

Contribución al estudio de la sífilis grafía en El Salvador por el Dr. Carlos Rodríguez Jiménez

Carlos Rodríguez Jiménez
RLU: 1917 - XI (1) - pp. 651-712

La Sífilis, enfermedad de todos los países y de todas las edades, llena los cuadros de la Patología en sus múltiples manifestaciones y es entre las enfermedades causadas por protozoarios la más universal quizá; conocida desde remotos tiempos, a medida que los medios de diagnóstico se han ido perfeccionando, se va aumentando su campo de acción, al grado de reconocerse que no hay órgano que respete y que aquellos que se creían indemnes, se constatan sus lesiones cuando la Clínica y el Laboratorio han podido despistarlos por nuevos procedimientos. Si su acción patógena sobre las vísceras se consideró como tardía, hoy la observación ha llegado a borrar los límites imprecisos que separaban las lesiones superficiales o secundarias de las lesiones profundas o terciarias; nadie duda hoy de la precocidad del terciarismo, sus manifestaciones llegan hasta anteponerse a la lesión inicial. De Beurman sostiene que la sífilis secundaria (?) del bazo se

antepondría algunos días al chancro, en ciertos casos, nada extraño tendría si se piensa que Neisser ha encontrado el treponema circulando en la sangre a los primeros catorce días de la primera incubación; también las icterias sifilíticas se instalan antes que la roséola con alguna frecuencia, lo mismo que las flebitis que son precosísimas (Rostaine) en la mayor parte de observaciones publicadas. Así como los accidentes terciarios se adelantan, los secundarios se retardan; roséolas tardías, erupciones papulosas erosivas que aparecen hasta 35 años después del chancro (Balzer y Burnier); hasta el chancro mismo puede repetirse en lejano plazo, constituyendo el chancro redux; Audry publicó un caso interesantísimo por la duda que suscitó respecto a una superinfección o una reinfección, se trataba de un hombre de 30 años, sifilítico averiguado que a los tres años tuvo una recidiva in situ, en la cual se encontró treponema y seguida de roséola

clásica; todo hacía pensar en una reinfección, solo que el hombre, impotente, no había tenido ocasión sexual, era un chancro redux con roséola recidivante, los tratamientos intensivos, especialmente por el 606 favorecen estas manifestaciones extrañas. Estas reinfecciones aparentes que algunos autores consideran fácilmente reconocibles por la ausencia de la adenopatía, pueden acompañarse de ella, como lo comprobó Oksenov, en un caso de ulceraciones gomosas con infiltración que simulaban un nuevo chancro indurado.

Los métodos nuevos de diagnóstico, las reacciones serológicas, cuti reacción, cultivo del parásito, etc, han revolucionado el estudio de la Sífilis, nuevas comprobaciones se suceden; la Sifilografía, toma un vasto incremento, y a medida que los conocimientos sobre la materia se ensanchan, el flagelo aparece más terrible; su poliletalidad infantil, su acción distrófica, los tremendos efectos sobre toda la economía, hace que todos los sifilógrafos se preocupen de la profilaxia de la Sífilis; por eso he querido contribuir, con muy poco por cierto al estudio de nuestra Sífilis; si algo bueno tiene esta tesis, es la intención con que fue escrita, he querido llamar la atención sobre una enfermedad que es un serio factor de degeneración; si una campaña anti sifilítica se estableciera en toda regla, si trabajos completos vinieran a llenar los vacíos de este ensayo, vería cumplidos mis deseos más

fervientes y algún mérito tendría esta tesis, que hoy no lo tiene.

Convencido de que la Sífilis ha de tener alguna variante en sus manifestaciones según la raza y el clima donde haga sus destrozos, he procurado recoger observaciones de aquellos accidentes que, a mi juicio, puedan contribuir a formar nuestra Siligrafía; en efecto si «la Sífilis donde quiera que se le observe, ofrece los mismos caracteres fundamentales, ella sufre variaciones en relación con la raza y las costumbres sociales» (Jeanselme); por lo tanto entre nosotros, habitantes de los trópicos y de costumbres diferentes al europeo, la Sífilis debe tener caracteres que la distingan, esta es la opinión de muchos maestros nuestros, y sus enseñanzas han inspirado este trabajo, las lecciones oídas en las clínicas y la lectura de algunos libros, me han servido para escribir lo que pude aprovechar de ellos, no creo que este estudio tenga originalidad alguna; ya antes que yo, varias tesis se han escrito sobre nuestra Sífilis. Pero la dedicación y los conocimientos que el Dr. Luis V. Velasco aportó de su viaje a Europa, han verificado un progreso en el conocimiento de los accidentes y en todo lo que a Sífilis se refiere, entre los asistentes de su clínica; por esta causa he querido hacer una síntesis muy incompleta de los trabajos que en la 3ª Clínica Médica se han llevado a cabo bajo la dirección del Dr. Velasco.

Accidente inicial

Como casi todos los protozoarios del género *treponema*, el de la Sífilis acusa su puerta de entrada por un accidente inicial llamado chancro, raros son los casos en que la presencia de éste falta; así Fournier creó que es la falta de investigación la que multiplica los casos de Sífilis *insomnium*, en ellos el chancro queda escondido en los pliegues vaginal, cérvix uterino, amígdala, etc.; también una variedad de sifiloma primitivo induce al error, es la variedad denominada chancro enano, cuyo parecido con un elemento herpético lo hace pasar desapercibido; lo mismo que los chancros fisurarios y los de los dedos, cuyo parecido con un panadizo los encubre (Milian y Gaucher); sin embargo, algunas observaciones relatan casos de Sífilis decapitadas; Lane publicó tres casos en que las víctimas fueron tres médicos en quienes los accidentes secundarios aparecieron sin chancro anterior; en cuanto a la Sífilis concepcional, ahora casi negada, evolucionaría sin chancro.

Entre nosotros el chancro pasa desapercibido en una multitud de casos; es, sobre todo, en las mujeres donde se encuentra sífilis en que es imposible averiguar la puerta de entrada: quizá por su situación escondida; por la poca molestia que les causa, es que el accidente primitivo no ha dejado recuerdo; otro factor es la poca importancia que dan a la noción de contagio, como

en todas partes, aquí se atribuyen los accidentes genitales a enfriamientos, a traumatismos, nunca a un contacto sospechoso; quizá también la frecuencia de las infecciones banales, que complican el chancro, hace que éstos aparezcan con mucha frecuencia con la máscara del chancro blanco; muchos de los individuos en plena erupción secundaria, su accidente inicial lo ofrecen como un chancro sin los caracteres del sifiloma primitivo; es frecuente que éste se acompañe de adenopatía supurada. Ya en París la observación ha revelado que el chancro mixto es más frecuente de lo que se había pensado (Gougerot) y Gaucher recomienda desconfiar sistemáticamente de los chancros blandos más típicos; ese híbrido de Bordet que no fue aceptado sin repugnancia, ha hecho sus pruebas y aquí es donde vemos en mayor número esos chancros que bajo la máscara de su blandura esconden el *treponema*. En ocho observaciones del Dr. Cano, sobre su antitoxina sifilítica, en dos hubo adenopatías supuradas acompañando chancros híbridos.

La observación de nuestros sifilíticos revela la poca frecuencia de chancros extragenitales; en nueve observaciones publicadas en los archivos del Hospital Rosales en 1911, he encontrado una en que se constató un chancro labial, también en una niña que presentaba una placa mucosa del ano, el Dr. Velasco sospechó un chancro de la amígdala, solo por los conmemorativos y

una cicatriz encontrada en la amígdala, se llegó a pensar en esta localización del chancro; y sin embargo, Jeanselme dice: que la Sífilis encuentra puertas de entrada en otras regiones que la genital; nuestros indígenas con los pies desnudos, con excoriaciones causadas por los insectos, debían estar expuestos a la sífilis inmerecida, así llama Gougerot aquella que no es de origen venéreo. Pero las costumbres viciosas de Europa, desconocidas entre nosotros, hacen que con todo lo expuesto de nuestra mala higiene, las sífilis de principio bucal, facial, etc., sean raras, con la circunstancia de no ser la avariosis una cosa rara entre nosotros porque si consultamos nuestra estadística de la Profilaxis Venérea, encontramos en 1917 un quinto de sifilíticas sobre el total de inscritas. En este mismo año, de 600 enfermos que habían en el Hospital Rosales, se contaban 30 sifilíticos.

Considerados clínicamente, los chancros típicos son raros; de la suciedad y descuido de nuestra raza indolente, resulta que el accidente primitivo es poco frecuentemente observado, como no es una manifestación dolorosa, no se consulta sobre ella; y los pacientes acuden al médico cuando una complicación dolorosa los oprime o cuando una erupción los sorprende con su empuje florido, tan frecuente entre nosotros; es fácil observar que la mayor parte de nuestros enfermos han llegado en su mayoría a ponerse en cura por una fimosis que tan

frecuente es entre nosotros, el Dr. Cano publicó en 1907, en los Archivos del Hospital, la observación que él ha hecho del edema balano prepuccial blanco en los chancros duros. Frecuentemente múltiples, los accidentes primarios que se presentan en este país, tienden poco al fagedenismo, siendo en muchos casos hipertróficos como pudimos observar uno en la clientela civil que era del tamaño de una nuez.

El Dr. Velasco nos señaló un caso de sífilide chancriforme ulcerada en el enfermo de la observación No 1º del Dr. Cano, sobre el tratamiento por su antitoxina; nos hizo notar la dificultad para el diagnóstico con los verdaderos chancros duros, pero en la sífilide chancriforme es más pronunciada la coloración, la infiltración dura es más difusa y mal limitada, más blanduzca, sus bordes son tallados a pico y no se acompaña de adenopatía; sin embargo, es tan difícil su diagnóstico a veces, porque su aspecto es tan análogo al del chancro, que se puede considerar como índice de una reinfección en el caso de haber noción clara de una infección anterior. Testigo de esto es la observación de Audry, en que la impotencia del enfermo hacía imposible un nuevo contagio entre dos accidentes que parecían chancros separados por un período de tres años y seguidos ambos de roséola, en este caso de chancro redux con roseola recidivante todo hacía creer en una reinfección.

Ahora que tratamientos activos han hecho pensar en una terapia sterilisans magna; las observaciones sobre reinfecciones se multiplican, Krefting, Jeanselme, Milian, etc., publican casos concluyentes, ya Fournier, había dado las reglas para admitir que había reinfección, ahora los nuevos métodos de diagnóstico han alterado en su forma los datos de Fournier conservando su principio. Para Fournier, era preciso que se presentaran estas cuatro condiciones antes de concluir en una reinfección. 1º chancro duro con manifestaciones secundarias, 2º, silencio completo varios años, 3º, un nuevo chancro duro sobrevenido después de un contacto sospechoso, con adenopatía característica y accidente secundario después; y 4º, una confrontación. Lavergnie dice, que bastaría con haber encontrado el treponema, hoy que este elemento precioso de diagnóstico nos ayuda para la primera regla de Fournier. En cuanto a la segunda, los tratamientos más enérgicos, hacen pensar que la esterilización del organismo se consigue más pronto y por consiguiente no podríamos exigir un lapso de tiempo muy considerable. Para la 3ª, dice Lavergnie que la constatación del chancro nuevo con adenopatía y la sospecha de un contagio son indispensables, no así la presentación de accidentes secundarios, que los tratamientos pueden alejar y borrar y que con la esplectación se compromete el interés del enfermo. Castargne resume a cuestión en nueve elementos de diagnóstico. 1ª –Evolución de la

lesión.- La goma chancriforme y el chancro y el chancro linfagítico son tumores que se ulceran en seguida. El accidente primitivo en una llaga que no es indurada al momento de su aparición. 2º -La pléyade ganglionar- Falta generalmente en las afecciones terciarias y frecuentemente en los chancros redux. 3ª –La presencia de espiroquetas.- El agente infeccioso se encuentra de una manera más constante y en mayor cantidad en los chancros primarios. 4º -La sero-reacción. – Cuando el chancro principia, la sero-reacción es negativa, esta se vuelve de más en más fuertemente positiva en seguida; a menudo no hay una reacción completa más que hacia la tercera semana, para las lesiones secundarias y terciarias, se encuentra una reacción positiva desde al principio. Sin embargo, cuando las lesiones son muy localizadas, no se encuentra siempre anticuerpos en la sangre. 5ª –La aparición de la roseola.- El Chancro indurado es siempre seguido de roseola cuando no se hace tratamiento. Pero, delante de una infección que principia, es difícil permanecer inactivo, ahora que la importancia de una intervención precoz está también demostrada. Notemos también que el tratamiento puede retardar la roseola varios meses; 6ª –La fecha de la contaminación. – Debe corresponder a la duración de la incubación; 7ª –La confrontación con la persona inculpada. – La constatación de una fuente de infección es ciertamente el mejor signo; pero los síntomas con-

tagiosos han desaparecido cuando el chancro que se deriva de ellos, se manifiesta; 8^a – El punto donde se produce la lesión. – Las llagas induradas que se producen en la cicatriz de un chancro no son, probablemente, reinfecciones; 9^a – El estado anterior del enfermo. – La reinfección será verosímil si la Sífilis del enfermo se remonta a largos años y desde largo tiempo su sero-reacción es negativa. Se volverá sospechosa si la lesión chancrosa aparece poco después de la curación de los últimos síntomas, o si el último análisis de sangre daba Wassermann positivo (Bertrargel).

La dificultad se hace mayor si admitimos que un sifilítico puede adquirir una nueva Sífilis, estando en potencia de su infección primera. La posibilidad de estas superinfecciones quedó demostrada por las experiencias de Finger y Landsteiner, que han demostrado que sifilíticos secundarios o terciarios reaccionan a la inoculación de muy grandes cantidades de virus. En los secundarios, la inoculación determina la aparición de pápulas costrosas, en los terciarios, se producen lesiones terciarias [tubérculos, sifilides ulcerosas], Brumpt, concluye diciendo que el aspecto particular de las lesiones terciarias, es debido, no a las cualidades del virus, sino a una reacción especial del organismo afectado desde largo tiempo y parcialmente inmunizado. Castaigne afirma que el accidente que resulta de estas superinfecciones puede ser el chancro con lo cual

el diagnóstico de las reinfecciones se vuelve casi imposible.

Accidentes secundarios Cutáneos y Mucosos

La aparición de las manifestaciones secundarias eruptivas, hace aparente la generalización del treponema, así como el chancro y su adenopatía marcan el esfuerzo del organismo por localizar la infección; sin embargo, Neisser ha encontrado el agente patógeno en circulación antes de que el sifiloma primitivo aparezca y en este caso caería la doctrina de la localización primaria, clásica hasta ahora. Las manifestaciones secundarias consisten en erupciones más o menos generalizadas, primero, constituidas por un exantema papuloso y roseola, seguido con frecuencia de sifilides papulosas y raramente de lesiones úlcero-crustáceas: las roséolas que son poco aparentes en los trópicos (Jeanselme), en nuestra Sífilis son algo frecuentes, sin duda el sistema nervioso de los pueblos tropicales no es tan sensible, para dar lugar a ese exantema cuya patogenia se explica hoy por un desequilibrio del sistema vaso-motor, ligado a la existencia de causas eminentemente agresivas para el sistema nervioso en general y el sistema simpático en particular; por eso en Europa la roseola es constante y entre nosotros un poco menos (Jacquet); nuestro organismo y desarrollo teniendo un término medio entre los europeos y pueblos tropicales más atrasados que nosotros.

En cuanto a los demás accidentes secundarios, son más frecuentes que la roseola; aquí diferimos notablemente de otros pueblos exóticos donde el período secundario es ausente o tan borrado que pasa desapercibido (Jeanselme), en las clínicas vemos erupciones tan floridas como la de la observación No. 9 y esto a cada momento, talvez por ser tan exuberantes las manifestaciones secundarias, el treponema gasta su virulencia en ellos, dando lugar a esa relativa penignidad de nuestra Sífilis.

En la Clínica del Dr. Velasco se ha observado que entre nosotros es muy frecuente la variedad de sífilide pápulo-escamosa psoriasisiforme; en la observación No 1 hay un caso y así semejantes se han encontrado muchos. Otras de las particularidades de nuestra Sífilis es su tendencia a adelantar los accidentes cutáneos llamados terciarios; es corriente ver individuos que el primer semestre de su infección presenten formas tuberculosas como en nuestra observación No 6. También la suciedad de nuestros indígenas hace frecuentes las infecciones secundarias: así vemos lesiones impetiginizadas, supuradas, con olor fétido y dolorosas en demasía. En cuanto a las sífilides mucosas son ordinariamente observados en los órganos genitales, periné, etc; son relativamente poco frecuentes en la boca, nariz, garganta, etc, la variedad de sífilides papulosas, llamadas placas mucosas de la piel, es bastante frecuente y hemos tenido

ocasión de ver varios en el servicio del Dr. Velasco, en la observación No 7 se encuentra un caso de estas sífilides papulosas planas que se han distribuido alrededor de los agujeros nasales. En dos casos hemos visto en el cuero cabelludo sífilides hipertróficas vegetantes, que nos llamaron la atención por las salidas papilares; estas formas que se observan en los casos de irritaciones locales intensas serían frecuentes por las condiciones de suciedad y descuido que son habituales a nuestro pueblo.

La variedad que Gougerot describe con el nombre de sífilide pourpúrica, bastante rara por cierto, existe entre nosotros, un sólo caso se ha presentado bajo la forma de pápulas que han desapercibido dejando máculas purpúricas más lentas en borrarse; así mismo se presentó una observación de sífilide pigmentaria, fácilmente reconocible, que toma la forma maculosa y que se diferenciaba de la leucomelanodermia peri y post papulosa formada de manchas decoloradas que se distinguen de la pigmentación se constata sobre todo en la mujer, y que adopta dos tipos, areolar o maculosa, según que se deriva de elementos redondeados o anulares. (Gaucher y Milian).

En cuanto a la Sífilis buco-faríngea secundaria, es frecuente encontrar dos formas de ella, el eritema bermellón de Lasegue o roseola mucosa y las placas muchas de la faringe que toman el tipo de la

sifilide erosiva o placa mucosa vulgar y que determinan una disfagia dolorosa muy tenaz y recidivante. A veces se encuentran individuos que se quejan de disfagia sin causa aparente, debido a la inflamación de la amígdala lingual o de todo el anillo de Waldeyer, esta disfagia constituye para Gallois una presunción fuerte de sífilis recibiendo el nombre de disfagia sifilítica secundaria, un caso tratado por el Dr. Cano con su antitoxina, presentaba una disfagia tan dolorosa que el individuo apenas tragaba los líquidos y constantemente estaba salivando por no poder tragar sino a costa de muchos sufrimientos.

Las placas mucosas de la amígdala no son muy frecuentes en nuestro Hospital, en una observación del Dr. Zaldivar se presentó una en la amígdala derecha. En la laringe hemos tenido ocasión de ver un caso de critema vermellón, constatado por el Dr. Salvador Peralta, al laringoscopio; esta mujer presentaba una alelopecia muy gastada o voz de papel mascado. También se examinó otra mujer que presentaba una infiltración de la región aritenoidea y una corditis ulcerosa del borde libre, no tenía manifestaciones cutáneas fuera de máculas en el tronco, pero la adenopatía se presentaba en regiones donde es la regla encontrarla en la Sífilis. Esta enferma había sido tratada en el 2º Servicio de Cirugía con una inyección de 606 en las venas, la ronquera se mejoró mucho y a la fecha continúa su tratamiento.

Recientemente se han señalado accidentes secundarios de observación poco común, el pemplugus que antes sólo se había notado en los niños, hoy ha sido colocado entre las manifestaciones del adulto y su naturaleza sifilítica será indiscutible porque Schener ha encontrado el treponema en la serosidad de las burbujas, el caso de Schener se presentó a los cuatro meses de la infección y en un hombre de treintidós años Leviser y Nicolás han estudiado un eritema nudoso y polimorfo ordinario, a veces se traduce por eritema, pápulas, nódulos, etc., la diferenciación principal de ese raro accidente debe hacerse con las gomas precoces; cuando se ha presentado lo ha hecho con otras manifestaciones periósticas o articulares y además de estos caracteres se presenta tan raramente que las observaciones de 1911 a la fecha no se han multiplicado.

Ya Jeanselme había encontrado que la Sífilis de la lengua era muy rara en los trópicos, fuera de algunas placas mucosas no se encuentran otras lesiones en nuestro Hospital, y esto se extiende a las manifestaciones terciarias porque las glositis son rarísimas y lo mismo se diría de las gomas y úlceras terciarias. Tal vez estas lesiones pasan desapercibidas ya que Fournier conociendo la latencia de las placas mucosas, fuente grave de contagio, recomendaba examinar la boca de los sifilíticos escrupulosamente.

Ahora que estudiando el tratamiento intensivo de la Sífilis, ha llegado a modificarse notablemente la evolución de la infección francastoriana; los sifilígrafos han señalado la mayor frecuencia de las sífilides retardadas; así Gougerot que se ha ocupado extensamente del asunto, describe roséolas que se han presentado ciento setentinueve días después del chancro en enfermos tratados enérgicamente por el mercurio; en los tratamientos por el Salvarsan se observan en mayor número las sífilis retardadas, ya Gaucher ha demostrado la acción retardante de este medicamento; así se ha llegado a encontrar roséolas nueve meses después del chancro (Milian). Si comúnmente el chancro aparece a los 20 o 30 días del contacto y la roseola y las placas mucosas sobrevienen cuarenta días después del principio del chancro, en la Sífilis llamada retardada, no se hace en el plazo señalado, sino que retarda, se manifiesta tres meses y aun más después del chancro, y muchas veces, la Sífilis existe completa, clásica con todos los síntomas del período secundario viene a constituir la Sífilis retardada completa. Pero puede la generalización traducirse por un solo síntoma, en este caso es la Sífilis retardada completa; en el cual el treponema es atenuado al pararse retardado en su evolución, reduciéndose sus manifestaciones a unas pocas placas mucosas o simplemente a la adenopatía. A veces la Sífilis queda clínicamente muda; su presencia sólo es reveladas por

el síntoma serológico, por una reacción de Wassermann positiva, que aparece tardíamente. Gougerot explica la Sífilis del tratamiento, los treponemas son estorbados en su desarrollo, avanzan lentamente a lo largo de las vías linfáticas y aquellos que invaden la sangre son destruidos sin haber podido multiplicarse, por este medio la generalización es impedida con un tratamiento suficiente y prolongado, la infección puede ser incompletamente yugulada; esa sería la Sífilis clínicamente curada con Wassermann negativo. Si la infección persiste sin dar signos clínicos, la cero-reacción aparece, son las sífilis mudas con Wassermann retardado positivo. Si el tratamiento es insuficiente o corto; o si la infección es muy activa, la generalización, aunque retardada, se produce dando lugar a la Sífilis retardadas, incompleta o completa, esta es sólo una cuestión de grado.

Accidentes terciarios

En realidad no hay accidentes terciarios, ni accidentes secundarios de Sífilis; existe solamente un período secundario, que comprende los accidentes precoces y un período terciario, constituido por los accidentes tardíos (Gaucher); si los elementos del terciarismo no son menos precoces que los llamados secundarios, fácil es comprender que la división clásica de los accidentes de la Sífilis tenía que ser revisada. La generalización del microorganismo anterior a toda mani-

festación clínica, según creen algunos autores, hace pensar en que el treponema, que en hora temprana invade todos los tejidos, todos los aparatos y todos los órganos, pueden producir lesiones, que por su localización y gravedad, recuerden las que se acostumbraba describir como terciarias o tardías; sólo que más precoces y más entendidas de lo que antes se pensaba.

Otra condición que contribuye a borrar el límite clásico de las manifestaciones específicas es la de aparecer los accidentes, reputados como secundarios, en una época lejana del chancro; a veces con caracteres un poco diferentes; pero también francamente iguales a los que aparecen en los primeros meses de la infección, también hay lesiones que aunque perteneciendo sobre todo al período terciario, se presentan precozmente acompañando lesiones secundarias, solo que en este caso son más numerosas y menos desarrolladas. Recordemos, por otro lado, que las placas mucosas reconocidas como elementos secundarios típicos, recidivan frecuentemente hasta 10, 15 y 20 años después, esta tenacidad de lesiones tan contagiosas contribuye a la diseminación de la Sífilis (Castaigne). Los accidentes cutáneos tardíos, frecuentemente en el período terciario, han sido divididos por Fournier en dos categorías, sífilides tuberculosas y tubérculo ulcerosas. Entre nosotros es frecuente encontrar las dos formas; la forma circinada y el color de jamón de estas

lesiones son características, la disposición en anillo y en herradura ha sido señalada en casi todas las formas de sífilide tuberculosa entre nosotros, donde señalaría también por su tendencia a formar costras. La sífilides tubérculo-ulcerosas son extremadamente comunes en los trópicos, (Jeanselme) se las ve revestir la forma terebrante o fagedénica en tal alto grado que se ha llegado a decir que la sífilis tropical es sobre todo mutilante. En nuestras clínicas se ven úlceras enormes que curan con el tratamiento específico, tienen predilección estas lesiones por las pantorrillas. Se han señalado formas como las que los autores describen con el nombre de sífilides lupoides, un caso que fue curado por el Salvarsan se publicó en nuestros «Archivos del Hospital» en 1911; era tan típico que se había hecho el diagnóstico de Lupus exedens; sospechóse de especificidad y la rapidez de la curación vino a dar razón a esta sospecha, se trataba de un caso de Sífilis rara, descrita por Sánchez bajo el nombre de Sífilide lupoide de la nariz. Como lo ha observado el profesor Jeanselme, en los trópicos, la erupción de Sífilides, tuberculocrustáceas es precoz entre nosotros, aquí hemos visto casos en que las lesiones se caracterizaban por dos condiciones; precoces y extendidas en la superficie del cuerpo en gran número como una erupción secundaria, tendrían del terciarismo, la profundidad, la tendencia a la destrucción. La lesión prototipo de la Sífilis terciaria, la goma, reviste caracteres pareci-

dos a los que le describen en Europa; aquí como allá su aparición tardía casi siempre, pueden hacerse antes que el chancro haya cicatrizado, nueva prueba de que la distinción en secundarios y terciarios se aplica, no a los accidentes, idénticos, son diseminados o agrupados. Hace unos meses llegó un caso de goma profunda del velo del paladar al Servicio del Dr. Velasco, la lesión había perforado el velo, y deformado toda la garganta, a pesar del aspecto tuberculoso de las lesiones se la trató por el neo salvarsán obteniéndose un efecto sorprendente. En varias ocasiones se han visto casos parecidos en el transcurso de un año que hemos asistido al 3er. Servicio de Medicina.

Las úlceras sifilíticas terciarias se ven frecuentemente en la práctica diaria del Hospital, ya las observaciones de los médicos franceses que han ejercido en las colonias, habían señalado esas enormes capas tubérculo gomosas de tipo serpiginoso que ulceran de preferencia los miembros, por esto la mayor parte de los sifilígrafos que se ocupan de la Sífilis tropical, concluyen que la característica de ella es dirigirse casi exclusivamente sobre el tegumento externo y el apartado locomotor (Jeanselme). En nuestros hospitales se ven úlceras sifilíticas que cubren casi todo el miembro inferior y que ceden prontamente al tratamiento específico, cuando hacían pensar en la amputación como único remedio; en el 6º Servicio de Cirugía tuvimos ocasión de ver una

enorme ulceración terebrante que invadía hasta el muslo y que mejoró prontamente con una inyección de 606. Como entre nosotros no se presentan esas sífilis, que desprenden las falanges y reducen los pies y las manos al estado de muñones inconocibles, creemos que nuestra Sífilis sería poco mutilante; no hay entre nosotros esa tendencia a roer las extremidades que caracteriza la Sífilis del Extremo Oriente.

La Sífilis terciaria, de manifestaciones múltiples y diseminadas, complicada de fagedenismo entre nosotras con bastante frecuencia; ataca las vísceras con menor frecuencia que en otros países; pero las manifestaciones viscerales están lejos de ser raras, las manifestaciones nerviosas son quizá las más frecuentes; entre los 25 enfermos del 3er. Servicio de Medicina, que habían en la última semana de Noviembre, se contaban tres afecciones medulares cuyo origen fue confirmado por la eficacia del tratamiento específico.

En otros países tropicales, se había señalado la ausencia de manifestaciones terciarias en las vísceras, ella sería debida quizá a que la infección se lleva sobre órganos jóvenes y sanos, sobre los cuales no pesan taras hereditarias y adquiridas como el alcoholismo la poca frecuencia de las causas ayudantes graves explicaría quizá la poca gravedad de la infección sifilítica; entre nosotros, la frecuencia del alcoholismo, las infecciones crónicas y

en especial el paludismo, contribuirán a hacer relativamente frecuente la Sífilis visceral que es la Sífilis que mata porque compromete y aniquila las funciones orgánicas, hay una gravedad mayor en aquellas manifestaciones que se verifican sobre las arterias y el sistema nervioso (Castaigne).

Flebitis sifilítica

Considerando la Sífilis como una verdadera septicemia, al menos en algunas de sus etapas, la localización del treponema en las venas y la determinación de una flebitis nos aparece como una consecuencia lógica, y si la clínica nos señaló su presencia, hoy la Bacteriología nos ha dado la confirmación Nattan LARRIER y Brindeau, han encontrado el parásito en las lesiones de la pared venenosa.

La flebitis sifilítica fue ignorada y salvo algunos casos aislados, el primer estudio sobre ella fue hecho por Mendel en 1894; Bondesio, Mauriac, Roussy han completado su descripción ya bastante completa, confundida entre las otras flebitis infecciosas nos pasaría desapercibida sino tuviéramos la noción de su existencia; porque sus síntomas nada tienen de peculiar y su evolución nada ruidosa, hace que sea el azar de un examen cuidadoso el que la descubra; por su indolencia y la poca gravedad que reviste, es una afección de la cual los enfermos no se quejan, si acaso los trastornos funcionales de la marcha cuando se

sitúan las lesiones en los miembros inferiores, las denuncia al enfermo. Afección tórpida y sórdida, la flebitis sifilítica pasó ignorada hasta hace muy poco, porque datando de apenas veinte años, su frecuencia no ha aumentado con la investigación sistemática de la mayoría de los sifilígrafos; ya Renault en 1914, hacía notar su rareza y ahora Gaucher y todos sus discípulos, Rostaine principalmente, no han reunido más de cuarenta observaciones de flebitis sifilítica secundaria. Las flebitis terciarias serían más raras aún. Sin ser una rareza, ya se ve que la flebitis no es una manifestación frecuente de la Sífilis; entre nosotros sólo las dos observaciones que publicamos hemos conocido y creemos que con la resolución de buscarla, la encontraríamos algunas veces más. Más frecuente en el hombre en las cuarenta observaciones que cuenta Rostaine, se encontraban 31 hombres por nueve mujeres; a propósito de esto, se ha querido explicar la predisposición en el hombre, por la mayor frecuencia en éste, de las fatigas, de los esfuerzos, así en la observación de Dieulafo y el paciente era vendedor de vino; sin embargo se ha visto aparecer flebitis sin causa ocasional aparente.

Las flebitis sifilítica pueden aparecer en el primero o segundo año de la infección, pero más frecuentemente es un accidente precoz su mayor frecuencia sería de los dos a seis meses de la aparición del chancro; también puede ser

mucho más precoz, coincidiendo con la roseola y las placas mucosas y aun adelantándose. Le Noir y Girdwood señalan un caso en que la erupción cutánea no apareció sino después del principio de una flebitis superficial, también Fournier y Leeper encontraron un caso en que la flebitis había precedido dos días a la aparición de manchas papulosas. Nada extraña sería la precocidad que se explica por la aparición temprana del treponema en la sangre; Neisser en el Congreso de Berna, comunicó haberlo encontrado circulando desde los catorce días de la primera incubación. Jullien había señalado en 1914 dos clases de flebitis sifilítica: una precoz, afegmática y resolutive que alcanzaría las venas superficiales y raramente las profundas y otra que Philippson, Marcuse y Blaschko han relacionado a la trombo flebitis nodular y que aparecía en los cuerpos cavernosos especialmente; Nobre niega que estas lesiones sean venosas; él las refiere a la linfagitis y perilinfagitis que se presentaría sobre todo en el dorso del pene.

La flebitis sifilítica se instala habitualmente en silencio, no se acompaña de síntomas ruidosos y el dolor es nulo o únicamente despertado por la presión; sin embargo Jullien, que ha descrito una flebitis infecciosa le atribuye dolores, vivos a veces, de exacerbación nocturna, también Rostaine describe tipos en que el dolor predominaba haciendo los movimientos difíciles y aun imposibles, la observación de Dieu-

lafoy relata una flebitis que principió con dolores bastante intensos que impedían dormir al enfermo y que se exacerbaban por momentos; igualmente el enfermo de Mauriac, tuvo dolores que comenzaron bruscamente y con alguna vivacidad. Fuera de estas excepciones, la flebitis tiene un comienzo sordo, y es la casualidad la que hace al médico o al enfermo descubrirla: en los dos casos que hemos observado, los dolores eran nulos en uno y en el otro, sólo se revelaban por un ligero dolor en el talón, que aparecían con la marcha y por dolores provocados por la presión, sin embargo, el principio había sido sordo y solo la observación reveló la existencia de la flebitis. La ausencia de trastornos generales y en particular, la fiebre, ha sido señalada por todos los autores, ya Jullien en su memoria hacía notar la evolución apirética de la flebitis específica, Rostaine, dice que excepcionalmente el principio de la flebitis es marcado por una invasión febril, en estos casos se observa un ligero ascenso térmico que dura veinticuatro o cuarentiocho horas, pero sin acompañarse nunca del cortejo habitual de los síntomas generales graves; la flebitis tiene una evolución característica cuando es específica, quizá esto sea uno de sus caracteres distintivos: Fournier, escribe en su «Traité de la Syphilis», ella comienza bruscamente con una modalidad subinflamatoria, después rápidamente se cambia para convertirse en una modalidad fría, en la cual se manifiesta por una induración plástica de la pared

vascular. Pocas flebitis evolucionan bajo esta forma. Precedida o no de pródromos, pezantes, hormigamientos, calambres en el miembro que va a ser atacado, la flebitis ataca sobre todo las venas superficiales, y entre estas con predilección, las de los miembros inferiores, por orden de frecuencia señala Dieulafoy: la safena interna, la safena externa, las basilicas y las cefálicas. La vena no siempre es atacada en toda su extensión, a veces se limita a una pequeña porción del vaso; es la flebitis parcial; también invade toda la vena de un segmento de miembro, constituyendo así la flebitis segmentaria; y cuando se generaliza a todo el vaso desde su origen hasta su término, recibe el nombre de flebitis total, raras veces toma la vena un aspecto monoliforme, en el cual, trozos sanos alternan con regiones enfermas, llegando a tomar el tipo de la flebitis fragmentada de Roussy. Cuando las venas enfermas son profundas, lo cual es bastante raro, la evolución y el aspecto de la afección es el de la phlegmatia alba dolens, como en un caso de la vena poplítea observado por Audry y Constantin y en otro acompañado de trombosis que refiere Mauriac.

La flebitis sífilítica puede ser doble de conjunto y simétrica como en el enfermo de Roussy, que presentaba una flebitis quádruple ocupando las cuatro venas superficiales de los miembros inferiores, a derecha, sobre el trayecto de la safena interna, se apercibía una línea castaña, pigmentada y del ancho de

un dedo; a la palpación se sentía un cordón duro del grueso de un lápiz, la safena externa no presentaba ningún signo exterior; pero al palparla se encontraba un cordón indurado de quince centímetros de largo. A izquierda, la safecha externa estaba más atacada que la interna, y sobre el trayecto de la primera se veía una línea ligeramente rosada que a la palpación señalaba un cordón duro y voluminoso. La safena interna estaba más ligeramente endurecida, pero en todo su trayecto. También la flebitis puede ser múltiple y revestir múltiples localizaciones sobre el mismo sujeto; y si otras enfermedades provocan flebitis múltiples, ninguna poseería tan marcada propensión a causarlas como la sífilis (Dieulafoy), en 36 observaciones, 22 han tenido flebitis múltiples, y como una observación de las más demostrativas. Rostaine cita la de Gaucher y Touchard, que hace relación de una flebitis en un hombre de cuarentidos años, al ingresar al Hospital, el sujeto presentaba dos chancros duros, que databan de un mes y además tenía sífilides papulosas generalizadas. Cuatro días antes de entrar al Hospital, había sentido un dolor poco vivo al nivel de la cara interna, de la rodilla y pierna izquierda, dolor suficiente para determinar un estorbo notable para la marcha. Se encontró una flebitis del tronco de la safena interna, que estaba claramente indurada y parecía bajo el dedo como un grueso hilo metálico. La induración se extendía como 25 centímetros y se

denunciaba por una línea rojiza. Dolor a la palpación poco acentuado. No hubo trazas de edema en toda la evolución de la afección ni se encontró trombosis. Temperatura normal. Cinco días después del miembro izquierdo, el derecho presentó una flebitis de la safena interna con los mismos caracteres y en un punto exactamente simétrico al izquierdo. Tres días después una tercera flebitis aparece en un tronco venoso de la cara interna del antebrazo muy cerca de la sangría.

También recidivante, la flebitis sífilítica evoluciona en cuatro o seis semanas como todas las flebitis en general; pero también puede ser su duración más larga y Dieulafoy dice que no hay que creer que siempre la flebitis sífilítica sea de corta duración; casos se han señalado en que la multiplicidad de las lesiones y las recidivas han alargado la evolución a cinco o seis meses. Pero las flebitis específicas curan completamente bajo el tratamiento que les conviene; las venas atacadas recobran por completo y muy pronto su elasticidad y su blandura; y en su evolución, está muy lejos la afección que nos ocupa de ofrecer esa gravedad de las otras flebitis; nunca la embolia ni los infartos consecutivos han venido a turbar la evolución lenta, pero benigna de la flebitis sífilítica; y si estas complicaciones no han sido señaladas, sería de desear que nunca lo fueran.

El diagnóstico de la afección que estudiamos, presenta dos eta-

pas 1º, determinar la flebitis, y después saber si es sífilítica. Clásico el cuadro de la flebitis, su diagnóstico no ofrece dificultad más que con las linfagitis, pero esta concluye a ganglios tumefactos o dolorosos, además el cordón duro de una linfagitis no corresponde al trayecto de una vena. Fournier ha descrito el signo de la comprensión, que consiste en comprimir la raíz del miembro enfermo, al tratarse de una flebitis todos los troncos venosos están turgescientes, menos el que está atacado de flebitis y en el segmento situado arriba de la obliteración. Si hemos diagnosticado una flebitis, nos faltará saber cuando debemos incriminar a la Sífilis; este diagnóstico causal se basaría sobre la coexistencia de accidentes sífilíticos secundarios, sobre la forma tórpida de la afección que no se acompaña de reacción febril y sobre su evolución que es bastante particular. En cuanto al diagnóstico de la naturaleza de una flebitis, hay que pasar revista a todas las causas capaces de engendrar una flebitis y si no se encuentra una de éstas, y si de otra parte la flebitis aparece en las primeras semanas o en los primeros meses después del chanco; y con mayor razón al mismo tiempo que los accidentes secundarios, hay que pensar que la flebitis es sífilítica. (Dieulafoy).

La histología patológica no revela lesiones características de la flebitis sífilítica; de dos exámenes debidos a Bondesio y a Mendel, ninguna forma anatomo-patológica

especial se desprende; la investigación del treponema, que confirma la especificidad de la afección, había sido negativa hasta que Nattan-LARRIER y Brindeau encontraron el parásito en las paredes venosas.

El tratamiento recomendado por los autores es el mercurial, a Dieulafoy le parece inútil el Yoduro de potasio; y aunque nunca la flebitis específica se ha complicado de embolia, le parece conveniente inmovilizar al enfermo como es de rigor en todas las demás flebitis infecciosas.

Pleuresías sifilíticas

La pleura, órgano linfático, no podría escapar a una infección que tiene una predilección particular por el sistema linfático en cierto período de su evolución (Bazin). Pero la pleura como la tráquea y los bronquios, pueden ser atacados al principio como en las etapas más lejanas de la Sífilis, entretanto que el pulmón no es alcanzado más que en una época generalmente tardía, sin embargo, la frecuencia de los accidentes traqueo-bronquiales y pulmonares terciarios es mayor que la de las manifestaciones secundarias que llevan su acción principalmente sobre las vías aéreas superiores y sobre la pleura, y aún sobre la existencia de estas últimas, especialmente las pleuresías del período secundario, una duda reina entre autores competentes; y es que la historia de estas manifestaciones, no está establecida sobre una base

sólida constituida por datos clínicos y anatomo-patológicos indudables; así para las pleuresías secundarias falta el control anatómico, porque las conclusiones hasta la fecha son inciertas y los exámenes bacteriológicos han permanecido mudos; esperamos que el perfeccionamiento de la técnica permitirá encontrar el treponema en los exudados de estas manifestaciones secundarias para que esta comprobación permita establecer su origen, así como la constatación de producciones gomosas y esclero-gomosas en las terciarias ha fundado firmemente su especificidad no puesta en duda por nadie ahora. Por ciertas codiciones, demasiado frecuentes para ser coincidencias, se ha llegado a sospechar primero y después a afirmar la naturaleza sifilítica de estas manifestaciones secundarias que aparecen frecuentemente en el mismo tiempo que los accidentes roseólicos y que desaparecen junto con ellos bajo la influencia del tratamiento específico, la observación de pleuresías coincidiendo con accidentes cutáneo-mucosos del período secundario, había llamado la atención de muchos clínicos desde hace largo tiempo; pero el origen sifilítico fue afirmado por Chantemesse, Widal que hicieron la primera descripción completa en 1890. Estudiada su sintomatología por Carra, Rochon y Pretorius, el estudio citológico fue hecho por Oetinger y Malloizel que se esforzaron por determinar la fórmula citológica del derrame llegando a obtener resultados que, «rehabili-

tarían las pleuresías sifilíticas como específicas de la avariosis»; sin embargo la fórmula encontrada no es especial a la Sífilis como lo confiesan los mismos autores (Segent). Lancereaux y otros autores llegan a negar formalmente las pleuresías sifilíticas secundarias porque los antecedentes tuberculosos serían frecuentes en los sujetos atacados y aquí la infección pleural sería una tuberculosis pleural primitiva benigna en la cual «la sífilis jugarían un papel de causa ocasional, como lo hubiera hecho un enfriamiento (Landouzy).

Las pleuresías sifilíticas son precoces, aunque puedan aparecer en el segundo año de la infección, ellas se acompañan de accidentes cutáneo-mucosos, lo que les ha valido el nombre de pleuresías del estado roseólico y hasta se ha supuesto que podían ser la consecuencia de una verdadera roseola pleural. A esta opinión contribuye el hecho de haberla observado acompañando la roseola de retorno, son estos los casos de apareamiento tardío que se han señalado, también la pleuresía secundaria se ha visto ser acompañada de artropatías y de icterias secundarias. Las manifestaciones pleurales secundarias estarían lejos de ser raras, según Oettinger y Malloizel que las creen más frecuentes de lo que se piensa generalmente, pero sería una pleuresía que pasaría desapercibida y que es necesario buscar debido a lo poco ruidoso de su evolución y su letencia muy a menudo observada; los autores

citados dicen que examinando sistemáticamente todos los sifilíticos secundarios, se la encontraría en un tercio de los casos; estos parecería exagerado tan acostumbrados estamos nosotros a desconocer las pleuresías sifilíticas. Clínicamente, la pleuresía sifilítica se traduce por un cuadro sintomático semejante a todas las pleuropatías, por lo menos en lo que se refiere a signos físicos, acompañada o no de derrame, se traduce en el primer caso por ligera sub-macidez y frotos, también en el segundo se manifestaría por los signos de un derrame, en general, poco abundante y que pasaría raramente de un litro, la pleuresía puede ser unilateral; pero es más frecuente que alcance los dos lados.

Los signos funcionales no varían mucho de los de las demás pleuresías, caracterizándose por una tendencia a la sordidez, a la latencia; pero a veces se acompaña de signos ruidosos, dolor de costado agudo, síndrome frénico, fiebre alta, etc. Las pleuresías específicas no son, pues, accidentes que se denuncien por trastornos que llamen la atención son afecciones que hay que despistar por un examen cuidadoso del aparato respiratorio de los sifilíticos, de descuidarlos se correría el riesgo de desconocer una pleuresía muy a menudo fugaz y que siempre es útil comprobar siquiera por fines científicos: ya que al acompañarse siempre de accidentes cutáneos y mucosos, hacen estos instituir un tratamiento que junto con los accidentes superficia-

les hace desaparecer la pleuresía que aparente de la pleuresía secundaria estaría en relación con lo poco ruidosos que son estos accidentes que evolucionan casi siempre en el estado de latentes. En el enfermo de la observación No 2, donde nos fue dudosa la especificidad de la pleuresía, la afección tenía un carácter insidioso que sólo por una ligeros se llegó a conocer, no podemos afirmar que la pleuresía en cuestión fuera sifilítica, sin embargo, nos quedaría un poco de duda.

Sergent, describe como caracteres sintomáticos particulares: la atenuación de los signos funcionales y físicos, la bilateralidad habitual, la benignidad ordinaria, la coincidencia con los accidentes cutáneo-mucosos y la rapidez de la resorción bajo la influencia del tratamiento específico. El conjunto de estas particularidades y principalmente las dos últimas constituirían una presunción seria para suponer sifilítica una pleuresía, solo faltaría en este caso considerar si los caracteres histo-bacteriológicos favorecen la noción de especificidad; Landouzy es de opinión que se hagan inoculaciones intraperitoneales al cobayo con el líquido pleural y el cree que en este caso la tuberculización del animal probaría la naturaleza bacilar de las pleuresías que sufren los sifilíticos, las cuales son de soporte sifilítico y de naturaleza bacilar (Jacquinet).

Los datos que resolverían la cuestión no son fácilmente obteni-

bles, el treponema no ha podido ser encontrado en los exsudados pleurales, sin duda por falta de una técnica apropiada, Oettinger y Malloizel que investigaron con particular atención el treponema, en sus casos no pudieron encontrarlo; muy lógico es suponer que siendo la pleuresía del estado roseólico una manifestación secundaria, el treponema se encuentra como en todas las lesiones de este período; si algo nos hace falta para descubrirlo, es de sospechar que hoy que Noguchi ha logrado cultivar en estado de pureza el parásito, la presencia del treponema es constataría en los exsudados pleurales, como ya se comprobó con la parálisis general y otras afecciones que consideradas como parasifilíticas, hoy se consideran como manifestaciones debidas a la infección y no a sus secuelas; pero antes que esto nos queda el examen serológico por la aplicación del Wassermann al derrame pleural; muchos autores creyeron suficiente la presencia de anticuerpos, probada por la desviación del complemento, para afirmar la naturaleza sifilítica, en una observación de Bezangon y Gastinel vino a probarse lo contrario: Roger y Sabareanu que pensaba haber dado un método de diagnóstico seguro en el resultado positivo de la reacción de fijación con el líquido pleural, han tenido que sufrir una decepción con el siguiente hecho comunicado a la Sociedad Méd de los Hospitales: en un sifilítico secundario con pleuresía sero-fibrinosa apirética y en el cual el Wassermann era po-

sitivo en el líquido pleural y en el suero sanguíneo, la homogeneización de los esputos y la inoculación al cobayo, probó la presencia del bacilo de Koch, así Sergent estima que es necesario distinguir dos categorías de pleuresías en los sífilíticos asociados a gomas pleurales y pulmonares y las pleuresías sero-fibrinosas secundarias que no podían ser consideradas como específicas más que cuando una técnica perfeccionada permita describir el espiroqueto en el líquido pleural. Darier ha insistido sobre la investigación comparativa del Waseermann en la sangre y en el derrame y dice no haber encontrado sífilis secundaria de la pleura, Bezangon y Gastinel piensan que es difícil afirmar la existencia de pleuresías sífilíticas secundarias y actualmente se ha llegado a concluir que, como otras manifestaciones pleurales, la mayor parte de las pleuresías sífilíticas secundarias y actualmente se ha llegado a concluir que, como otras manifestaciones pleurales, la mayor parte de las pleuresías sífilíticas secundarias, deben ser consideradas como manifestaciones tuberculosas atenuadas en sífilíticos.

El cito-diagnóstico que tan bellos resultados ha dado en el conocimiento de la mayor parte de las pleuresías tuberculosas, aquí no ha hecho sus pruebas, Oettinger y Malloizel buscaron una fórmula leucocitaria que caracterizara los derrames específicos, a pesar de un examen señalado por Ravaut que hizo concebir las mayores esperan-

zas; Oettinger y Malloizel que trataron de establecer que la fórmula citológica de la sífilis pleural está particularizada sobre todo por una abundancia considerable de elementos endoteliales y de las células del tejido conjuntivo que constituye la pleura, no han podido negar que esta fórmula no es especial a la sífilis, así Sergent concluye en reconocer que el cito-diagnóstico de la pleuresía sífilítica está por determinarse aun.

Como último recurso nos queda el tratamiento específico para probar la naturaleza de las pleuresías del período roseólico, una pleuresía que aparece junto con los accidentes secundarios y que evoluciona con ellos hasta desaparecer bajo el tratamiento antisifilítico, es específica? A primera vista cualquiera diría que sí. Sergent casi afirma que no: porque la sífilis principiante, por el ataque general que hace al organismo, puede despertar una tuberculosis latente, y si consideramos que las manifestaciones de la tuberculosis en los sífilíticos son frecuentemente mejorables y aun curables por el tratamiento específico, llegaremos a pensar que la resolución del derrame pleural sea debida a que el enfermo, encontrándose en pleno empuje de su sífilis secundaria, del hecho del tratamiento modifique el terreno sífilítico sobre el cual ha germinado la tuberculosis pleural. Esperemos el treponema como único árbitro de una cuestión tan ardientemente discutida.

Sífilis del hígado y bazo

La sífilis hepática es hoy más frecuente que antes, quizá porque el Wassermann permite despistarla, ya que clínicamente no se traduce por ningún signo patognomónico. Schragel y Roper recientemente han probado apoyados en los accidentes serológicos (ese nuevo signo de sífilis en evolución que se llama Reacción de Wassermann) que la sífilis del hígado no es rara como se creyó hasta hace muy poco; Fournier, Ehlers, Mauriac, Flexner no encontraron más que 129 casos en más de 12,000 sífilíticos terciarios examinadas, el porcentaje resultó ser de 0,97%. Gerhardt en diez años de clínica en Wurtzbourg no observó más que cuatro casos de sífilis hepática. Entre las demás manifestaciones viscerales de la avariosis, la mayor frecuencia corresponde al sistema nervioso; el hígado ocuparía el sexto lugar con una frecuencia igual a la del riñón, según Fournier. Ahora esta noción de rareza en la sífilis hepática desaparece ante la prueba que aporta el Wassermann, ya muchos autores dan como regla sospechar la sífilis tras las afecciones hepáticas más variadas; por esto un tratamiento de prueba es instituido en muchos casos y la mejoría acusada ha venido a darnos la convicción de que muchas cirrosis, muchas icterias son debidas al treponema que al determinar lesiones originan cuadros clínicos semejantes a las manifestaciones infecciosas producidas por cualquier otro agente.

Los síntomas clínicos y los signos físicos de la sífilis hepática terciaria no tiene nada de particular; por esto el diagnóstico es tan difícil y los errores tan frecuentes; únicamente la evolución un poco característica y la presencia de accidentes sífilíticos concomitantes o las trazas de lesiones curadas y el interrogatorio revelador de sífilis en los antecedentes, pueden inclinar hacia la sífilis, un diagnóstico causal que se atribuye a otras causas aún no bien determinadas; muchos individuos con la apariencia de cirróticos clásicos son sífilíticos en los cuales un tratamiento apropiado lleva la curación; pero a veces los antecedentes de alcoholismo bastan para explicar una cirrosis que el alcohol no ha hecho del todo; el hígado, como dice Mauriac, es un campo de predilección para los ataques separados o reunidos del sífilismo y del alcoholismo; porque en gran número de ocasiones el alcohol solo ha favorecido la localización hepática de la sífilis, y como éste, el saturnismo y entre nosotros el paludismo se asocian para llegar a constituir estas formas clínicas de sífilis hepática terciarias que Mauriac ha llamado formas etiológicas mixtas; etilo-sífilíticas, Saturno-sífilíticas, paludo-sífilíticas, por desgracia estos hechos no están bien determinados y aun poco conocidos Hudelo, que se ha preocupado del asunto admite que el parénquima hepático se encontraría en un estado de menor resistencia por los asaltos de las fermentaciones y las infecciones digestivas causadas

por el alcohol; también todas estas causas ocasionales pueden reunirse y presentarse en un mismo caso, como en la observación de Causade y Milhiet en el cual el enfermo era a la vez, etílico, palúdico, tuberculoso y sífilítico.

Además de estas causas predisponentes y ocasionales, se ha señalado el traumatismo, las afecciones hepáticas anteriores; también la edad y el sexo parecen jugar un papel regular en las hepatitis terciarias; de treinticinco a cincuenta años sería la edad en que con mayor frecuencia se presentarán; siendo los hombres los más comúnmente atacados por la frecuencia de la intoxicación alcohólica en ellos (Castaigne). Apareciendo cinco o veinte años después del chancro en la mayoría de los casos, la sífilis hepática terciaria, puede ser precoz hasta presentarse dos meses después del chancro (Drühe); sin embargo el dato de la aparición de la hepatitis en relación con la edad de la sífilis, estaría dificultada por la manera insidiosa como comienza y por lo tardía que hacen la consulta los enfermos que hasta que la afección está muy avanzada se deciden a ver al médico; también hay enfermos en los cuales el accidente primitivo ha pasado desapercibido.

Clinicamente la hepatitis terciaria se presenta con el cuadro siguiente en la mayoría de los casos en un individuo de 40 a 50 años, que ha contraído la sífilis hace 20 años y que ha descuidado el trata-

miento creyéndose curado definitivamente, aunque conservando una buena salud, el adelgazamiento se presenta al mismo tiempo que se presentan trastornos gastro-intestinales poco acusados que no inquietan al enfermo; pero el tinte terroso que toman la cara y las extremidades principalmente, la aparición de edemas en las piernas, el hinchamiento del vientre por la ascitis, una ictericia persistente alguna que otra vez, todo esto indica al enfermo que está gravemente comprometida su salud. El examen revela un hígado grueso, desbordando las falsas costillas, rugoso, con desigualdades y doloroso al tacto. El bazo aumentado y la ascitis con edemas de los miembros inferiores completa el cuadro de una cirrosis vulgar. Con frecuencia este es el diagnóstico establecido y el tratamiento se resiente de este error, sin embargo, cuando algún indicio hace sospechar la sífilis, los trastornos ceden al tratamiento adecuado.

En el terciarismo hepático es frecuente la hipertrofia que sería constante en algunas etapas, pero esto es sumamente variable; el hígado, grueso siempre en algunos casos, puede no aumentar de volumen. Gerhardt ha señalado en 19 casos 16 en los cuales había hipertrofia apreciable; Fouquet, en 44 observaciones, encontró la hipertrofia hepática 39 veces: la hipertrofia que al principio es uniforme, por consecuencia del proceso cirrótico, se vuelve irregular; el hígado se atrofia por partes para aumentar en

otras; y así se viene a constituir esa deformación tan característica de los hígados sífilíticos, la hipertrofia se verifica sobre el lóbulo derecho de preferencia, también la hipertrofia puede llevarse sobre un lóbulo que se pediculiza formando un tumor móvil, que se presta a confusiones de diagnóstico. La hipertrofia del bazo es frecuente, y algunos autores la creen constante al grado de que Gerhardt la propone como signo diferencial entre el cáncer y la hepatitis terciaria. El aumento de volumen del bazo es a menudo considerable sobre todo en las formas llamadas hiperespleno-megálicas. La ascitis, síntoma tardío, es frecuente en las formas atróficas, sin embargo Chovostek la señala en igualdad de frecuencia en las hipertróficas, esta ascitis producida por obstáculo a la circulación portal; es poco abundante y el líquido tendría poca tendencia a reproducirse; se acompaña de circulación complementaria colateral y los caracteres del derrame son los ordinarios. Se trata de un líquido cetrino amarillo y espumoso, que puede ser quiloso (Veil) o hemorrágico; Gaucher piensa que la coloración del líquido por la bilis, debe hacer sospechar la sífilis; debido a que esta coloración verdusca no se presenta en la cirrosis alcohólica; y aunque este tinte verdoso no es constante en la ascitis sífilítica, cuando se encuentre en un caso de duda, es necesario sospechar una sífilis del hígado. Las hemorragias son menos frecuentes en la hepatitis terciaria que en la cirrosis alcohólica; las he-

matemesis por ruptura de várices esofágicas, las epistaxis, los flujos hemorroidales son las principales hemorragias observadas también se han visto ascitis rojas por una hemorragia peritoneal. A pesar de que Rendu consideraba la ictericia como poco frecuente, la estadística muestra lo contrario. La fiebre que se observaría poco en la sífilis hepática, es sin embargo un síntoma observado ya, como las formas tifoide, piohémica, etc; Klemperer la creó debida a la absorción de toxinas elaboradas por las lesiones gomosas, otros autores creen que sea debida a productos elaborados por los treponemas mismos. En cuando a las formas clínicas detalladas en la observación, creemos que es suficiente con lo expuesto en ella. Observación única, la nuestra, creemos que será un testimonio de la existencia de la sífilis como factor de nuestras hepatitis, y si algún estudio se emprende en nuestros cirróticos, talvez los casos se multiplicarían, contribuyendo a la formación de nuestra Sifiligrafía.

Sífilis del sistema nervioso

De todas las manifestaciones de la Sífilis, las más frecuentes serían para Fournier las del sistema nervioso, quizá lo sean más que las lesiones cutáneas y sub-cutáneas (Castaigne); el treponema hiere los elementos nobles por el intermedio de lesiones arteriales, venosas, linfáticas y meníngeas, el papel patológico de esta meningo-vascularitis (puede ser, el más importante)

ha sido puesto en evidencia por los trabajos de Ravaut; precoz o tardía, la aparición de estas lesiones comunes a la sífilis hereditaria y a la adquirida, determinan signos clínicos en relación con su localización y con su intensidad, en su grado menor pueden pasar latente durante largos años, y esta evolución insidiosa unida a la extrema variedad de aspecto de las manifestaciones clínicas, dificulta el diagnóstico; pero esta lesión precoz de las meninges, tan rica en consecuencias mórbidas, sería signo que inclinaría las sospechas del clínico hacia un diagnóstico causal bien determinado. En ciertas sífilis caracterizadas por accidentes cutáneos tenaces, es frecuente encontrar un ligero ataque de las meninges que se conoce únicamente por el examen del líquido céfalo-raquídeo: bien establecida por Ravaut, la precocidad de estas meningitis frustras la hace contemporánea de los accidentes secundarios y fácilmente curables por el tratamiento que cura estos mismos. Las manifestaciones clínicas de la sífilis nerviosa son en su mayor parte precedidas de estas reacciones raquídeas, cuya constatación permite preverlas y tratarlas preventivamente por una terapéutica oportuna. El examen físico, químico, citológico y biológico del líquido céfalo-raquídeo permite diagnosticar la sífilis meníngea que se traduce por una hipertensión, por la presencia de un exceso de globulina, apreciable por las reacciones Nornne-Apelt, Noguchi, etc.; también el Wasser-

mann puede servir aunque sea una prueba menos sensible que la albuminosis, que es abundante cuando la R.W. es positiva, siendo precipitable aun cuando el Wassermann es negativo, el examen citológico es considerado por Castaigne como el mejor medio de descubrir la meningitis latente; cuando es positiva, pone de manifiesto la presencia de linfocitos, polinucleares y flogocitos (Plasmocitos o Plasmazellen) la abundancia de estos elementos y su proporción varía con el grado de evolución de las lesiones. El valor de la reacción citológica es factible solo de una reserva; la linfocitosis debe ser atribuida a la sífilis, cuando es muy abundante y durable, que los linfocitos presenten una banda de protoplasma alrededor del núcleo; en fin que sean acompañados de macrófagos, flogocitos y aun de eosinófilos (Clovis).

Las formas clínicas de la meningitis sífilítica se han establecido últimamente, y además de la forma latente, se han señalado una forma frustrada [Milian]; que se manifiesta por cefalea moderada, a menudo acompañada de agitación, de insomnio, excitación, hiperestesia sobre todo lumbar, esbozo de Argyll-Robertson; reflejos exagerados y ciertas complicaciones, como neuritis ópticas, parálisis facial. Esta forma se caracterizaría por una sintomatología rudimentaria donde faltarían los elementos característicos. Se ha descrito meningitis sífilíticas agudas que toman un aspecto igual a las cerebro-espinales

y tuberculosas, y así bastantes tipos cuya descripción no cabe en un trabajo como este. Por las observaciones que consignamos querríamos hacer un ligero resumen de la sífilis medular tan frecuente entre nosotros; la sífilis lesiona primero la meningitis y los vasos; y según la predominancia de cualquiera de estos elementos, la meningomielitis afecta dos tipos principales; si la lesión es de predominio meníngeo, la afección constituye las meningitis espinales agudas y crónicas; el segundo tipo, el de las mielitis, está constituido por una sífilis de preferencia vascular. La manera de presentarse más frecuente es una parálisis espasmódica de conjunto o consecutiva a una parálisis flácida, acompañada de trastornos de los reservorios y de ligeros trastornos sensitivos.

En las mielitis específicas agudas se presenta una parálisis de principio brusco; pero cualquiera que sea el modo de principiar, es frecuente observarla precedida de prodromas que revelan la no integridad de las meninges que presentan lesiones difusas y superficiales, entre estos síntomas premonitorios, Dejerine ha llamado la atención sobre la claudicación intermitente de la médula que se acompaña de exageración de los reflejos tendinosos y demás signos de irritación medular [Babinski, Clonus, etc]. Una vez la mielitis comenzada por una verdadera apoplejía medular, raramente por una invasión lenta de la parálisis, se manifiesta por paráli-

sis, flácida al principio, espasmódica después, retención vesical y constipación, escaras rápidamente extendidas en los casos graves y trastornos de la sensibilidad, ordinariamente ligeros.

En la forma crónica se describen dos variedades: la mielitis transversa sífilítica y la parálisis espinal de Erb; estas formas crónicas de las cuales he escrito dos observaciones, presentan variedades de forma en relación con el sitio mielítico. El diagnóstico diferencial está expuesto en las dos observaciones citadas, no creyendo necesario recordarlo aquí.

Entre nosotros la sífilis nerviosa está lejos de ser rara; a raíz de la introducción en nuestro país del 606 se publicaron interesantes observaciones de sífilis nerviosa, sin embargo en lo que se refiere a las afecciones reputadas antes como parasifilíticas, el tabes se presenta; pero la parálisis general, no. En nuestro Manicomio que comprende un número de alienados no menor de 100, no hay un solo caso de parálisis general, y los casos observados en el país han sido europeos en su mayoría, quizá la falta de un neurotropismo engendrado por el desarrollo cerebral excesivo, la poca mentalidad nuestra, han hecho que la parálisis tan frecuente en otros países, nos respete; excesivamente numerosos en los países más civilizados; los casos de parálisis general son raros en los países salvajes; esta diferencia no estriba

solo en la raza sino en la cerebralidad. «En tanto que el árabe no puede hacer más que una sífilis ósea, cutánea, grosera, la que antes hacíamos nosotros, el israelita la orienta naturalmente hacia los centros nerviosos [Regis]». Y a medida que la civilización y sus consecuencias penetran en un pueblo, la parálisis general, aparece con una frecuencia paralelamente frecuente. Por eso Krafft-Ebing resumió la etiología de la meningo-encefalitis difusa en estas palabras célebres 1º, civilización; 2º, sifilisación.

Un norteamericano, externó la opinión de que la frecuencia de la parálisis general en los diversos países y en los diversos pueblos puede servir de termómetro relativamente a su grado de civilización; si es así, nosotros estamos aún bien atrasados!!

Sífilis y puerperio

La sífilis en las mujeres presenta al estudio un punto de vista que la Puericultura toma en gran importancia; es por la repercusión sobre la especie, que la sífilis femenina puede considerarse como factor principal de degeneración de la raza; decimos femenina porque las nuevas orientaciones de los sífilígrafos, han probado que toda sífilis es transmitida a la madre antes de pasar al feto; sin embargo, Pinard y otros muchos parteros, buenos observadores, se sublevan contra esta manera de ver, y afirman que la sífilis de origen paternal no sola-

mente es observada algunas veces sino que es más frecuente que la sífilis de origen maternal y la sífilis de origen doble; así Fournier también aseguraba, que aunque rara, la sífilis de origen paternal existía: pero Bobrie parece haber demostrado que la sífilis, como enfermedad microbiana, general y virulenta no puede ser transmitida al embrión más que por la vía placentaria, pues el espermatozoide conteniendo un treponema no puede fecundar el óvulo, y aquellos casos de madres que después de dar a luz un niño sífilítico, no presentan accidentes, no serían casos de inmunidad sino de sífilis latentes apreciables por la leuco-melanodermia y el Wassermann; este dogma de la sífilis paternal está en boga en Francia, y aunque es a este origen que los parteros franceses dan la preferencia, Krefting y Schindler creen que la herencia no es debida más que a la influencia maternal la infección del feto se hace durante su permanencia en el interior de la madre; los treponemas llegan al feto por medio de la vía placentaria, no existiendo la transmisión germinatriz, se debiera reemplazar la expresión de sífilis hereditaria por la de sífilis congénita; el porvenir de la Ley de Colles-Baumés va envuelto en la existencia de la sífilis de origen paternal, en efecto, la ley de Colles está formulada así: «Una madre que ha llevado en su seno un niño sífilítico, que deba la infección al esperma del padre, no contrae generalmente la sífilis amamantando su propio hijo, como la podría contraer una

nodriza extraña»; bien que excepciones se han presentado, porque hay observaciones de chancros del seno legado a la madre, por su hijo [Vilanova], hoy no podría aceptarse, según muchos autores, sino en principio; porque las divergencias son numerosas cuando se trata de interpretar esta inmunidad, la teoría clásica quiere que la mujer sea inmune por las toxinas que filtran al través de la placenta; cuando está fuera impermeable, se presentarían los casos de excepción a la ley, ya Auvard en 1891 admitía, sin embargo de ser clásica la interpretación anterior, que cuando el niño sífilítico no trasmite jamás la enfermedad a su madre cuando esta lo lacta, puede ser que la sífilis exista en realidad en ella, pero atenuada; con manifestaciones ligeras que han pasado desapercibidas, realizando así una especie de «vacuna sífilítica»; en 1906, Augagner y Carles sostenían esto mismo, diciendo que lo más a menudo era la inmunidad maternal debido a que la madre había sido infectada por el padre, los síntomas de sífilis pudiendo pasar desapercibidos fácilmente en el curso del embarazo. Los trabajos de Bauer, Wassermann, Pinard y Girault, Leroux y Labbé sobre sero-diagnóstico han mostrado que la reacción de Wassermann es habitualmente positiva en las madres que han dado a luz un niño sífilítico: Lippmann ha ido más lejos ha encontrado en las mujeres que en iguales condiciones eran menos sospechosas, numerosos espiroquetos en la placenta; así en Alema-

nia parece que tiende a predominar la noción de que la pretendida inmunidad de la madre, afirmada por la ley de Colles corresponde a sífilis latentes, entre los autores franceses esta opinión tiende a ganar terreno; sin embargo, Bar ha encontrado que una mujer puede parir un feto macerado y atestado de espirilas sin presentar lesiones sífilíticas y teniendo un Wassermann negativo. En otras ocasiones el Wassermann es positivo en la madre y en el niño, pero más positivo en éste que en la madre, Bar tiene en cuenta el grado de la reacción y se pregunta si una reacción de Wassermann débilmente positiva, no es en la madre el resultado de una inmunización pasiva; a esto se opondría el hecho observado en la cabra de que el paso de anticuerpos del feto a la madre por vía transplacentaria no es posible, Bruck ha demostrado que la reacción de Wassermann no es una reacción de inmunidad [Joltrain].

Pasemos a la Ley de Profeta (de Nápoles) cuya fórmula es ésta: «El niño reconocido sano, nacido de una madre sífilítica, no puede contraer la sífilis ni por la lactancia, ni por otro contacto». No ha de pensarse que los niños nacidos así sean refractarios completamente a contraer la sífilis; ahora se acepta la Ley de Profeta con la condición de que la sífilis maternal sea secundaria; fuera del período secundario los niños pueden nacer absolutamente sanos y contraer un chancro, si las circunstancias lo permiten, en la edad clásica (Milian). Los fetos son

infestados, en la sífilis post-concepcional aun antes que el chancro se presente en la madre, y por esto se cree que los niños a quienes se aplica la Ley de Profeta, no son inmunizados sino infectados; sin embargo algunos escapan bajo la acción del tratamiento; Fournier cuenta que ha visto un niño engendrado por un padre sifilítico en estado de sífilis virulenta, el cual contagio la madre en este mismo momento; el feto se desarrolló en el seno de una madre afectada de sífilis maligna precoz, nació de término y bien conformado, quedando indemne de todo síntoma sifilítico durante los seis meses que lo observaron. Las investigaciones serológicas favorecen el concepto que los autores modernos se han formado de la Ley de Profeta; las reacciones de Wasserman han sido positivas en un 66% en los casos de heredo-sífilis precoz. Thomsem y Boas que han estudiado a fondo la cuestión, comprobaron que los niños que presentan lesiones más o menos tiempo después del nacimiento, no nacen siempre con una reacción positiva, pero esta reacción es siempre positiva cuando la enfermedad se ha manifestado antes del nacimiento. Bobrie adelantándose, dice que cualquier que sea la edad del embarazo en que la madre contrae la sífilis, el feto es infectado, solo una cuestión de grado sería la que marcaría la influencia de la edad del embarazo, el máximo de gravedad corresponde al tercer mes en el cual la infección macera el feto; una gravedad decreciente marca-

ría las infecciones sobrevenidas en meses más adelantados. También Bobrie está de acuerdo en admitir que ningún feto recibe inmunidad verdadera, aquellos que no presentan accidentes, son sifilíticos latentes; los casos de sífilis al paso son inaceptables.

Habiéndose aceptado que la sífilis no puede ser de origen paternal, el dogma de la sífilis concepcional queda arruinado; se había establecido por Diday y Fournier que la sífilis de la madre podría ser una sífilis decapitada por una infección viniendo del feto alojado en sus entrañas; se cree ahora que la sífilis decapitada en apariencia, ha tenido su puerta de entrada que ha pasado desapercibida; se sabe lo raro que es despistar la sífilis en las mujeres cuando están en su primer accidente, Bobrie concluye que el dogma de la sífilis decapitada y las excepciones a la ley de Colles son inaceptables. Todas las consideraciones sobre el caso de sífilis maligna precoz que se leerá más adelante están insertadas en la observación.

Diagnóstico de la sífilis Por los procedimientos de Laboratorio entre nosotros

El aspecto atípico que pueden presentar las lesiones cutáneas y mucosas de la sífilis, la multiplicidad y banalidad de sus manifestaciones viscerales, su evolución frecuentemente latente, hace con frecuencia difícil y a veces aun imposible su diagnóstico por los me-

dios clínicos solos (Castaigne), un gran número de medios han sido propuestos para subsanar esta deficiencia y expondremos aquellos que han sido empleados entre nosotros con alguna extensión, mencionado ligeramente los que aún no han sido empleados en nuestros laboratorios y clínicas; espongamos los medios que a la disposición del clínico se ofrecen como una real ayuda para el diagnóstico; 1º La investigación del treponema (cortes, frotis, ultra-microscopio, 2º El cultivo del parásito, hecho posible por Noguchi y Schereschewsky, 3º La inoculación a los animales de laboratorio, 4º Los métodos histológicos; histo-patología y citología del líquido cefalorraquídeo; 5º La intradermo-reacción a la Luetina (Noguchi); 6º La seroaglutinación del treponema, 7º El sero-diagnóstico. El treponema es corrientemente investigado en nuestros laboratorios, más frecuentemente investigado en los frotis que en los cortes de órganos, el procedimiento usado es el clásico en el cual se procede así; lavado y limpiado con agua hervida de la superficie de las lesiones sospechosas, por ligera rascadura con el asa de platino, se hace salir una pequeña cantidad de serosidad que se recoge en una lámina, se deja secar y se fija al alcohol absoluto durante un cuarto de hora, coloración por el procedimiento de Giemsa, sea por el método lento o por el rápido; el primero exige la colocación en un cristalizador de una pequeña cantidad de la mezcla siguiente, preparada en el

momento de usarse, líquido de Giemsa, XV gotas; agua destilada, 10 C8 Inmersión de la lámina con el frotis hacia abajo 20 horas de duración. Procedimiento rápido cubrir la lámina de una mezcla de X gotas de solución de Giemsa y de 103 de agua destilada; calentar algunos minutos; renovar cuatro o cinco veces el colorante y a medida que se desprenden vapores, lavado, secado, examen con inmersión, este era el procedimiento más empleado en el Hospital Rosales; ahora se han modificado empleando con buen éxito, el Giemsa lento modificado en el cual la duración se ha abreviado, siendo necesaria una hora para fijación y coloración; el antiguo procedimiento rápido (Langeron) ha sido empleado en nuestros laboratorios con buen éxito; hemos visto en el laboratorio del Dr. J. G. Guerra, coloraciones al pancromo y panóptico de Pappenheim que en un tiempo muy corto dan buenas preparaciones, pero el procedimiento más rápido y mejor por su sencillez es el Hecht y Wilenko empleado corrientemente en nuestro laboratorio; creado por Errera en 1884, Burri ha hecho de él un método de examen seductor por su simplicidad (Langeron); se mezcla cuidadosamente una gota de serosidad con una gota de tinta china, se examina con inmersión y los treponemas aparecen brillantes sobre fondo negro; este procedimiento da muy buenos resultados en el laboratorio del Hospital Rosales. Más complicada, la investigación por el ultra-microscopio (mejor dicho

alumbrado sobre fondo negro) ha sido empleado en el Hospital y en el laboratorio Guerra, el valor de este procedimiento es incontestable, permitiendo según Milian encontrar el treponema en un 95% de Chancros duros no tratados. Castaigne considera el ultra-microscopio como poseedor de un valor clínica y práctico superior al de los frotis colorados, porque permite un diagnóstico inmediato y porque en preparaciones al Giemsa que parecían desprovistas de treponemas, el ultra los ha revelado en gran número; Gaucher y Merle, han podido con este medio poner en evidencia el parásito en el líquido cefalorraquídeo y Gaston y Milian, Fouquet lo han encontrado en las amígdalas y garganta en ausencia de toda lesión objetiva. El cultivo del treponema intentado desde que se descubrió el parásito fue hecho por primera vez por Schereschewsky en 1909, logrando obtener un cultivo impuro; Hoffmann, Sowade, Noguchi, también lograron obtener cultivos raramente puros que permitieron intentar la inoculación, lograda algunas veces; ya en 1912 la técnica fué perfeccionada y los resultados fueron mejores por haber dado varios experimentadores modificaciones felices a la técnica de Schereschewsky el medio utilizado por este es el suero de caballo solidificado, al cual Arnheim asocia el agar. Sowade para purificar los cultivos emplea el procedimiento siguiente: siembra del tubo con fragmentos de tejido rico en treponemas que se muelen entre las piernas de

una pinza Péan, el producto así machacado es introducido por una pipeta hasta el tercio medio del tubo siguiendo las paredes. El medio de cultivo se licua a los cuatro o cinco días; entonces se arroja la parte líquida que encierra las impurezas, llenando en seguida de alcohol a 700 que mata los microorganismos restantes, los treponemas que tienden a hundirse en la parte sólida no son alcanzados por el alcohol que se retira a los diez minutos, se le reemplaza por agua y después por aceite de parafina estéril. A los 10 días se corta el tubo debajo del punto en que se encuentra el fragmento sembrado. Con un hilo de platino se toma un poco de cultivo cuya pureza se comprueba al ultra y que pueda resemblarse en nuevos tubos. Estos cultivos carecen de olor y Arnheim creó que el olor característico atribuido a los cultivos de treponema es debido a la impureza de estos. Noguchi emplea un medio propio, y no como los demás, el Schereschewsky más o menos modificado. Primero sembró con trozos de testículo de conejo sifilítico un medio compuesto de agua y suero con un fragmento de tejido fresco estéril; siendo el cultivo estrictamente anaerobio, después sembró tejido humano sifilítico en un medio de una parte de líquido ascítico por dos partes de gelosa débilmente alcalina con adición de un pequeño fragmento de tejido fresco estéril al fondo del tubo. El medio sólido es recubierto de una capa de aceite de parafina estéril. Las inoculaciones han logrado éxito y en

las lesiones producidas se ha encontrado el treponema; en ciertos animales se encontró el Wassermann positivo. Este método, aunque seguro y permitiendo encontrar el treponema en paralíticos generales, no sabría ser más fácil que el ultra-microscopio, pero su importancia es sobre todo palpable en la simplificación de los procedimientos de serodiagnóstico. Estas inoculaciones fueron logradas por primera vez por Roux y Metchnikoff en los monos antropoides, Bertarelli, Milian y Roussel la consiguieron en el conejo por inoculación hecha en la cámara anterior del ojo y en testículo. En los monos las lesiones revisten el mismo aspecto que en el hombre, y aparecen en el mismo orden y con los mismos intervalos, los accidentes terciarios no se han visto nunca, en el conejo, la inoculación en el ojo produce una keratitis intersticial que el examen bacteriológico confirma como específica (se pensó que fuera una lesión para sifilítica), y con productos ricos en parásitos, Igersheimer ha conseguido una generalización de la infección (exantema papuloso, peri-onixis) cinco meses después. Las inoculaciones han sido positivas con el jugo ganglionar, el chancro reciente, la serosidad papulosa o que las placas mucosas, la sangre, excepcionalmente con el líquido cefalo-raquídeo, raramente con el esperma. Uhlenhuth y Mulzer inocularon en el testículo del conejo adulto, sangre de sifilítico en el período primario, con o sin Wassermann positivo, y con o sin

adenopatía; y obtuvieron resultado positivo, Milian hace notar que la sangre de los sifilíticos primarios puede ser infecciosa aun en un período en que la adenopatía está ausente y el Wassermann es negativo. Estas investigaciones sobre la contagiosidad de los humores de los sifilíticos tienen su importancia al punto de vista profiláctico, especialmente para los médicos que han de operar en sifilíticos. Fruhwald niega esta contagiosidad que no ha encontrado en sus experiencias. Las inoculaciones constituyen un medio riguroso para establecer la sífilis, pero su tardanza, lo complicado de su técnica delicada, su ausencia en el terciarismo, no sabrían establecer un diagnóstico que se necesita precoz y simple: no aparece que este método pueda entrar en la práctica corriente (Castaigne). Del método de diagnóstico fundado en la histo-patología, nada práctico se ha concluido en lo que concierne a las lesiones sospechosas; sólo la citología del líquido cefalo-raquídeo unida a los otros exámenes de este producto ha dado un elemento importante que prima sobre los otros medios de diagnóstico en las infecciones nerviosas y especialmente en las de origen sifilítico. El examen líquido cefalo-raquídeo constituye una verdadera biopsia que nos enseña el estado anatómico del sistema cerebro-espal (Rathery?). Las alteraciones del líquido en la sífilis, permiten diagnosticar y preveer accidentes nerviosos, ellas nos enseñan el estado de las meninges en el curso de la sífilis.

El primer tipo se caracteriza por hipertensión raquídea con ligero aumento de la albúmina y presencia de grandes células uninnucleadas. Examinemos estos tres elementos:

Hipertensión raquídea: Señalada sobre todo al principio de la sífilis, contemporánea de las roséolas y más tarde en los enfermos atacados de cefalea; es un indicio de meningitis latente, constituye uno de los primeros signos de ataques sífilíticos sobre el sistema nervioso. Foix y Bloch no la incluyen el síndrome mínimun de sus cuadros para la comparación de los elementos que el suero y el líquido cefalo-raquídeo proporcionan al diagnóstico de la sífilis nerviosa.

Albuminosis.— La albúmina ligeramente aumentada se encuentra en las lesiones orgánicas no muy intensas, la hiper-albuminosis se observa particularmente en las inflamaciones acusadas por las meníngeas; en la sífilis sería antes que la cantidad la calidad de la albúmina la que serviría al diagnóstico, Noguchi cree que el aumento de la globulina sólo se encontraría en las afecciones sífilíticas y parasífilíticas, Baudoin y François concluyen en que esto sería demasiado absoluto y que la hiper-globulinosis no sería patognomónica de la sífilis, aunque una reacción negativa permitiría excluirla.

Linfocitosis.— La linfocitosis raquídea es sobre todo frecuente en la sífilis y presenta un interés

considerable (Rathery), observada en el período secundario o en el terciario, la linfocitosis traduce una participación meníngea cuando el examen clínico aun no descubre ningún trastorno. El número de linfocitos encontrado tendría un valor pronóstico real y se ha descrito así, una linfocitosis de alarma [Jeanselme]; una linfocitosis débil, mediana o fuerte respondiendo a una intensidad más o menos fuerte de la reacción meníngea. La albuminosis y la linfocitosis constituyen dos elementos necesarios para Foix-Bloch, sin los cuales se puede decir que no existe prácticamente sífilis cerebro espinal.

El segundo tipo de reacción meníngea de Ravaut está constituido por un líquido claro que contiene linfocitos, que pueden ser tan abundantes que el líquido presente un aspecto turbio.

El tercer tipo está representado por un líquido turbio y fibrinoso, muy rico en albúmina y que contiene linfocitos, algunos poli-nucleares, y abundantes plasmocitos.

La reacción de Wassermann en el líquido cefalo-raquídeo tiene tal importancia que no debemos dejarla sin mencionar, aunque pertenezca al método de ero-diagnóstico. Para abreviar su consignación en este párrafo, copiaremos el siguiente cuadro que expresa el valor diagnóstico de todos los medios que acabamos de ver en la semiología del líquido cefalo-raquídeo y la re-

acción de Wassermann en el líquido y en el suero.

<p>Sífilis segura, lesión nerviosa de otro origen</p>	<p>Wassermann positivo en el suero Wassermann negativo en el líquido C-R Linfocitosis negativa en el líquido C-R Albúmino-reacción negativa en el líquido C-R</p>
<p>Probabilidad grande de sífilis nerviosa</p>	<p>Wassermann positivo en el suero Wassermann negativo en el líquido C-R. Albúmino-reacción positiva en el líquido C-R Linfocitosis positiva en el líquido C-R</p>
<p>Sífilis nerviosa absolutamente cierta</p>	<p>Wassermann positivo en el líquido C-R. Wassermann negativo en el suero Albúmino-reacción en el líquido C-R. Linfocitosis reacción en el líquido C-R (Castaigne)</p>

más o menos voluminosa, corpúscula central. La coloración roja se acentúa, hay exudación de los tejidos inflamados, pudiendo supurar. Noguchi considera tres formas de reacción positiva: papulosa, pustulosa y tórpida. Esta reacción es frecuentemente negativa en el período primario; en el secundario es positiva en un 43% puede ser negativa y el Wassermann ser positiva. En la sífilis terciaria, latente y hereditaria tardía parece ser más constante que el Wassermann (Milian). Nunca ha sido positiva en enfermos no sifilíticos. Entre nosotros no ha sido empleada.

La aglutinación todavía no tenemos datos suficientes para decir su valor; éste sería positivo cuando los cultivos puros del treponema permitan su fácil ejecución (Castaigne).

Entre todos los medios biológicos propuestos para el diagnóstico de la sífilis, los autores en su mayor parte reconocen el mayor valor a la reacción de Wassermann son cada día más numerosas, y hasta ha sido empleada en los ramos de medicina a las cuales no parecía primitivamente destinada, su investigación ha confirmado hipótesis etiológicas y aclarado patogenias indecisas (Gaucher). La reacción de Wassermann ha dado lugar a tantos estudios imposibles sería dar un resumen de ellos en un trabajo de cortas dimensiones: el libro de Joltrain, dice Gaucher en su prólogo, ha enseñado la vía nueva,

ha trazado las etapas y dicho las fecundas conclusiones del método de Wassermann, si se quisiera resumir todo lo bueno del serodiagnóstico se ha dicho sería preciso copiar por entero dicho libro.

La reacción de fijación aplicada al diagnóstico de la sífilis fue ensayada por los doctores M. A. Vilanova y Juan C. Segovia en el 1612 y en el Laboratorio del Hospital Rosales utilizando un antígeno traído de París por el primero, sólo verificaron dos reacciones; corresponde a ellos la prioridad, por lo menos en el esfuerzo intentado; pero dispendiosa y necesitando una dedicación constante no pudo encarrilarse el trabajo serológico. El Dr. Jeremías G. Guerra había hecho venir para su laboratorio un completo pedido de materiales para el serodiagnóstico; pero se tropezaba con la dificultad de encontrar el antígeno que por causas que ignoramos nunca se proporcionó al Dr. Guerra, por fin en el Hospital de Santa Ana encontrándose un hígado heredo sifilítico y la reacción se hizo ensayando tres antígenos, uno natural, el clásico, otro químico preparado en el laboratorio y el traído por el Dr. Vilanova de París, la primera reacción se hizo con la ayuda del Dr. Salvador Peralta L. en una enferma del Hospital de Profilaxis Venérea, con resultado negativo; después en dos enfermos del Hospital Rosales se practicó el serodiagnóstico, siendo positivo en la enferma de nuestra observación y negativo en el enfermo que también observamos

bajo la dirección del Dr. Velasco, habiendo creído con el Dr. Peralta L. que la reacción no fuese francamente negativa sino débilmente positiva correspondiendo al W⁶ de ña escala de Jeanselme y Vernés. Ahora después se ha llegado, gracias a los esfuerzos del Dr. Guerra a poder poner a la disposición de los señores médicos la reacción de Wassermann, pero para aplicarse necesita práctica, útiles complicados y hasta cierto factor personal, negado por algunos, Joltrain cree que los errores no serían numerosos cuando se tiene cuidado de no descuidar ningún control, sin embargo, la reacción de Wassermann que da siendo un privilegio para laboratorios de alguna consideración, por esto los procedimientos para simplificarla son abundantes y hablaremos de aquellos que han sido empleados entre nosotros.

Método de Porgés: Para el diagnóstico de la sífilis, Porgés mezcla 0,2 de suero sospechoso con una emulsión de lecitina al 1% en suero fisiológico; se produce en los casos positivos un precipitado que quedaría en la superficie del líquido; Porgés ha pretendido encontrar esta reacción positiva en la mayor parte de sifilíticos observados, Fritz y Kren, Nobl y Arzt han encontrado positivo el Porgés en un 81,8% de casos de sífilis. Porgés, Elías, Neubauer y Salomon han estudiado las propiedades precipitantes del suero y del líquido cefalo-raquídeo sifilíticos con el glicocolato de soda al mismo título que la lecitina; Jol-

train, Lhuissier, Le Sourd y Pagniez han concluido que el Porgés no es una reacción propia a la sífilis porque numerosos sueros tuberculosos, neumónicos e ictéricos han reaccionado de igual manera que los sífilíticos. El Dr. Velasco ensayó este procedimiento con algún resultado en enfermos sífilíticos de su servicio; se hizo la reacción con lectina y con glicocolato de soda en un número de casos que no permitieron concluir nada por lo poco numerosos, en todos ellos fué positiva.

Procedimiento de Noguchi y Moore. Este método simple es aplicable al serodiagnóstico por la precipitación de ciertas globulinas que él pone en evidencia, Noguchi la ha aplicado primeramente al líquido cefalo-raquídeo, y estudiando en la reacción de Wassermann, la reacción de los lipoides, de las proteínas y de las sales, llegó a observar que el anticuerpo sífilítico está contenido o precipitado por la globulina o la fracción «Euglobulina» del suero o del líquido raquídeo, esta parte de globulina aumenta en la sífilis, pero no hay relación entre este aumento y la presencia de anticuerpos, aunque deben estar asociadas estas condiciones, pero sin embargo el aumento de la globulina es reconocible antes que la presencia de anticuerpos en los principios de la sífilis, por lo cual el método de Noguchi podría ser más precoz que el Wassermann!. Para comprobar estas globulinas se sigue el método siguiente: mézcle-

se el líquido cefalo-raquídeo (1 a 2 c.c) con cinco partes de solución y se agrega rápidamente una parte de soda normal: el conjunto es llevado otra vez a ebullición y en los casos positivos se produce un precipitado granuloso cuya intensidad varía con la cantidad de globulina contenida en el líquido. Esta reacción debe producirse en las dos horas que siguen. Sin un precipitado granuloso y dispuesto en el fondo del tubo sería posible eliminar la sífilis; pero la reacción positiva, que sería propia de la sífilis según Noguchi, no sería patognomónica de la dicha enfermedad según Baudoin y Français. Esta reacción habría dado en manos de Noguchi y Moore resultados superiores al Wassermann y al cito-diagnóstico; pero siendo un índice muy serio de sífilis en el caso de que la tuberculosis no pueda ser sospechada, pierde mucho de su valor cuando el diagnóstico ha de hacerse con esta enfermedad, Joltrain indica que en los casos de meningitis tuberculosa sería el precipitado menos abundante. En la parálisis general, este método se ha mostrado superior al Wassermann pues es positivo en tercera clínica médica, el Dr. Velasco ensayó el procedimiento con algunos resultados que expondrá en un trabajo que tiene en estudio.

Tratamiento de la Sífilis.

Habiéndose ocupado algunas tesis de este importante asunto, nos conformaremos con exponer los tratamientos que hemos visto

usar en las clínicas del Hospital, absteniéndonos de hacer consideraciones que se congenien mal con una simple exposición.

Esperando que las investigaciones actuales permitan practicar la seroterapia de la sífilis, el tratamiento de esta infección se limita a la quimioterapia que dá resultados notables, el mercurio, el yoduro de potasio, los compuestos arsenicales constituyen remedios seguramente eficaces [Castaigne]. Siendo el mercurio un medicamento heroico y su eficacia incontestable, debemos comenzar por él por considerarlo como el primer recurso de que dispone la Terapéutica anti-sifilítica, hasta que una larga experiencia ponga en evidencia la superioridad, la acción suficiente de los arsenicales.

El mercurio puede ser introducido por cinco vías en la economía, respiratorias, digestivas, tegumento, hipodérmicas y las venas. Dejando la vía respiratoria, de interés histórico, comenzaremos por la otra que le sigue la digestiva.

Entre las sales de mercurio introducidas por la vía digestiva, las más usadas son el bicloruro y el protoyoduro: entre nosotros son muy usadas en la clientela particular las píldoras de Ricord; ahora se usa con bastante frecuencia la fórmula de Gaucher para píldoras blandas, sin embargo la forma pilular es poco usada en el tercer servicio de Medicina, donde se prefiere

el licor de Van Swieten a las dosis de dos cucharaditas en leche y más; hasta 30 C.C. Recientemente Sabouraud ha propuesto el empleo de supositorios para la administración del mercurio, se preparan conforme a la fórmula simplificada del autor del método.

Ungüento mercurial doble...0,06

Manteca de cacao.....4 grs.

Este modo de tratamiento sería muy activo y poseería la inmensa ventaja de no determinar gingivitis aun en los que poseen una mala dentadura. Se recomienda por su discreción y por la facilidad de su ejecución: en el tercer servicio de Medicina, el Dr. Velasco lo empleó con buen resultado en un caso de accidente cutáneos. El jarabe de Gilbert, ahora caído justamente en desuso en Francia, conserva algunos partidarios entre nosotros. En el servicio del Dr. Velasco ya no se le emplea.

Vía tegumentaria.— Las fricciones mercuriales se usan con mucha frecuencia entre nosotros un buen método seguido en la sala del Dr. Velasco, es verificar las fricciones en individuos de buena dentadura, sin embargo, a pesar de las precauciones de rigor las estomatitis son frecuentes y obligan a suspender el tratamiento, la preparación usada en el unguento napolitano, en paquetes de 4 gramos, que se aplican en los puntos de elección previa limpieza de la

región, según Merget y otros autores, la parte absorbida por las vías respiratorias no sería despreciable en este método y así en el servicio se opta por no recubrir a la región friccionada. Las fricciones se aplican en series de 10 y se alternan con curas yoduradas. Su eficacia ha sido comprobada en casos de sífilis nerviosa como en nuestra observación de menigo-mielitis. El jefe del servicio, Dr. Velasco, emplea en las formas vegetantes y costro-hipertroficadas una pomada de precipitado rojo que acelera la curación de estas manifestaciones. Mencionemos a título de curiosidad las pastillas prepuciales de Milian que servirían para introducir el mercurio en las cercanías del chancro, pudiendo también servir como tratamiento preventivo de la sífilis, tal como la pomada del calomel preconizada por Metchnikoff.

Vía subcutánea e intra-muscular. Usada de preferencia la vía intra-muscular se emplea más que todas las otras, entre nosotros se da la preferencia a las preparaciones solubles; cuando se usa el calomel, lo que es muy raro, no es más que en uno que otro caso. Dieulafoy que aconsejaba las inyecciones acuosas de biyoduro de mercurio ha hecho que entre nosotros sean las más acostumbradas. En el 5º Servicio de Cirugía a cargo del Dr. Cano se emplearon casi exclusivamente las inyecciones intra-musculares de esta solución durante mi externado de 1911. En la tercera clínica Médica se emplea el biyoduro en

inyecciones intra-musculares, pero no tan frecuentemente como antes; el benzoato de mercurio ha sido reputado como menos doloroso; pero en el servicio se ha mostrado doloroso y la conservación difícil de sus soluciones hace antieconómico su empleo. La dirección del tratamiento es clásica. El salicilato neutro de mercurio no lo he visto emplear entre nosotros; empleándose el enesol más frecuentemente. El hermo-feml ha sido usado en preparación inyectable.

De las preparaciones insolubles, el calomel lo hemos visto aplicado en un caso de sífilis nerviosa en el Hospital, su empleo no es corriente. El aceite gris no ha sido empleado sino en raras ocasiones. Mencionemos el cianuro de mercurio que se ha empleado en inyecciones intra-musculares que son dolorosas.

Vía endovenosa.— Muy en boga entre nosotros, es empleado el cianuro en inyecciones intravenosas a la dosis de un 0,01 por C. C, habiéndose empleado hasta dos centigramos en una ocasión; en el 3er Servicio de Medicina se hace uso de este modo de tratamiento diariamente, en nuestras observaciones, cinco mencionan el cianuro como medicamento a que se recurre cuando se quiere tener una acción pronta, segura y estable. Las inyecciones se hacen diariamente, por series de diez; y en el 3er Servicio de Medicina se alternan con diez días de administración de yo-

duro de potasio. El yoduro de potasio muy empleado entre nosotros es de una aplicación frecuente en nuestras salas, no sabría constituir él sólo el tratamiento de la sífilis y no pude ser más que un ayudante del mercurio [Castaigne].

El empleo del Salvarsan fué objeto de estudio de la brillante tesis del Dr. Héctor Trujillo Ortiz; hablaremos de él solamente para dar ligeros datos sobre su empleo en la tercera clínica Médica. El 606 se emplea en inyecciones intravenosas y en solución alcalina, la dosis más frecuente es la de 0,30, también usados en lavativas; la técnica de este procedimiento ha sido descrita por el Dr. Luis V. Velasco en los «Archivos del Hospital Rosales»; este procedimiento acaba de escollar en un caso de lupus del 3er. Servicio, donde la falta de mejoría hizo preferir las inyecciones intra-musculares que han mejorado notablemente el enfermo. El Dr. Velasco ha aplicado en este caso la práctica de Balzer quien emplea el método de Levy-Bing y Valude, modificando ligeramente pues por no haber aceite de adormidera se ha suplido con aceite de olivas. En 1914 que Francia tendería a sustituirse al 606, fué utilizado en nuestras clínicas; su técnica sencilla y su facilidad de aplicación en inyección intravenosa lo hacen preferible, hoy casi no se emplea por razones de economía!

Observación N.º 1

Flebitis Sifilítica Secundaria

J. M, de 22 años de edad, soltera y domiciliada en la Capital se presenta al Hospital Rosales el 17 de Noviembre de 1913, hospitalizada en el 3er Servicio de Medicina, presenta al examen, una abundante erupción generalizada, de predominio facial, que el Jefe de Servicio diagnóstica como una manifestación sifilítica secundaria, sus antecedentes hereditarios son sin importancia; antecedentes personales ninguno merece tomarse en consideración, mujer sana, que ha llevado a buen término un embarazo anterior a la influencia específica, cuyo accidente inicial se manifestó en Agosto de 1913, habiendo pasado desapercibido casi por la enfermera que conserva de él, un recuerdo muy vago. Actualmente no presenta cicatriz alguna y la inspección queda negativa, sobre la cara, cuello y brazos presenta una abundante confluencia de sifilides pápulo-esquamosa, de la variedad psoriasiforme; pápulas que en la palma de las manos toman su aspecto característico, con tendencia a la circinación y que llaman la atención por ser bastante generalizadas, siendo así que es costumbre verlas localizadas como todas las manifestaciones secundarias tardías otra atención que llama nuestro interés, es que estas lesiones son frecuentes entre nosotros, habiéndose presentado al

Servicio unos cuatro casos en pocos meses la erupción populosa existe en la conjuntiva, determinando cierto grado de inflamación, a la inspección buco-faríngea, se nota el eritema vermellón descrito por Fournier. Micro-poli-adenopatía inguinal, epitrocleana y occipital. Nada de anormal en sus aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo. El Jefe del Servicio quiere ensayar un tratamiento nuevo que pone en práctica, se le inyectan a la enferma 10 cc de agua destilada por vía endovenosa, sigue este tratamiento durante seis días sin acusar modificación en sus accidentes; aparece fotofobia y lagrimeo; queratitis incipiente eon ligera iritis: el tratamiento que se instituye es el mercurial clásico consistente en inyecciones intramusculares de solución acuosa de Biyoduro de Mercurio; hace una cura de 10 inyecciones que rápidamente domina las manifestaciones oculares y cutáneas; las lesiones de la cara dejan una pigmentación morena, melanodermia que en el cuello aparece rodeada de una zona despigmentada, leucomelanodermia post-pulosa (Gaucher y Milián) hace así varias curas mercuriales; queriendo investigar la reacción de precipitación de Noguchi y Moore, el Jefe del Servicio extrae cinco centímetros cúbicos de sangre que dan reacción positiva, Reacción de Porgés, positiva Cefaleas ligeras, alopecia poco pronunciada. En enero, acusa la enferma ligero dolor en el talón, al andar se precede al examen del miembro inferior derecho, y se encuentra ligeramente aumen-

tado de volumen y con arborizaciones venenosas que son aparentes al cuello del pié y del lado interno de la rodilla doloroso al tacto, pero ligeramente; la safena interna presenta una induración ligera e indolora salvo en los puntos indicados, los mismos signos en el miembro izquierdo; pero menos acusados; ningún accidente infeccioso agudo, fiebre, curvatura, etc., no ha habido flebitis de tales caracteres, se impone el diagnóstico de flebitis secundaria específica; sino se encuentra otra causa capaz de engendrar la flebitis, y de otra parte se constata la existencia de una sífilis al principio, sobre todo caracterizada por los accidentes secundarios, la flebitis es sífilítica [Castaigne], habiéndose desarrollado esta flebitis en plena infección aunque tratada enérgicamente, fácil es comprobar lo débil que es la acción preventiva del mercurio respecto a los accidentes específicos, y como dicen Gaucher y Rostaine en su observación, como Mauriac relata la suya, la flebitis aparece en individuos en pleno tratamiento y apesar de este; esta mujer recuerda la que Gaucher y Chiray tomaron para su observación, como aquella, la afección presente es indolente y el ligero dolor que acusa sólo se revela por la presión y los movimientos. En presencia de este caso, se ordenó un tratamiento más activo, y el 16 de enero se comenzó a inyectarle en las venas, un centígramo de Cianuro de Mercurio; se percibe reposo y cuidados de la boca como es de rigor en todo tratamiento por el Mercurio que se

hace en el Servicio. Enero 17. El dolor persiste con iguales caracteres, la inflamación ha disminuido. Inyecciones de Cianuro de Mercurio. Enero 18.— Continúa disminuyendo el edema inflamatorio; el mismo tratamiento. Dolor moderado. Enero 19.— Estomatitis que aparece poco pronunciada. Dolor disminuido. El miembro izquierdo recobra su volumen normal; en el derecho aun hay trazos de edema. Apesar de su estomatitis, se continúa el tratamiento. Enero 20.— Se suspende el tratamiento por estomatitis; el mismo estado del día anterior. Ninguno de estos días hay fiebre. Suspendese tratamiento específico por diez días, al cabo de éstos, vuelta a él; cura que comprende quince días y en los cuales la curación es casi completa; de aquí en adelante se sigue el tratamiento discontinuo como lo ha establecido Fournier las curas yoduradas, alternan con las mercuriales. Las lesiones han curado en siete semanas; pero en marzo ligera recaída que es yugulada por el tratamiento. El cuatro de mayo la enferma abandona el Servicio con su flebitis curada, no hay ya dolor para la marcha, las venas han recobrado su blandura; de su erupción papulosa queda ligera melanodermia.

Observación N.º 2

Flebitis sífilítica secundaria

A. R., de 22 años, jornalero, de esta ciudad, viene al Hospital Ro-

sales el 30 de mayo y se aloja en el 3er. Servicio de Medicina, su ingreso ha sido determinado por un edema extendido a sus miembros inferiores; antecedentes hereditarios, nada de importancia. Antecedentes personales. Paludismo en 1910. Chancro probablemente mixto, con bubón supurado, que apareció en diciembre próximo pasado, cura en un mes; no hay cicatriz. Roseola dudosa en febrero. Ningún otro accidente hasta el presente que apareció en mayo, además poco pronunciado en los miembros inferiores, con dolor sordo al andar. El edema se extiende hasta las ingles, es duro, no hay circulación colateral; no se tocan cordones indurados, no hay dolor provocado por la presión, la marcha no está comprometida, ningún signo ruidoso de infección. Adenopatía inguinal y epitrocleana. Todos sus aparatos sanos. Se investigan todas las causas de edema, se descartan por el examen cuidadoso del enfermo, solo queda una flebitis como causa que se impone, desechadas por el examen todas las flebitis no sífilíticas, se establece el diagnóstico de flebitis sífilítica secundaria, como lo han observado Andry y Constantín; las flebitis específicas son con frecuencia, profundas las venas superficiales quedan indemnes, y esta observación nuestra parece calca sobre la de Andry y Constantín, como en el caso de ellos, nuestro enfermo tiene sus piernas y muslos hinchados, de un blanco lívido que traduce el edema considerable, la hinchazón es uniforme, sólo que

aquí la flebitis era doble y doble de conjunto, como el enfermo de Roussy citado por Gaucher; dado el edema tan extenso, es probable que la femoral estuviere tomada hasta el anillo crural; después se vió que la safena participaba de este proceso inflamatorio cuando apareció un edema del forro que se extendía hasta el prepucio. El Dr. Velasco prescribió Salvarsan por vía intravenosa (0,30); la inyección se practica el 3 de junio con reacción consistente en fiebre, cefalalgia y vómitos. El Jefe del Servicio siguiendo la práctica del Hospital Saint Louis, asocio al tratamiento arsenical el tratamiento mercurial y dió la preferencia al Cianuro de Mercurio en inyecciones intravenosas en vez de seguir el método de Brocq que alterna los dos medicamentos, siguió el de Freilich que intercala entre dos curas de 606, una de mercurio. El enfermo hace dos curas 10 inyecciones c/u, estas concluyen en los primeros días de agosto, al mismo tiempo se ordenó comprensión elástica de los miembros edematizados. La mejoría no era tan clara como en la observación anterior. El 7 de agosto nueva inyección de 606, sin reacción, el 14 repítase a la misma dosis de las anteriores. La cuarta inyección se hace el 20, el 28 la quinta, determina reacción con escalofrío y temperatura de 38°; esto, solo se presenta elevación de temperatura, excepto el 27 de julio que acusa 37,9° y los días de la primera y última inyección de 606. Reposo hasta el 8 de septiembre, se comprueba que el

edema que había mejorado se instala poco a poco, invade la vena dorsal del pene la flebitis, edema enorme del forro que atribúyese al vendaje. Nuevo tratamiento de fricciones mercuriales, asociadas a inyecciones de soluc-acuosa de Bi-yoduro. Se suspenden por estomatitis; dominado este contratiempo, se vuelve a las fricciones el 26, serie de 13 fricciones. El 13 de octubre el enfermo se quejó de tos, al examen se constata pleuresía del lado izquierdo, punción exploradora que da unos cuantos centímetros para el examen citológico que dió el siguiente resultado:

Polinucleares neutrófilos11%
Polinucleares eosinófilos 0%
Grandes mononucleares35%
Linfocitos64%

La temperatura ha oscilado entre 37 y 37^{1/2} hasta el 19 de septiembre que ascendió a 39°.1, el 20 tuvo su máximum en 38.1; consérvese en los límites normales los días siguientes; el día de la punción sube a 39.8 en la tarde; continúa con elevaciones vesperales entre 39 y 37.6, hasta el 20 de octubre que alcanza 38.2, continúa como antes de este día hasta que sale enfermo. Pulso se ha mantenido entre 80 y 116. Vacilando el Jefe del Servicio entre una pleuresía sifilítica y una tuberculosis pleural, cree poder inclinarse en favor de una pleuresía bacilar, en todo caso, la duda no hubiera sido resuelta, según Sergent, mas que en el caso de poderse encontrar

el espiroqueto en el líquido pleural, cosa hasta ahora imposible en todos los exámenes por carecerse de una técnica suficiente. La reacción de Wassermann en el líquido, solo indicaría la infección sífilítica, porque para ser concluyente en cuanto a la causa de la pleuresía, debería acompañarse de signos negativos de tuberculosis, ya que Bezançon y Gastinel, han encontrado un líquido con Wassermann, positivo, en el cual la inoculación al cobayo, probó la naturaleza bacilar, el cito-diagnóstico de las pleuresías no ha hecho sus pruebas (Sergent). También hay que pensar que ni el tratamiento de prueba decidiría en los casos dudosos (Desgraciadamente todos) porque el tratamiento mercurial puede mejorar y aún curar las manifestaciones de la tuberculosis en los sífilíticos, esto se explicaría por influencia sobre el terreno; Landouzy hace notar que muchas pleuresías serían «de soporte sífilítico y de naturaleza bacilar».

El cuadro sintomático que podría ser particular a las pleuresías específicas, sería, 1º, la atenuación de los signos funcionales y físicos. 2º, la bilateralidad habitual. 3º, la benignidad ordinaria. 4º, la coincidencia con accidentes cutáneomucosos; y 5º, la rapidez de la resorción del derrame por el tratamiento específico. Nuestro enfermo presentaba el primer carácter tan acusado que sólo la tos hizo encontrar una pleuresía hasta entonces latente. En cuanto a la bilateralidad

no existía como lo comprobó una punción blanca, al lado derecho. El tercer carácter fué tan pronunciado, que el derrame desapareció a los veinte días. El enfermo no presentaba accidentes fuera de su flebitis. Las fricciones mercuriales estaban instituidas desde el 26 de septiembre hasta el 13 de octubre. Como tratamiento a la pleuresía se administró salicilato de soda, y como el líquido fuera sero-purulento, se ordenó punción evacuadora que extrae 450 c. c. el once de octubre. El 20 nueva punción blanca. La flebitis no había cedido; puesto el enfermo acusaba alternativas de mejoría y empeoramiento. Para dilucidar la causa de sus elevaciones de temperatura se buscó el hematozooario, que no se encontró. La cuti-reacción a la tuberculina (ahora de capa caída) fue positiva. El 20 de octubre comienza nueva serie de fricciones que estaban en vigor cuando el enfermo sale por exigir su alta, su flebitis mejorada, ningún signo de derrame, solo tose un poco con espectoración mucosa.

Observación N.º 3

Hepatitis y Esplenomegalia Sífilíticas Terciarias

J. M. E. de 30 años de edad, originario de San Miguel y comerciante, entró al 3er Servicio de Medicina el 2 de Junio de 1914, viene quejándose de úlceras de las piernas y de esplenomegalia, antecede-

dentes hereditarios, sin importancia. Entre los personales llama la atención la falta absoluta de antecedentes palúdicos, que fueron investigados con particular esmero. Hace cinco o seis años, chancro del frenillo que fué duro por lo que recuerda el enfermo. Ningún antecedente alcohólico. Es de constitución buena, no parece tener síntoma de caquexia, coloración pálida. Temperatura normal. Pulso fisiológico. Aparatos circulatorio y respiratorio, sanos. Inspección de la piel que revela algunas cicatrices de lesiones banales y en la cara anterior de ambas piernas, en sus tercios medio y superior, una ulceración de extensión considerable, de bordes policíclicos y desprendidos, rodeados de la coloración «jamonada» característica de fondo amarillento. Se diagnóstica úlceras terciarias en vista de los caracteres de la lesión y sobre todo en vista de los conmemorativos, ya que Broca ha negado que las úlceras sifilíticas tengan caracteres distintivos que le pertenezcan en particular, las dudas que quedarán, desaparecerán ante el tratamiento de prueba que dió la razón al diagnóstico. Además este hombre presenta adenopatías inguinales, epitrocleanas y cervicales; la indolencia de su lesión, el sitio en que se presentaba, la circunstancia de estar en el quinto año de su infección todo nos inclinaba a pensar en la sífilis. A la inspección del abdomen, el hipocondrio izquierdo y epigastrio se encuentran deformados, por la palpación y percusión se comprueba una esplenomegalia

enorme; el bazo movable con facilidad, llenaba todo el epigastrio y descendía hasta el flanco izquierdo; su contorno era irregular; a este nivel de enfermo acusa sensaciones de pesantez y tiramiento doloroso, que con las marchas prolongadas se acentúan; funciones digestivas en buen estado, hígado normal, sin embargo la investigación urológica revela pigmentos biliares y urobilina. No se encuentra hematozoario, el examen citológico de la sangre revela una relación normal entre las diversas especies, el porcentaje de glóbulos blancos es normal; no hay formas anormales; ligera anemia. Encuéntrase ligera aseitis que cuesta algún trabajo reconocer por ser demasiado pequeña la cantidad de líquido; este es amarillento, sin tinte verdoso; la reacción de Rivalta es negativa. Entre todos los síndromas esplenomegálicos el más común entre nosotros es el de la megaloesplenia palúdica, por esto sus antecedentes sufrieron una revisión investigando el paludismo, todo examen inclinado al concepto de esplenomegalia palúdica queda negativo, en una leucemia podía pensarse puesto que aunque no hay adenopatías considerables del cuello y demás regiones; el examen hematológico no indica la forma mieloide ni la linfoide. Los ligeros trastornos de insuficiencia hepática, hicieron creer que se trataría de una cirrosis, opinión que se apoyaba en la presencia de la ascitis, pero aun admitida ésta, quedaba por resolver el problema de su naturaleza, puesto que la cirrosis es

una afección que puede ser determinada por muchas infecciones y por muchas intoxicaciones; los antecedentes alcohólicos francos, la infección palúdica, las auto-intoxicaciones, son conmemorativos que con demasiada frecuencia se encuentran en los cirróticos; ahora desechado el absolutismo de la necesidad del alcoholismo como primer factor de la cirrosis hepática, tomamos en cuenta muchas infecciones que antes creíamos desprovistas de acción genética sobre las afecciones hepáticas. Aquí se trataría en todo caso de una cirrosis en su principio, que por los accidentes sifilíticos actuales podríamos atribuir a la Sífilis «la Sífilis hepática terciaria no tiene propiamente hablando, ningún signo clínico que le sea particular [Fouquet]»: la Sífilis hepática está lejos de ser frecuente, la estadística de Flexner reunida a la de otros sifilígrafos tan experimentados como Fournier, arrojan una proporción de 0,97% en los casos de Sífilis terciaria, su aparición se verifica más frecuentemente entre los 35 y 50 años, siendo de los 5 a 20 años que tendría su máximun de aparición, todos estos datos favorecen la sospecha sobre la Sífilis hepática del enfermo, y aquí más que todo nos inclina en su favor el hecho de haber manifestaciones francamente sifilíticas en evolución. Ciertamente que aquí falta la hipertrofobia que Gerhardt ha observado 16 veces sobre 19, pero también hay formas clínicas en que el hígado no aumenta jamás el volumen. Considerando la hiper-

trofia esplénica, tan frecuente que se la toma como signo diferencial con el cáncer del hígado, vemos que aquí no da todos los caracteres que tiene en los terciarismos hepáticos. Las lesiones que se observan en los bazos sifilíticos son el índice de una reacción propia del órgano ante la infección y en los raros casos de esplenomegalia constituyendo ella sola todas las manifestaciones sifilíticas, los resultadas de la autopsia son iguales a aquellos en que se encontraba como signo de una sífilis hepática. Ahora debemos clasificar la afección de nuestro enfermo en una de las formas descritas por los autores, indudablemente que no es la forma común de hepatitis terciaria, faltan la hipertrofia, la ictericia y las hemorragias. Tampoco creemos que sea una forma hiperesplenomegálica, faltan también, la hipertrofia del hígado y la ictericia característica. Nada hay que decir de las formas pseudo-cancerosas cuyo cuadro clínico es otro, y ahora considerando las esplenomegalias sifilíticas primitivas, querríamos inclinarnos en su favor sino hubiera signos ciertos de insuficiencia hepática que se acentuaron en los meses siguientes, también la presencia de la ascitis y la rareza de esta afección primitiva e independiente de las lesiones hepáticas, nos hicieron pensar que la forma pre-cirrótica era la que más se prestaba para explicar el cuadro clínico del enfermo. Establecido el diagnóstico causal de la afección del enfermo, se instituyó un tratamiento siguiendo las indicaciones que su

estado necesitaba, ante todo, un régimen bien comprendido, un poco de alcalinos, y lo principal que era el tratamiento específico. se le hicieron a este enfermo cinco inyecciones endovenosas de Salvarsan, después hizo dos curas yoduradas. Sus lesiones ulcerosas cicatrización rápidamente dejando una pigmentación cobriza los límites de la tumefacción esplénica disminuyeron notablemente, algunos trastornos digestivos se presentaron antes que el tratamiento por el Salvarsan pudiera hacerse, desaparecieron prontamente y cuando el enfermo abandonó la Clínica el 5 de diciembre, acusaba una mejoría notable de sus padecimientos. Por no alargar demasiado esta observación, la hemos extractado, suprimiendo lo que nos ha parecido superfluo.

Observación N° 4

Meningo Mielitis Sifilítica Tranversa

N.N. de 40 años, se hospitalizó en el 3er Servicio de Medicina el 13 de Noviembre de 1914; originario de Chinameca, tejedor y comerciante. Antecedentes hereditarios ninguno importante, la madre parece ser nerviosa en exceso. Antecedentes personales. alcoholismo no muy acentuado. Sarampión, varicela. Entre los 15 y 20 años, apareció un chancro probablemente blando: a los 22 o 23 años, chancro, que por la descripción que el

paciente hace, nos hace creer que fue duro. En el mismo año roséola. Hemorragia, ligeras cefaleas, males de garganta; al 6° año de su Sífilis, artropatía doble, muy dolorosa que no ha vuelto a presentarse; invadió las dos rodillas. No precisa más datos a este respecto. Disentería hace 14 años, que se sospechó amibiaina por los conmemorativos; a los 3 años de esta afección osteo-periotitis costal derecha al nivel de la sexta costilla, fistulización que necesitó una resección costal hecha en el 1er Servicio de Cirugía. Diversas manifestaciones cutáneas probablemente sifilíticas, dolores de cintura, caída del cabello en claros que persiste- Historia de su afección actual dolores en cintura que se acentuaban por la fatiga, comenzaron hace 6 meses, hormigueos y calambres en los miembros inferiores; poco a poco se instala la impotencia para la marcha, dolores desaparecen hace un mes. Estado general no comprometido. Examen del sistema nervioso funciones psíquicas normales; palabra conservada. Motilidad comprometida seriamente por un temblor del miembro inferior izquierdo. No le es posible mantenerse en equilibrio sobre un pié. Parece haber Romberg. Marcha espasmódica apoyándose en un báculo. Paresia de ambos miembros inferiores, muy acentuada en el izquierdo; ligeras contracturas de ambos. Reflejos superficiales, No hay Babinski-Plantar abolido-Cremasteriano, conservado-Abdominales, conservados los laterales, abolidos, los medianos-Tendinosos

superiores conservados-Tendinosos inferiores aquileano, conservado-Rutuliano exagerado. No hay clonus del pié ni de la rótula. Sensibilidad: se encuentra disminuida al tacto en la región inferior del abdomen, disminución que se acentúa en los muslos, llegando a las piernas y siendo anestesia completa en la planta de los pies. Sensibilidad al dolor: exagerada en una zona arriba del ombligo, disminuida en las regiones donde hay hipoestesia. Sensibilidad térmica, conservada, solo hay perversión en la pierna izquierda y anestesia térmica en las regiones plantares. No hay trastornos en los esfínteres. Examen del líquido cefalo-raquídeo, revela albuminosis y reacción leucositaria. Todos sus demás aparatos están sanos. El diagnóstico que se hizo fue el de Meningo mielitis sífilítica dorso lumbar diagnóstico suficientemente afirmado por las manifestaciones que presentaba el enfermo, el principio lento y sordo de sus padecimientos, la presencia de dolores en la cintura, la reacción linfocitaria y albuminosa del líquido cefalo-raquídeo, la parálisis espasmódica bien que incompleta, aseveraban la participación de la meningis y del tallo medular, solo la ausencia de trastornos del lado de los esfínteres, dada su excesiva frecuencia, hacían dudar de la participación medular, pero los trastornos poco acusados de la motilidad, mostraban que la sífilis no había «calado» en la profundidad de los haces medulares. En cuanto a la naturaleza de su afección cree-

mos que la sífilis debe ser incriminada todas las paraplegias espasmódicas, deben ser tenidas como específicas; la Clínica había demostrado esto y la reacción de Wassermann ha dado 100% de resultados positivos [Joltrain]; fuera de algunos casos raros de comprensión medular por tumores, adherencias meníngicas o mal de Pott, la Sífilis es el factor de mayor importancia en la paraplegia espasmódica: «la sífilis, por sus múltiples lesiones arteriales, meníngicas, medulares; es muy a menudo el origen de las paraplegias espasmódicas del niño y del adulto» — Guillain.

En nuestro caso los antecedentes claros, la presencia de síntomas cutáneos antiguos nos daban la impresión de una afección sífilítica y más aún: el examen del líquido céfalo-raquídeo, revela una lifocitosis y una cantidad aumentada a la normal de albumina: estos son signos de afección nerviosa sífilítica: sin este síndrome mínimo no se puede afirmar prácticamente la sífilis cerebro-espinal [Castaigne]. Basados en estos signos, el diagnóstico, solo presentaba un punto discutible; y era la etiqueta que había de dar a la forma de sífilis medular que nos ocupaba, de las dos formas de mielitis sífilítica crónica ninguna nos satisfacía, no había trastornos esfinterianos para pensar en una forma transversa y en cuanto a la paraplegia de Erb su evolución no es la de la afección presente; mas nos parece que se trataba de una meningo-mielitis tranversa.

Sentado el diagnóstico de sífilis medular, el Jefe del servicio prescribió el tratamiento mercurial asociado al yodurado. Se le hicieron fricciones mercuriales diarias de 4 gramos c/u, se le prescribió una higiene rigurosa de la boca y se vió ir atenuándose rápidamente su parálisis, el hombre sujeto de esta observación, llegó apoyándose en un polo a manera de percha y a la vez ayudado de otra persona, su marcha era penosa, dificultada por las sacudidas y por las espasticidades de sus músculos. A los ocho días de tratamiento, marchaba sin báculo y la mejoría era tan acentuada que el enfermo viendo desaparecer los trastornos penosos pidió el alta, siendo imposible convencerlo de que necesitaba de mayor permanencia en el servicio para recobrar la salud. Cuando salió sus reflejos estaban casi normales, habían desaparecido los dolores y la sensibilidad volvía casi del todo. Salió el enfermo el 17 de diciembre sensiblemente mejorado.

Observación N.º 5

Sífilis maligna precoz

V. L. de 52 años, originario de Copan, (Honduras), jornalero, entró al Hospital Rosales el 10 de diciembre, quejándose de accidentes cutáneos. Fue colocado en el 3er Servicio de Medicina. Antecedentes hereditarios nada de importante. Antecedentes personales: Viruela

en su infancia, blenorragia a los 12 años. Chancro en el mes de febrero de este año; que le apareció a los 15 días del contacto, que fue duro, casi indolente, sin dejar cicatriz ni acompañarse de adenopatía. Al mes del principio de su accidente primitivo, reseola típica que el enfermo compara a la *sangre resfriada*. De este curó en algunos días sin tratamiento y al cabo de dos meses le aparecieron los accidentes que ahora viene a curarse, son estas lesiones que acusan una sífilis maligna precoz, el cuero cabelludo tiene varias pápulas hipertróficas vegetantes con salidas papilares y ligeramente impetiginizadas, en la punta de la nariz, varias sífilides pápulo castrosas, la costra que los recubre tiene algo de consistencia ostrácea que se desprende difícilmente, dejando al descubierto el elemento papuloso, sobre el labio superior izquierdo, surco naso-labial y comisura izquierda, presenta elementos también confluentes que dan una forma circular izquierda y axila izquierda también un círculo mas grande se presenta sobre la piel del abdomen. Hay otros elementos diseminados sobre el tronco, pero más pequeños.

Esta erupción se acompañó de cefalea, sobre todo nocturna, de dolores articulares y en la continuidad de los miembros; dolores osteocopos que martirizaron al enfermo. Hay micro-poli-adenopatía inguinal, epitrocleana y cervical. El examen de los otros aparatos no revelan ningún signo de sufrimiento. A la iz-

quiera se constata a la inspección una hernia inguinal voluminosa.

Por la clase de lesiones se diagnostica una sífilis maligna precoz, porque se trata de un individuo que a los dos meses de su infección presenta accidentes tan graves, en los trópicos estas lesiones son muy frecuentes, Jeanselme ha notado erupciones de sifilides tubérculo-crustáceas que aparecen pocas semanas después del chancro, estas lesiones se caracterizan por dos condiciones: son profundas, destructivas y terebrantes como accidentes terciarios a la vez que repartidas sobre toda la superficie del tegumento como accidentes secundarios. La malignidad de la sífilis se manifiesta en primer lugar por estas lesiones cutáneas que localizadas son propias del período terciario diseminadas en una erupción papulosa secundaria son el índice de una sífilis grave. Enfrente de una infección tan maligna se recurrió a un tratamiento intensivo, se prescribieron inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio; del 12 de diciembre al 21, el enfermo hizo una cura de 10 inyecciones: sus lesiones acusaron una mejoría acentuada, sobre todo las del tronco, las de la cara tuvieron tratamiento local al oxicianuro de mercurio en curas húmedas, sin embargo la mejoría fue menor que las del tronco. En cuanto a las pápulas vegetantes del cuero cabelludo no son lesiones que ceden pronto y ya todos los autores insisten en su rebeldía. Del 22 de diciembre en adelante el

enfermo es sometido al tratamiento yodurado, también se le prescribe una pomada al precipitado rojo para tratar localmente las lesiones de la cabeza. Hasta ahora en tratamiento.

Observación N.º 6

Sífilis maligna precoz

F. M. de 22 años, originaria del pueblo de Mita (Guatemala) y de oficios domésticos, viene al Hospital para curarse de una erupción de la cara, cráneo y vulva. Debido al embarazo que acusa es aislada en la Sala de Maternidad Antecedentes hereditarios, sin importancia Antecedentes personales de paludismo, sarampión Matrimonio hace diez meses (en febrero) Accidente inicial negado, no habiendo dejado rastro. Roseola dudosa que la enferma no recuerda cuando apareció. Cefalea y alopecia desde hace tres meses Aparición de las reglas a principios de abril, no habiendo vuelto a presentarse; fecha presunta de la concepción del 115 al 20 de abril; examen obstétrico, revela embarazo intrauterino, con presentación de vértice sin encajamiento completo. Cuello sin dilatarse. Ningún accidente ni complicación del puerperio hasta la fecha Movimientos activos, aparecidos al cuarto mes, muy frecuentes. Primer embarazo.

Sobre su afección actual dice que le principió en julio con unas

elevaciones papulosas que le principiaron en la cara; apareciendo después en la cabeza y en la vulva. En las alas de la nariz se presenta sifilides pápulo-costrosas del tamaño de un real; que revisten la forma llamada por Legendre placas mucosas de la piel, en la frente y regiones temporales presenta otras más pequeñas; y en la cabeza venimos a encontrar la variedad llamada sifilides hipertroficadas vegetantes, en número de cuatro, confluentes y ligeramente impetiginizadas, con mal olor. Algunos elementos de la cara presentan costras tan espesas que hacen pensar en la sifilides rupiodes, observadas sobre todo en la frente y las piernas. Es de llamar la atención la forma vegetante de la cabeza, en la cual las sifilides presentan salidas papiliformes no muy numerosas, estos elementos tienen contornos policíclicos y las vegetaciones son ramificadas. En la vulva hay placas mucosas vulgares en los grandes labios y en la horquilla. En la planta del pie derecho presenta una pápula escamosa única. La investigación del treponema en las lesiones de la cara, reveló una gran cantidad de parásitos, en el examen que hizo el Dr. Juan C. Segovia. El 28 de septiembre el Jefe de Servicio ordenó una inyección de 606, de 0,30 que se practicó por vía endovenosa en la mañana. Reacción ligeramente retardada. La enferma continúa en tratamiento.

Ante este caso de una gestante que no presenta sifiloma primitivo y en plena evolución de accidentes

secundarios, cabe hacerse la pregunta de que si estaremos frente a una sífilis concepcional; Fournier y Diday habían establecido que la madre podía ser contagiada por el feto sin haberlo sido antes por el padre, ligado a este dogma se encuentra el de la herencia paternal ahora bastante discutido. Krefting, Schindler creen que la herencia solo puede venir de la madre, al contrario de la escuela francesa que sostiene el mayor influjo paternal, Pinard relata observaciones curiosas como la siguiente: una mujer tuvo dos gestaciones normales de un primer procreador, después con un segundo procreador, dos embarazos con partos prematuros y aborto de seis y cinco meses respectivamente y con placenta gruesa sifilítica, después sin ningún tratamiento con un tercer hombre tuvo dos embarazos a término con un niño sano y placenta normal. La ley de Colles fundada en el paso de toxinas por el filtro placentario que aprisionaría los treponemas ahora tiende a ser explicada de otra manera; ahora Augagneur y Cales, sostienen que lo más frecuente es que la inmunidad maternal sea debida a una infección transmitida por el padre, pero cuyos síntomas pasarían desapercibidos en el embarazo, sin embargo quedarían casos en que la madre sana podría ser infectada por el niño en la lactancia (Vilanova). De esta manera aunque admitida su posibilidad, la pretendida inmunidad que patrocinaba la ley de Colles-Baumés, es debida a una sífilis latente, estas ideas corrientes

en Alemania, tienden a predominar en Francia. En cuanto a la sífilis concepcional, ya casi no se cree en ella; Milian dice que de ninguna manera se ha probado que la madre sea infectada por el feto; y si en algunos casos se observan sífilis sin puerta de entrada a las gestantes, sería porque el chancro pasa desapercibido; como no es difícil que suceda, dada la rareza de despistar la enfermedad en su accidente inicial en las mujeres. Hochsinger en 72 casos no pudo constatar la realidad de la sífilis hereditaria, ahora tiéndese a admitir que la infección del feto se hace durante su permanencia en el útero por paso del treponema a través de la placenta; la transmisión germinativa no existiendo, se debería reemplazar el término de sífilis hereditaria por el de sífilis congénita. LA herencia no existe para las enfermedades infecciosas, todo es el contagio. Concluimos en que dada la rareza de la sífilis concepcional, lo más probable es, que la mujer de la observación, no tenga una sífilis decapitada sino en apariencia.

Observación N.º 7

Erupción Secundaria Retardada

N. N. de 38 años, de Sonsonate, de oficios domésticos, ingreso al 3er Servicio de Medicina del Hospital Rosales el 9 de Octubre del corriente año. Viene quejándose de

una erupción bastante confluyente que se extiende en los antebrazos y pantorrillas. Esta misma erupción la presentó desde en Junio habiéndose hecho cuidar en el Hospital de Sonsonate en donde le administraron mercurio. No mejorándose viene al Hospital Rosales donde el examen arroja lo siguiente. Antecedentes hereditarios: Ninguno de importancia. Antecedentes personales: no acusa chancro; y sobre sus piernas, presenta, cicatrices que datan de hace dos años al cicatrizar las ulceraciones, probablemente gomosas, que le aparecieron entonces. Keratitis seguida de leucoma en el mismo año. Ningún accidente fuera de cefalea poco acusada hasta la fecha. Exámenes del aparato ganglionar revela adenopatías inguinales y sub-maxilares, de carácter específico. Examen del aparato respiratorio todos los signos de un asma esencial. Aparato circulatorio nada de importante. En los brazos y antebrazos, especialmente en la cara anterior, presenta una erupción de pápulas cobrizas, muy confluentes u de contornos reunidos formando mapa, la elevación papulosa es muy fácilmente perceptible al tacto. La coloración de las pápulas, de tono rojizo, hace diagnosticar una sífilide purpúrica papulosa. Con iguales caracteres se presentan estos elementos en las piernas, muslos y en el tronco, solo que aquí son discretas. El Dr. Velasco prescribe, en vista del fracaso del mercurio por otra vía y talvez insuficiente, una serie de inyecciones intra venosas

de Cianuro de Mercurio de %1 c/u. El 10 de Octubre recibe la primera. Este mismo día se hace la punción lumbar, el examen citológico y químico del líquido cefalo-raquídeo es normal—Reacción de von Pirket positiva— El 31, presenta ligera reacción meníngea que se atribuye a la punción, se prescribe reposo y antiespasmódicos. El 19 la erupción está bastante modificada, el relieve de las pápulas ha disminuido, la coloración se ha modificado menos. El 22 de Octubre, una estomatitis hace suspender el tratamiento. Se prescribe Yoduro de Potasio. Se continúan las inyecciones el 4 de noviembre: las series de tratamiento mercurial han sido intercaladas con curas yoduradas. A la fecha, 28 de diciembre, la erupción papulosa han quedado reemplazada por máculas que van atenuándose a su vez. La enferma continúa con su tratamiento yodurado.

Esta erupción papulosa aparecida en pleno período terciario podría atribuirse a una recidiva de los accidentes secundarios, no podría pensarse en una erupción terciaria debido a la generalización de los elementos y a sus caracteres. Balzer y Burnes, Nielsen, han señalado la aparición de accidentes secundarios mucho tiempo después del chancro: se ha visto roseolas retardadas, pápulas erosivas que se han presentado hasta 35 años después del accidente inicial:

Observación N.º 8

Primer Wasserman en la Republica

ERUPCIÓN PAPULOSA SECUNDARIA

C. S. de 23 años, de San Vicente y de oficios domésticos entra al 3er. Servicio de Medicina el 26 de noviembre en plena erupción papulosa florida. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales sin importancia para la observación. Chancro duro genital de 22 de agosto, curación en un mes, no acusa roseola, solo cefalalgia en los días que le apareció la presente erupción que es una sífilosis cutánea muy florida, con elementos confluyentes y generalizados a la cara, tronco y extremidades, son pápulas aplastadas, lisas, de color castaño cuya epidermis córnea, descamada pronto forma a la periferia de las pápulas el collarite de Bielt, tan característico, la confluencia de estos elementos da a la piel de la enferma un aspecto atigrado. Hay adenopatía característica en las ingles, en el cuello y epitrocleas. No hay hasta ahora lesiones de las mucosas. En esta enferma se ensaya el procedimiento del vejigatorio para buscar en su serosidad el treponema, un vejigatorio del tamaño de medio real es aplicado sobre las pápulas más confluyentes, al cabo de unas cuantas horas se extrae el líquido de la vejiga formada, por medio de una

pipeta alargada, la coloración de frotis revela la presencia del parásito en gran cantidad; y este procedimiento sería de un gran valor técnico para el diagnóstico bacteriológico, muchas veces negativo en la simple serosidad extraída por raspado de las pápulas. Habiendo llegado el Dr. Jeremías G. Guerra, con la colaboración del Dr. Salvador Peralta L., a preparar todo el complicado conjunto de elementos biológicos para el serodiagnóstico por el método Wasserman dá resultados positivos en un 70% a 90%. En la sífilis secundaria con roseola y placas mucosas, el porcentaje es de 50 a 70% (Joltrain), aunque esto varía según muchos factores, entre los cuales el factor personal no es de despreciar; otro que hay que tomar en cuenta, es la sensibilidad del antígeno; según Desmoulières llegaría a su máximo en su procedimiento de sensibilización por los antígenos perfeccionados.

El tratamiento de esta enferma fué hecho por inyecciones endovenosas de Cianuro de Mercurio, y queriendo el Jefe del Servicio mostrarnos la reacción Herxheimer, la primera inyección se hizo de 0.02; produciendo un efecto terapéutico notable, aunque la reacción fue muy débil, casi imperceptible. Las pápulas al día siguiente estaban decedadas, con su coloración disminuida. Hízose una cura de 10 inyecciones; habiendo aparecido en los últimos días una estomatitis intensa a pesar de los cuidados higiénicos que se instituyen en todo enfer-

mo del servicio que va a ser tratado por el Mercurio. Después de la administración del Mercurio, se continúa el tratamiento por el Yoduro de Potasio. El estado de la enferma es bastante satisfactorio, pues sus pápulas han desaparecido dejando una melanodermia post-papulosa. El tratamiento mercurial que debía haberse continuado fué suspendido hasta nueva indicación porque la estomatitis, tomo un carácter de intensidad que impidió la prosecución del Mercurio.

Observación N°. 9

Meningo-Mielitis Sifilítica

R. M. de 37 años, panadero y de Sonsonate, entra al Hospital Rosales el 18 de noviembre de 1914, quejándose de parálisis. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales varicela, blenorragia y chancro del forro; probablemente duro, en 1914, acompañado de adenitis supurada. Ningún otro antecedente. En junio del corriente año, dolores en cintura; poco después cefalalgias intensivas exacerbadas por la tarde; a los quince días de haber aparecido estos síntomas, aparecieron trastornos de la micción que llegaron a la retención completa; constipación y retención de materias fecales. Estos accidentes del lado de los reservorios son acompañados de la aparición de trastornos de la motilidad precedidos de pesantez

en el miembro inferior derecho, como también dolores punzantes en la planta del pie; esta paresia del miembro inferior llegó a imposibilitar la marcha normal:

Examen actual individuo bien conformado, con antecedentes alcohólicos y tabáquicos. Sistema nervioso: funciones psíquicas normales. Motilidad: marcha helicópoda del pié derecho, apoyándose en un bastón. Paraplegia espasmódica, más acentuada en el miembro derecho; la contractura se ha instalado hace un mes, espasmos y sacudidas musculares, ligero temblor que acompaña los movimientos de la marcha. Más bien habría paresia que parálisis completa. Reflejos superficiales conjuntival, palatino, faríngeos, conservados, abdominales y cremasterianos abolidos; plantar exagerado; signos de Babinski, de Oppenheim, Reflejos tendinosos del miembro superior, todos conservados y normales. Reflejos tendinosos del miembro superior, todos conservados y normales. Reflejos inferiores, aquiliano y plantar exagerados, ante todo a derecha. Clonus del pie y de la rodilla derechas. Órganos de la visión: normales. No hay Argyll-Robertson. Sensibilidad térmica, abolida en la región antero-lateral del muslo izquierdo y con cierta pereza en la percepción en la zona anterior del miembro derecho y hasta perversión poco acentuada. Zona de hiperestesia, arriba del ombligo hasta el borde costal. Ni atrofas ni escaras. Líquido cefalo-raquídeo, albumi-

noso. Sentido genital disminuido. Micropoliadenopatía, epitrocleana y cervical. Demas aparatos sanos, menos los trastornos de los esfínteres que persisten como ya han sido descritos.

En este enfermo que tenía una parálisis motriz, tenemos que resolver un primer problema: la parálisis era orgánica o funcional? En el caso de ser orgánica, tenemos que averiguar en qué sitio estaba la lesión y cual era su causa. La presencia del signo de Babinski nos indica que la parálisis del enfermo era orgánica: porque en un enfermo que ha pasado la primera infancia es patognomónica de una lesión orgánica del neuroeje (Stewart). También los trastornos de los reservorios no son raros en las lesiones del cerebro y de la médula; pero prácticamente no se presentan jamás en una paraplegia histérica, (Stewart). De modo que adoptada una parálisis orgánica, veamos donde se situó la lesión capaz de producir un cuadro semejante al de nuestro caso. Eliminadas las paraplegias de origen cerebral, porque son rarísimas y además se acompañarían de otro cortejo sintomático; también desechamos el origen peduncular por faltar la parálisis del tercer par con hemiplegia del mismo lado que la cara y opuesta al nervio craneano antedicho. Las lesiones protuberanciales y bulbares se acompañan de hemiplegia con parálisis de otros nervios craneanos. Nos queda el origen medular, y el cuadro sintomático varía según

la altura de la lesión; en las lesiones cervicales habría hemiplegia del mismo lado de la lesión; pero si ésta asienta bajo el hinchamiento braquial solo la pierna puede estar interesada. Una lesión primitiva unilateral de la médula interrumpe no solo las vías matrices sino también las sensitivas; produciendo así el síndrome de Brown-Sequard. Las lesiones de la médula dorsal determinan la paraplegia con anestesia, cuyo límite será tanto más alto cuanto más alta esté la lesión. Los reflejos cuyos centros están situados bajo la lesión, se hallan generalmente exagerados; hay pues exageración de los aquileanos, patelares y cremasterianos, clonus del pié, al contrario, el reflejo abdominal está suprimido; el frotamiento o el roce de la piel del vientre no produce ya la retracción de las paredes abdominales. Las lesiones de la médula dorsal son acompañadas con frecuencia de neuralgias que existen al nivel de la lesión o en su proximidad y permiten precisar el diagnóstico del sitio de ella (Collet).

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, creemos que la evolución y cortejo sintomático de la afección del enfermo, nos autorizan a pensar en una meningo-mielitis del segmento dorsal, solo nos faltaría averiguar la causa. En un individuo que está tomado de contractura de los miembros inferiores con paraplegia y con incontinencia o retención de orina: es necesario pensar en la sífilis (Dieulafoy) En nuestro caso hubo accidente inicial hace

10 años y precisamente es entre el tercero y décimo año de la infección que se presentan accidentes medulares en los dos tercios de casos observados por Fournier, quien hizo notar la mayor frecuencia de la sífilis medular en el hombre y el papel que representa entre las causas ayudantes el alcoholismo y la edad, es en los hombres de 20 a 40 años y alcohólicos que la sífilis presenta con mayor frecuencia sus manifestaciones medulares. En nuestro caso se trata de un hombre de 37 años y dado a la bebida.

El tratamiento instituido el 20 de noviembre, se hizo por inyecciones endovenosas de Cianuro de Mercurio de 0,01 c/u; una serie de 10 inyecciones mejoro en mucho el enfermo que a la cuarta inyección ya podía servirse de sus piernas sin ayuda del bastón y que recobro sus funciones casi del todo con solo la primera serie; los trastornos vesicales desaparecieron. Una cura yodurada fue instituida cuando el enfermo pidió el alta, siendo imposible convencerlo de lo beneficiosa que le era su permanencia en el Hospital que abandonó el 5 de diciembre, llevando en su boleta como calificativo del estado en que salía un «mejorado» verdadero, puesto que marchaba sin bastón.