, sangría en los casos de ulceracion en el velo del paladar y los cauterios. Para las úlceras gomosas recomendaba el hambre y la dieta láctea. Terminando lo que se refiere al tratamiento, señala Desruelles, en oposicion á sus contradictores, un hecho que nadie ha comprobado hasta él: el número y la naturaleza de las recaídas despues de los tratamientos mercuriales.

En 1838 empezó Ricord su carrera de sífilógrafo con cierto brillo, y como por tradicion era partidario del tratamiento mercurial, así como la escuela de San Luis, con excepcion tal vez de Devergie, el mercurio volvió á tomar su antigua importancia, y Alemania continuó los trabajos de Inglaterra. En vano escribió Broussais en 1831: «Todas las curaciones sin mercurio no son radicales y algunas van seguidas de recaídas. Pero los sometidos al tratamiento mercurial exclusivo practicado en los otros hospitales, además de su curacion ménos rápida, ofrecen todavía más recaídas: la ventaja está, pues, de parte del tratamiento sin mercurio.»

Ricord admite, sin embargo, que si el mercurio es el medicamento más enérgico del cuadro terapéutico de la sífilis, hay casos en que se puede prescindir de él. Ricord admite en el mercurio una virtud específica, es decir, misteriosa, que no se explica. Prefiere la administracion del mercurio por las vías digestivas, y sobre la duracion del tratamiento no aconseja otra guía que la mejoría que se presente, para suspenderle. Reconoce sería peligroso introducir en la constitucion, como pretendia Hunter, una cantidad de mercurio proporcionada á la violencia de la enfermedad.

Ricord adoptó el ioduro de potasio descubierto por Wallace, siendo muy entusiasta de este medicamento: le ha recomendado principalmente en los accidentes terciarios de la sífilis y

en aquellos casos en que, á su juicio, el mercurio es impotente; luego creó un tratamiento mixto por el mercurio y el ioduro de potasio para los individuos que presentaban accidentes terciarios, y cuyos accidentes primitivos y secundarios habian sido mal tratados por el mercurio.

Ricord con los médicos de la escuela de San Luis, Bielt y Emery, administraba al interior el protoioduro de mercurio y muy raramente el licor de sublimado de Van Swieten. Recomendaba los baños de vapor y las fumigaciones locales de cinabrio ó sulfuro de mercurio contra las erupciones cutáneas de la sífilis: los baños de sublimado, semejantes á los baños de ácido muriático, tambien estuvieron en boga: fueron recomendados por vez primera en 1770 por Baumé. Los tubérculos de la piel eran tratados con lociones de tintura de iodo, y cauterizados, cuando estaban ulcerados, con el nitrato de mercurio y los calomelanos. Ricord y su escuela empleaban las fricciones mercuriales sobre las sienes, como Sichel. En los puntos afectados de periostosis y de dolores osteóscopos se ponian vejigatorios, ó bien se aplicaban sanguijuelas al mismo tiempo que se administraban al interior el mercurio y el ioduro de potasio.

Ricord supo llevar á la práctica muchas de las de los cirujanos de aquella época. Como Cullerier, colocaba vejigatorios sobre los exóstosis, y los cauterizaba cuando estaban abiertos. Proponia, por último, la extraccion de los huesos careados, confesando que los huesos atacados de carie no pueden ser separados ni por un tratamiento general ni por un tratamiento local. Hubo un momento en que Ricord propuso la cauterizacion del chancro como medida preventiva de la sífilis.

Despues de muchos cambios y de muchas contradicciones, despues de haber hecho una gran carrera, llegó Ricord á defender el tratamiento mercurial. Aunque haya escrito «se blanquea el venéreo, pero no se le cura», en sus cartas sobre la sífilis publicadas con el objeto de que tuviesen una gran circulacion, dijo, sin embargo, diez y seis años despues, que el mercurio era el verdadero específico del venéreo y que le curaba.

Baumé, de Lyoa, y Acton, de Lóndres, profesando las ideas de la escuela del Mediodia, así como la generalidad de los médicos, se manifiestan una vez más dispuestos á admitir la vir-

tud del tratamiento mercurial específico, á pesar de los hechos y á pesar de aquella frase de Ricord. Durante aquella época, Alemania seguía las tradiciones de los antimercurialistas.

El iodo fué aplicado en Medicina por Coindet en 1820. Richond des Brus en 1823 empleó el ioduro de mercurio propuesto contra la sífilis y el iodo en fricciones sobre los bubones y al interior, como Brera, en la blenorragia y en la sífilis. Aunque las tradiciones del hospital de San Luis atribuyen á Biett y á Lugol la idea de emplear los ioduros y el iodo al mismo tiempo que el mercurio hácia 1825 y 1830, fué Wallace el que introdujo el ioduro de potasio en la terapéutica de la sífilis (1). Wallace en 1836 administraba el ioduro de potasio como un específico destinado á reemplazar al mercurio contra las iritis y las sífilides cutáneas en particular; administraba hasta dos gramos al día en una solución. Ricord llegó hasta á seis gramos. Puche, en el hospital del Mediodía, administró de este medicamento unas dosis exorbitantes.

Con este nuevo remedio la terapéutica de las sífilis era más rica en específicos, sin contar el oro y el guayaco, que desde Gervais, de Ucay, hasta Chrestien, de Montpellier, fué más ó ménos aceptado y abandonado. Una vez entrados en el camino de los específicos, los médicos no se detuvieron. Sewes, de Montpellier (2), recomendaba las preparaciones de plata. F. Hæfer en 1840 (3) propuso el platino.

Si los específicos se habian multiplicado, las fórmulas de mercurio no habian disminuido. Cada uno poseía su medicamento favorito, y su orgullo consistía en tener una fórmula individual, y sucedía con frecuencia que todo consistía en un cambio de nombre. El sublimado, los calomelanos, el mercurio metálico ó el unguento mercurial, el protoioduro de mercurio y el biioduro de mercurio en pociones, tisanas, jarabes ó píldoras, enriquecían los formularios de aquel tiempo.

(1) Wallace, *The lancet*, 1836.

(2) Sewes, *Memoria sobre el empleo de las preparaciones de plata en el tratamiento de las enfermedades venéreas*.

(3) F. Hæfer, *Gaceta médica de Paris*, Noviembre, 1840.

Las píldoras de Belloste y las de Sedillot contenían mercurio metálico; las de Dupuytren, las de Chomel y las mayores de Hoffman, contenían sublimado. El licor de Van Swieten, el jarabe de Cuisinier y el de Larrey eran de sublimado. Todas estas preparaciones renovaban, en formas más sencillas, las panaceas mercuriales del siglo XVIII, con la diferencia que los precipitados ú óxidos de mercurio eran reemplazados por el sublimado, el protoioduro y el bioduro. Únicamente el recuerdo del mercurio gomoso de Plenck había subsistido. Se le admitía asociado al opio ó al mercurio. Todas las fórmulas de compuestos mercuriales que se han propuesto contra la sífilis desde el siglo XVI formarían un grueso volúmen: todas las sales mercuriales, cuya causticidad no era demasiado violenta, se usaron. El acetato de mercurio, el fosfato de mercurio y el protonitrato no quedaron olvidados. Cien fórmulas conteniendo la misma sal aparecen escalonadas en la historia de la terapéutica de la sífilis. Abandonadas, aceptadas, vueltas á caer en el olvido, han sufrido un constante movimiento de alza y baja. El remedio de Keyser, el mercurio soluble de Hahnemann, el jarabe de Bellet y la tisana de Zittmann conservan el recuerdo de sales de mercurio, tan pronto aceptadas como abandonadas.

Los ingleses permanecían largo tiempo fieles á los calomelanos en fricciones, tomas ó píldoras, y á las píldoras de unguento mercurial, ó más bien de mercurio metálico, conocidas con el nombre de píldoras azules.

Los alemanes usaban preferentemente el licor de Van Swieten y el mercurio soluble de Hahnemann, y los demás pueblos seguían el mismo ejemplo.

En virtud de los progresos de la química moderna, que ha multiplicado los compuestos mercuriales, ha sido preciso detenerse porque no se podía aumentar razonablemente en la misma proporción los remedios mercuriales. Pero lo que no fué de ménos utilidad, fué el estudio de la acción del mercurio sobre la sangre. La toxicología, creada por Orfila, dió lugar á él. Lassaigne (1) fué el primero en demostrar que el sublimado

(1) Diccionario en treinta volúmenes, art. *mercurio* (Soubeiran).

formaba con la albúmina un compuesto soluble en los cloruros alcalinos. Entónces se dividieron las preparaciones mercuriales en solubles é insolubles, y se buscó la explicacion de la accion de los compuestos mercuriales insolubles por una descomposicion de la sal insoluble en el estómago, descomposicion que tendria por objeto dejar el mercurio en libertad para formar un bicloruro que es soluble. En esto ha consistido, evidentemente, el descubrimiento más precioso; los medios no han sido más lógicos por esto, y no se han limitado á dar exclusivamente las preparaciones solubles, es decir, el sublimado, cuyas dosis podian medir exactamente. Apoyados en la afirmacion de Hunter, que dijo que todas las preparaciones mercuriales obraban del mismo modo porque se transformaban en un compuesto único, no tenian escrúpulo alguno en variar la preparacion mercurial.

Los efectos tóxicos del sublimado ó bicloruro de mercurio fueron estudiados por Orfila, reconociendo en esta sal los caracteres de un veneno irritante, susceptible, á su juicio, de transformarse en mercurio dulce; pero juzgaba que el sublimado, que causa vómitos y cólicos, obra localmente sobre la mucosa del estómago, como cáustico. Admitia entónces, con Hunter, que el mercurio era un irritante específico, y aquí se detenia. ¿Por qué razon obraba el mercurio en la sífilis? Nadie trataba de saberlo: se habia abandonado la teoria de la expulsion de la sífilis por la salivacion, desde que la escuela inglesa habia demostrado la inutilidad de la salivacion para curar la sífilis.

Sin embargo, el trabajo de Mialhe sobre la absorcion del mercurio y la Memoria de Melsens sobre la accion del ioduro de potasio (1) no dejaron de satisfacer á la vez á los partidarios del mercurio y á los antimercurialistas. Se sirvieron de ellos en Francia los mercurialistas para apoyar el protoioduro, cuyos efectos sobre el estómago son infinitamente ménos graves que el licor de Van Swieten y las píldoras de sublimado. Mia-

(1) Melsens. *Memoria sobre el empleo del ioduro de potasio para combatir las afecciones saturninas y mercuriales*. 1849.

lle, y despues Dumas, en sus obras, demostraron que las sales de mercurio son absorbidas en estado de deutocloruro, que éste se combina con la albúmina y que está indicada la administracion de la albúmina con el sublimado para que éste no perjudique al estómago.

Mialhe decia que las protosales de mercurio solubles ó insolubles eran ménos eficaces que las deutosales, y que la accion de las protosales era mucho menor y casi inofensiva. «Se puede decir, añadía, que las protosales obran tan sólo por la débil proporcion de sublimado á que da lugar su descomposicion»; demuestra que el mismo mercurio metálico en presencia de los cloruros alcalinos de la sangre se transforma en parte en sublimado, y concluye: «De aquí se deduce que todos los fenómenos químicos producidos en las anteriores circunstancias, tienen lugar en el cuerpo humano cuando se ingiere una preparacion mercurial. *Todas éstas producen una cantidad constante de sublimado corrosivo en el que residen las propiedades medicinales* (1).

Uno de los puntos más importantes de este trabajo es la evaluacion de la cantidad de sublimado que da el protoioduro, introducido recientemente en el tratamiento de la sífilis. Esta cantidad es tres veces menor que la producida por los calomelanos (2). Despues de esta observacion el bioduro fué muy elogiado, en virtud de la creencia, muy general, de que el venéreo se podía curar por poco mercurio que se usase. Ricord habia llegado á dar hasta 50 centigramos al dia, para hacer frente á los cargos dirigidos á su medicamento predilecto, y que desde que Bielt le introdujo en la práctica, habia dado muy buenos resultados.

Del análisis verificado por Mialhe resultó que, aun dosis muy elevadas de protoioduro, sólo producen una cantidad mínima de sublimado; que la asociacion del ioduro de potasio al protoioduro hace á éste mucho más enérgico, porque le transforma en bioduro, que es tan corrosivo como el sublimado, y porque

(1) Mialhe, 1842 y 1845.

(2) Mialhe: *Boletín de terapéutica*, t. XXIV, pág. 337.

el bióxido en contacto con los cloruros alcalinos, produce mucho sublimado.

El libro de Mialhe contiene revelaciones de las cuales hubiesen podido obtenerse grandes resultados. El cinabrio ó bisulfuro de mercurio, el sulfuro negro ó etíope, el óxido negro de mercurio, el protonitrato y el mercurio soluble de Hahnemann (1) son las sales de mercurio que producen la menor cantidad de sublimado en contacto con los cloruros alcalinos. Por el contrario, el deutocloruro, el bióxido, el protoacetato de mercurio, el cianuro de mercurio y el deutosulfato de mercurio son compuestos muy peligrosos.

Bajo el punto de vista de la fisiología, hé aquí la conclusion de Mialhe: «La accion fisiológica y terapéutica del mercurio se debe á la propiedad que posee el deutocloruro de mercurio de combinarse con la parte albuminosa de la sangre y con los cloruros alcalinos que le acompañan, y esto se verifica uniéndose á la parte de fluido animal que con mucha justicia se podría designar con el nombre de carne suelta.»

Antes de las investigaciones de Mialhe, se habian emitido las teorías más contradictorias. Brotonneau creía que el mercurio disminuía la plasticidad de la sangre. Una observacion de Dupuy acabó de llenar la medida á causa de haber encontrado muy espesa la sangre de los caballos muertos con el mercurio. Mialhe no dejó de hacer observar que esto procedía de que la sangre del caballo contiene muchos ménos cloruros alcalinos que la del hombre.

Mialhe admitía el paso del sublimado á la leche de las nodrizas, aun cuando en pequeña cantidad, apoyando las doctrinas de Doublet y de Bertin: reconocía, además, que los mercuriales purgaban, á ménos que no fuesen absorbidos en el estómago. Fiel á su teoría, declaraba, por último, que el verdadero contraveneno de las preparaciones mercuriales era la albúmina, el bisulfuro de hierro y el agua sulfurosa ó los baños sulfurosos.

(1) Cazenave despues de reconocer que este medicamento es poco activo, añade: «Con frecuencia he tratado la sífilis primitiva por el mercurio soluble de Hahnemann, sin observar un solo caso de salvacion.» (*Apéndice al Codex*, Paris, 1841.)

En esta época se registra uno de los más importantes progresos en el tratamiento de la sífilis, al indicarse las aguas minerales sulfurosas para las sífilis antiguas.

Estas importantes investigaciones no daban tampoco la razón de la acción del mercurio en la sífilis.

El estudio de la acción del mercurio sobre la economía, comenzó con la Memoria de Alley y con los trabajos de Merat sobre el *cólico metálico*. Las enfermedades de los azogadores de lunas fueron estudiadas, y se supo que el mercurio, además de la salivación, conocida por los árabes y por Guy de Chauliac, determinaba el sudor, la diarrea, la anemia y perturbaciones nerviosas muy notables, tales como el temblor, los vértigos, las convulsiones algunas veces y aún el idiotismo. Trousseau y Pidoux (1) establecieron, de acuerdo con los antiguos, que la salivación va seguida de necrosis ó de caries de los maxilares, que la sangre sacada de las venas es difluente y ménos rica en fibrina, que hay tendencia á las hemorragias pasivas, y que, impregnados de él los enfermos, padecen una diarrea colicuativa.

Es muy cierto que las acusaciones formuladas por los médicos anteriores contra el mercurio señalaban los accidentes de los tratamientos mercuriales llevados hasta la salivación, pero de aquí no se habia pasado. A. Colson en 1828 observó un caso de temblor mercurial despues de un tratamiento mercurial metódico (2). Pinjou en 1842 ha suministrado á Orfila un caso de envenenamiento por el mercurio metálico en el que el temblor mercurial fué casi inmediato (3).

Becquerel y Rodier, cuando estudiaron en 1844 las alteraciones de la sangre en las enfermedades, declararon que la sífilis causaba una anemia y que el abuso y el uso intempestivo de los mercuriales podian producir los mismos efectos; las cosas permanecieron en aquel estado hasta que en estos últimos tiempos emprendió Alemania nuevas investigaciones sobre los mercuriales.

(1) Trousseau y Pidoux. *Tratado de terapéutica*, art. *Mercurio*.

(2) Colson. *Ensayo sobre el temblor que sigue al tratamiento mercurial*.

(3) Pinjou. Art. sobre los mercuriales.

Un trabajo de Ayres, en Inglaterra (1), demostró también que durante la salivación mercurial la sangre perdía agua, fibrina, albúmina y grasa y que la orina contenía hierro, lo que hacía suponer que muchos de los glóbulos sanguíneos eran destruidos.

Como resultado de la terapéutica de Val-de-Grâce, inspirada en la doctrina de la irritación, tuvo lugar una reacción en Francia y en Inglaterra. La escuela de San Luis, Ricord en París y Syme y Acton en Londres, indujeron á la mayor parte de los prácticos á persistir en el uso del mercurio.

El trabajo de Melsens pasó poco ménos que desapercibido en Francia: la razón principal era, que el ioduro de potasio podía considerarse como eficaz porque hacía eliminar el mercurio introducido en la economía. Se administraba el ioduro de potasio en los accidentes tardíos de la sífilis: la crítica tenía una razón de ser, siquiera porque el ioduro de potasio no lograba su objeto sino expulsando el mercurio ingerido durante los accidentes primitivos. La teoría de Melsens reposaba en haber encontrado el mercurio en los tejidos, cuya presencia se había demostrado por medio de metales que se habían amalgamado con él. Las observaciones dudosas de Colson y de Velpeau, formaban parte de los argumentos del autor. Melsens decía que el ioduro de potasio disolvía los compuestos de sublimado con la albúmina, los jabones mercuriales y los fosfatos de mercurio, cuya expulsión se verificaba por la orina. La hipótesis de Melsens, á saber, que el ioduro de potasio disolvía los compuestos mercuriales que hubiese en la economía, provocando su expulsión, reposaba en experimentos poco numerosos. Después se ha vuelto, sin embargo, sobre esta teoría. De aquel trabajo quedó probada la eliminación del plomo por el ioduro de potasio, á lo que igualmente tendían las investigaciones de Melsens. La analogía confirmaba las ideas del autor sobre la evacuación del mercurio por medio del ioduro de potasio. La teoría no dejaba de ser ingeniosa, pero no pasaba de ser química supuesta. Overbøek sostuvo esta tesis en 1861 (2).

(1) Ayres. *The lancet*. 1845.

(2) Overbøek. *Mercur und syphilis*. Berlin, 1861.

También se estudió la acción del ioduro de potasio. El abuso que de él hacía Puche en el hospital del Mediodía, permitió hacer constar los efectos de este medicamento: la salivación, el coriza, el catarro nasopulmonar y faringiano fueron reconocidos como accidentes principales de la administración del ioduro de potasio. Una cubierta gris y característica sobre la lengua, los forúnculos, el acné iódico ó un eritema, eran también accidentes más ó ménos comunes (1).

Durante aquella época, y siguiendo las doctrinas de Bielt, los médicos de la escuela de San Luis dieron á los niños el protoioduro, los baños de sublimado y las fricciones en las encías, á ejemplo de Cazenave y de Gibert. Todos estos métodos de tratamiento renovados ó modificados, bastaron para las necesidades de la práctica. De tiempo en tiempo se volvía á poner el asunto á la orden del día. En 1820, sin embargo, apareció una proposición casi nueva. Ducasse (2) había sostenido, como Massa y Burton, que las mujeres sífilíticas abortaban, ó daban á luz ántes de tiempo niños muertos. Velpeau en su *Tratado de partos* usó el mismo lenguaje. La consecuencia de estas teorías era que el mercurio, al curar la sífilis, impedía los abortos. Bertin sostenía lo contrario. Pero se había olvidado lo que se había escrito diez años ántes sobre el particular. No es porque no hubiese oposición al tratamiento de las mujeres embarazadas por el mercurio. Huguier y Colson (3) sostuvieron que el mercurio mismo podía ser la causa del aborto.

A pesar del uso general de los mercuriales en Francia, no dejaron de observar algunos médicos que la sífilis carecía de un remedio específico, y que el mercurio tenía la propiedad de curar únicamente las lesiones locales. Cullerier (sobrino) enseñaba esta doctrina en 1836 (4), pero no pasó de ahí. Trousseau y Pidoux admitían que el mercurio podía hacer más visibles algu-

(1) Titon. Paris, 1856.—Trousseau y Pidoux. *Elementos de terapéutica*.—Kuss, *Gac. med. de Strasbourg*, Nov., 1865.

(2) Ducasse. *Del aborto*. Paris, 1820.

(3) Colson. *De la influencia del tratamiento mercurial en las funciones del útero*.

(4) L. Campionnière. *Investigaciones sobre la terapéutica de la sífilis*.

nos síntomas sifilíticos (1); pero ninguna de estas proposiciones tuvo importancia.

En tanto que la terapéutica francesa se enriquecía con los protoioduros y con el jarabe de bióduro de Boutigny, llamado de Cubert, Alemania, y en su nombre Fricke, de Hamburgo, trataba el venéreo sin mercurio (2). Alemania seguía el movimiento iniciado por Inglaterra, y en el que Francia no había figurado mucho tiempo. Fricke ha sido muy comentado en Inglaterra, pues en sus observaciones hay un caso muy significativo, y es la confesión propia de no haber entrado precipitadamente en la vía de los antimercurialistas; después de haber tratado mucho tiempo la sífilis por el mercurio, había llegado á rechazar este medicamento.

El tratamiento propuesto por Fricke es general y local, consistiendo aquel en aseo, reposo, régimen severo y antiflogísticos. Fricke añadía se habían curado muchos enfermos con baños calientes y el tratamiento local. El régimen era un régimen vegetal, y tenía por tratamiento interno la sangría y los purgantes, luego el cocimiento de leños sudoríficos, tales como el guayaco, de ocho á doce onzas al día, y cuando los sudores eran muy abundantes, una cucharada de la poción siguiente:

Cocimiento de ayena.....	288 gramos.
Jarabe simple.....	24 —
Acido nítrico.....	3 —

Prescribía los baños jabonosos, los de muriato de sosa, de ácido nítrico, de sublimado y aun de potasa cáustica.

Como tratamiento local de los chancros, hacía uso del agua blanca; y como cáusticos, de la potasa, del sublimado ó del sulfato de cobre.

Empleaba el mercurio como tópico, y el baño de sublimado se administraba como otros baños cáusticos contra las erupciones de la sífilis.

En esta teoría Fricke había sido precedido por muchos alemanes: Bruninghausen de Vurtzbourg y Von Walther de Bonn.

(1) Trousseau y Pidoux. *Tratado de terapéutica.*

(2) Fricke: *Annalen der chirurgischen alleitung.* Hamburgo, 1827.—Graves, *Clinica médica.*

Oppenheim (1) ha vulgarizado el método de Fricke, aceptando de nuevo una antigua opinión acerca de la curación de la sífilis por el hambre. Algo llegaba á Francia de todas estas prácticas, ejerciendo su influencia sobre la fe ciega del médico en el mercurio, y de lo cual resultaron los efectos más extraños.

Vidal, en el hospital del Mediodía, sangraba y purgaba á todos los sífilíticos ántes de comenzar el tratamiento mercurial. Otros médicos trataban la sífilis exclusivamente con el guayaco. Pero la terapéutica de la sífilis no preocupaba entonces gran cosa: era la época en que la venida de la doctrina de la escuela del Mediodía se anunciaba pomposamente, y que debía provocar tantos escritos y tantas controversias. Las investigaciones sobre la historia de la sífilis, sobre las opiniones emitidas desde principios del siglo, la aparición de los trabajos de la escuela de Lyon sobre la sífilis, y de la escuela de San Luis sobre la sífilides, eran todavía la preocupación de la época.

Graves, en Inglaterra en 1838, decía se debían someter á los enfermos sífilíticos á un régimen suave y ligero, enviarlos al campo y hacerlos tomar la zarzaparrilla y el ácido nítrico (método de Scott). «Una vez, dice, que hayais restaurado la constitución, conseguireis buenos resultados administrando un poco de mercurio á dosis alterantes.»

Graves recomienda del mismo modo que Kerby su jarabe vegetal (jarabe de Selno) ligeramente laxante y sudorífico, á cuyo compuesto se añaden 10 centigramos de sublimado por 500 gramos de jarabe: este medicamento se administraba á cucharadas hasta salivación, suspendiéndolo como en el método de Hagenot.

Las úlceras se trataban con la pomada de precipitado rojo.

Para los casos rebeldes aconsejaba Graves el sublimado al interior á la dosis de 15 miligramos y fricciones con 1 á 2 gramos de ungüento mercurial. (2)

Graves decía también que la sífilis y el mercurio no podían

(1) Oppenheim. *Die Behandlung der Süssseuche ohne Quecksilber*. Hamburgo, 1837.

(2) Graves. *Lecciones de clínica médica*.

asimilarse á un ácido y un álcali, que se neutralizan, pero no daba la teoría de la acción del mercurio.

Fricke, según Hennen, Ulrico de Hulten, Fallopio, Ritter, etc., había repetido que si la sífilis era capaz de producir lesiones en los huesos, se observaban muy raramente la cáries y la necrosis en los individuos que no habían tomado el mercurio. Toda una escuela antimercarialista, llena de aquellos recuerdos, surgió en Alemania; tanto, que hoy mismo la mayor parte de los sífilígrafos alemanes son antimercarialistas. Baerensprung, Boeck, Hermann, Lorinser y Billroth, sin ser tan explícitos, dan oídos á los que acusan al mercurio de agravar la sífilis, por lo ménos en ciertos casos. Volveremos á encontrar, apoyados en investigaciones anatómicas y en argumentos clínicos, los antiguos ataques contra el mercurio.

En 1855 sostuvo Hermann, en Viena, que los accidentados tardíos de la sífilis no eran otra cosa que una hidrargirósis crónica (1).

Las ideas de Richond des Brus, aceptadas por Hermann, encontraron adversarios y defensores. Lorinser siguió á Hermann (2); Baerensprung, sin ser completamente mercurialista (3), dice que «el mercurio no cura la sífilis, pero que el mercurialismo hace desaparecer momentáneamente los síntomas de la enfermedad. En tanto que duran los efectos del mercurio, permanece la sífilis en estado latente, para aparecer luégo con tanta mayor fuerza cuanto la intoxicación haya debilitado más la constitución». Lormier estableció, por su parte, que el mercurio se había encontrado en las orinas de los enfermos cuando se administraba el ioduro de potasio, y se apoyaba en un trabajo de Melsens, que no citaba, y que Klectzinsky (4) introdujo en su química biológica como una novedad. Los antimercarialistas invocaban dos argumentos nuevos, que era, por el pron-

(1) J. Hermann. *Medecinsche studen*. Viena, 1855 y *Die Beandlung der syphilis ohne Mercur*. Viena, 1856 y 1857.

(2) Lorinser. *Mercur und syphilis*. Viena, 1858.

(3) Baerensprung. *Annalen des charite Krankenhaus*. Berlin, 1855.

(4) Klectzinsky. *Comp. der Biochimie*. Viena, 1856.

to, la presencia del mercurio en los tejidos, admitida como probada, y la eficacia razonada del ióduro de potasio.

La presencia del mercurio vivo en los tejidos fué afirmada por Fallopio y Bonch en los siglos XVI y XVII. En 1827, Cruvelhier en Paris (1), y Otto, en 1830, en Alemania (2), anunciaron que habían visto mercurio en los tejidos. Estudiando Cruvelhier la anatomía patológica de la infección purulenta, inyectó el mercurio en las venas y le encontró en el canal medular de los huesos en diferentes órganos de los animales sometidos al experimento; también se encontraron nudos de induración, en medio de los cuales había un pequeño glóbulo de mercurio. Ayudado de procedimientos químicos electrolíticos, encontró Lorinser el mercurio en la orina de los enfermos sífilíticos, observando que éstos arrojaban más mercurio cuando estaban sometidos al tratamiento por el ióduro de potasio.

Los antimercurialistas alemanes citaban de memoria los antiguos argumentos contra el mercurio.

Michaelis (3), Singer (4), Junken (5) y Reder (6) protestaron contra las afirmaciones de Hermann y Lorinser; combatieron principalmente la asimilación de los accidentes secundarios y terciarios de la sífilis á una hidrargirósis. Hermann, con efecto, llegó hasta á examinar á los obreros de las minas de Idria, y creyó encontrar en los enfermos accidentes semejantes á los de la sífilis. No ha sido difícil demostrar que Hermann se había dejado seducir por aquella teoría; de 30 enfermos que observó, 2 tenían cáries y 5 dolores osteóscopos. No se mencionaron las erupciones tuberculosas cutáneas.

Las ideas de Hermann y de Lorinser hacían frente á sus contrarios, y en 1865 dijo Hermann que la sífilis era una enfermedad local cuyos efectos se agravan con el mercurio. Estos sífi-

(1) Cruvelhier. *Anat. path.*

(2) Otto. *Path. anat.*

(3) Michaelis. *Wochen blatt der zeit.* Viena, 1857.

(4) Singer. *Id., id.* Viena, 1857.

(5) Junken. *Id., id.* Viena, 1847.

(6) Reder. *Id., id.* Viena, 1858.

liógrafos fueron muy léjos: reprodujeron las ideas de Broussais y Desruelles, y desconocían uno de los caracteres de la sífilis. Han prestado, sin embargo, un buen servicio, demostrando que el mercurio se eliminaba con el tiempo, y que cuando no era eliminado, afectaba la sífilis una gravedad especial, todo lo cual se había dicho ya, aunque en términos ménos precisos, por mercurialistas como Trousseau.

El argumento histórico invocado por Lorinser tenía más valor del que suponía Follin. Es cierto que en los primeros sífilíticos observados por los médicos del siglo XV las gomas eran poco frecuentes, y aumentó su frecuencia despues de la generalización del tratamiento mercurial. Pero todavía hay que notar un hecho: en medio de las investigaciones emprendidas en pro y en contra de la hidrargirósis, se ha reconocido que los obreros que trabajan el mercurio ofrecían una fragilidad especial en los huesos (1). Jüncken ha hecho esta observación al estudiar las enfermedades de los obreros de las minas de Idria. Esto era reconocer implícitamente la acción del mercurio sobre los huesos.

Waller, de Praga (2), ha visto que el mercurio se eliminaba por la orina en pequeña cantidad, y que despues de seis semanas no aparecía el mercurio en la orina, no habiendo necesidad del ioduro de potasio para llevar á cabo aquella eliminación. Esto probaba que el mercurio no quedaba en la economía, por lo ménos cuando se administraba en pequeña cantidad, por algún tiempo. J. Keller (3) observó en los obreros que trabajan el mercurio ulceraciones en la garganta análogas á las que se observan en la sífilis.

Baerensprung en Alemania en 1855, y Diday en Francia, estudiaron los efectos del mercurio en sífilis de diferentes especies: el primero era unicista ó poco ménos, y el segundo dualista; marchando cada sistema por un lado, tendrían que encontrarse en una interpretación de la acción del mercurio. Bae-

(1) Esta idea pertenece á Vernot que la publicó en 1848 en el *Diario de Medicina de Bordeaux*.

(2) Waller. *Bertrage zur Losung liniger streitfragen in der syphilidologie*. Praga, 1859 y 1860.

(3) Keller. Viena, 1860.

rensprung y Diday fueron antimercurialistas un momento, por lo ménos bajo el punto de vista doctrinal; uno y otro no daban el mercurio al principio de la sífilis. Baerensprung decía que nunca había visto accidentes terciarios en los enfermos que no habían tomado el mercurio mientras tenían un chanero indurado.

Pero ántes de hablar de las ideas actuales sobre el tratamiento de la sífilis, se debe citar una vuelta al método de las *fricciones mercuriales* profesado por Sigmund, de Viena (1856-1859) (1). Fuera de la salivación, buscada por los antiguos, el método era el mismo; los enfermos eran preparados con baños y con fricciones secas en los puntos en que se debían dar las unturas, y luégo se empleaba un gramo de unguento mercurial cada día: la fricción debía durar veinte minutos, y los enfermos debían envolver las partes friccionadas con telas de lana ó de algodón, permaneciendo en reposo durante diez y ocho horas, cuando ménos. Fuera de la sangría, los sudoríficos y el purgante al principio eran el antiguo método. Las fricciones eran administradas como tratamiento general, porque Sigmund recomendaba además las lociones mercuriales y las pomadas sobre los accidentes locales, como Peyrilho y Cirillo. Baerensprung, por su parte, además de las fricciones, recomendaba el mercurio albuminado al interior, según la teoría de Mialhe, cuya fórmula es como sigue:

Sublimado.....	2 granos.
Clara de huevo.....	Núm. 1.
Agua destilada.....	6 onzas.
Clorhidrato de amoniaco.....	1 grano.

Para tomar una cucharada de hora en hora.

En 1858, Virchow y Sigmund, ambos mercurialistas, formulan una terapéutica: la recomiendan apoyados en el principio de que no hay sífilis fuera de los síntomas. Cuando todos los síntomas hayan desaparecido, la sífilis estará curada siendo el tratamiento sintomatológico del venéreo perfectamente lógico, siempre y cuando consiga triunfar del último síntoma. El iodo

(1) Sigmund, *Die Enresungscour mit grauer salbe bei syphilisformen*. Viena, 1859.

y el mercurio son aceptados por Virchow, pero reconoce con Baerensprung que el mercurio no puede curar la sífilis: añade una verdad secular, que á pesar de los esfuerzos de los teóricos no lo es hoy ménos: se carece de un signo que permita afirmar que el tratamiento es completo, que el enfermo está curado. Virchow es partidario del tratamiento de los síntomas de la sífilis por el mercurio, y dice que este remedio es eficaz áun para los accidentes terciarios de la sífilis, y que puede ser más eficaz que el iodo; aquí hay una contradicción formal opuesta á la escuela francesa de San Luis y del Mediodía.

H. Berhend, de Liverpool, en 1856 (1) empleó el tartrato de potasa y hierro como específico y á título de tónico. Marsden en 1857 (2) empleó los tónicos y el régimen fortificante, pero añadiendo á título de específico el polvo siguiente, para tomar en dos veces:

Azufre.....	4 gramos.
Sulfuro de antimonio.....	25 centigramos.
Azotato de potasa.....	25 —

Arastia en 1856 (3) recomendaba las píldoras de Vicente, es decir, el bicromato de potasa, como antisifilítico. Leroux y Dolbeau hicieron uso de esta sal en 1865 (4) en forma de solución.

El clorato de potasa, empleado por Atyon con el nombre de muriato sobreoxigenado de potasa, fué eliminado de la terapéutica de la sífilis despues de muchos experimentos llevados á cabo en Francia; pero Inglaterra le conservó como antiséptico. Th. de Salisbury en 1816 le administraba en este concepto. En 1847 le empleó Hunt contra la gangrena de la boca: este medicamento volvió á adquirir alguna popularidad en Francia y en Suiza hácia 1855. Herpin, de Génova, y Blache le aconsejaron al interior contra la estomatítis mercurial; más adelante Ricord y Fournier administraron el clorato de potasa al mismo tiempo que el mercurio para hacer tolerable el protoioduro.

(1) Berhend. *On treat of syphilis.*

(2) Marsden. *The lancet.* 1856.

(3) Arastia. *Del bicromato de potasa en el tratamiento de la sífilis.* Paris, 1856.

(4) Dolbeau y Leroux. *Bol. de la Soc. de Cir.* 1867.

Pero esta práctica de la antigüedad, que recurre á los gargarismos al mismo tiempo que administraba el mercurio, no debía responder á las promesas de ambos autores, y la cesacion del tratamiento mercurial ha sido impuesta más de una vez, á pesar del uso del clorato de potasa asociado del mercurio, para hacer cesar salivaciones graves.

La sifilizacion, prodigioso error de los tiempos modernos, imitacion de la vacuna, cuya eficacia y valor teórico aparecerán un día como una ilusion del siglo XIX, apareció en 1851: es una de las consecuencias del dualismo chancroso. Auzias Turana, ávido de fama y creyendo haber encontrado un motivo para la inmortalidad, emitió esta idea, que, como todas las ideas extrañas, místicas ó inexplicables, debía encontrar adeptos. Ya nos hemos ocupado de esta opinion á propósito de la historia de las teorías de la sífilis.

La idea fundamental de la teoría era la inmunidad chancrosa obtenida en un individuo despues de inoculaciones en número variable. Los sifilizadores, despues de haber creído en un sistema, han encontrado gran número de contradicciones: renunciaron á la teoría del poder preservador de las inoculaciones de chancros blandos para prevenir la sífilis, por los muchos hechos que vinieron á destruirla. Sin hablar de los chancros blandos seguidos de sífilis y de los chancros mixtos, se citaba el caso de un leproso que tuvo un chancro indurado despues de muchas inoculaciones de chancros blandos. En los hospitales habia enfermos que, despues de haber tenido chancros blandos, con intervalos más ó menos largos, acababan por tener una sífilis constitucional. En algunos individuos nunca se ha podido obtener la inmunidad para los chancros blandos: un médico suizo llevó á cabo 2.200 inoculaciones de chancros blandos sin conseguir la inmunidad. En otros era temporal, y la preservacion de la sífilis por la inoculacion de chancros blandos ha sido reconocida como una quimera.

Sperino, de Turin, de 1854 á 1863 (1) hizo uso de la sifilizacion como medio curativo de la sífilis; inoculaba chancros blandos

(1) Sperino. *La sifilizacion estudiada como método curativo y como medio profiláctico de las enfermedades venéreas.*

en sífilíticos con accidentes hasta llegar á la curacion del mal. Como hay sífilides que se curan solas, se inoculaban los chancos blandos durante la curacion del mal ó de uno de sus accidentes, lo que viene de nuevo á demostrar que la sífilis se cura por muchos medios diferentes.

Boeck y Melchior Robatt creyeron en la eficacia de la sífilizacion (1), y el único resultado apreciable de esta opinion fué la tentativa de inocular los chancros en individuos atacados de enfermedades crónicas, cáncer ú otras (2), y el tratamiento de la sífilis por los vejigatorios (3). Cullerier en el hospital del Mediodía, en 1857, aplicaba de 4 á 6 pequeños vejigatorios al día sobre el pecho, y observaba que los accidentes de la sífilis, al principio por lo ménos, se atenuaban.

Follin, que estudió con cuidado todas aquellas tentativas, hizo constar que si la sífilizacion y la vejigacion ejercian alguna influencia sobre los accidentes de la sífilis, aún cuando los modificasen, no eran un obstáculo para las recaídas; es decir, para la evolucion de la sífilis (4). Los mismos efectos se produjeron que en los métodos de tratamiento por la dieta, los purgantes, los sudores excesivos y el mercurio á altas dosis: se alteraba la salud de los individuos, se conseguia hacer palidecer las erupciones, desaparecian algunas placas mucosas y se creía en la curacion. En vista de esto, Lukomski, guarda forestal ruso, imaginó la inoculacion, no de los chancros blandos, sino de la vacuna, y los médicos rusos ensayaron aquel tratamiento; consistia en hacer de 10 á 20 incisiones en muchas veces. En virtud de este tratamiento, los accidentes debian aminorarse y las sífilides deberian ser más benignas. Pero á las observaciones de Papoff y de Jeltzinski se puede oponer el mismo argumento que á las de los sífilizadores Sperino y Boeck. Puede decirse que fueron mal interpretadas, y que las sífilides se curaban bajo la influencia del tratamiento local solamente, y que la vacunacion

(1) Boeck. *De la sífilizacion: estado actual y estadística.*

(2) Thiry y Didot. *Nueva enciclografía.*

(3) Parisot. *De algunas doctrinas modernas sobre la sífilis y la sífilizacion.* Paris, 1858.

(4) Follin. *Patología externa*, t. I, pág. 766.

obraba sólo como medicación como alterante, los chancros blandos y los vejigatorios.

Volviendo de nuevo á las medicaciones antimoniales, Wilenbrand en Finlandia, y Hjort en Suecia, alabaron el tártaro estiviado; el primero le empleaba al interior, y Auzias Turena fué uno de sus imitadores; el segundo le empleaba en emplasto como los vejigatorios. El tártaro estiviado reaparecía con una nueva forma. Desde que el antimonio se habia utilizado, bajo el nombre de fundente de Rotron, Valsalva, en 1740, le administró en disolución con el nombre de agua estiviada; y Morgagni, comentador de Valsalva, no era enemigo de este remedio. Wilenbrand inauguraba una tercera vuelta del antimonio.

De 1850 á 1856 se discutió en la Academia de Medicina el tratamiento de la sífilis de los recién nacidos, á propósito del pénfigo; también lo fué el tratamiento de las mujeres embarazadas, así como todas las opiniones y prácticas conocidas desde Massa y Blegny, y los tratamientos de Sevret, Doublet, Verzellone, Svediaur y Bertin; pero aún cuando todos ellos fueron impugnados y elogiados, en aquel momento se pudieron invocar muy pocos casos; también se expusieron muchas opiniones, sin otro fundamento que la reconocida experiencia de sus promovedores. Un punto nuevo se trató, sin embargo: ¿debían someterse al tratamiento mercurial los parientes de niños sífilíticos, aún cuando no ofreciesen signo alguno de sífilis? Moreau se pronunció por la afirmativa, diciendo que de aquél modo se podrían conseguir niños sanos.

Cullerier, en 1852 (1), asoció los baños de sublimado á las fricciones, para el tratamiento de la sífilis de los recién nacidos. En el mismo año, Gubler hablaba de las ventajas del ioduro de potasio contra la cirrosis sífilítica de los recién nacidos.

Por último, Diday, de Lyon, haciendo un resumen de todos los trabajos anteriores sobre la sífilis de los recién nacidos, reprodujo todos los tratamientos antiguos, reinventados y regularizados. Diday aceptaba las ideas de su tiempo, aconsejaba las preparaciones de sublimados al interior á dosis algo elevadas, reemplazándolas con las fricciones de unguento mercurial

(1) Cullerier. *Tratamiento de la sífilis de los recién nacidos.*

cuando el estómago parecía fatigado: esto no es otra cosa que el tratamiento aconsejado por Bertin.

En cuanto al tratamiento del niño sospechado sífilítico, Diday establece un principio nuevo: que se debe tratar al niño, aun cuando no ofrezca accidentes, desde el momento de su nacimiento, empleando entónces el mercurio á pequeñas dosis. Respecto al tratamiento del niño por el intermedio de su nodriza, es decir, el tratamiento indirecto, apoyándose Diday en las investigaciones de Personne (1), que encontró huellas del mercurio en la leche de las nodrizas tratadas por él, dice que no se debe rechazar el tratamiento indirecto, y que puede ser suficiente en algunos casos. Diday se pronuncia, por otra parte, en favor del tratamiento directo del niño (2).

Trousseau, en 1857 (3), dió la preferencia á una variedad de tratamiento mixto: prescribe se trate al niño por el protoioduro ó el sublimado, y que se haga tomar al mismo tiempo á la nodriza el ioduro de potasio.

Sin embargo, en 1858, imitando Baerensprung á Fricke, se pronunció por los antimercurialistas. Sin aceptar por completo las interpretaciones de Hermann y de Lorinser, dejaba que la sífilis siguiese su marcha, sin creer en la virtud específica del mercurio. Syme, de Edimburgo, en 1856 (4), creía igualmente que el mercurio, tomado en gran cantidad, producía efectos perniciosos, y tributaba sus elogios al ioduro potásico. Hugues Benett, en 1860 (5), reconoció que el método terapéutico sin el mercurio á título de específico, instituido por Fricke, era el mejor medio para curar la sífilis, y que unas 8.000 observaciones recogidas por varios autores, demuestran que la sífilis se cura sin el mercurio. Cooke y Drysdale, principalmente, continuaron por aquella vía. De 1864 á 1869, Drysdale (6) empleó el tratamiento de Fricke, modificando, volviendo á poner en uso el ioduro y el clorato de potasa.

(1) Cullerier. *Tratado de la sífilis.*

(2) Diday. *Tratado de la sífilis de los recién nacidos.*

(3) Trousseau. *Lección sobre la sífilis congénita.* Union médica, 1857.

(4) Syme. *Principle of surgery.*

(5) Benett. *Clin. lect. on the princ. and pract. of med.*

(6) Drysdale. *Syphilis without mercury.*

América no permanecía extraña al movimiento. Durante la guerra, en la que los americanos de una y otra parte demostraron el espíritu práctico de las razas anglo-sajonas, se ve á la autoridad militar, en la persona del cirujano mayor general de los ejércitos del Norte, circular una instruccion, en la que se consignaba que no se debía emplear el mercurio contra la sífilis. «Esta resolucíon fué adoptada con tanta mayor confianza, cuanto que la patología moderna ha demostrado la impropiedad del uso del mercurio en muchas enfermedades, para las que ántes era invariablemente administrado» (1).

Boeck, de Christiania (2), en 1853, tratando de defender la sífilizacíon, hizo, á imitacíon de Fricke, una estadística donde se hallaban consignados los resultados de las medicaciones mercuriales y no mercuriales. Resulta de la comparacíon, que los enfermos tratados por el mercurio han tardado, por término medio, 61 dias en verse curados de los accidentes primarios, y 53 dias para los accidentes secundarios; y que los enfermos tratados por la sal de Epsom y un tratamiento local se habian curado en 49 dias de los accidentes primitivos, y en 35 dias de los secundarios. Tanto esta estadística, como la de Fricke y la de Struntz, de Berlín, que sólo hacía uso de los sudoríficos, son incompletas, porque no se clasifican ni los accidentes primitivos ni los secundarios.

Bazin, el sífilíografo más científico de la escuela de París, permanecía ecléctico. Decía: «el mercurio no es un específico de la sífilis; impotente contra la enfermedad, modifica ventajosamente las primeras manifestaciones. Administrado en el período de incubacíon del chanero, aleja y tiende á localizar las sífilides exantemáticas. Pero dado sin método en el tercero y cuarto período, parece que precipita la evolucion de los accidentes terciarios y viscerales; por consecuencia, la prescripcíon del mercurio cuando el chanero está tan caracterizado será de la mayor utilidad.» Añade que algunas sífilides se agravan con el tiempo con el uso del protoioduro, y entónces conviene cambiar la preparacíon mercurial. Bazin tenía conocimiento de ca-

(1) *Medical times and gazette*, 2 Junio 1863.

(2) Boeck. *Investigaciones clínicas sobre la sífilizacíon*.

sos de temblores mercuriales precoces despues de la tercera friccion, y tambien los accidentes apopléticos, que obligan á suspender la medicacion mercurial.

Bazin (1) reconoció sífilides malignas precoces, y las observaciones de Dubuc, discípulo suyo (2), atestiguan que el mercurio administrado á dosis *variadas* y bajo *cualquiera forma*, no ha curado la enfermedad en el tiempo que se indica como suficiente para curar las sífilides del mismo género. El maestro no deduce, sin embargo, la misma consecuencia que el discípulo: si el uno creia en la eficacia del jarabe de Cubert, el otro cree que es más potente el ioduro de potasio.

Diday (3) en 1863 ha ejercido influencia sobre sus contemporáneos: ha curado sin mercurio y seguido á 18 enfermos durante cinco años, por término medio, habiendo visto curarse solos los accidentes de la sífilis, despues de dos ó tres movimientos. Comparadas estas observaciones con las de los enfermos tratados por el mercurio, adquirieron una significacion que nadie pudo desconocer. Diday no pudo desprenderse de las prevenciones de su tiempo contra el mercurio, admitiendo la cloroanemia, la dispepsia, una apoplejía y áun una locura en los individuos sometidos á tratamientos mercuriales á dosis elevadas ó prolongadas. Demostró, con ayuda de observaciones, cómo en las manos de los especialistas de más reputacion el mercurio no cura las sífilides rebeldes ántes de un largo plazo, las placas mucosas de la garganta, por ejemplo, y las induraciones chancrosas; y cómo la administracion del mercurio, durante largos años, no impidió las recaidas de la sífilis. Y para esto citaba los ejemplos más terminantes.

Diday no rechazaba por completo el mercurio, pero lo reservaba para las sífilis fuertes, imitando en esto á Juan de Vigo, que recomendaba las fricciones mercuriales para los casos rebeldes.

Hé aquí la conclusion de Diday: «Limitándose á considerar

(1) Bazin. *Lecciones sobre la sífilis y la sífilides*.

(2) Dubuc. *De las sífilides malignas precoces*.

(3) Diday. *Historia natural de la sífilis*.

el mercurio como remedio de *algunas* de las lesiones de la sífilis, y como susceptible de hacer desaparecer *actualmente*, el mercurio puede considerarse como específico. Nadie ignora que retarda los impulsos sucesivos de la sífilis. No tratamos de negar en absoluto que no pueda atenuar, hasta cierto punto, la gravedad de aquellos impulsos; pero afirmamos que en ningún caso, sea cualquiera la dosis á que se administre, ni garantiza contra las recaídas, ni contra la progresion creciente de la enfermedad» (1).

Arrastrado por la division del chancro infectante en chancro duro y erosion chancrosa, aconseja Diday el mercurio únicamente para el chancro duro y para las sífilides consecutivas.

Dice que el mercurio está indicado contra las sífilides profundas, irítis, albuginítis y disfonía sífilítica. Más adelante añade que hay venéreo que se extingue espontáneamente, y otro que exige el mercurio.

Diday establece en principio la necesidad absoluta de una *higiene reconstituyente*, con indicaciones que no marcan otra cosa que una vuelta á las indicaciones galénicas expuestas segun las ideas modernas: alimento fortificante, carnes asadas, etc., ejercicio, habitacion bien situada al sol, gimnasia, reposo moral y continencia. Para cada accidente en particular hace luego indicaciones higiénicas especiales.

Diday no desdeña los baños, añadiendo un tratamiento general durante las incubaciones, con el ioduro de potasio, la quina y el hierro; somete á un tratamiento local los chancros y las placas mucosas, y cree que la cauterizacion es muy apropiada para curar las placas mucosas de la garganta, que son con frecuencia muy rebeldes, y más poderosa que el mercurio administrado al interior.

La fórmula fisiológica de Diday es como sigue: «Las fuerzas del organismo deben estar á la altura necesaria para realizar la eliminacion del virus; es preciso devolver ó dar á la constitucion la fuerza suficiente para impedir toda fermentacion patogénica. Esta es la indicacion esencial.»

Estaba, pues, demostrado, del modo más terminante, que la

(1) Diday, *Ob. cit.*, pág. 182.

sífilis se puede curar sola; que las sífilides graves no son mejoradas por el mercurio, puesto que no impide seguir su evolución fatal. El derecho de prioridad de Diday en este punto es incontestable, porque ha sido el primero que ha precisado los hechos. Con efecto, perteneciendo á la escuela dualista, procedían sus ejemplos de casos de sífilis constitucional, en tanto que Thompson, Fergusson, Guthrie, Fricke, Desruelles y Strutz estudiaron los efectos del mercurio en chancros de naturaleza diferente, al mismo tiempo que en sífilides.

Se contestó á Diday que, en los casos en que el mercurio no daba resultados, era porque habia sido mal administrado; pero los espíritus rectos tuvieron en cuenta las observaciones de Diday, y aceptaron que hay casos de venéreo débil que pueden curar, por lo ménos momentáneamente, sin el mercurio.

Segun Zissel, Hebra fué el primero que suplió las inyecciones hipodérmicas de sublimado en el tratamiento del venéreo. Se practicaban cerca de las lesiones sífilíticas, es decir, casi como tratamiento local. Scarenzio, en 1865, hizo inyecciones hipodérmicas con los calomelanos, usando de 20 á 30 centigramos en cada inyeccion, y esto á título de medicacion general. Las inyecciones se practicaban en las piernas ó en los brazos. Pero G. Lewin volvió á hacer uso de las inyecciones de sublimado, y, á semejanza de Scarenzio, á título de medicacion interna, teniendo la ventaja de penetrar en la sangre sin pasar por las vías digestivas. Liegeois, en 1869, volvió á hacer uso de esta terapéutica, y con ayuda de observaciones cuidadosamente recogidas, con detalles muy interesantes, afirmó que el método era excelente y que realizaba la perfeccion del tratamiento mercurial, á saber: que esta medicacion hacía engordar á los enfermos, curando los accidentes graves y benignos en más ó ménos tiempo. Pero Liegeois no empleaba sino cinco miligramos de sublimado para cada dos inyecciones, sus observaciones databan solamente de un año, y muchas se referian á hombres que habian permanecido poco tiempo en el hospital. Desde entónces se dividieron las opiniones, y nadie hace hoy uso de las inyecciones hipodérmicas de sublimado, por pequeña que sea la dosis que se emplee. Hemos demostrado en 1869, en la Sociedad de Cirugía, que las inyecciones á altas dosis causaban

ulceraciones, y cuando la dosis era débil su resultado era nulo ó casi nulo.

El arsénico, el arseniato de sosa y los licores de Fowler y de Pearson fueron también empleados de nuevo contra la sífilis; los médicos renovaron las preparaciones arsenicales del siglo XVI. Estaba escrito que todos los tratamientos de la sífilis habían de ser aceptados de nuevo. Rayer conservó la tradición, y por este motivo recomendaba la tisana de Feltz, á causa del arsénico que contenía. En 1852, H. Hunt creía en la acción de las preparaciones arsenicales asociadas al bromuro de potasio, por lo ménos en las sífilides secundarias. Debía ser así, desde que Bateman, Willau y Girdlestone habían elogiado el arsénico contra las enfermedades de la piel, ya como tópico, ya empleado al interior. El óxido blanco de arsénico era recomendado contra las afecciones de la piel como un específico, y la similitud de los empeines con algunas sífilides debía llevar á someter á estas últimas al mismo tratamiento que las enfermedades de la piel. Todavía Devergie, en nuestros días, aconseja se recurra á las preparaciones arsenicales en las sífilis rebeldes. Desde Biett, muy pocos médicos de la Escuela de San Luis dejaron de hacer el mismo razouamiento. Bazin se abstenía de hacerlo. Unos médicos aceptaron esta medicación, y otros la rechazaron. Hardy es uno de los médicos de la Escuela de San Luis que más han creído en las virtudes del arsénico para las afecciones cutáneas en general y para algunos casos de sífilides rebeldes. La acción del arsénico sobre la economía ha sido estudiada en estos últimos años, resultando de los trabajos de Breza (1789), Orfila (1835) y Lewin (1861), como de los anteriores de Hunt, que la acción de las preparaciones arsenicales sobre la sífilis es muy inferior á la del mercurio.

La balneación en el siglo XIX ha reemplazado á las fumigaciones y á las estufas, con ó sin unturas, como se practicaba en el siglo XVI. Los baños sulfurosos han sido trasladados de la terapéutica de las enfermedades de la piel á la de la sífilis. El baño sulfuroso fué indicado al principio como complemento de la medicación mercurial, y luégo como contraveneno del mercurio.

La boga creciente de las aguas minerales, que siguieron, por

decirlo así, el desarrollo de los caminos de hierro y de la industria, impulsó á los médicos á aconsejar las aguas sulfurosas en la sífilis, y las de Creuznach, en Alemania, Cauterets, Bagneres-de-Luchon y Barreges, en Francia, fueron las que gozaron del favor del público. Engelmann (1849) fué uno de los primeros que recomendó el uso de las aguas sulfurosas en la sífilis. Los médicos que le siguieron explicaron la acción de las aguas sulfurosas de un modo análogo al de Mialhe, declarando que aquellas aguas determinaban la eliminación del mercurio. Hubo médicos que afirmaron que las aguas minerales eran la piedra de toque de la sífilis, puesto que provocaban erupciones que podrian ser tratadas entónces con mucha utilidad por el mercurio. Follin opinaba que las aguas minerales sulfurosas fortificaban á los enfermos, ayudándolos á soportar la medicación mercurial. La hidroterapia, es decir, los baños de agua fría, volvió á adquirir alguna reputación; no siendo otra cosa que un medio de utilizar las aguas minerales, áun sulfurosas.

Los médicos modernos han vuelto á adoptar los antiguos usos de Hugo de Bence, que envió á sus enfermos á los baños de Santa María, y las costumbres de los médicos de Padua, que utilizaban contra las enfermedades venéreas las aguas de Abano y las de Padua. Más tarde, y tambien en Italia, Morgagni (1762) recordó que Trincavelli recomendaba los baños de Abano á los sífilíticos, y que el hidrólogo Baccius (1571) habia dicho que las aguas minerales avivaban las manifestaciones de la sífilis, opinion reservada en nuestra época como un descubrimiento, al decir que las aguas minerales sulfurosas eran la piedra de toque de la sífilis.

El ioduro de potasio tambien debia ser atacado. J. Guillemin, en 1865, propuso la sustitucion del ioduro de potasio con la tintura de iodo, ofreciendo algunos ejemplos en apoyo de su opinion. Volvia á empezar el tratamiento por el iodo preconizado por Breza y por Richond des Brus, tratamiento que habia precedido al tratamiento por el ioduro de potasio.

Por último, en 1867, con motivo de un informe de Dolbeau, volvió á ser discutido el tratamiento mercurial de la sífilis. Dolbeau se ocupó de las ventajas del bicromato de potasa, y negó que el mercurio pudiese impedir los accidentes terciarios. De-

cia que el mercurio no era un antisifilítico, y se preguntaba si no era mejor dejar seguir su marcha al venéreo hasta los accidentes terciarios, contra los cuales tiene el ioduro de potasio una accion tan segura. En aquella época tomamos la palabra para decir que el mercurio era inútil ó peligroso en el tratamiento de la sífilis: inútil, si es administrado en pequeñas cantidades y bajo la forma de protoioduro, y peligroso, si se le administra á altas dósís bajo la forma de sublimado ó de biioduro. Durante cuatro años consecutivos hemos demostrado, por la estadística íntegra del hospital de Lourcine, que el mercurio no curaba ni mejor ni más pronto los accidentes de la sífilis; que el simple tratamiento tónico (un buen régimen, hierro y quina, y baños excitantes), unido á un tratamiento local escurpulososo. La inutilidad del mercurio para impedir los abortos y la procreacion de hijos sifilíticos, ha sido plenamente demostrada por la estadística. En lo que se refiere á la curacion radical del venéreo por el mercurio, aunque pocas personas hubiesen afirmado que creian en ella, ha sido muy fácil de demostrar que despues de los tratamientos mercuriales más prolongados reaparecia la sífilis, más ó ménos grave, y sobre este punto nos apoyábamos en las mismas observaciones de los partidarios del mercurio. En efecto, entre los libros publicados hasta el dia, no hay uno en que no se encuentren observaciones encaminadas á demostrar la eficacia de algunos de los remedios mercuriales en los accidentes tardíos de la sífilis, y que no demuestre que uno ó varios tratamientos mercuriales anteriores han sido prolongados en vano, si tenian por objeto evitar la produccion de los accidentes terciarios.

La Sociedad de Cirugía no quiso afiliarse contra una terapéutica secular. Verneuil declaró que el mercurio era el específico de la sífilis. A. Guerin, Panas, Perrin y Cullerier expusieron sus métodos preferentes para administrar el mercurio. Depaul afirmó que la sífilis de las mujeres embarazadas no se curaba sin el mercurio, y que no podían dar á luz niños vivos si no le tomaban.

Cullerier era de opinion de dar el mercurio despues de la cicatrizacion del chancro, y hacia uso del licor de Van Swieten. Perrin era de la misma opinion, y aconsejaba las friccio-

nes mercuriales asociadas al clorato de potasa al interior para corregir la salivacion, aun cuando este medicamento no tuviese, á su juicio, la eficacia que le reconocian Ricord y la escuela del Mediodía.

Verneuil decia que se debia empezar sin perder tiempo el tratamiento de la sífilis, y que el tratamiento debia proseguirse por dos años á lo ménos. La accion del mercurio sobre el virus no está bien probada, añaadia; pero se ha demostrado que modifica ventajosamente las manifestaciones sucesivas y aisladas del mal. Verneuil reconocia tambien la utilidad de los tónicos y de una buena higiene á título de coadyuvante. Panas confiesa que el mercurio no impedia la evolucion de la sífilis, aun cuando se administrase desde la aparicion del chancro. Para las sífilis confirmadas prefiere al protoioduro las fricciones mercuriales hasta salivacion; y en los casos en que el mercurio no da resultados, cree que el ioduro de potasio obra muy bien. A. Guérin queria dar el mercurio desde que se iniciaba el chancro, y se pronunciaba por el método de extincion; es decir, la administracion del mercurio durante cuatro ó cinco meses, ó mientras durasen las manifestaciones de la sífilis; pero sin provocar la salivacion. Por último, Diday expuso su doctrina, diciendo que daba el mercurio solamente para las sífilis graves y á altas dosis: de 10 á 15 centigramos de protoioduro al interior, y fricciones mercuriales hasta salivacion; en esto consiste el método del cirujano de Lyon. Para las sífilis débiles rechazaba el mercurio. En aquella época Diday atribuia la sífilis á un parásito, y en este supuesto afirmaba que el mercurio debia ser empleado como parasiticida.

En esta discusion quedaban recomendadas las fricciones mercuriales, se elogiaba el uso prematuro del mercurio; pero no existia acuerdo alguno, ni sobre la mejor preparacion mercurial, ni sobre el momento oportuno para administrarla. En Francia, como en el extranjero, era evidente que la terapéutica de la sífilis por el mercurio no tenia otra guía que el empirismo, puesto que se hacia uso de los mismos medios y de las mismas razones que en el siglo XVI.

Sin volver á hacer uso de los razonamientos que hemos expuesto ante la Sociedad de Cirujía, diremos, sin embargo, que

de la historia del tratamiento de la sífilis resulta claramente que, ni bajo el punto de vista fisiológico, ni bajo el punto de vista experimental, la acción específica del mercurio, ni está demostrada, ni es casi probable. La discusión crítica de la terapéutica mercurial es la última frase de la historia contemporánea del tratamiento de la sífilis: ni Overbeeck, ni Kusniaul, que han tratado de explicar la acción del mercurio, y cuyos libros fueron analizados en una lección dada por el profesor Sée en la facultad de Medicina en 1867, ni el mismo profesor, que disertó largamente sobre las interpretaciones de los alemanes, han dicho nada de nuevo. Alley, Mérat, Lassaigue, Mialhe, Melsens y Orfila habían dicho lo mismo que decían Overbeeck y Kusniaul.

Que el cloralbuminato de mercurio se forma á expensas de la sangre en el cuerpo humano, y que se absorbe en presencia de los cloruros alcalinos de la sangre, ya lo había dicho Mialhe. Los alemanes añadian que el mercurio se apoderaba de la albúmina de la sangre, pero que respetaba los glóbulos; esta afirmación necesita pruebas, porque los glóbulos se alteran en la sangre que no contiene la albúmina suficiente. Los antiguos clasificaban el mercurio entre los alterantes. Las enfermedades de los obreros que manejan el mercurio, la anemia, el temblor y la caquexia mercurial, lo demuestran. Torturando una expresión, han dicho los modernos: el mercurio detiene las neoplasias y debilita los órganos; y partiendo del principio de que la sífilis ataca á los gánglios, y que los obreros que manejan el mercurio no tienen gánglios enfermos, dicen que el mercurio obra en sentido inverso de la sífilis, y que es, por consecuencia, el específico antisifilítico. Por estas afirmaciones se ha venido en conocimiento de la escasez de razones de los mercurialistas. Á estas razones hemos opuesto que las manifestaciones de la sífilis no eran neoplasias cuando había ulceración; que el mercurio no debilita los gánglios, porque es impotente contra los infartos ganglionares de la escrófula y de la adenia. Hemos demostrado que, si la teoría fuera cierta, si realmente el mercurio debilitase los órganos, estaría contraindicado en el embarazo, puesto que debilitaría el útero y el producto de la concepción al mismo tiempo que los otros órganos.

Pero esto no era bastante. La historia misma del tratamiento de la sífilis por el mercurio y de los progresos realizados, era una ayuda para la causa que defendíamos. Desde el siglo XV al XIX todas las explicaciones de la acción del mercurio son insuficientes, y se reducen á una razón empírica: el mercurio da buenos resultados. Desde Juan de Vigo hasta Bazin, se sabe que hay sífilis que resisten al mercurio; pero hasta Diday nadie ha dicho que las sífilis débiles se podían curar por sí solas. Ahora bien: si los mercurialistas citan casos en que las preparaciones más variadas se han puesto en uso y han dado buenos resultados, ¿no son estos casos otros tantos de sífilis débiles? Este argumento, que hemos presentado en la Sociedad de Cirugía, es uno de los principales en que nos apoyamos. Fricke y Desruelles han curado los accidentes de la sífilis con los purgantes, la dieta ó la sangría. Boek ha curado con la sífilización; Dolbeau con el bicromato de potasa; Ulrico de Hutten con el guayaco; Fernel con los sudoríficos, y Scott con el ácido nítrico. Es cierto que no se han negado estas curaciones; pero, como luégo han fracasado estos remedios, se han rechazado las medicaciones que no daban mejor resultado que el mercurio.

Un hecho histórico, que no es ménos significativo, es la reacción secular que se ha perpetuado contra el mercurio de generación en generación. Siempre ha habido mercurialistas y antimercurialistas; ciegos partidarios del mercurio y adversarios injustos del remedio. Las épocas se han venido sucediendo, y siempre con el mismo lenguaje y las mismas fórmulas, adoptadas ó criticadas con ardor, han servido de juguete á hombres y escuelas. Se dirá que á muchas medicaciones ha cabido la misma suerte, es cierto; pero no lo es ménos que eran medicaciones empíricas. La sangría y los purgantes han figurado mas tiempo en las escuelas y en los eseritos. Y, sin embargo, la sangría ha caído en un olvido casi general, y únicamente las sangrías locales han quedado como revulsivos y como una medicación adaptada á los síntomas. El mercurio no puede resistir la comparación con ella, y no tiene ni el mérito de haber permanecido inalterable, como la sangría local, despues de la caída de la escuela fisiológica.

Los médicos más avanzados de nuestra época han comprendido

su impotencia para determinar el modo de accion del mercurio en las diátesis sifilíticas. Diday en Francia, y Baerensprung y Virchow en Alemania, han sido lógicos y han dado el mercurio como el remedio específico de los síntomas sifilíticos. Han dicho que este remedio ejercia una accion especial sobre las manifestaciones de la sífilis, no porque fuese un obstáculo para la aparicion de los accidentes tardíos, sino porque obraba mejor que cualquiera otra preparacion, para curar las placas mucosas, por ejemplo. Esta concesion podia en rigor ser suficiente, y á élla hemos opuesto que el mercurio no podia obrar como las demas medicaciones debilitantes, sangría, dieta, purgantes y áun sifilizacion. Al alterar la salud de los enfermos, palidecen sus erupciones y los botones disminuyen; pero las sifilides tienen siempre la misma duracion, y las recaidas que sobrevienen más tarde son tanto más graves, cuanto el individuo está más débil. Pero considerado de este modo, afirmamos que el mercurio no es un específico, porque con un tratamiento local escrupuloso y una buena higiene, vemos desaparecer, con ayuda del tiempo, los mismos males que se curan con el mercurio, y las recaidas son ménos graves cada vez. Todas estas razones que hemos indicado, están comprobadas con observaciones. Los primeros resultados obtenidos han sido la administracion del mercurio á pequeñas dosis, y la adicion, más tarde, de un excelente régimen reconstituyente ó tónico á la medicacion mercurial; el resto no se hará esperar mucho tiempo, y el mercurio quedará relegado al rango de los recuerdos de la terapéutica.

Para la historia del tratamiento de la sífilis se debe consultar á los autores siguientes:

ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*.—Edicion de Paris, 1764, tomo II.

W. DEASE, *On the different methode of treating venereal disease*.—Dublin, 1783.

PEARSON, *On the effects of various articles of the materia medica in the cure of lue venerea*.—Lóndres, 1807, segunda edicion.

F. G. SARFASS, *De methodis atque medicamentis antisiphiliticis*.—Berlin, 1816.

OPPENHEIM, *Behandlung des lustseuche ohre Quecksilber*.—Hamburgo, 1837.

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS.

Hay dos clases de medicamentos:

Los que contienen sustancias asimilables y sales que entran normalmente en la composición de los humores y de los tejidos del hombre;

Y los que no tienen nada de eso.

Los primeros son medicamentos alimenticios destinados á alimentar ó reparar el cuerpo; y los segundos son medicamentos tóxicos, que tienen por objeto producir *inmediatamente* una perturbación general ó local, es decir, una acción medicatriz, tales como la provocación de una secreción alimenticia, una parálisis ó una contracción del sistema nervioso, vasomotor del gran simpático ó de los vasos de un órgano en particular.

Ningun medicamento tóxico obra á largo plazo, si no es como tóxico. Siempre que un remedio contiene sustancias que no son asimilables, produce la muerte inmediatamente, como la estrignina, ó es inmediatamente rechazado total ó parcialmente, según la dosis administrada; y cesa la expulsión del medicamento cuando no queda nada que eliminar. Los experimentos llevados á cabo referentes á las vías de eliminación de los venenos, han demostrado su presencia frecuentemente en la orina, ya naturalmente, ya en la forma que tenían cuando fueron absorbidos. Un medicamento que obra de este modo, es evidentemente incapaz de obrar á largo plazo; ejerce su acción á su paso y siempre á título de perturbación; tales son el sulfato de quinina y la digitalina.

Hay tres venenos que se absorben diariamente á dosis muy

inferiores á las de los medicamentos, y que son eliminados; pero la continuidad del paso y lo que puede quedar del veneno producen graves accidentes, conocidos con el nombre de caquexia alcohólica, caquexia mercurial y caquexia saturnina. Es muy cierto que estos medicamentos tóxicos pasan á la sangre, en la cual permanecen hasta que pueden ser eliminados en su totalidad; puede suceder, sin embargo, que el veneno se fije en algunos puntos, produciendo lesiones en las cuales se pueda encontrar la huella del veneno.

Hay, por el contrario, medicamentos tóxicos que no se asimilan á ningun humor ni á ningun tejido, porque no contienen ninguno de los principios que entran en la constitucion del cuerpo humano, y medicamentos que, áun cuando contengan aquellos principios, son casi tóxicos. El sulfato de sosa, el sulfato de magnesia y los purgantes salinos, el carbonato de potasa y el ioduro de potasio, pueden citarse entre éstos; los unos obran como purgantes, y los otros como alterantes; pero esta accion se debe solamente á la dosis del medicamento empleado, porque si se los emplea á pequeñas dosis, no producen ningun efecto desastroso. Así, los purgantes alcalinos, tales como el carbonato y el sulfato de magnesia, y el sulfato de sosa, se deben considerar bajo el punto de vista de la purgacion y de la absorcion de las sustancias salinas destinadas á la separacion de los álcalis de la sangre. El exceso del medicamento causa la purgacion, como el exceso de alimento causa el vómito; pero todo lo que podia ser absorbido lo ha sido ántes del efecto purgante, y por nuestra parte estamos muy satisfechos de la accion de estos purgantes, que administramos á dosis poco elevadas en todas las enfermedades febriles con embarazo gástrico. Más adelante veremos cómo debe considerarse del mismo modo la accion del ioduro de potasio.

¿Hay medicamentos modificadores de la sangre alterada? Sólo hay dos clases: los que destruyen los glóbulos, y los que los sostienen; los que destruyen los glóbulos son los venenos, los que los sostienen son los alimentos; fuera de éstos ya no hay nada. Ahora bien: lo que sostiene á los glóbulos es la alimentacion, el hierro, las sales de sosa y los fosfatos de cal; pero nunca el sulfato de quinina, ni el arsénico, ni el mercurio han

podido ser considerados como agentes reparadores de la sangre. Es incontestable que obran inmediatamente en un acceso de fiebre y en una enfermedad de crisis periódicas; pero sólo obran como un agente *perturbador de la crisis*. No hay necesidad de repetir que el arsénico, así como cualquiera de los purgante enérgicos, detiene un acceso intermitente tan bien como el sulfato de quinina. Pero nadie podrá decir que una sola dosis de sulfato de quinina haya cortado definitivamente los accesos intermitentes en la plenitud de una fiebre intermitente que tenga un mes de antigüedad. Entre los demas agentes medicamentosos que tienen una accion especial, hay uno que tiene una accion específica incontestable, y que se comprueba con experimentos diarios: es la belladona; este medicamento tóxico obra inmediatamente para dilatar la pupila, y continúa su accion hasta que el veneno absorbido haya sido eliminado, es decir, cuatro ó seis dias; por este medicamento se puede juzgar de los demas. Absorbido con facilidad, obra del mismo modo y produce un efecto tangible, efecto mecánico, sobre el sistema muscular y sobre el sistema nervioso. Pero es un veneno, y si se administra á altas dosis, como el opio, causa la muerte, paralizando el sistema muscular entero: á largo plazo no obra.

No hay ningun remedio específico contra las infecciones de la sangre. Ni el venéreo, ni la rabia, ni el carbunco, ni la infeccion purulenta tienen un contraveneno específico.

La fiebre tifoidea y el tifus, la infeccion mucosa, el sarampion, la escarlatina y el antrax espontaneo tampoco le tienen. Lo mismo pasa con la sífilis.

A. *Tratamiento general de la sífilis*.—El problema que se ha de resolver en el tratamiento de la sífilis, consiste en favorecer la separacion de los elementos enfermos de la sangre, facilitando la expulsion de los productos alterados. La experiencia demuestra, con efecto, que la erupcion de la viruela es el medio de expulsion del veneno varioloso, y que despues de la erupcion no queda infeccion alguna. Nadie ha intentado nunca curar la infeccion variolosa impidiendo la erupcion, y hace diez siglos se sabe que toda tentativa en este sentido hubiese sido inútil.

Lo mismo sucede en la sífilis.

El tratamiento general de la sífilis normal consiste en una

higiene tan perfecta como sea posible; y lo mejor en esta enfermedad es que marcha con gran lentitud, dando tiempo para reparar los desórdenes debidos á la intoxicacion, con la alimentacion y el régimen.

Tan luego como un enfermo está atacado de una de las lesiones que pueden ser agudas de sífilis constitucional, es preciso unir al tratamiento local una alimentacion reparadora, carnes asadas, etc.; recomendando á los enfermos evitar cualquier exceso, acostarse temprano, y tomar todas las semanas un baño de media hora, ya salino, ya sulfuroso, debiendo esperar las manifestaciones eruptivas.

La experiencia demuestra que el frio y las variaciones de temperatura ejercen influencia en la marcha de la sífilis, y que la sudacion es una excelente disposicion para la regularidad de las erupciones. Está indicado que el enfermo vive en un lugar ó clima cálido, huyendo de los sitios frios y húmedos. Hay accidentes locales que, en virtud de estas precauciones, se curan cambiando de lugar solamente y sin necesidad de tratamiento local.

Tan luego como aparecen las erupciones, es preciso administrar dos baños por semana y dar al interior preparaciones tónicas, como el hierro y la quina. En el servicio del hospital de Lourcine hemos hallado, en 1865, una preparacion, cuyos autores han sido todos los cirujanos que nos precedieron: esta fórmula es de un uso muy conocido y eficaz, por cuanto se presta muy fácil á la alteracion; es como sigue:

Hierro reducido.	50 centigramos.
Quina en polvo.....	50 —
Canela en polvo.....	50 —

Esta preparacion se toma en la sopa por la mañana. Pero como la cantidad de polvo es considerable para tomarla de una sola vez, nosotros hemos reducido la fórmula á la mitad, dando:

Hierro reducido.	25 centigramos.
Quina en polvo.....	25 —
Canela en polvo.....	25 —

Siendo independientes de la quina las propiedades de la canela se puede suprimir ésta, administrando solamente:

Hierro reducido.	50 centigramos.
Quina en polvo.....	50 —

Asociados el hierro y la quina constituyen una excelente preparacion tónica, muy superior á las píldoras de Vallet y á las tabletas ferruginosas, que se expelen con mucha frecuencia intactas en la defecacion: su absorcion es fácil y muy positiva, por cuanto se encuentra el hierro en la orina de los enfermos. No hay necesidad de explicar la accion del hierro, porque se ha hecho ya muchas veces, y porque se sabe que sostiene á los glóbulos de la sangre.

Las aguas minerales ferruginosas de Spa, Bussang, etc., en bebida, y en su defecto el agua ferruginosa obtenida con la escoria del hierro forjado, son de un uso excelente.

Experimentalmente se ha reconocido que la quina es tónica; pero á título de qué? Haremos uso de un razonamiento anterior: la corteza de quina en polvo, además de una pequeña cantidad de quinina, contiene la potasa y un óxido de hierro, al que debe su color; siendo un medicamento alimenticio, y con más razon que el hierro alimenta la sangre, á la que presta la potasa y el hierro.

Los baños salinos y sulfurosos tienen una accion doble, excitando por el pronto la piel y congestionándola suficientemente para activar la circulacion del tegumento; y como los baños se toman calientes, obran sobre las lesiones cutáneas, pápulas ó placas mucosas, como los fomentos calientes obran sobre los abscesos ó las flegmasías; pero tiene además otra accion. Áun cuando la absorcion de los líquidos por el tegumento sea discutible, deposita el agua salada sobre la epidérmis una sal que la ataca, pudiendo entónces verificarse la absorcion; el baño salado presta entónces á la sangre el cloruro de sodio. El baño sulfuroso, ya sea producido con una disolucion de sulfuro de sodio ó de sulfuro de calcio, obra como el baño salado; pero tiene mayor actividad, porque el vapor del baño es respirado por los enfermos, y la absorcion de los sulfuros tiene entónces lugar por las vias respiratorias.

Así, pues, el tratamiento por los tónicos y los baños salinos y sulfurosos presta á los enfermos el hierro para sus glóbulos, la sosa en forma de cloruro y una pequeña cantidad de azufre. Con un régimen semejante, los enfermos que destruyen sus glóbulos, rehaciendo algunos con la alimentacion, tienen tam-

bien en el tratamiento dos poderosos auxiliares para la reconstitucion de la sangre.

En todas las épocas de la sífilis es conveniente este tratamiento; pero está indicado principalmente cuando aparece el período eruptivo y durante su evolucion.

B. El *tratamiento local* de los accidentes de la sífilis está constituido por la cauterizacion de las llagas y de las úlceras que han sido el punto de introduccion de la sífilis. Segun sea el accidente, la cauterizacion debe ser más ó ménos ligera, y más ó ménos repetida. Por otra parte, una ulceracion de los órganos genitales debe ser inmediatamente cauterizada como una picadura anatómica ó como una mordedura.

El cáustico más cómodo, es un cáustico líquido. El cáustico de cloruro de zinc, conocido desde Conquoin y que tiene la maravillosa propiedad de cauterizar solamente las superficies desprovistas de epitelium, aunque su aplicacion sea muy dolorosa durante algunos minutos, es infinitamente preferible al nitrato de plata, á los ácidos, al óxido de zinc en polvo, al iodoformo y á la tintura de iodo; se emplea en solucion:

Solucion débil.

Agua.....	200 gramos.
Cloruro de zinc.....	5 —

Solucion concentrada.

Agua.....	200 gramos.
Cloruro de zinc.....	20 —

(*Solucion llamada de Burnett.*)

En los casos en que se quiera obtener el máximum de cauterizacion, se emplea la solucion saturada, cuya fórmula es como sigue:

Agua.....	150 gramos.
Cloruro de zinc (1).....	180 —

Las úlceras chancrosas y las llagas simples, en apariencia, deben ser cauterizadas desde el principio con la solucion saturada.

Las erosiones pueden ser cauterizadas con una solucion más débil.

(1) A. Despres. *De la solucion saturada de cloruro de zinc.*

Las erosiones superficiales, con ó sin linfagitis, deben ser tratadas del mismo modo.

Á medida que la cauterizacion tenga lugar más inmediata á la época del contagio, se puede esperar que la sífilis sea más débil.

Durante el periodo eruptivo, las placas mucosas y las papulosas de los órganos genitales deben ser cauterizadas con una solucion concentrada.

La teoría de la accion de la cauterizacion sobre las lesiones eruptivas de la sífilis es la siguiente: cada lesion sifilítica del periodo eruptivo es una inflamacion de un hacecillo de capilares, conteniendo la sangre sifilítica que debe ser eliminada. Una cauterizacion destruye todo el hacecillo de capilares con la sangre que se ha de eliminar y apresura la expulsion, que de otro modo duraria mucho más tiempo.

Las placas mucosas de los orificios naturales, las placas mucosas de la faringe, de la lengua y de las amígdalas, deben ser cauterizadas. Las de las fosas nasales deberian serlo tambien, aunque sea muy difícil conseguirlo; pero se puede llegar á ello con ayuda de inyecciones en la nariz con una solucion cáustica débil.

Contra las sorderas más ó menos pasajeras que existen durante el periodo eruptivo de la sífilis, las inyecciones son de un efecto seguro, porque atacan la faringitis y las placas mucosas vecinas del orificio de la trompa de Eustaquio; y una vez obtenido esto, la sordera desaparece. Cuando hay placas mucosas en las amígdalas, causa única de sordera algunas veces, se debe abordar el tratamiento de éstas; y si la sordera no cesa, es que las lesiones existen en la faringe, y contra éstas las inyecciones no tienen efecto alguno.

Quando las placas mucosas se ulceran, cualquiera que sea el sitio en que radican, es preciso cauterizarlas con la solucion saturada; y para la garganta, en particular, se debe hacer uso de gargarismos, con agua caliente, seis veces al dia. En los demas puntos se deben curar las úlceras, despues de cauterizadas, con cataplasmas y compresas.

Las cauterizaciones se deben renovar cada cuatro dias, quando la dolencia es profunda y extensa, y quando no se hace uso

de un cauterio muy fuerte. Cuando sea débil la solución cáustica, se deben hacer todos los días.

Las lesiones del tegumento, tales como placas mucosas, pápulas y tubérculos, son tratadas localmente con los baños que obran como tópicos; pero cuando hay placas ulceradas, es conveniente cauterizarlas; de este modo se apresura la curación.

Los tubérculos resolutivos se deben tratar solamente con los baños, y los tubérculos aislados con las lociones de tintura de iodo.

Las gomas sífilíticas del tegumento y las gomas subcutáneas se curan, rara vez, sin supuración. Cuando la piel está roja y el tumor es adherente, se debe obrar como si hubiese de llegar á supuración, es decir, aplicar sobre el tumor una cataplasma de fécula ó de harina de linaza, ó también, y es mucho más cómodo, un emplastro de diaquilon. Cuando el tumor tiende á desaparecer, se debe continuar el último tratamiento local. Cuando la goma está blanda en el centro y la piel es violácea, se debe incidir y cauterizar la herida. El cloruro de zinc realiza aquí también muy buenos servicios. La teoría de la cauterización es la misma que la aplicada á las placas mucosas. Una goma tratada de este modo tarda de quince á veinte días en madurarse, y la reparación total exige cuarenta días, comprendiendo en ellos la duración del período de eliminación.

Cuando las gomas se abren espontáneamente y la piel se despegas, hay tendencias algunas veces al fagedenismo, y la curación exige más tiempo. También son necesarias aquí las cauterizaciones, y tienen por objeto avivar las superficies que no están suficientemente cubiertas de botones carnosos y apresurar la cicatrización.

Todas las lesiones de las vísceras, gomas ó metástasis, deben ser tratadas como las lesiones viscerales extrañas á la sífilis—pneumonía, hepatitis, encefalitis, etc.—y los revulsivos cutáneos son los mejores medios de que se puede hacer uso.

Tratamiento de la fiebre prodrómica de las erupciones.—La fiebre prodrómica es algunas veces una fiebre remitente, con accesos por la tarde. Pero con mucha frecuencia, ó falta ó pasa desapercibida, y hay solo malestar, dispepsia y cefalalgia.

Cualquiera que sea la forma de la fiebre carece de tratamiento

especial, debiendo someter á los enfermos á un régimen suave; entónces es preciso dejar hacer.

Si la dispepsia domina, no deja de llamar la atención, y entónces se debe someter al enfermo á una dieta láctea durante unos siete días; las aguas minerales, alcalinas y gaseosas, se deben emplear.

La cefalalgia se puede combatir con el sulfato de quinina á pequeñas dosis (30 centigramos).

El sulfato de quinina se debe emplear principalmente en aquellos casos en que los enfermos han padecido anteriormente accesos de fiebre intermitente.

Tan pronto como el estómago haya vuelto á reanudar sus funciones, es preciso administrar el hierro y la quina, y los baños salinos y sulfurosos.

Tratamiento de la iritis y de las enfermedades oculares.—La iritis en los sífilíticos debe ser tratada del mismo modo que la iritis simple, desde el principio. El primero y mejor medio de que se debe hacer uso es la dilatación de la pupila con ayuda de un colirio ó del sulfato de atropina, haciendo luégo uso de los purgantes y de los revulsivos. La duración media de la iritis en los sífilíticos es de quince días ó tres semanas, cuando se empieza el tratamiento con oportunidad. De otro modo, el tratamiento es mucho más largo y más difícil.

La iritis en los sífilíticos se puede prevenir, porque esta enfermedad acompaña ó sigue de cerca á las erupciones de la sífilis. Evitando los trabajos en objetos pequeños y la luz fuerte del día, se puede evitar la iritis. Los enfermos que padecen erupciones sífilíticas, deben llevar anteojos con cristales simples de color. Las punciones de la córnea y las evacuaciones del humor acuoso se deben emplear cuando la iritis resiste al método revulsivo.

Las demás enfermedades oculares se deben tratar por los medios indicados en los libros de Cirugía.

Tratamiento de la alopecia.—Cuando se cae el cabello, no es seguro que no vuelva á salir, no debiendo importar más que la alopecia resultante de erisipelas, partos ó fiebre tifoidea. Sin embargo, cuando el cabello se cae con rapidez, se debe cortar, y si hubiese erupción en el cuero cabelludo, se puede hacer uso

de la pomada siguiente, que ha dado muy buenos resultados:

Manteca.....	60 gramos.
Aceite.....	3 á 6 —

Tratamiento de los dolores erráticos.—Los dolores erráticos de la sífilis se calman con ayuda de linimentos de láudano y de cloroformo; y si el dolor es vivo, con sinapismos, y en caso de necesidad, un pequeño vejigatorio volante hace cesar el dolor.

Los dolores violentos y las cefalalgias, que raramente se observan en las diferentes sífilis durante el período eruptivo, y que duran á veces un mes entero, se pueden calmar con los purgantes drásticos, y mucho mejor con los vejigatorios. El sulfato de quinina es impotente; pero el opio á altas dosis y el cloral pueden calmar momentáneamente los dolores.

Los mercuriales, que, segun algunos, son tan eficaces contra estos dolores, no dan muchos resultados sino cuando llegan á su término, ó cuando no son muy tenaces. Enfermos hemos visto en los cuales fueron empleados en vano, y en los que el opio y el cloral producian algun alivio.

Tratamiento de las afecciones del sistema nervioso.—Todos los medios terapéuticos aplicados á las lesiones del sistema nervioso extraños á la sífilis, son aplicables á las lesiones que, segun algunos, derivan de la sífilis.

Tratamiento del testículo llamado venéreo.—Se deben aplicar contra esta lesion los revulsivos locales sobre el testículo, las lociones con la tintura de iodo y la compresion con buenos suspensores. Si hubiese hidrocéles voluminosos, se debe hacer una puncion, y luégo una inyeccion iodada. Si se forman abcesos, es probable que el testículo pertenezca al género testículo tuberculoso de los venéreos, debiendo emplear los lavatorios iodados contra estos accesos. Contra los testículos ulcerados, conocidos con el nombre de fungus benigno, y que Jarjavay relacionaba con la sífilis, se debe emplear la cauterizacion y la compresion.

Tratamiento de las gomas y ulceraciones de la lengua.—Las gomas y las ulceraciones de la lengua son muy raras en los individuos que tienen buena dentadura y que no fuman. Cuando exista una úlcera en la lengua se debe arrancar el diente cariado que haya provocado la úlcera, cauterizar ésta, hacer gargarismos

astringentes, y lavar la boca ántes y despues de cada comida: los enfermos se deben abstener de fumar, sobre todo en pipa.

Contra las gomas del velo del paladar se debe hacer uso de la cauterizacion, de los gargarismos y de las inyecciones nasales astringentes.

Tratamiento de las perióstosis.—Las periostitis y las perióstosis se curan solas generalmente, pero se puede apresurar su resolucion practicando una revulsion ligera y repetida sobre el tumor con la tintura de iodo. Cuando el tumor es doloroso, es decir, cuando ha sido producido por un traumatismo, se obtienen muy buenos resultados con las lociones de agua blanca y con la compresion. En ningun caso se deben hacer punciones, porque entónces supuraria el tumor, y no hay seguridad de que no sobreviniese una necrósís. Las perióstosis no duran, en general, más de tres semanas, excepto en los escorbúticos.

Tratamiento de las estrecheces consecutivas á las lesiones sífilíticas de los conductos mucosos.—Las placas mucosas ulceradas, los chancros fagedénicos y los tubérculos ulcerados de las mucosas determinan pérdidas de sustancias, muy considerables algunas veces, y la cicatrizacion de las mucosas produce fatalmente una estrechez del recto, de la laringe ó de la tráquea, es decir, de las partes en que habitualmente radican las lesiones sífilíticas.

Cuando la estrechez del recto es un hecho, sólo hay un tratamiento paliativo, la dilatacion; pero cuando las lesiones sífilíticas se inician, el tratamiento debe ser entónces muy eficaz. Cuando por medio de las cauterizaciones con el cloruro de zinc y de las curas con mechas se puede impedir que la úlcera dé la vuelta á la mucosa, ésta se volverá á ensanchar cuando la úlcera se cicatrice, y quedará tan solo una estrechez valvular insignificante. Las cauterizaciones bien hechas y las curas cuidadosas que detienen los progresos de las úlceras constituyen los mejores medios de prevenir las cicatrices.

En presencia de las lesiones de la laringe, se puede disponer de muchos ménos medios; sin embargo, desde que se ha puesto en uso el laringoscopio, se puede llegar á cauterizar las placas mucosas sobre las cuerdas bucales, y principalmente sobre los pliegues ariteno-epiglóticos. Tambien se recurre á las aspira-

DR. PEREZ ARAPILES

o/ Lanza núm. 12-3.^o
Teléfono 80 85 10

ciones de líquidos cáusticos pulverizados, llenando muy bien este objeto la solución débil del cloruro de zinc pulverizado: las aspiraciones de vapores iodados son muy ventajosas.

Las lesiones de la tráquea se confunden, con mucha frecuencia, con las bronquitis, y sólo se las reconoce cuando hay asfixia: ésta no se puede prevenir. Las aguas sulfurosas iodadas son muy útiles. Cuando un enfermo padece lesiones, que se supone sifilíticas, en las vías respiratorias, se debe hacer uso á la vez de los revulsivos sobre el cuello y sobre el pecho, y de las aguas sulfurosas.

Una vez la estrechez terminada, no hay remedio alguno, porque nadie puede curar una cicatriz. Cuando la estrechez es en la laringe, hay el recurso de la traqueotomía; pero los enfermos están condenados á llevar siempre la cánula. Hay en torno de nuestros hospitales, y despues de haber sido tratados en ellos, muchos enfermos que viven con sus cánulas, despues de haber soportado, aunque en vano, toda clase de tratamientos mercuriales, iódicos y otros. Tienen una estrechez de la laringe producida por una cicatriz que ha seguido á una ulceración. Los otros enfermos, que tenían una estrechez en la cual la sífilis estaba complicada con la escrófula ó con la tuberculósis, han muerto tuberculosos. Ningun tratamiento general ejerce accion alguna sobre las estrecheces de origen sifilítico.

Sífilis anormal.—El tratamiento de la sífilis anormal reposa sobre las mismas indicaciones que el de la sífilis normal, salvo que el empleo repetido de los baños salinos ó sulfurosos debe ser continuado con más perseverancia: un baño cada dos dias; y tan luégo como reaparecen las erupciones, se debe volver á los baños semanales, para no debilitar al enfermo.

Quando el mercurio es el que ha modificado la marcha de la sífilis, se debe recurrir al clorato de potasa. El uso de las aguas minerales sulfurosas es el más indicado para los sifilíticos que han estado sometidos, por largo tiempo, á un tratamiento mercurial; si aparece una erupcion sifilítica, se debe considerar este acontecimiento como una garantía que asegura al enfermo contra los accidentes tardíos.

Sífilis modificada.—La sífilis modificada por el reumatismo exige el régimen apropiado á esta enfermedad constitucional;

es decir, resguardar á los enfermos del frio, y haciéndoles observar una higiene reconstituyente, en la cual un año de permanencia en un clima templado debe ser el principal elemento; pero el régimen tónico, aplicado contra la sífilis, ha dado igualmente muy buenos resultados contra el reumatismo.

Aun cuando los baños alcalinos sean preferibles á los sulfurosos, es conveniente alternar. Las duchas de vapores aromáticos son excelentes.

El accidente local es el que exige un tratamiento especial; los reumatismos articulares y musculares deben ser tratados por la revulsion local, tintura de iodo y vejigatorios volantes.

Las afecciones del corazon y de los riñones en los sífilíticos deben ser tratadas con los medios apropiados á aquellas enfermedades.

Los tumores blancos y artritis con los medios clásicos.

La artritis seca es incurable; pero se pueden mitigar algo los dolores por medio de la compresion con una rodillera. En los jóvenes suele ir acompañada de hidrartrósis; pero ésta disminuye con la compresion.

En las formas de artritis crónica, las aguas minerales producen efectos excelentes, y en particular, segun la opinion de Bazin, las aguas de Vichy. Las aguas de Loeches tienen tambien una eficacia positiva en estas condiciones.

Durante el primer período de la sífilis modificada por los herpes, el tratamiento se debe fijar en éstos, y sobre todo en aquellos individuos que tienen el aspecto de buena salud. Ni el arsénico ni los demas remedios llamados específicos pueden hacer lo que el régimen y las aguas minerales.

Cuando existen sífilis psoriasiformes ó sífilides pustulocrustáceas muy rebeldes, los linimentos ó pomadas cáusticas son los que pueden prestar mejores servicios: destruyen el mal con una parte del dérmis, y algunas veces la curacion no se hace esperar; pero lo más frecuente es que haya recaídas. Entonces las aguas minerales alcalinas de Loeches, Saint-Christan y Labourboule pueden curar, tal vez, ó cuando ménos cambiar la dolencia en otra ménos incómoda.

La sífilis modificada por la escrófula exige el tratamiento de las escrófulas modificadas, unido al tratamiento tónico. El acci-

te de hígado de bacalao debe alternar con el hierro y con la carne cruda; las legumbres farináceas, tales como las lentejas, los guisantes y las castañas, deben formar la base de la alimentación; los baños de mar y la permanencia en las costas son preferibles á los baños salados en una bañera. Pero no se debe descuidar el ejercicio, y aún la gimnasia, para los individuos escrofulosos. El tratamiento tónico peculiar de la sífilis y el tratamiento tónico de la escrófula, deben estar combinados y prolongarse mucho tiempo despues de la última manifestacion sifilítica.

El ioduro de hierro y el ioduro de potasio son útiles cuando hay ulceraciones; pero están mucho mejor indicados cuando los individuos escrofulosos sifilíticos tienen un cierto carácter escorbútico.

Las lesiones locales, placas mucosas, úlceras, gomas, cáries y necrosis deben ser tratadas como las lesiones sifilíticas y escrofulosas. Cauterizar las placas mucosas, las úlceras y las gomas ulceradas; tratar las caries y las necrosis con las inyecciones iodadas ó con el licor de Villate, que no tienen otro objeto que apresurar la caída de los huesos mortificados.

La sífilis modificada por el escorbuto se debe tratar inmediatamente con el ioduro de potasio. Cuando hay ulceraciones que tienden al fagedenismo, es de la mayor importancia. Aquí creemos deber explicar la accion del ioduro de potasio, que contiene potasa y iodo. El iodo, que es volátil como la esencia de mostaza, tiene sin duda alguna propiedades análogas á las de este condimento; la potasa es un álcali que se combina fácilmente con el azufre y los cloruros para formar el cloruro de potasio ó el sulfato de potasa, que entran en la composicion de la sangre; el iodo obra, sin duda, en virtud de una accion catalítica, y tal vez tenga tambien una propiedad análoga á la sinapisina de la mostaza, porque es constante que el ioduro de potasio, administrado á pequeñas dosis, excita el apetito de los enfermos de un modo notable.

El ioduro de potasio, administrado en la sífilis contra los accidentes que entónces se llamaban terciarios, ha producido buenos resultados: unos atribuyeron la eficacia de esta sal á una accion especifica, y otros, como ya hemos tenido ocasion de

verlo, han sido de opinion que el ioduro de potasio eliminaba el mercurio.

En el hospital del Mediodía administraba Puche el ioduro de potasio á dosis muy elevadas, algunas veces hasta 30 gramos al dia; pero los enfermos se veian acometidos de vómitos y de dispepsia. Esta extraña terapéutica demuestra hasta qué punto el ioduro de potasio debe ser considerado como un medicamento alimenticio.

No debe emplearse el ioduro de potasio solamente por dar buenos resultados contra las úlceras de los sifilíticos, sino porque es un excelente medicamento interno contra el escorbuto y contra la podredumbre de los hospitales. Nunca nos ha faltado cuando le hemos empleado contra esta enfermedad, aún á la dosis de 50 centigramos al dia.

El escorbuto sin hemorragias constituido por la palidez de los tejidos, la tendencia á las úlceras, y las heridas con carácter escorbútico, recubiertas de podredumbre de hospital, que fué muy frecuente en el invierno de 1870-1871, durante la guerra, y más tarde en 1872, han sido curados con el ioduro de potasio á dosis poco elevadas, y con una alimentacion reparadora.

La sífilis en los escorbúticos se cura con los mismos medios, y en estos casos es muy conveniente el ioduro de potasio á la vez que el hierro y la quina. Bazin no ha vacilado en reconocer que el ioduro de potasio valía mucho más que el mercurio en las sífilides malignas precoces. Los baños alcalinos son preferibles tambien á los baños salados, siendo los sulfurosos de la mayor utilidad, porque el ioduro de potasio y el baño sulfuroso producen los elementos del sulfato de potasa, contenido normalmente en la sangre.

El tratamiento local de las úlceras de los sifilíticos escorbúticos, es la cauterizacion con el cloruro de zinc. Una sola aplicacion de cáustico basta, en general, siempre y cuando hayan sido cauterizadas todas las partes ulceradas. Los chancros fagedénicos que persisten algunas veces durante todo el período eruptivo de la sífilis, deben ser cauterizados con frecuencia y por mucho tiempo, á la par que se administra el ioduro de potasio. No se debe desesperar aún cuando la curacion tarde en

realizarse, con tal que el cirujano no pierda la paciencia. Es preciso saber, en efecto, que las úlceras sifilíticas de los escorbóticos tienen una duración muy larga, que ha sido reconocida aun por los mercurialistas, si bien no reconocían la naturaleza escorbótica de la úlcera. Tales son las úlceras del freno de la verga y de la vulva de la vagina.

La *sífilis modificada por la tuberculosis* exige el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, de la tisis laringea ó de la tuberculosis del peritoneo y el tratamiento de la sífilis, ménos el hierro, que conviene poco á los tísicos, pero que puede ser reemplazado con el aceite de hígado de bacalao: en cuanto al ioduro de potasio, se ha de administrar á dosis muy pequeñas, si se quiere que sea útil. Pero lo más indispensable es vivir en países meridionales.

Para todas las lesiones viscerales el tratamiento no varia, pero las revulsiones con los vejigatorios son de gran utilidad cuando los accidentes pasan al estado de congestión. Será cuestión de hacer aplicación de los datos suministrados por la patología del hígado, del cerebro y del pulmón para las lesiones sifilíticas de los tuberculosos de esos órganos.

Las placas mucosas de las mucosas en los sifilíticos, exigen la mayor vigilancia: tienen marcadas tendencias á ulcerarse y convertirse en fagedénicas: en la laringe, en los bronquios y en el recto se ulceran con la mayor facilidad, debiendo cauterizarlas y tratarlas con el mayor cuidado siempre que estén al alcance, sin embargo de que estos cuidados han de variar con arreglo á la región que ocupen.

Sífilis modificada por la adenia.—La sífilis modificada por la adenia, y que se conoce con el nombre de degeneración amilóide y caquexia sifilítica, es irremediable; cuando la adenia está algo generalizada, la vida se convierte en una cuestión de tiempo. Sin embargo, cuando está atacado un solo grupo de ganglios y éstos disminuyen de volumen, se debe persistir en el uso del hierro y del aceite de hígado de bacalao al interior, haciendo la revulsión local por medio de lociones con la tintura de iodo.

Es muy conveniente vivir en las costas, y los climas cálidos son igualmente buenos, principalmente cuando algunos síntomas hacen temer algo del lado de los pulmones.

La sífilis modificada por el alcoholismo exige el régimen vegetal unido al tratamiento por la balneación y el hierro. Pero no se debe perder de vista el estómago y el hígado por una parte, y el cerebro por la otra.

Se deben regularizar á todo trance las funciones digestivas, y curar la gastritis catarral. En cuanto á las funciones cerebrales, siempre deben llamar la atención, y nunca se prevendrá bastante el médico contra las meningopatías y apoplejías meníngeas, que son el privilegio de los alcohólicos. Contra estas lesiones se deben emplear sus remedios peculiares, sin ocuparse para nada de la sífilis.

El tratamiento de la sífilis del hígado es el de la cirrosis alcohólica.

Las sífilis modificadas de los países cálidos se suelen curar con más rapidez que en los climas templados. Pero contra la sífilis del Oriente, del África ó de la América del Sur hay pocos recursos especiales, y los que más aprovechan son los baños, el hierro, el ioduro de potasio y el régimen vegetal.

Tratamiento de la sífilis de las mujeres embarazadas.—El tratamiento de la sífilis normal, el de las sífilis anormales y modificadas, es aplicable á las mujeres embarazadas, si bien los baños no se deben tomar sino en los tres últimos meses del embarazo. El hierro, la quina, las carnes asadas y el reposó constituyen el régimen conveniente para todas las variedades de la sífilis de las mujeres embarazadas.

El tratamiento local es el mismo, debiendo aplicarse aun las cauterizaciones más enérgicas; pero en los últimos meses del embarazo, cuando las placas mucosas de la vulva son voluminosas, se debe unir el reposó en la cama á las cauterizaciones. Las vegetaciones que se desarrollan en las placas mucosas deben ser tratadas con el asco y lavatorios de agua blanca; tambien se pueden espolvorear con una mezcla de partes iguales de polvos de quina y de tanino.

Las placas mucosas deben ser tratadas como si no existiese el embarazo.

Los demas accidentes de la sífilis se deben tratar por los medios ordinarios.

Los abortos de las mujeres sífilíticas se pueden prevenir cuan-

do el médico puede dirigir el embarazo desde su principio. Es preciso obtener: 1.º, la abstinencia de contactos sexuales; 2.º, hacer desaparecer con lociones alcalinas ó con agua blanca la picazon de la vulva, tan frecuente despues de la curacion de las placas mucosas; 3.º, hacer algunas inyecciones con una jeringa de chorro poco fuerte en la vagina, cuando hay pérdidas blancas purulentas. Cuando las enfermas han abortado en otro embarazo, es preciso que en el momento del segundo que corresponde al aborto del primero, guarden cama las enfermas. Cuando los accidentes son del lado del cuello del útero, una úlcera, ó cuando hay una vaginitis, del quinto al octavo mes, se debe tener cuidado en el empleo del espéculum. En los cinco primeros meses, por el contrario, se puede emplear impunemente el clásico tapon, del tamaño de una nuez, conteniendo alumbre en polvo. Hay casos, sin embargo, en que, á pesar de todas estas precauciones, abortan las enfermas; pero estos casos son raros, excepto en las desgraciadas cuyo embarazo no se puede dirigir, y en las que ni el régimen tónico ni los cuidados pueden ejercer influencia sobre el feto.

Hay mujeres sífilíticas que no pueden concebir durante algun tiempo, y son las mejor regladas ó las que carecen de reglas. La anemia es entónces la causa de la esterilidad, y contra este síntoma se debe dirigir el tratamiento. El hierro, la quina, los baños de mar y la hidroterapia son los remedios más necesarios, y el criterio de la mejoría, de la vuelta de la salud, es la vuelta de la gordura: en estas nuevas condiciones los embarazos son posibles.

Se ha afirmado en la Sociedad de Cirugía que las mujeres que habian abortado repetidas veces y que habian sido tratadas por el mercurio, habian concluido por dar á luz un hijo de todo tiempo. Sólo justifica este alegato las necesidades de una causa; porque Bertin habia demostrado que, á causa del aniquilamiento que ha producido la sífilis, son posibles á la larga los embarazos turbados. Con un poco de sinceridad se llega á concluir que, lo que se ha cargado en la cuenta del mercurio, se debe cargar á la cuenta de la naturaleza, y á la conclusion de la causa que produce los abortos. Hay tantos casos de abortos en mujeres tratadas por el mercurio, que no se comprende cómo

puede dar buenos resultados en unos casos y malos en otros.

Las mujeres embarazadas sifilíticas deben ser, por lo demas, tratadas y vigiladas como todas las mujeres embarazadas que padecen una infeccion ó lesiones en los órganos genitales. Las indicaciones terapéuticas relativas á semejantes estados se hallan consignadas en los tratados clásicos del arte de partear.

Los accidentes tardíos de la sífilis no influyen para nada en el embarazo, ni éste exige ninguna modificacion en el tratamiento de la sífilis.

Tratamiento de los niños sifilíticos.—Al recién nacido sifilítico le precisa el pecho de la madre y el biberon para suplir á la insuficiencia de la leche de aquella, y desde el primer dia un baño salado, que se ha de repetir todos los dias, se debe usar.

Cuando hay erupciones en el momento en que nace el niño, la muerte es segura. Pero lo que con más frecuencia causa la muerte á estos niños, es la falta de alimento y de cuidados.

Cuando al primer mes aparecen placas mucosas ó coriza, con ó sin pápulas sobre el cuerpo, se deben cauterizar las placas mucosas.

Contra el coriza se deben emplear inyecciones en la narices, con una solucion débil de cloruro de zinc; para esto se hace uso de una jeringa de cristal, y las inyecciones se deben hacer varias veces al dia. Cuando el coriza de los niños es tan fuerte que no pueden respirar por la nariz, lo que les impide el mamar, se los debe alimentar con vaso ó cuchara; se tarda, es cierto, pero las madres cuidadosas son capaces de ello. No se debe olvidar que no consiste todo en las prescripciones, sino en ejecutarlas.

Una madre sifilítica que da el pecho á su hijo, debe ser tratada con el hierro y la quina, áun cuando no tenga manifestacion sifilítica alguna. Cuando tiene úlceras, se puede dar el ioduro de potasio á la dosis de 50 centigramos al dia; porque pudiendo pasar á la leche, podria ejercer alguna influencia sobre el niño.

Se puede alimentar á los niños con ayuda de cabras; pero si éstas enferman, se deben reemplazar, de suerte que es preferible el uso del biberon con tal que haya el cuidado suficiente.

Se ha propuesto que una nodriza se haga cargo del niño. Si

una mujer acepta esta mision, el deber del médico consiste en impedir el contagio. Las pezoneras son indispensables y se han recomendado justamente, siendo superiores á las unturas del pezón con un cuerpo graso, porque esto no pasa de ser una proteccion ilusoria. En todo caso, las nodrizas deben tener el mayor cuidado. Con esto y con las cauterizaciones de las lesiones de la boca de los niños, se ha podido impedir el contagio.

El tratamiento por el mercurio no cura á ningun niño de uno á ocho meses; es suficiente para esto consultar la necrologia de los hospitales de niños. Lo que mejora á los niños son los cuidados y el alimento.

Los niños sifilíticos de más edad y en que la erupcion de la sífilis hereditaria se ha retardado, ofrecen una sífilis generalmente normal, cuyo régimen y tratamiento debe ser el mismo que para los adultos.

La profilaxia de la sífilis vacuna reposa sobre estos dos preceptos:

Lavar siempre con el mayor cuidado la lanceta que sirve para la operacion.

No servirse de un niño para vacunar á otro sin haber examinado con el mayor cuidado el ano, la boca y el tegumento del niño vacunador, y sin haber interrogado escrupulosamente á la madre del niño sobre las enfermedades que haya podido tener en los dos años que hayan precedido al nacimiento.

DURACION DEL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS.

La duracion del tratamiento de la sífilis normal varía poco, pero siempre debe ser proporcionada á la gravedad relativa de los accidentes. Cuando existen lesiones locales que se suponen puedan ir seguidas de accidentes generales de la sífilis, es preciso hacer uso de un tratamiento general continuándole dos meses despues de la cicatrizacion del accidente local: si durante este tiempo recobran los enfermos el vigor y la gordura, es casi seguro que la sífilis se ha curado ó que se limitará, todo lo más, á accidentes tardíos de poca gravedad; es decir, que todo habrá quedado reducido á una sífilis anormal con ausencia del periodo de erupcion.

Cuando los enfermos tienen erupciones, aparecen al segundo ó tercer mes despues del accidente local. Entónces es necesario tratar los accidentes generales por los medios que ya hemos indicado hasta que cesen las manifestaciones generales. Luègo, y durante los seis meses que siguen á la primera ó á la segunda manifestacion, se debe continuar el tratamiento tónico y los baños. Al año siguiente, y á partir del mes de Febrero, durante tres meses, es preciso volver al anterior tratamiento, completándole con una ó dos temporadas de baños de mar y de aguas sulfurosas. En resúmen, el tratamiento debe durar de uno y medio á tres años. Despues ya pueden considerarse curados los enfermos, principalmente cuando no han tenido ningun accidente despues de los diez y ocho meses, y entónces tambien es cuando el médico dejará de oponerse al matrimonio. Pero no se debe olvidar que sólo se trata de la sífilis normal.

El tratamiento de la sífilis que se ha convertido en anormal, sea por una mala higiene, sea porque el tratamiento mercurial haya sido demasiado prolongado, es mucho más largo, no siendo imposible, sin embargo, establecer, que debe durar de tres á cuatro años despues de la aparición de la última manifestación de la sífilis eruptiva. No se debe pensar en cesar el tratamiento cuando sobrevengan las gomias: cuando los enfermos hayan vuelto á recobrar la salud en general, entónces se podrá suspender.

El tratamiento de las sífilis modificadas debe durar casi tanto como la vida de los individuos, y al buen juicio de los enfermos pertenece la mayor parte del tratamiento, que es el régimen. Solamente la sífilis modificada por el escorbuto es susceptible de curar en un tiempo relativamente corto.

La sífilis de los niños exige un tratamiento prolongado, pero que basta ordinariamente con tres años. Pero en nuestros climas, es conveniente hacer uso, por la primavera, del hierro, de la quina y sobre todo de los baños sulfurosos. Los niños que gozan de bienestar y que pueden vivir una temporada todos los años en las costas, recobran la salud y se desarrollan regularmente: se suelen librar de las enfermedades de la pubertad, que pueden ser graves, teniendo en cuenta la antigua debilidad de la infancia.

Todos los accidentes tardíos que sobrevienen en las sífilis anormales y en las modificadas, no exigen el tratamiento tónico, pero sí la balneacion, el régimen, y principalmente las aguas minerales, siendo indispensable para las sífilis modificadas un tratamiento de una temporada cada año, aún despues de la desaparicion del último accidente.

El hombre es el obrero de la mayor parte de sus males: es preciso que sepa que cuando sus medios y sus instrucciones se lo permiten, puede llegar á ser el instrumento de su curacion.

... que todas las que nosotros hemos mencionado. Los sí-
... con espaldas por tres años de su vida, y cuando ya el
... de este tiempo ya no son peligrosos, porque ya es-
... No tratamos que las necesidades de una sociedad
... como la guerra no permite adoptar una medida
... para separar...

PROFILAXIA DE LA SÍFILIS.

... absoluto ni procedimiento profiláctico.
... sólo habría una profilaxia seria que podría tener aplicación
... pero sería necesaria una ley. Todos los indivi-
... y el médico, no lo ignoran.
... si todos los sifilíticos fuesen obligados bajo pena

Hay libros en que se indican los medios de prevenir el conta-
gio sifilítico. Pero hasta ahora sólo se puede disponer de regla-
mentos de policía y de disposiciones que obligan á las prostitu-
tas á sufrir reconocimientos médicos. También se ha violentado
la libertad de algunas mujeres para mayor seguridad del vicio;
pero los resultados no han respondido á las esperanzas, porque
las mujeres sometidas á los exámenes médicos, no son las que
producen más contagios.

Los médicos han aconsejado los lavatorios preventivos y las
inyecciones con líquidos astringentes ó ligeramente cáusticos.
Cuando estas precauciones tuviesen por objeto el evitar el
contagio de la nodriza á la cria, ó del enfermo al enfermo, nada
habría que decir. Pero es poco decoroso para el médico estar co-
locado entre el libertino y la prostituta, á manera de centinela,
para evitar los accidentes del vicio. Aunque el hombre sea el
autor de su enfermedad el médico debe curarle, pero debe evi-
tar el ir demasiado cerca de aquel que voluntariamente corre
al precipicio. Por otra parte, estos medios son casi siempre ilu-
sorios; y como el médico no lo ignora, sería mucho más digno
para él no ocuparse de ellos. Que diga cuáles son los signos de
la enfermedad y la naturaleza de los accidentes contagiosos;
que diga todos los medios de contagio, y que se debe cauteri-
zar toda escoriacion sospechosa de los órganos genitales ó de la
boca: pero que no vaya más léjos.

Los salvajes, más próximos á las leyes de la naturaleza que
los hombres civilizados, han encontrado una profilaxia más ra-

zorable que todas las que nosotros hemos imaginado. Los sifilíticos son expatriados por tres años de su tribu, y cuando vuelven despues de este tiempo ya no son peligrosos, porque ya están curados. No ignoramos que las necesidades de una sociedad organizada como la nuestra no permite adoptar una medida que separaria familias y esposos; pero esto no quita nada de su valor absoluto al procedimiento profiláctico.

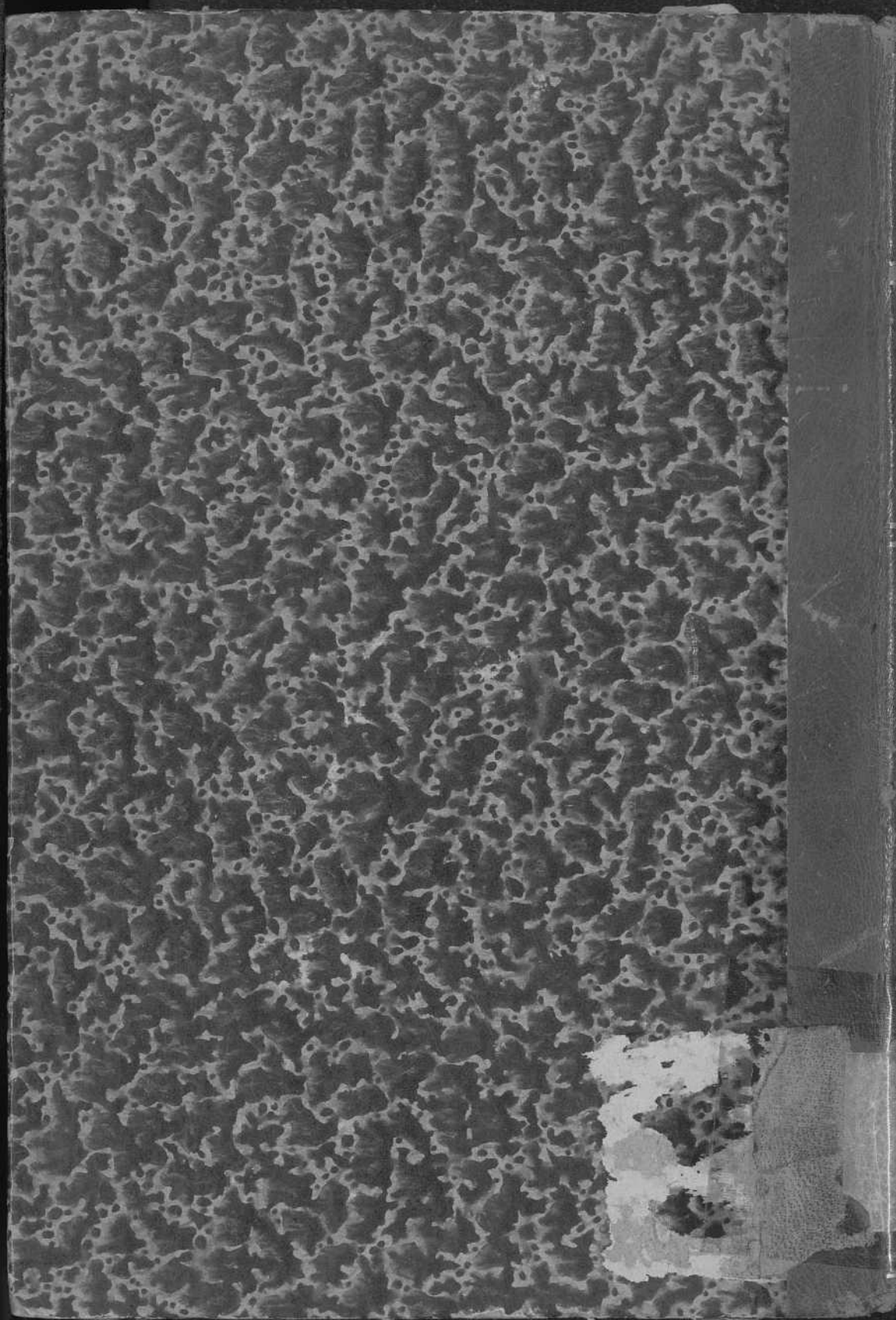
Sólo habria una profilaxia séria que podria tener aplicacion entre nosotros; pero sería necesaria una ley. Todos los individuos que padecen la sífilis lo saben, y el médico no lo ignora. Ahora bien; si todos los sifilíticos fuesen obligados, bajo pena de reparacion de daños y perjuicios á los individuos que contaminasen, á abstenerse de toda relacion sexual, y si los médicos estuviesen moral y civilmente obligados á dar cuenta de ellos, la sífilis disminuiria con gran rapidez, y casi podemos asegurar que las costumbres ganarian mucho por todos conceptos.

FIN.

INDICE

	Págs.
PREFACIO	3
PRIMERA PARTE.— <i>Historia de la sífilis</i>	5
I.—La sífilis en la antigüedad.....	8
II.—La sífilis en la Edad media.....	17
III.—La sífilis y las epidemias del siglo XV.....	27
IV.—Primeros historiadores de la sífilis.....	40
V.—La sífilis durante los grandes descubrimientos anatómicos.....	59
VI.—John Hunter.—Época quirúrgica de la sífilis.....	70
VII.—Los disidentes de la escuela de Hunter.....	80
VIII.—La escuela hunteriana en el hospital del Mediodía.—La escuela de San Luis.—Los auto-inoculaciones.....	94
IX.—La escuela anatómica y fisiológica moderna y la sífilis.....	115
SEGUNDA PARTE.— <i>Nosografía</i> .—Teoría de las infecciones.....	133
Naturaleza de la sífilis.....	139
Inoculación y principio de la sífilis.....	143
Inoculación de la sífilis en individuos sanos.....	145
Sífilis vacuna.....	157
De las manifestaciones esenciales de la sífilis.....	168
De las sífilis llamadas viscerales.....	174
Accidentes extrínsecos de las sífilis.....	180
Formas de la sífilis.....	194
Sífilis normal.....	195
De las metástasis de la sífilis.....	208
De las sífilis anormales.....	213
Sífilis modificada.....	225
Sífilis hereditaria.....	250

Sífilis infantil.....	258
Del pronóstico general de la sífilis.....	267
Diagnóstico de la sífilis.....	268
TERCERA PARTE.— <i>Tratamiento.</i> —Historia del tratamiento de la sífilis.....	275
Tratamiento de la sífilis.....	331
Duración del tratamiento de la sífilis.....	351
Profilaxia de la sífilis.....	353





DES PRES

SIVILIS

103