

## De las neuritis ópticas sifilíticas

por el Dr. Carreras Aragó

En el segundo grupo que hemos formado de las afecciones sifilíticas de las partes profundas del ojo, hemos comprendido las del *nervio óptico*. Suelen éstas presentarse en el periodo terciario ó cuaternario, y rara vez en el último del secundario; de manera que generalmente han transecurrido muchos años de la afección primitiva, y en ocasiones son verdaderas manifestaciones de la sífilis terciaria.

Preséntanse bajo todas las formas, desde la *neuritis proeminente estrangulada*, hasta la simple *neuritis atrófica descendente*, pobre en síntomas, revelando el carácter sifilítico de la dolencia, mas el estado anamnóstico, que los mismos síntomas de la enfermedad. Con todo ofrecen algunos caracteres especiales que indicaremos luego, y que son de la mayor importancia, tales como, en las *neuritis proeminentes*, la prontitud con que se forma el edema de la papila, con adelgazamiento de las arterias, dilatacion de las venas, infiltracion serosa, exudados y pequeñas hemorragias, oscureciéndose la vision, aunque se conserven transparentes los medios del ojo; y en las *neuritis atróficas* la decoloracion y aplanamiento de la papila, isquemia vascular, con desaparicion de los vasos arteriales, la alteracion de la sensibilidad, en un principio cromática, limitacion del campo visual, escotomas y demás trastornos que se van presentando de un modo gradual y muchas veces lento, pareciendo en ocasiones imposible, al simple exámen oftalmoscópico, que exista tanto trastorno en la vision con síntomas tan escasos, ó vice-versa; debiéndose estas diferencias, por lo general, á la compresion que pueden ejercer los sifilomas ó los exostosis sobre el mismo nervio, segun sea su situacion.

La *neuritis sifilítica* con elevacion y estrangulacion de la papila óptica (*Stauungs-papille*) es una de las formas que más comunmente se presentan. Entre los varios casos que recordamos, citaremos el de un hombre de 45 años, que nos consultó con motivo de habersele ofuscado repentinamente el ojo, ofreciendo al exámen oftalmoscópico, una hinchazon de la papila que tomó un tinte gris rojo, aumentando luego con rapidez, hasta llegar á sobrepasar el límite de la esclerótica, y cubriendo los vasos centrales de la retina que solo eran visibles en la region más periférica. Entre dicha tumefaccion papilar se notaban algunas extravasaciones, con puntos rojizos sanguíneos, y los vasos que partian de ella

tomaban formas serpiginosas, las arterias más adelgazadas, y las venas más dilatadas, y con un tinte rojo más sucio. Los medios del ojo se conservaban transparentes, sin exudaciones en el vítreo, y aparte de alguna hemicránea, y oscurecimiento completo de la vision, no existian síntomas especiales.

En este caso, como pudimos tratar al paciente desde un principio, pues por una cicatriz de color bronceado en la tibia, resultando de un exostosis sifilitico que habia sufrido hacia medio año y otras manifestaciones específicas, estábamos seguros de la naturaleza de la afeccion; combatiendo la enfermedad con los mercuriales, sosteniendo en un principio, el tialismo y empleando luego ioduro de potasio, pudimos curar la afeccion, recobrando el paciente la vista, s, bien no al grado que la tenia antes, quedando la papila óptica más decolorada, y con adelgazamiento de la arteria central de la retina.

Pero estos resultados felices no suelen ser muy comunes, y se comprenderá fácilmente el que así sea, principalmente si la enfermedad tiene alguna fecha, pues basta muchas veces el desatenderla por algunas semanas para que el proceso exudativo que distiende y pone edematosa la papila óptica, comprimiendo los vasos, dé lugar al adelgazamiento de las arterias, y dilatacion de las venas, que se ponen gruesas y flexuosas. Más tarde, con la neoformacion y retraccion del tejido conjuntivo, estrangúlanse los tubos nerviosos y se atrofian, en cuyo caso no hay ya curacion posible.

Puede la neuritis óptica sifilitica propagarse á la retina, constituyendo la llamada *neuro-retinitis sifilitica*, y en este caso toma la papila un tinte rojizo, debido á pequeños puntos hemorrágicos diseminados que se extienden por la papila, y por la capa inmediata de fibras nerviosas de la retina, infiltradas asimismo por la serosidad. Cuando al terminar la inflamacion es reabsorvida la sangre, hemos notado en su lugar algunas placas amarillas.

En las *neuritis atróficas sifiliticas de la papila*, los síntomas visibles al oftalmoscopio, son en su principio ménos característicos, pues á no aquejarle al paciente una fuerte rebaja en la agudeza de la vision, ambliopía, limitacion del campo visual, alteracion en la sensiblilidad cromática, y fuertes hemicráneas, pasaria desapercibida la enfermedad. Podríamos citar un caso, en el cual el exámen oftalmoscópico en un principio no denotaba alteracion alguna, iniciándose luego una ligera disminucion en el calibre de los vasos arteriales, una decoloracion en la papila que, tomando un tinte rosado muy pálido, y al fin un color blanco brillante algo anacarado, concluyó por declarar la atrofia óptica *blanca de la papila*, con isquémia muy pronunciada en los vasos centrales. Del origen sifilitico, no nos fué posible dudar por las parálisis musculares y hemiple-

gia que se presentaron más tarde, junto con otras señales manifiestas de la afección. La poca constancia del paciente en seguir la medicación enérgica que la habíamos prescrito desde un principio, contribuyó sin duda á los efectos desastrosos de la enfermedad. En este caso se comprende bien que, dada la naturaleza anatómo-patológica de la afección, una vez iniciada la atrofia de las fibras nerviosas, disminuyendo el volúmen de los vasos, que llegaron á atrofiarse y obturarse por completo los menores, no habia curación posible.

Síntomas generales análogos ofrecen la *neuritis atrófica gris, sífilítica, de la papila*. Acompañadas muchas veces de enfermedades de igual naturaleza en la médula y en el cerebro, por lo comun tienen una marcha más lenta, y se conservan por largo tiempo restos de vision, no llegando á quedar muchas veces el paciente ciego del todo. Precédenlas generalmente dolores en la region cervical y hemicráneas, y pueden ir acompañadas de otras manifestaciones sífilíticas. La papila toma un color gris ceniciento, lo cual se explica, pues siendo el proceso anatómo-patológico análogo á las esclerosis del cerebro y de la médula, la hiperplasia del tejido conjuntivo, comprimiendo los tubos nerviosos, les disminuye de volúmen por desaparición gradual de la mielina, quedando solo los cilindros ejes, los cuales á su vez se coarrugan desapareciendo unos, y quedando persistentes otros, pero muy adelgazados y desiguales, con abolladuras y entreñimientos envueltos por el tejido conjuntivo hiperplasiado. Si bien la atrofia gris, como hemos indicado, tiene una marcha más lenta, y puede curarse ó paliarse con un tratamiento autisifilítico enérgico; como muchas veces cuando se revela ha ocasionado ya trastornos orgánicos de importancia, puede terminar por ceguera.

La marcha de las *neuritis ópticas sífilíticas*, cuando toman la forma de una *papilitis prominente extrangulada*, suele ser rápida, y puede ofrecer varias alternativas de descenso y agravación; si se tarda en combatirla se destruyen los elementos nerviosos y terminan fatalmente. La de la *atrofia blanca* suele ser más crónica, aunque progresiva desde un principio, llegando á completar la ceguera en tiempo no muy largo. La *neuritis con atrofia gris* es ya más lenta en su desarrollo, y puede el paciente conservar largo tiempo la vision, aunque en grado muy débil.

Para fijar un *diagnóstico* positivo del carácter sífilítico de las afecciones del nervio óptico que acabamos de describir, es preciso atender en gran manera á la anamnesis y á los síntomas que acompañan la afección del nervio óptico, pues unas veces se las verá precedidas de otras afecciones de idéntico carácter en el iris, retina ó coroides, que han dejado vestigios, otras coincidirán con pa-

rálisis musculares, exostosis ó periostitis, hemiplegias violentas, y casi nunca faltarán hemicráneas fuertes, principalmente nocturnas.

Relativamente al *pronóstico*, se hará siempre muy reservado. Si intervenimos al principio de la afección una vez seguros de la especificidad del mal, podremos tener alguna confianza, pues recuerdo en mi práctica casos de ceguera completa curados con un tratamiento enérgico. Con todo, hay mucha tendencia á las recidivas, y estas pueden ser fatales.

En lo concerniente al *tratamiento*, se deben emplear con la mayor energía el mercurio, en un principio, luego el yoduro de potasio, y los demás medios que hemos indicado para las retinitis y coroiditis, pero con mucha prudencia, pues si la afección dependiese de otra causa, podría precipitarse la marcha de la enfermedad y con ella la ceguera.

## LECCION XLIII

---

### Tratamiento de la sífilis en su período secundario

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> El mercurio y sus compuestos están indicados, como agentes específicos, desde que asoman las primeras manifestaciones del período secundario; el ioduro de potasio puede asimismo cumplir especiales indicaciones en este período, simultaneando con los mercuriales ó alternando con ellos—*método mixto*.—

2.<sup>a</sup> Las vías de absorcion del mercurio son: la superficie cutánea, las mucosas respiratoria y digestiva y el tejido areolar sub-cutáneo; su eliminacion se efectúa por todos los emuntorios normales y en especial con la saliva, la orina, el sudor, la leche y la bilis.

3.<sup>a</sup> Los métodos de administracion de los mercuriales, son: por fricciones ó unciones, por inyecciones hipodérmicas, por fumigaciones, y, al interior, ó sea por ingestion.

4.<sup>a</sup> Las *fricciones mercuriales*, que se practican extinguiendo diariamente de 3 á 6 gramos de unguento mercurial terciado en las ingles, sobacos ú otras partes finas de la piel, impresionan rápidamente el organismo, abaten pronto los síntomas sífilíticos, determinan fácilmente el tialismo y á menudo causan, en los sitios en donde se aplica el medicamento, un eritema pustuloso, de poquísima importancia—*hidrargiria*.—

5.<sup>a</sup> Las *inyecciones hipodérmicas* constituyen el método más rápido, más eficaz y más desprovisto de inconvenientes para administrar el mercurio; pueden emplearse los *calomelanos*—5 centigramos por gramo;—el sublimado corrosivo—1 centígramo por gramo,—pero estas inyecciones son dolorosas y exponen al flemon; las de *peptonato amónico mercúrico* carecen de estos inconvenientes y son las mejores.

6.<sup>a</sup> Las *fumigaciones*, para las cuales el *cinabrio*—sulfuro de mercurio—es el medicamento más comunmente empleado, obran sobre la piel y la mucosa respiratoria; tienen el defecto de agotar mucho las fuerzas del enfermo y de causar rápidamente el tialismo.

7.<sup>a</sup> Por *ingestion* se pueden administrar: *calomelanos*—5 centigramos dos veces al día,—medicamento infiel y que produce tialismo; el *bicloruro*, constituyendo la base de los licores de Van-Swieten y Gardane y de las pildoras de Dupuytren, que si bien provoca raras veces el tialismo, necesita asociarse al ópio para no causar cólicos y diarrea; debe darse á la dosis de 1 centígramo, tres tomas cada día; el *mercurio metálico*, que entra en las pildoras de Belloste y Sedillot y que ataca pronto las encías; el *bi-ioduro*, que forma la base del *jarabe anti-sifilítico de Gibert*, es una preparacion tan cómoda como útil, etc.

8.<sup>a</sup> La medicacion mercurial, que debe comenzar desde la aparicion de los síntomas secundarios, conviene que sea sostenida por lo ménos hasta dos meses despues de que estos hayan desaparecido.

9.<sup>a</sup> El *ioduro de potasio*, á la dosis de 3 ó 4 gramos en las veinticuatro horas, está indicado en el periodo secundario, para acallar síntomas dolorosos, las manifestaciones viscerales y en general todas aquellas que, por la profundidad de la lesion y por ser tardías, tienen semejanza con los fenómenos terciarios.

10.<sup>a</sup> El efecto fisiológico más visible y característico de los mercuriales es la estomatitis, ó *tialismo mercurial*, que se caracteriza por tumefaccion dolorosa de las encías, fetidez del aliento, sabor metálico y abundante flujo de saliva, mas fluida que de ordinario; más tarde sobrevienen ulceraciones de las encías; se descalzan, cimbrean y hasta caen los dientes, se infartan los ganglios submaxilares, se hinchan los carrillos y la masticacion y aún la deglucion son sumamente dolorosas, por lo cual los enfermos toman poco alimento, de donde una causa de debilidad general que se agrega á la accion antiplástica del mercurio.

11.<sup>a</sup> Hay ciertas predisposiciones individuales al tialismo mercurial: el temperamento linfático, la irritabilidad de las encías y la caries dentaria; en cambio, se ven personas cuya boca resiste mucho al mercurio.

12.<sup>a</sup> El *clorato potásico*, en enjuagues y en pocion—de 3 á 5 gramos en 200 de agua, cada veinticuatro horas—obra como un específico contra el tialismo mercurial.

13.<sup>a</sup> Los otros males achacados á los mercuriales, prudentemente administrados, son ilusorios; si el charlatanismo y el espíritu de sistema han trabajado de consuno para desacreditar el mercurio, la práctica proclama sus excelencias.

14.<sup>a</sup> Los medicamentos depurativos, los sudoríficos, los leños exóticos y otros remedios con que se ha pretendido reemplazar al mercurio, son completamente ineficaces.

15.<sup>a</sup> A juzgar por algunos efectos obtenidos, el *fármaco de Pollini*, de composicion desconocida, tiene una accion anti-sifilítica apreciable, pero quizás no sea tan ventajoso para los afectos sifilíticos como para las complicaciones más graves del chancro venéreo.

SEÑORES: De nada se ha abusado tanto como del organismo y del bolsillo de los sifilíticos; todos tienen derecho á medicarles; cualquiera sabe la manera de expulsar de su cuerpo el *humor pecante* y no hay mediquin ni medicaco, ni curandero, ni boticario intruso, que no posea un secreto

para *curar sin mercurio* las enfermedades venéreas y sifilíticas. Los médicos honrados, los que ejercemos con decencia nuestra profesion, al ser llamados como *última ratio* por las víctimas estropeadas por el charlatanismo, que arrulla la fantasía desde la página de reclamos de los periódicos, solemos recibir la irritante advertencia de «*cúreme usted sin mercurio.*»

Y sin embargo, el mercurio y sus compuestos son, á ojos vistas, maravillosos específicos de la sífilis, siendo poco menos que ilusorios los grandes males que de su empleo se dice resultan. Esas detracciones no son privativas del mercurio: todos los medicamentos verdaderamente eficaces han debido sostener la misma lucha; díganlo la quina, el hierro, el arsénico, el yoduro de potasio: *medicamenta heroica in manu imperiti, sunt uti gladius in dextera furiosi.*

¿Qué se quiere más para la sífilis? Tiene un medicamento que, oportuna y prudentemente administrado, abate sus manifestaciones, hasta extinguirlas; que cuantas veces pretende el virus levantar su repugnante cabeza, se la aplasta y quítale los bríos, y todo esto obrando de una manera especialísima, que muchos han intentado, pero que ninguno ha conseguido explicar satisfactoriamente!... ¿Quién podría disputarle al mercurio el preciado título de *específico*?

Es la *quina* de la sífilis.

Dígase que hay un microbio que da alma y vida al virus; que el mercurio mata á este parásito como al *achorion Schontlein*, que vegeta en el cuero cabelludo; no me repugna admitirlo;... pero demuéstrese el micróbio; las relaciones de su modo de vivir y procrear con las evoluciones del largo proceso de la sífilis; pruébese que no existe sífilis sin el tal microbio, y que, muerto ó expulsado éste, la sífilis resulta curada. Mientras tal no se haga, importará muy poco que se esfuerzen en explicarnos los efectos curativos del mercurio

por reacciones químicas, que *amalgaman* la sustancia nociva de la sangre; ó por eliminaciones á través de los filtros orgánicos, que á la vez que saliva, orina, sudor ó bilis, excretan mercurio, y—ahí está el supuesto indemostrado—la parte virosa ó pecante, de la sangre;... todo esto es puro alimento de la imaginacion. El médico de Molière explicaba la virtud hipnótica del opio, diciendo: *quia in eo est virtus dormitiva*; nosotros, parodiando al cómico personaje, podríamos aforísticamente decir: *hydrargirium sanat, quia habet virtus curativa*.

El médico prudente no debe usar del mercurio sino con la debida oportunidad. Ya os he hablado de una escuela clínica que defiende á capa y espada la administracion del específico desde el momento en que puede definirse el chancro sífilítico. Jullien participa de esta opinion y se atiene á esta práctica. En su apoyo podria aducir una estadística suya, de la cual resulta: que el mayor número de enfermos que presentaron síntomas terciarios de sífilis, correspondian á los que no fueron mercurializados hasta el período secundario; que este número es mucho más considerable que el de los que prescindieron de toda medicacion mercurial; que el menor número de estos enfermos está formado por los que fueron sometidos al mercurio desde los síntomas primarios. Pero, señores, ¿pensais que si fuéramos á forjar estadísticas con materiales de tan difícil trabar, en razon á que no tienen más fundamento que el relato de los enfermos y este relato se refiere á recuerdos lejanos y á cosas de que entienden poco, pensais, digo, que con estas estadísticas no podríamos probar totalmente lo contrario? Las estadísticas son libros de los que, como de la Biblia, se podria decir:

Libros son en que cada uno inquiera

Un dogma... y halla el dogma que prefiere.



A mí, para aducir un dato contrario á la mercurializacion precoz, me basta reflexionar que entre nosotros abunda notablemente la sífilis terciaria, no obstante que, por pecados del unicismo y del identismo, sistemas que, hasta dias muy próximos, han sido la guia de nuestros prácticos, raros son los enfermos que no fueron mercurializados desde el primer período de la sífilis.

Yo, por otra parte, he visto con repetida frecuencia que aquellos enfermos á quienes se administró mercurio desde los tiempos del chancro, y que por el momento quedaron satisfechos de escapar de los síntomas secundarios, vinieron á perder sus ilusiones, pues si bien estos tardaron algunas semanas más que de ordinario en manifestarse, al aparecer tuvieron tanta intensidad como los de la sífilis no hidrargirizada. Fué entonces preciso emprender una nueva mercurializacion, para la cual apenas les quedaba á los pacientes resistencia en las encías, ya dañadas por el precedente tratamiento mercurial.

Es decir, pues, que si el mercurio, precozmente propinado, tiene poder para *ahuyentar* las manifestaciones secundarias, *no las evita* ni cura la sífilis, sino en tanto es administrado durante el reinado de estas. El médico, en frente de la sífilis, debe ser como el cazador experimentado: sabe que posee una arma de precision; pero conviene no disparar hasta tanto que la pieza se haya puesto á tiro. La hora de disparar con mercurio, ha llegado desde que asoman los síntomas secundarios.

Se preguntan los terapeutas cómo y por dónde es absorbido el mercurio. Lo cuestionable es el *cómo*, porque hay quien supone que para que este metal pase á través de una superficie orgánica, es necesario que contraiga combinaciones con el cloro, el amoníaco ó el sodio, así formando compues-

tos solubles; mientras que otros opinan que es tanta la volatilidad de dicho cuerpo, que aplicado á la superficie cutánea, aún á la temperatura del cuerpo, se volatilizan sus átomos y es absorbido en estado vaporoso. Este es un punto que podemos abandonar á los fisiólogos. Lo que clínicamente sabemos es, que toda la superficie cutánea, la de las vías respiratorias, la mucosa gastro-intestinal y el tejido areolar sub-cutáneo, son hábiles para absorber los medicamentos mercuriales. Por lo que á mi experiencia personal concierne, opino que las mayores garantías de absorcion de estos medicamentos se encuentran segun el siguiente órden: 1.º en el tejido conjuntivo subcutáneo, mediante el método hipodérmico; 2.º en la epidermis, por medio de fricciones con pomadas mercuriales ó por el método de las fumigaciones; 3.º por las vias respiratorias, á beneficio de las susodichas fumigaciones, y 4.º por las vías digestivas.

El mercurio no tarda en ser eliminado de la economía: á las ocho horas de haber sido introducido por la vía gástrica, se le encuentra en la orina y en la saliva. Mucho más tarda en poderse demostrar su presencia en el sudor y en la leche. Se le ha hallado en las heces ventrales; lo cual prueba que se elimina tambien con la bilis. Pero ¿es expelido todo el mercurio absorbido? Es probable que alguna parte de este metal quede por algun tiempo retenido en los tejidos: de ahí su fijacion en planchas metálicas á beneficio del baño eléctrico. Pero de esto á opinar, como el vulgo, al compás de algunos médicos sobrado *crédulos*, que considerables cantidades de mercurio pueden permanecer alojadas en la trama de los huesos, causando las caries, las necrosis y los osteomas que frecuentemente vemos en los sifilíticos, hay una inmensa distancia. Esos males óseos y otros de los sifilíticos, sifilíticos son y no mercuriales. El esqueleto del granadero que se en-

seña en el Museo anatómico de la Facultad de Madrid, es un esqueleto patológico; pero el frasquito con mercurio que tiene al pié, junto al soporte,..... bien pudo ser añadido por algun fanático anti-mercurialista. De esta opinion participaba al ménos uno de los más ilustrados catedráticos de la nombrada Facultad, cuando me hizo el obsequio de acompañarme á la visita del mencionado museo.

Conocidas las vías de absorcion del mercurio, se han ideado diferentes métodos para su administracion. A traves de la epidermis, se da en *fricciones* y *fumigaciones*; penetrando en las mallas del tejido conjuntivo sub-cutáneo, se da en *inyecciones hipodérmicas*; las vías aéreas son impresionadas, á la vez que la epidermis, por el método de las *fumigaciones*; por último, por *ingestion*, que es el método ordinario—aun cuando, segun mi entender, no el más conveniente—se administra en píldoras, soluciones, papeles y jarabes.

Discutamos el valor de cada uno de estos métodos y tratemos de precisar sus principales indicaciones.

En nuestras enfermerías, las *unciones mercuriales* constituyen el método clásico, ú ordinario. Hoy no *ungimos*, todo el cuerpo del enfermo, ni le abrigamos con mantas, para procurarle abundantes sudaciones y flujos salivales penosísimos, conforme lo efectuaban los antiguos y hasta algunos de nuestros maestros, animados por el propósito de curar la sífilis mediante grandes descartes humorales. El vulgo de hoy dia aún se espanta ante el nombre de *unciones*, pues no es para pintado el cuadro de los sufrimientos que con tanto unguento, tanto abrigo, tanto sudor y tanto saliveo, representaban los enfermos. Era aquello un *purgatorio* del pecado. Hoy huimos cuanto podemos de la salvacion; si la aguardamos, es para estar seguros de que el mercurio ha sido absorbido; pero, apenas iniciada, es nuestra regla suspender los

mercuriales y combatir la estomatitis con clorato de potasa.

Prescribimos 30 gramos de unguento de mercurio terciado, y lo hacemos repartir en ocho cajitas. De este modo, cada cajita contiene próximamente 4 gramos de unguento. El mismo enfermo, cubierto el índice con un dedo de guante, se hace una ó dos fricciones diarias—mañana y noche—ora en la ingle derecha, ora en la izquierda, ora en uno ora en el otro sobaco. Encargamos que en cada fricción emplee unos 20 minutos. En una tercera parte de casos, estas fricciones provocan un eritema en las ingles, con unos granitos blanquecinos, que causan bastante escozor. Esta erupción—*hidrargiria*—se desvanece por sí sola, ó á lo más requiere el auxilio de unas cataplasmas feculentas.

Pronto las sífilides dan muestra de haber recibido la impresión mercurial: palidecen, reducen su volumen, se desecan, si eran húmedas, y se descaman. ¡Cuántas veces, empero, en mitad de esta senda de triunfos, viene á detenernos el *tialismo*, ordenándonos que suspendamos la medicación!

¿Quereis impresionar pronto el organismo? ¿Os conviene detener la evolución de un proceso sífilítico que toma cada día mayores vuelos, en el decurso del periodo secundario? Apelad á las fricciones mercuriales; pero recelad la estomatitis y dad punto al método *yatraléptico*, tan pronto asome la inflamación de las encías.

Todos los días, en la Clínica, recibís nuevas y agradables sorpresas cuando empleamos el mercurio en *inyecciones hipodérmicas*. Yo mismo, que estoy habituado á esas gratísimas emociones que causa el éxito terapéutico, no acabo de salir del asombro que cada día me causa tan hermosa medicación. Bendigamos á Pravaz y, si quereis, bendecidme un poco á mí, que he modificado y perfeccionado algo su jeringa, ha-

ciéndola de más seguro manejo, de más extensos usos y de mucha mayor duracion—*jeringa universal*.—

Tenia hasta aquí la administracion hipodérmica de los mercuriales el inconveniente del dolor de las punturas; además, cuando el liquido, en vez de ser conducido al tejido subcutáneo, se detenía en las mallas del dermis, resultaban flemones, que frecuentemente terminaban por abscesos dérmicos. Muchísimos enfermos, y particularmente enfermas, rehusaban este medicacion. Esto ha sucedido mientras hemos empleado *calomelanos*—3 gramos por 30 de agua—ó *sublimato corrosivo*—25 centígramos por 30.—En vano á la disolucion de sublimado, que era la más generalmente usada, añadimos *morfina* ó *sulfato de atropina* — Letamendi — las inyecciones resultaban siempre muy dolorosas y frecuentemente aparecian síntomas mórficos ó atrópicos, sin que fuese mucho menor el sufrimiento en el sitio de la puntura. El problema de hacer indoloras las inyecciones hipodérmicas mercuriales ha sido casi totalmente resuelto con la invencion del *peptonato-amónico-mercúrico*, y digo casi totalmente, porque, aun cuando estas inyecciones son incomparablemente ménos molestas que las de sublimado, no se hallan del todo exentas de dolor.

Hé aquí la fórmula que para preparar el peptonato mercurial y el *peptonato amónico* de la misma base, ha dado el doctor Rasellabe:

De peptona desecada. . . .	1 gramo
De agua destilada. . . .	50 »

Disuélvase, fíltrese y mézclese con 20 centímetros cúbicos de una disolucion de *sublimado corrosivo* al 5 por 100.

Cada gramo de este líquido contiene 1 centígramo de *peptonato de mercurio*.

Para preparar la solución de *peptonato amónico mercurico*, tómese:

De bicloruro de mercurio. . . . .	1 gramo
De peptona pura. . . . .	1 »

Disuélvase, en la cantidad suficiente de agua, para que cada centímetro cúbico de líquido, contenga 4, 6, 8 ó 10 miligramos de bicloruro y luego añádase:

De cloruro amónico. . . . .	C. S.
-----------------------------	-------

En esto consiste la disolución de que diariamente hacemos uso en la Clínica, siendo sus ventajas: el ser poco ó nada dolorosas las inyecciones, no causar tialismo y asegurar la penetración en la masa sanguínea de una pequeña cantidad de mercurio, que pronto da evidentes muestras de su eficacia terapéutica.

Solemos prescribir de 20 á 25 inyecciones, de un gramo cada una, en otros tantos días. En casos rebeldes, se puede llegar á 30 y aún á 40. La espalda es el sitio preferible para estas inyecciones; otros las hacen en los brazos ó en los muslos, pero en estas regiones son mas dolorosas.

Por lo comun es tanta y tan rápida la mejoría, que hay que prevenir á los enfermos de que no dejen de completar el número de las inyecciones, aún cuando les parezca estar curados al llegar á la duodécima ó décimacuarta.

Todavía al método hipodérmico le queda el inconveniente de que el mismo enfermo no pueda aplicarse el medicamento. Esto hace que, en casos comunes y al principio de los síntomas secundarios, demos la preferencia á las *fricciones*. Fuera de estas circunstancias y cuando conviene obrar pronto y con seguridad, no hay método mejor que el hipodérmico.

A él suelo tambien apelar siempre y cuando, tratándose de accidentes secundarios, no habiendo sido mercurializado el enfermo ó habiéndolo sido inconvenientemente, importa, para que el ioduro de potasio despliegue toda su accion, asociarle la del mercurio.

Las *fumigaciones* gozaron de gran predicamento antes de entrar en uso las inyecciones hipodérmicas. Aun hoy dia son muchos los *sifiliógrafos* que cobran fama por medio de anuncios en los periódicos, diciéndose poseedores de especiales secretos de fumigacion mercurial. No há mucho que entre nosotros obtuvo renombre y provecho un doctor Bosch, dando fumigaciones á domicilio; un distinguido maestro mio, aseguraba que el secreto del Dr. Bosch consistia en unir el cinabrio á la sal del bacalao. De todos modos, el *cinabrio*—sulfuro de mercurio—es casi siempre la base de este tratamiento. Desnudo el enfermo, se sienta en un taburete, debajo de cuyo asiento, horadado, se halla una cápsula de porcelana, que se calienta al baño maría, de la cual se desprenden vapores mercuriales, pues contiene cinabrio. El paciente permanece durante 20 ó 25 minutos envuelto en una manta, que tapa tambien el taburete. La cabeza está fuera del cobertor; pero de vez en cuando el enfermo la mete dentro, para respirar los vapores. Terminada la fumigacion, es bueno que el paciente se acueste en la cama, bien abrigado.

Los efectos de las fumigaciones son tambien rápidos y eficaces; tanto más, cuanto más los enfermos respiran el vapor mercurial, pues por las vías aéreas entra más fácilmente este medicamento que por la superficie epidérmica. Yo tengo poca aficion á este método, pues además de que no le considero superior á las unciones ni á las inyecciones hipodérmicas, es mucho más engorroso y es el que más pronto provoca el tialismo.

Ofenderia la ilustracion que en punto á materia médica debo en vosotros suponer, si pretendiese enumerar las diferentes preparaciones de mercurio que tienen uso en las enfermedades sifilíticas: me limitaré á hacer mencion de las más frecuentemente empleadas en nuestra clínica.

Rarísimas veces receto *calomelanos*—cuya dosis antisifilítica es de 5 centigramos, dos veces al día—porque unas veces provocan el tialismo desde las primeras tomas, otras determinan flujos diarréicos y otras no manifiestan efecto alguno. El protocloruro de mercurio, es pues un medicamento infiel, que merece ser reemplazado.

Tampoco tengo predileccion por el *sublimado corrosivo*, ora forme parte de los licores de Van-Swieten ó de Gardane, ora constituya la base de las *píldoras* de Dupuytren. Este medicamento, que tiene la ventaja de no conducir fácilmente al tialismo, debe darse á la dosis de un centígramo, dos ó tres veces al día, asociándole igual cantidad de extracto de ópio, pues su principal inconveniente estriba en que frecuentemente ocasiona cólicos y diarrea.

El *mercurio metálico* entra en las píldoras de Belloste y de Sedillot, y tiene el inconveniente de provocar pronto la estomatitis.

Los mejores preparados mercuriales y los hoy día más en uso, son los *ioduros*. El *proto-ioduro* se administra á la dosis de 2 ó 3 centigramos, con uno de extracto tebáico, dos veces al día. Yo lo prescribo para *continuar* la medicacion mercurial, una vez abatidas las manifestaciones secundarias al influjo de fricciones ó de inyecciones hipodérmicas. El *bi-ioduro* está indicado en los casos de sífilis más antigua, y debe darse á la dosis de 1 centígramo, maridado con ópio. Este medicamento, unido al *ioduro de potasio*, forma el principio activo del *jarabe antisifilítico de Gibert*, del cual se administra una cuha-



rada cada veinticuatro horas. Se halla especialmente indicado en las manifestaciones secundarias tardías.

Aun cuando el *ioduro de potasio* es el específico de los accidentes terciarios de la sífilis, me veis á menudo prescribirlo, durante el periodo secundario, á la dosis de 2 ó 3 gramos, en 200 de agua, para tres tomas en veinticuatro horas. Planteo entónces una medicacion específica *mixta*, y esto sucede en tres casos: 1.º cuando el enfermo presenta síntomas dolorosos, — artralgias, neuralgias, dolores reumatoideos, — pues, como tengo dicho, el *ioduro de potasio* es el ópio de la sífilis; 2.º cuando tengo que habérmelas con manifestaciones tardías de la sífilis secundaria, ó cuando, siendo éstas precoces, revisten alguna de las formas propias del período terciario, y 3.º despues de haber llevado á su término la medicacion mercurial y extinguido los síntomas secundarios, en prevision de que no se presenten los terciarios.

Sabemos cuando debe comenzarse á administrar mercurio, ¿cuándo conviene cesar ó suspender su empleo? Varía en este punto el concepto de los prácticos; yo opino que la sífilis, como la blenorragia, es de aquellos enemigos á quienes debe perseguirse mucho más allá de las fronteras; por lo cual, me atengo al precepto de dar mercuriales hasta dos meses despues de haber desaparecido la última manifestacion secundaria.

La accion fisiológica del mercurio puede llegar y á menudo llega á ser objeto de cuidados muy formales de parte del sífilógrafo. Nada más comun, en efecto, que la *estomatitis mercurial*. Los enfermos se quejan de dolor en las encías; éstas se presentan rojas y tumefactas, sobresaliendo la mucosa del nivel de la corona de los dientes; la saliva fluye en abundancia y es más líquida y ménos mucosa que de ordinario; el flujo es más bien salival que mucoso. Progresando la infla-

macion, el enfermo no puede mascar alimentos; le incomoda lo frio y lo caliente de las bebidas y de los manjares; se lamenta del sabor metálico que á todo encuentra; su aliento hiede y no cesa de babear. La hidrohemia que causa el mercurio por sus propiedades anti-plásticas, se agrava por la inedia; creciendo aun más la *estomatitis*, los dientes se descalzan, enseñan el marfil y aun el cemento; vienen anchos en las encías, cimbrean y á veces se caen. La mucosa se puebla de úlceras dolorosas y sucias, pues las cubre una capa blanquecina; se entumescen los ganglios sub-maxilares; á veces sobreviene disfagia; el enfermo abandona la idea de los sufrimientos de la sífilis y dice que está peor, pues no puede aguantar el mal de la boca.

Tal es, á grandes rasgos, el cuadro del *tialismo* ó *estomatitis mercurial*, que no se observa en todos los sujetos mercurializados; siempre que ataca de preferencia y con mayor intensidad á los linfáticos, á los fumadores aguerridos y sobre todo á los que tienen cariadadas alguna ó algunas de las piezas dentarias, ó que, por cualquiera causa, están predispuestos á la inflamacion de las encías.

A estos sintomas, que describen los autores, podria yo agregar los de un catarro gastro-intestinal, con anorexia, náuseas, y á veces vómitos y diarrea, con su obligado acompañamiento de calentura.

Así que asome el tialismo, no insistais en el mercurio: suspended inmediatamente el tratamiento. Si habíais prescrito fricciones ó fumigaciones, ordenad un baño general de limpieza, con jabon, y prescribid desde luego *clorato potásico*. Confíad más, mucho más, en los efectos de este medicamento, administrado en pocion, que en colutorios ó pastillas; pero usadle de ambas maneras. *Pocion*: de agua comun, 200 gramos; de clorato potásico, 3; de jarabe de cidra, 80; mézclese,

para tomar, en tres veces, durante las veinticuatro horas. *Colutorios*: de cocimiento de llanten, 300 gramos; de subborato sódico, 2; de clorato potásico, 3; de rodmiel y jarabe de moras ó de meconio—si el dolor es muy intenso—30. Para enjuagar, cada dos horas. Si hay catarro gástrico y síntomas febriles, adietad al enfermo y prescribidle un purgante.

Con estos remedios, vereis declinar el tialismo del tercero al quinto dia, y os bastará perseverar durante seis ó siete más, para llegar á su completa extincion.

Terminada la *estomatitis* y abatidas las manifestaciones de la sífilis, ¿convendra volver á la medicacion mercurial? ¿cuánto tiempo deberemos insistir en ella? Cierto que cuando asoma el tialismo, las sífilides suelen ir en decadencia y que pocos dias despues ya no se ven vestigios de ellas en la piel ni en las membranas mucosas; pero amenazan las recidivas, y éstas son muy comunes cuando el médico se duerme sobre los laureles que le ha conquistado la medicación específica. No os dejéis seducir por apariencias tan halagüeñas; volved á los mercuriales, así que estén bien descansadas las encías, y para que no venga nuevo tialismo, echad mano de las píldoras de proto-ioduro. Insistid en esta medicacion, á lo ménos tanto tiempo como el que se ha necesitado para hacer desaparecer del todo los fenómenos secundarios. La sífilis es un enemigo á quien se debe perseguir mucho más allá de las fronteras. Lo mismo que os tengo dicho de la blenorragia.

Fuera de la *estomatitis* y sus exageradas consecuencias, el mercurio que dan los buenos médicos, es decir, los que entienden de enfermedades sifilíticas, no ocasiona más graves males. Clínicos hay que detestan el mercurio;... el vulgo tiene aprensiones aun mayores; pero es lo cierto que ni el temblor

ni la parálisis mercuriales sobrevienen á consecuencia de la medicacion anti-sifilítica, sino que son efecto de la intoxicacion crónica, la que resulta del ejercicio de ciertas industrias minerotécnicas—véase mi *Higiene pública*, tomo 3.º, *Higiene industrial*.—Es ocasion de repetirlo; «los males óseos y otros de los sifilíticos, sifilíticos son y no mercuriales.»

¿Hay algo que pueda sustituir al mercurio en el tratamiento de la sífilis secundaria? Seré duro y breve: los medicamentos depurativos, los sudoríficos, la zarzaparrilla, el palo santo, el sándalo y otros leños indígenas y exóticos, que han tenido boga como el *non plus ultra* de los anti-sifilíticos, son ilusiones, explotaciones ó farsas de curanderos y boticarios ávidos de negocio.

Para depurar la sangre, seria preciso extraer de sus vasos lo malo y dejar en ellos lo bueno;... nadie ha demostrado la existencia de un depurativo que obre tales prodigios... La depuracion hoy dia significa ignorancia, charlatanismo ó candidez; el terreno elegido por *magna garrulería médica*. El *rob de Laffecteur* y sus émulos, que empobrecieron á muchas gentes, han sido vencidos por el *rob de Ricord*, que contiene una cantidad de *sublimado corrosivo*, á veces en el más riguroso incógnito.

Tal es el concepto que, racional y empíricamente, nos merecen los medicamentos de reputacion ficticia, con los cuales se ha pretendido empañar el *brillo* del mercurio. Uno hay, empero, del que, con la lealtad que me caracteriza, debo decir que merece excepcional recomendacion: es el *fármaco de Pollini*—de composicion desconocida—con el cual llevo hechos algunos ensayos, bastante favorables. En un sujeto afectado de una sífilide tubérculo-ulcerosa, que le había corroido el labio superior, dió un bello resultado, aun cuando despues no pudo prescindirse del ioduro. En otros casos de

menos importancia, he visto á este medicamento responder bastante bien á mis esperanzas; pero en un sujeto, que hoy dia está á mis cuidados, ha fracasado por completo; bien es verdad que en este individuo la sífilis es tan refractaria, que hasta el presente se ha burlado del mercurio administrado en unciones, inyecciones hipodérmicas y al interior; solo resta ensayar las fumigaciones. Es el caso de mayor rebeldía que he visto en mi práctica.

A juzgar por los resultados de mi clínica, debo decir, que el *fármaco de Pollini* merece una mediana confianza para el tratamiento de la sífilis, siendo prudente ensayarlo en todos aquellos casos en que no se haya triunfado con los mercuriales; en cambio, este medicamento no tiene rival para combatir las graves complicaciones del chancre venéreo. Su precio elevadísimo y frecuentemente la dificultad de procurárselo, obligan muchas veces á renunciar á su empleo.

## LECCION XLIV

### Del período terciario de la sífilis

SEÑORES:

Lo *terciario*, en la sífilis, está caracterizado: 1.º *histológicamente*: por una neoplasia del tejido conjuntivo, que, sin ser exclusiva de las enfermedades sifilíticas, merece el nombre de *sifiloma*;

2.º *topográficamente*: por afectar las lesiones las partes profundas de los órganos, cualquiera que sea el plano del cuerpo que estos ocupen;

3.º *numéricamente*: por ser poco numerosas, aún cuando muy importantes, las lesiones de un mismo tejido que presenta el individuo;

y 4.º por la tendencia que tienen todas estas lesiones á hipertrofiar, destruir, ulcerar, reabsorber ó cicatrizar con deformidad ó con tejido diferente del que normalmente existía en el sitio donde radican.

Si comparais lo *secundario* con lo *terciario*, echareis de ver que las lesiones de aquel período son principalmente biperémicas; aparecen en las partes más superficiales de los órga-

*La sífilis en el período secundario, es ubicuitaria y generalizada; puede estar en todas partes y está en el terciario es ubicuitaria mas no generalizada: puede estar en todas partes, pero no está. -*

nos y tejidos; son tan numerosas y generalizadas como poco duraderas, y al desvanecerse, no dejan huellas, ni cicatrices, ni deformidades permanentes. La coloracion cobriza que el elemento sintomatológico es culminante en las lesiones *secundarias*, sin que en absoluto falte en las *terciarias*, no es lo que llama más la atencion, sino el tubérculo, el núcleo, el tumor, el abultamiento, el pus, la úlcera, el líquido gomoso, el hueso necrosado ó condensado ó la cicatriz blanca y profunda.

Aun cuando todo lo sifilítico sea crónico, comparando la marcha de los síntomas *secundarios* con la de los *terciarios*, podria decirse que la sífilis secundaria es de *curso agudo ó subagudo* y esencialmente *crónica* la terciaria.

No hay órgano ni tejido que no pueda ser asiento de lesiones propias del período terciario de la sífilis, por lo cual, y á fin de estudiar con método este interesante asunto, trataremos sucesivamente.

- 1.º De las lesiones terciarias de la piel y sus anexos.
- 2.º De las del tejido areolar.
- 3.º De las de las membranas mucosas.
- 4.º De las de los huesos.
- 5.º De las de las articulaciones.
- 6.º De las de los músculos, tendones y aponeurosis.
- 7.º De las de los vasos.
- 8.º De las de los nervios y centros nerviosos.
- y 9.º De las de las vísceras y órganos glandulares.

## A. Lesiones terciarias de la piel.

### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Las *sifíldes* del período terciario son todas pustulosas, seguidas de costras ó de úlceras—pústulo-crustáceas ó pústulo-ulcerosas—ó tuberculosas, resolutivas, serpiginosas ó terebrantes.

2.<sup>a</sup> Aun cuando estas dermatosis se presentan de ordinario en el período terciario, se ven á veces en el secundario; las pústulo-crustáceas y las tuberculosas resolutivas son más comunes en este que las pústulo-ulcerosas y las tuberculosas serpiginosas y terebrantes.

3.<sup>a</sup> Las dermatosis pústulo-crustáceas, aun cuando sobrevengan en el período terciario, suelen recaer en sujetos cuyo chancro primitivo fué muy pequeño ó pasó desapercibido; mientras que las pustulosas seguidas de úlceras, así como las tuberculosas, fueron precedidas de chancro primitivo de grande induración.

SEÑORES: Los detalles en que he entrado al exponer la historia de las dermatosis pustulosas y tuberculosas del período secundario, y la extensa descripción que tengo hecha del *ectima*, *rúpia* y *pénfigo* en la sección de *Dermatología*, me permiten ser breve en este momento.

Cierto que hay sifíldes secundarias de carácter pustuloso, seguidas de costras ó de úlceras y aún tuberculosas; pero debeis tener entendido que, á no ser una dermatosis de recidiva, toda sifílde terciaria deberá ser pustulosa ó tuberculosa. ¿Quereis ahora saber si un *ectima sifilítico* pertenece al período secundario ó al terciario? Contad los granos y atended á su terminación; si las pústulas son numerosas y más ó ménos confluentes, de modo que sea difícil el contarlas; y si, por otra parte, el humor que contienen se condensa formando costras más ó ménos gruesas, que al desprenderse espontáneamente no dejan úlceras ni cicatrices, sino manchas que no tardan en borrarse, podreis asegurar que la sifílde pertenece al período secundario, algo avanzado. Sí,



por el contrario, hay pocos granos pustulosos y estos al abrirse, si bien forman costra, despójase pronto de ella para poner de manifiesto úlceras más ó ménos profundas que cicatricen con lentitud, no dudeis de que se trata de un *ectima sífilítico* del periodo terciario.

Vense, no obstante, casos de sífilides pústulo-crustáceas verdaderamente terciarias, puesto que no aparecen hasta cuatro ó cinco años despues del accidente primitivo; semejante ectima benigno, cual si fuese una dermatosis del periodo secundario, supone ó que la sífilis comenzó por un chancre levísimo, pequeño, insignificante, que quizás pasó desapercibido para el enfermo, ó que éste, en tiempo oportuno, recibió el benéfico influjo del mercurio. por cuya virtud el virus perdió una gran parte de sus maléficas propiedades.

En cambio las dermatosis pústulo-ulcerosas y las vésico-pustulosas, cuyo representante más genuino es la *rúpia*, indican siempre que el chancre primitivo fué grande, con mucha y profunda induración y que tal vez presentó alguna de sus habituales complicaciones. Suponen tambien estas dermatosis ulcerativas que el individuo no ha sido debidamente impresionado por los mercuriales.

Poco tengo que decir respecto de las dermatosis *tuberculosas* terciarias. Hay *tubérculos* sífilíticos aglomerados, cuya tendencia á la resolución es manifiesta; estos pertenecen al periodo secundario. Los diseminados y poco numerosos que propenden á ulcerar la superficie cutánea ó mucosa, progresando como lo hace *el lupus* ulceroso ó serpiginoso, son propios del periodo terciario.

Igual concepto clínico merecen los *tubérculos aislados* que se resuelven por reabsorción, sin ulcerarse, así como otros, de ordinario aun ménos numerosos, que á menudo aparecen en la cara ó en los dedos, minando en profundidad, sin que

les sirvan de valla ni las carnes ni los huesos: son tubérculos terebrantes, que han hecho admitir el *lupus sifilítico*.

## B. Lesiones sifilíticas terciarias del tejido conjuntivo.—Goma.

### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Se da el nombre de *goma* á una neoplasia de naturaleza sifilítica, cuyo asiento es el tejido conjuntivo, bien sea libre, bien combinado formando parte de la trama de los órganos, histológicamente caracterizada por una proliferacion de elementos embrionarios del referido tejido; clínicamente se distingue por tumores de tamaño variable desde una avellana á un huevo grande, indoloros y duros, al principio, despues se reblandecen y, al abrirse, dan salida á una sustancia mucilaginoso cual *goma* diluida — de donde el nombre — y además una materia diftérica, semejante al clavo del forúnculo; evacuado el tumor, queda un hueco, una cavidad, circunscrita por tejido conjuntivo esclerotizado, y más tarde se forma en el mismo sitio un nuevo tejido, denso y fibroso, que es de sustancia conjuntiva.

2.<sup>a</sup> El *pronóstico* del goma sifilítico tiene dos aspectos: grave, en cuanto significa sífilis terciaria y por cuanto las cicatrices que le subsiguen no constituyen la restitution del órgano al estado normal, sino que le colocan en condiciones de atrofia y escleroiss; benigno, porque no causa grandes molestias y su curso puede ser detenido por oportuna intervencion terapéutica.

3.<sup>a</sup> El ioduro de potasio, á dosis elevadas, es el agente más poderoso para detener el desarrollo y esclerosis que subsiguen á las gomas.

SEÑORES: Al ocuparnos de la anatomía patológica del chancro sifilítico y de los bubones que con él concocitan, hemos demostrado que la composicion histológica del *sifiloma*, nada revela respecto á su especificidad morbífica, en atencion á que la presencia de numerosos corpúsculos embrioplásticos, estrechamente retenidos en las mallas del tejido conjuntivo, es lesion que así se observa en el duro tejido del chancro y de los glanglios que forman las pléyades inguinales, como en cualquiera otro sitio en donde se despliegue el proceso de la inflamacion crónica. El mismo tejido, la misma textura y la misma ausencia de especificidad histoló-

gica presentan los tumores que la sífilis terciaria determina en el tejido conjuntivo, libre ó combinado, á los cuales se da el nombre de *gomas*. *Goma sifilítico* es, pues, una neoplasia del tejido conjuntivo, caracterizada por una excesiva proliferacion de corpúsculos embrionarios, los cuales se hallan retenidos en las mallas de un extremo que resulta demasiado apretado para el número de elementos morfológicos que debe contener. De ahí que el goma sifilítico se caracterice por uno ó varios—de ordinario pocos—tumores, del tamaño de una avellana, de una almendra, de una nuez, de un huevo y hasta de una naranja, los cuales comienzan formando núcleos duros é indoloros que en nada alteran el color del tegumento.

Mas el tejido del chancro, en su lenta evolucion, es frecuentemente conducido á la regresion, al reblandecimiento y á la reabsorcion; en cambio, con todo y ser el del *goma* histológicamente idéntico á aquel, tiene una tendencia mucho más decidida á la degeneracion, al reblandecimiento y á convertirse en una sustancia de aspecto mucilaginoso—cual si fuese goma desleída en un poco de agua—y en una materia espesa, de aspecto amiantáceo, que tiene las mayores analogías con la sustancia diftérica del forúnculo. En tal estado, puede este líquido ser reabsorbido, desapareciendo el tumor; pero lo más frecuente es que éste se abra poniendo de manifiesto una úlcera. ó por mejor decir, una excavacion, cuya forma y dimensiones recuerdan perfectamente el molde del núcleo precedente. Entonces se dice que el goma *se ha reblandecido y ulcerado*. Las paredes de esta excavacion son duras, pues estan formadas de tejido conjuntivo esclerotizado, mas no se descubre en ellas ningun indicio de falsa-membrana.

Así marchando las cosas, abriéndose ó sin haberse abierto el goma sifilítico, aparece en su lugar un proceso de orga-

nizacion: los corpúsculos embrionarios se desarrollan, toman aspecto fibroso y adquieren las condiciones del tejido conjuntivo adulto. De ahí un nuevo tejido, duro, que reemplaza al primitivo, con singular propension á retraerse y á atrofiarse el órgano, pues es sabido, que la retractibilidad es propiedad culminante del tejido conjuntivo de nueva formacion. Al llegar á este punto, puede darse por terminada la evolucion del goma sifilítico.

Determinemos ahora con más precision los caracteres clínicos de esta neoplasia.

Su volúmen, segun queda dicho, es bastante variable: lo más comun es que su tamaño no sea mayor que una avellana ó una nuez; pero no es raro verles mucho más grandes, hasta el grosor de un huevo de avestruz. Abultan la piel, pero al principio no alteran su color; más tarde, cuando se han reblandecido y se hallan próximos á la ulceracion, el tegumento adquiere un tinte violado ó cobrizo, pero no aumenta su temperatura.

Muchas veces los enfermos llevan gomas bastante voluminosos y no se aperciben de ellos, pues no son nada dolorosos, ni espontáneamente ni aún comprimiéndoles. Segun las partes en donde residen—v. g. la lengua—causan embarazo en la funcion, pero no verdaderos dolores, á lo ménos mientras no se han abierto. En este último caso, el contacto de la superficie ulcerada en los agentes exteriores—alimentos, bebidas, el roce ó el movimiento funcional—cóito—puede dar origen ó sensaciones verdaderamente dolorosas y aún en ciertas ocasiones conducir á complicaciones análogas á las del chancro sifilítico, á saber el fagedenismo ó la gangrena.

Raras veces se cuentan muchos gomas en un mismo individuo: dos, tres ó cuatro es el número ordinario de estos tumores; casos de encontrarse 20, 50 y aún 160, como en

uno referido por Lisfranch, son sumamente excepcionales. Y hé aquí ahora una particularidad, que importa tener en cuenta para el diagnóstico: un goma ulcerado puede ofrecer tanto mayor semejanza con un chancro blando [excavado, en cuanto, sobreviniendo cuatro, cinco ó más años después de la infeccion sifilítica, puede no sospecharse su naturaleza y ser achacado á una próxima infeccion venérea. En semejante caso, será bueno tener presente que la úlcera resultante del goma será única en la region, al paso que el chancro venéreo vendrá á ser múltiple. Si esas úlceras gomosas son múltiples, lo serán desde el principio; la multiplicidad del chancro venéreo no es inicial, sino sucesiva, como que resulta de la repululacion de un chancro primitivo por auto-inoculaciones consecutivas.

La importancia clínica del goma sifilítico está relacionada con el hecho de revelar la existencia de la infeccion sifilítica en su mayor grado de insinuacion en un sujeto que, careciendo desde muchos años de toda otra manifestacion, se consideraba totalmente curado. A esto debe añadirse que esta lesion no causa dolor ni considerables incomodidades, es de suyo destructora del tejido en donde reside, y que si bien más tarde suele producir una reparacion, consiste esta en una sustancia, el tejido embrionario, que no reúne las propiedades fisiológicas del preexistente, razon por la cual el envaramiento ó la pérdida de la funcion, la deformidad y la atrofia del órgano, serán inevitables como consecuencias de la esclerosis.

En cambio de estas condiciones que dan gravedad al *pronóstico*, el goma sifilítico tiene la buena condicion de ser obediente á la terapéutica específica. Ora se halle la neoplasia en un período de crudeza, ora presente los síntomas del reblandecimiento, podremos abrigar la confianza de obtener

su resolucion mediante el *ioduro de potasio*. Si el goma está ulcerado, podremos aspirar á que la cicatrizacion se efectue con poca esclerosis. Mas cuando el núcleo esclerótico se ha formado ya, todo lo más que podremos lograr será que disminuya algun tanto su volúmen. De manera que los alcances de la medicacion, en el goma sifilítico, serán tanto mayores, cuanto ménos la neoplasia se aproxime al periodo cicatricial.

Los gomas sifilíticos reclaman la medicacion específica: *ioduro de potasio*, á dosis elevadas—de 4 á 6 gramos en las veinticuatro horas—insistiendo en ella el tiempo necesario para obtener su completa resolucion y de conformidad con las reglas que exponaremos en la Leccion que próximamente deberemos consagrar al tratamiento de la sífilis terciaria.

Los gomas sifilíticos pueden presentarse en todos los órganos: basta que en su composicion entre tejido conjuntivo. De estas variedades topográficas resultan diferencias, de aspecto clínico que conviene tener en cuenta y que estudiaremos con la historia de las lesiones sifilíticas de cada uno de los órganos.