

1891

651

11340
X



*Crisis pulmonar
Sifilitica*

Gastareda, E

Tesis

presentada ante la

Facultad de Medicina
de Lima,

para optar el grado de Bachiller,

por

Elbastañeda

Octubre 12 de 1891.

1.
3

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Desde que principié á asistir á los hospitales, siempre me afectó, profundamente, la vista de aquellos desgraciados, cuya suerte, al ser calificados con el nombre de tísicos, está resuelta: para ellos no hay esperanza alguna de salvación; el médico, presa del desaliento, se limita, en la mayoría de los casos, á un tratamiento sintomático y casi imposible, pues su muerte está decretada, los ve extinguirse, en medio de una lucidez intelectual completa.

Con casualidad leí unas magnificas lecciones, dadas por el profesor Dieulafoy, ante la Facultad de Medicina de París, sobre las diversas formas que toma la sífilis, al atacar el sistema respiratorio; en las que hace ver su identidad con las lesiones tuberculosas y la imposibilidad casi completa de diferenciarlas clínicamente.

La esperanza de que quizás, muchos de aquellos desgraciados, podrían ser salvados de la muerte, — pues como se verá mas adelante, el pulmonario sífilítico, tra-

2.
4

todo convenientemente, casi siempre cura,
— hizo que tomara con interés el estudio de dicho punto; más aún, cuando, además de no ser rara dicha afección, confundida generalmente en el grupo de las lesiones tuberculosas, las alentadoras palabras que lanza el profesor Dieulafoy y la censura hacia los que, en presencia de los llamados tóxicos, se dejan llevar por el desaliento, — traen la fe, casi la certidumbre, de que podrían algunos ser salvados. He aquí lo que al respecto dice, refiriéndose a ellos: “el clínico no debe limitarse a verlos morir. y ante una sola sospecha, debe instituir el tratamiento antisifilítico, pues quizás de ello dependa la vida del enfermo y más cuando, sin contar los casos en que se niega por falso pudor o ignorancia la infección sífilítica, se presentan otros de heredo-sífilis tardía, como el consignado por Lencereaux, sobre una mujer, en la que se manifestó por lesiones mortales del pulmón, á los 41 años!”

Animado con estas ideas, me ocupé del asunto, esperando conseguir algunas observaciones; pero desgraciadamente, aún cuando las creí encontrar alguna vez, no pude comprobarlas por el

tratamiento, por causas diversas, que no es del caso señalar.

A pesar de esto, aún cuando nada nuevo, de mi parte, puedo llevar, pues mi observaciones personales he conseguido, animado, como estoy, de la seguridad de que, una vez más, seréis complacientes con vuestro discípulo; me he atrevido á presentaros el presente trabajo, sobre dicho punto, no como una prueba de mi suficiencia, ni de haber aprovechado de vuestras doctas lecciones, sino por el deseo de cumplir una obligada prescripción reglamentaria.

Desde luego, siguiendo el orden de toda exposición, debería ocuparme de la historia de la sífilis del pulmón, remontándome á los tiempos pasados, en los que, bajo los nombres de tabes venerea, pthisis gallica, &c., se conocían afecciones múltiples del pulmón, que eran referidas á un origen venéreo, es decir, á aquellas afecciones nacidas de relaciones sexuales impuras, tales como la blenorragia, el chancro blando, &c.

Pero, aún cuando es deber de justicia, el consignar lo que en otro tiempo se vislumbró y que solo hoy está puesto fuera de duda, como están consignados en trabajos clásicos y carecen de importancia clínica, paso sin detenerme mucho. Por otra parte, como dice Jouvier, sobre este punto, "que es necesario ponerse en guar-

6
"día entre la credulidad de los antiguos y la in-
"credulidad de nuestros contemporáneos," dichos
datos, ^{son erróneos ó por lo menos dudosos, desde que han sido} — entresacados de antiguas relaciones, en
su mayor parte incompletas, sin ningún funda-
mento algunas, en las cuales, cualquiera neuro-
patía que se presentara en un individuo que hu-
biera sido atacado de alguna enfermedad, de las
llamadas venéreas, á ellas era referida, pues las
creían capaces de imprimir al organismo una in-
fección duradera, — (son erróneos ó por lo menos
dudosos.)

Creo, por estos motivos, que me dis-
pensaréis el que pase por alto, datos que solo tie-
nen importancia para el bibliófilo y que muchas
veces dependen de la interpretación falsa que se
dan á palabras sueltas, entresacadas de relatos
diversos.

Sin embargo, al lado de estos datos
dudosos, se encuentran otros, en los que se ma-
nifiesta claramente, que se sospechaba la existen-
cia de esas lesiones. Entre ellos, deben ser señala-
dos los de Ambrosio Paré, Baglivi, Astruc, Sau-
vages, Schrader, Swediaur, Saucerotte, Portal,
Frank, Cole, De Home, Carrère, Candon, Hun-
ter, Morgagni, Brambilla, Plenck, Bell, Lemon-
nier, Morton y otros, de los que, algunos, dan
descripciones bastante exactas y que revelan
recto y elevado criterio, sobre lesiones aún no

perfectamente estudiadas.

Solo me ocuparé de la época en la que, el gran Lænnec, arrastrado por su teoría puriciata de la tisis, no ve, en la sífilis, sino una causa predisponente; fundándose sobre el hecho cierto de que ella deteriora el organismo y le imprime un sello de decadencia, que lo vuelve apto para el desarrollo de tubérculos. En ese tiempo, en el que aún no se conocía, aunque se sospechára, el elemento infeccioso de la tuberculosis, era muy natural reunir, bajo el nombre de tisis pulmonar, todas aquellas infecciones, que, como la sífilis y la tuberculosis, localizándose en el pulmón, representan sus últimas fases y caracterizan el período de consumción de las lesiones tisiógenas.

Van der Kolk, posteriormente, llega hasta á indicar, que dicha lesión, más comunmente, se presenta en la parte media de los pulmones.

Después Sue, Munck, Mac Carthy, y sobre todo los trabajos de Ricord y de Depaul, proyectan gran luz sobre la cuestión de sífilis pulmonar.

Vienen en seguida: Casenave; Yvaren; Vidal de Cassis, que, al término de sus comunicaciones, exclama: "se han dejado perecer muchos de los llamados tuberculosos, por no ha-

8

“verlos tratado como sifilíticos;” Gibert, Virchow y M. Cornil; que, dán á estas lesiones, un carácter verdaderamente científico, que hasta entonces no tenían, pues solo habían servido de base, las prodigiosas curaciones realizadas por el tratamiento antisifilítico. En esta misma época, aparecen notables trabajos, sobre el mismo asunto, de los autores ingleses Budd, Wilks, Hutchinson y Jackson.

Las ideas de Læmme, vuelven á tener ardientes y notables partidarios, tales como Tixoux, Hollin y otros; pero con los trabajos de Lancereaux, Hérard y Cornil y otros, parece que debiera ya ingresar en el cuadro nosográfico, esta localización de la sífilis, como verdadera entidad morbida. Numerosos trabajos aparecen apoyándolo; entre ellos los de Gintroc, Gamberini, Lacaze, Landrieux, Mauvois y sobre todo, los del gran sifilógrafo Journier, él que, en una serie de lecciones sobre la tisis sifilítica, dadas en el hospital de Lourcine, hace una descripción completa de las formas en las que puede presentarse, apoyado en trabajos histológicos y datos clínicos bien averiguados.

Después de Journier, mucho se ha escrito, haciéndose ver que, — sin negar el que la sífilis obra muy generalmente en la etiología de la tuberculosis y más aún presentán

dose con ella y produciendo en el organismo esas dobles infecciones conocidas bajo el nombre de simbiosis, — no es posible negar los auténticos casos de sífilis pulmonar pura, en los que, el debido tratamiento, ha producido efectos verdaderamente maravillosos. — En tal sentido no se puede dejar de recordar á Grandidier de Cassel, Ireland, Robinson, Parrot, cuyos trabajos se refieren principalmente á heredo-sífilis, Presse, Gougnenheim, Löber, Belin, Paneritius, Carlier, Thompson, Colomiati, Cantarano, Jacobi, Rollett, Sacharjin, Kamdohr, Vierling, Hérop, Pavlinoff, Schnitzler, Franck, Cube, Saquin, y otros, que han contribuido á poner este punto, á la altura en que hoy se encuentra.

En la actualidad, el profesor Dieulafoy, en las lecciones á que hago referencia al principio del presente trabajo, traza con mano maestra, las distintas formas que la sífilis pulmonar puede presentar. A ellas principalmente voy á referirme, pero antes creo necesario hacer, aunque muy ligeramente, algunos apuntes sobre la sífilis, para después ocuparme de la localización pulmonar, especialmente de la forma clínica que puede denominarse tisis sífilítica, en contraposición con la tuberculosa, que le está tan íntimamente

ligada por sus caracteres clínicos.

*

* *

La sífilis, según Cornil, "es una enfermedad virulenta, contagiosa, inoculable; de una evolución lenta, manifestándose desde luego por un chancro indurado o infectante, cuando no es hereditaria; después por adenopatías, por erupciones de la piel y de las mucosas; más tarde por inflamaciones crónicas del tejido célula-vascular y de los huesos, y en fin, por producciones especiales, en diversos órganos o tejidos, bajo la forma de pequeños tumores o nódulos, que han recibido el nombre de gomas."

La definición es un poco larga, pero abraza todas las fases de la enfermedad. Estas fases, cuyos límites no se marcan perfectamente, han dado lugar á la clasificación siguiente, que, aunque hasta cierto punto artificial, pero se adopta hoy, para mayor claridad en su exposición. Consideráranse cuatro períodos:

1.º Período de incubación, que es el tiempo que se desliza entre el momento probable de la inoculación, hasta la aparición del chancro indurado, indicio de la infección local; tiempo que varía entre los quince y los setenta días (Hallopeau), pero cuyo término medio es de veinte y cinco días. Nada notable presenta este período.

2.º Período de los accidentes primitivos: Chancro y adenitis. - No me ocuparé de si la presencia de dicho chancro es la manifestación de una infección general del organismo ó si solo es una infección local, como tendería á probarlo el infarto ganglionar, tan solo de la pléyade más cercana al punto de inoculación; no insistiré pues sobre el particular, así como tampoco sobre sus caracteres histológicos y clínicos, ni de su diagnóstico diferencial con respecto al chancro blando, pues sería apartarme mucho del asunto principal. - La evolución de este período, desde la aparición del chancro á las primeras manifestaciones secundarias de la sífilis, es aproximadamente de cuarenta y cinco días á dos meses ó dos meses y medio; á veces, á veces, á veces, muy rara vez, á los tres ó cuatro meses. - Respecto de la adenitis, - que en su principio es monoganglionar y que casi inmediatamente después se hace poliganglionar, pero solo de la pléyade mas cercana del chancro, como antes lo he dicho, - se generaliza al término del presente período, manifestando entonces de una manera evidente, los indicios de una infección general.

3.º Período de los accidentes secundarios: Sifilides de las mucosas y de la piel, placas mucosas, roseola, pápulas, piústulas, &c. Estos accidentes secundarios, generalmente son precedidos de un

de un ligero movimiento febril, que se denomina fiebre sífilítica, nocturno, intermitente; á veces acompaña á las erupciones mismas. En este período se presenta la alopecia y comienza á manifestarse la cloro-anemia, dependiente de una deglobulización de hemáties; que es detenida por la acción de los mercuriales; además, se inician ya los dolores osteócosos y las neuralgias. Este período puede ser muy largo y durar dos, tres, cuatro ó cinco años, ó más.

4.º Período de los accidentes terciarios:
 Sífilides tubérculo-ulcerosas, periostitis, osteitis, gomas, &c. No todos los individuos afectados de sífilis, pasan por este período; frecuentemente, cuando son bien atendidos, las manifestaciones de dicha infección se limitan á las de los accidentes secundarios. Así, para Hournier, la gran frecuencia de las manifestaciones terciarias, depende de la ausencia ó insuficiencia del tratamiento específico, en los primeros períodos de la sífilis: de aquí que, en los heredo-sífilíticos, en los que, la infección, por pasar casi siempre desconocida, no es combatida por su terapéutica, la manifestación de los accidentes terciarios, se efectúa muy rápidamente. — La duración de este período es ilimitada.

*

* *

La sífilis, pues, desde su transmisibilidad exclusiva por inoculación, hasta su invasión, lenta pero progresiva, manifiesta claramente su origen específico, aún cuando el pello, indeble casi, que imprime al organismo, la haya hecho ser mirada, por mucho tiempo, como simplemente diatésica. Ese elemento, micro-orgánico y extraño al individuo, por trabajos del todo recientes, parece ser el bacilo de Lustgarten, aún cuando no ha podido ser realizada su verificación, pues, si bien ha sido aislado y cultivado, las inoculaciones que se han hecho sobre animales, no han tenido éxito satisfactorio, por ser aquellos refractarios á dicha infección; por otra parte, la inoculación sobre individuos de la especie humana, no es posible, pues, vistos los efectos terribles que produce sobre el organismo dicha infección, sería hasta criminal pretenderlo.

*

* *

Si pues se reconoce la especificidad de la sífilis y su general invasión en el período de los accidentes secundarios, no es extraño ver manifestarse sus lesiones sobre el órgano respiratorio, desde este período, caracterizado principalmente por sus manifestaciones superficiales, cutáneas y mucosas.

En efecto, parece que la mucosa respira-

toria puede ser el sitio de lesiones eritematosas, con todos los síntomas de la laringitis, traqueítis, tráqueo-bronquitis y bronco-neumonías comunes, rebeldes á los tratamientos ordinarios y que se caracterizan, además de los síntomas propios á las lesiones simplemente catarrales, por exagerada disnea y por alguna otra manifestación secundaria de la sífilis.

No insistiré más sobre estas lesiones, así como tampoco sobre las que se refieren á la sífilis terciaria, de localización simplemente tráqueo-bronquial y que á veces son mortales á consecuencia de los accesos de sofocación que producen las tráqueo-estenosis ó bronco-estenosis, que resultan de las neoformaciones sífilíticas al rededor de la tráquea ó de los bronquios, obliterando dichos conductos; digo pues, que no insistiré más sobre el particular, para dedicarme á las lesiones terciarias de la sífilis, exclusivamente pulmonares.

*

* * *

La sífilis terciaria puede manifestarse, histológicamente, en el pulmón, por dos clases de lesiones: La una, puramente hiperplásica, que conduce á la esclerosis del órgano, llegando á producir una verdadera cirrosis; la otra, nodular, manifestando

se por dos formas, una difusa, sifiloma infiltrado ó en red (nappe), y otra circunscrita, el goma. — Pero no siempre estas lesiones, esclerosis y nodular, se manifiestan solas en el pulmón; generalmente se encuentran reunidas, constituyendo otro grupo, de forma mixta, llamada esclero-gomosa.

Esta clasificación, fundada en la anatomía patológica, que sería indudablemente la más científica, es casi imposible de observar en la cabecera del enfermo, tanto por la multiplicidad de las lesiones que podría presentar, cuanto que, según su localización en el mismo órgano y la marcha que sigue, se desprenden distintas formas clínicas. Con este motivo, el profesor Dieulafoy, las clasifica como sigue:

1.º Neumopatía sifilítica, simulando la bronco-neumonía tuberculosa aguda.

2.º Neumopatía sifilítica, simulando la tisis tuberculosa crónica común.

3.º Neumopatía sifilítica, simulando la esclerosis bronco-pulmonar.

4.º Sífilis pleuro-pulmonar, de predominio pleural.

5.º Neumopatía sifilítica, asociada á una tuberculosis pulmonar.

6.º Lesiones pulmonares heredo-sifilíticas.

Indicaré, desde luego, que solo me ocuparé, entre estas distintas formas, como lo dije al principio, de la que puede denominarse tisis pulmonar sifilítica.

Pero antes me parece indispensable detallar las clases de lesiones, que la sífilis terciaria engendra en el pulmón, ya señaladas.

Anatomía Patológica: Como lo he consignado antes, dos son las formas puras, que dichas lesiones pueden presentar: la esclerosa y la nodular.

El trabajo de esclerosis comienza, por la túnica adventicia de los vasos, como es natural, desde que ella es el sitio de los linfáticos vasculares, principal red de propagación de la infección.

Se produce á ese nivel, la hipertrofia de sus elementos propios, células plásmicas, á la vez que se infiltran pequeñas células redondas, células migráticas; á expensas de todos estos elementos, tiene lugar la hiperplasia del tejido conjuntivo, por proliferación de los elementos antedichos.

Este tejido de esclerosis perivascular, se efectúa al nivel de los bronquios de mediano calibre y muy cerca del hilus pulmonar,

formándose especies de vainas fibrosas, á veces condroides, dotadas de retracilidad notable, que estrechan los bronquios, formando las bronco-estenosis, señaladas en otro sitio, que alternan con dilataciones fusiformes, bronquectasias, resultado del excesivo trabajo del órgano.

Este trabajo de hipertrofia y de proliferación, alcanza también á los alveolos pulmonares, en su epitelium, cuyas células, multiplicándose y descamándose, llenan dichos alveolos. — Al mismo tiempo, la esclerosis del tejido conjuntivo interalveolar, forma verdaderas cubiertas fibrosas á los alveolos, que, presionados los unos por los otros, se deforman, y los elementos celulares que los llenaban, faltos de nutrición, caen en degeneración gránulo-grasosa. — De aquí el aspecto que dichas lesiones presentan al corte, simulando, á veces, gomas de cubierta incompleta, que no es otra cosa que los detritus epiteliales que llenan los alveolos y separados por los tabiques formados por el tejido fibroso interalveolar y que dan al corte un tejido compacto y brillante, (neumonía fibro-caseosa de Virchow).

Cuando las partes esclerosadas, son jóvenes, hacen eminencia en la superficie del pulmón; cuando envejecen, se presentan bajo la forma de depresiones, más ó menos irregulares,

casi siempre estelares y que Lancereaux denomina cicatrices sifilíticas.

Estas lesiones puras, solo se encuentran en la heredo-sifilis precoz, formando la neumonia alba de Virchow; en la generalidad de los casos se presenta junto con el sifiloma infiltrado y acompaña siempre, aún cuando sea en pequeña extensión, al sifiloma circunscrito, al goma.

En el sifiloma infiltrado, además de las lesiones esclerósicas, anteriormente señaladas y que ^{casi} siempre le acompañan, se encuentra la especie de granulación sifilítica, el nódulo.

Para Cornil y Ranvier, estos nódulos, cuya agrupación forma el goma, poseen, cada uno, un centro de formación, una individualidad propia. En su primera fase de desarrollo, existe tan solo una proliferación de las células de tejido conjuntivo; después, estas células, agrupándose y multiplicándose, forman verdaderos nódulos, en los que, los elementos celulares centrales, por efecto de la compresión, disminuyen de volumen, se atrofian, se vuelven granulosas; en tanto que las periféricas, más voluminosas, redondeadas o fusiformes, toman los caracteres de las célu-

19
las embrionarias (citoblastiones de Robin); su sustancia fundamental, es vagamente fibrilar, parecida al tejido conjuntivo; los vasos sanguíneos penetran á la periferia de cada nódulo y pueden ramificarse; son permeables y contienen sangre, aún cuando el centro de los nódulos, está en degeneración atrófica.

Los gomas, según Rollet, son tumores redondeados, formados de un tejido ó bien uniformemente gris, trasparente, ó bien amarillo, blanquizo, lardáceo y como fibrinoso; presentando, solamente al estado de reblandecimiento más ó menos precoz, el contenido caseoso ó la apariencia gelatinosa ó gomosa, que hizo que Tracastor les diera el nombre que llevan. Al estado de crudeza, son homogéneos, compactos, grisáceos, poco húmedos ó secos, poco vasculares y de volumen variable, hasta alcanzar el de un huevo de gallina (Carlier).

Los gommas pulmonares, habitualmente son poco numerosos; es frecuente encontrar tan solo uno; rara vez más de ocho ó diez. Pueden estar disseminados en ambos pulmones y en cualquier sitio de ellos; más bien en la superficie, que en las capas profundas. De una manera general, sin embargo, parecen

20

localizarse en un solo pulmón, de preferencia en el derecho, hacia su parte media.

La nudosidad gomosa, presenta una parte central, casi desprovista de vasos, muy friable, rodeada de una zona fibrosa, espesa, grisácea, vascular, que constituye una especie de cubierta periférica. — Su coloración, desde luego grisácea, como ya lo he indicado, en un período más avanzado, es de color amarillento en su región central. A medida que su coloración cambia, las nudosidades gomosas, hasta entonces secas, sufren, del centro á la periferia, una degeneración gránulo-grasosa, reblandeciéndose progresivamente.

Se encuentra así, á veces, gomas transformadas en papilla amarillenta, después de haber sufrido una desagregación completa y cuyo reblandecimiento conduce á la formación de una cavidad, por haberse evacuado, por los bronquios de vecindad ulcerados, el producto gomoso. De esta manera se observan excavaciones del todo semejantes á las cavernas tuberculosas. — “Las paredes de esta cavidad, dice el profesor Journier, están tapizadas interiormente, de una sustancia blanca caseosa, vestigio del tejido gomoso, en vía de eliminación. Exteriormente, están dobladas por un tejido duro, condensado, grisáceo, fibroide, especie de cu-

"bierta exterior de la neoformación gomosa."

Pero en lugar de ser evacuadas, las producciones gomosas pueden ser reabsorvidas. — Que haya reabsorción ó evacuación por los bronquios, los gomas dejan en su sitio una excavación, cuyas paredes, más ó menos anfractuosas, son susceptibles de cicatrización. Es este un segundo modo de formación de las cicatrices ó depresiones irregulares, que hemos ya señalado, á propósito de las lesiones esclerosas.

Respecto al modo de formación de los gomas, oigamos á Cornil y Ranvier: "Al principio se desarrolla en la trama conjuntiva del órgano, un centro vascular irritativo, que nace bajo la acción directa de un elemento propio, irreductible, específico, detenido ó fijado en un punto determinado (nódulo primario). En el segundo período, de progreso y de estado, al rededor del foco inicial, los nódulos embrionarios, se han aumentado en número y en volumen, presentan cada uno, una parte central en vía de regresión y en su periferia, una zona proliferante; su reunión constituye un tumor que separa y rechaza los elementos anatómicos normales, determinando á su vecindad, lesiones formativas simples, variables con el sitio anatómico y topográfico de la neoplasia. Al tercero y último

“período, los centros de regresión se han reunido
 “y la parte central del tumor está reblandecido;
 “el neoplasma puede entonces sufrir fases como
 “placas de caseificación atrófica y aún de re-
 “absorción, ó bien evacuar su contenido, por
 “destrucción de un punto de su pared propia,
 “y propagación del proceso específico á los teji-
 “dos de relación.”

A estas fases anatómicas, correspon-
 den fases clínicas, conocidas desde largo tiem-
 po: período de crudeza; — período de madura-
 ción ó de reblandecimiento; — período de reab-
 sorción y de atrofia, de caseificación ó de e-
 vacuación hacia afuera. — En este último ca-
 so, no es una simple irritación ó necrosis de los
 tejidos periféricos, sino una verdadera propaga-
 ción á estos tejidos, del proceso gomoso, dando
 lugar á una ulceración específica, que vá á
 invadir los tejidos, aún mas allá de los lími-
 tes necesarios á la evacuación del neoplasma
 y prolongar los trastornos mórbidos, aún más
 allá del término de la evolución del centro go-
 moso, del goma propiamente dicho (Kollert).

Una vez conocida la histología de
 las lesiones sífilíticas pulmonares y que pue-
 den encontrarse casi siempre reunidas en la
 enfermedad de que trato, voy á ocuparme.

de una manera general de la sintomatología, reservando, al tratar de su diagnóstico diferencial, detallar algunos de los signos y síntomas más importantes de la tisis sifilítica.

Sintomatología: Los síntomas a los cuales dan lugar las neumopatías sifilíticas, son tan variables y numerosos, que no podría indicarse ninguno como patognomónico.

Fácil es comprender esta variabilidad de síntomas y multiplicidad de formas, según sea la lesión que se presenta, ya hiperplásica, ya nodular ó ya, más generalmente mixta. Estas dos últimas, que aparentan todas las fases de la tisis tuberculosa, serán las que me ocuparán más especialmente.

Desde luego, para guardar orden en la descripción, agruparemos sus diversas manifestaciones, en tres secciones, con Jacquin y Carlier: trastornos funcionales, signos físicos y síntomas generales.

Trastornos funcionales. = Los que principalmente se presentan, son: disnea, hemoptisis, tos, expectoración y neuralgias.

La disnea, es un síntoma frecuente; se manifiesta casi desde el principio de la afección; de intensidad variable, puede sin embargo llegar hasta la ortopnea, como lo indican Pan-

critius y Mannoit. — Esta disnea se explica: por la disminución de la superficie respiratoria, á consecuencia de la extensión de la lesión, por las bronco-estenosis múltiples que la acompañan y por el catarro constante de las vías aéreas; como resultado de todo esto, es incompleta la hematosis y entonces, la sangre, cargada de ácido carbónico, vá á estimular el centro respiratorio.

Respecto de la hemoptisis, los sifilógrafos se encuentran divididos: Robinson no les dá importancia como signo diagnóstico; Koiner las cree raras; pero Vidal de Cassis, Aynard, Lacaze, Lagerhaus, Journier, Pavlinoff y Thompson, consideran frecuentes las hemoptisis, pero no las señalan como abundantes. — El hecho es que, en la expectoración de materia gomosa, casi siempre se encuentran rasgos sanguinolentos; siendo excepcionales las hemoptisis abundantes, puede decirse, de una manera general, que existe una expectoración hemoptoica.

Todos estos trastornos, naturalmente, así como los que en seguida relato, tienen que estar en relación con la extensión y clase de lesión que se observa.

La tos, á veces seca, según Thompson, caracterizada, otras, por abundante expectoración brónquica, es con frecuencia quintosa y de mayor intensidad en la noche.

Con respecto á la expectoración, es tan variable y está tan íntimamente ligada á la forma y marcha de la enfermedad, que no puede precisarse cuales son sus caracteres clínicos. Más ó menos abundante, pasa ella desde el esputo mucoso, acreado, de una simple afección catarral, hasta el mucos-purulento, nummular, de las lesiones tuberculosas avanzadas. - Más adelante trataré de los caracteres especiales del esputo, al examen microscópico.

Las neuralgias de los tuberculosos se presentan en esta afección; aún el signo que Gilleau descubrió y bautizó con el nombre de Clavo fímico y al que daba gran valor como signo diagnóstico de las tuberculosis pulmonares. - Consiste este signo en lo que sigue: presionando el neumogástrico en la región cervical, en la base del cuello y entre los dos manojos del esterno- cleido- mastoideo, lugar más accesible de dicho nervio, se produce un agudo dolor, regularmente al nivel de la lesión, acompañándose, aunque por cortos instantes, de una diénesis notable. Gilleau le dá gran valor á este signo, no solo en las lesiones tuberculosas comenzantes, sino aún en el período de fusión tuberculosa; no explicando su razón fisiológica, se inclina, sin embargo, á creer que, los filletes nerviosos del neumogástrico, atacados por la neoplasia, cuya evolución principia, se encuen-

traru en un estado de irritabilidad excepcional, que despierta dicha sensación dolorosa, á la menor compresión, en el mismo lugar de la lesión.

Signos físicos .— A la percusión, estas lesiones sífilíticas del pulmón, naturalmente podrán manifestarse, desde una submatitez ligera, hasta la matitez absoluta, según el grado de la lesión, su forma y extensión; puede aún percibirse sonoridad y ruido de cántaro rajado, si se trata, por ejemplo, de un goma reblandecido, ulcerado y eliminándose por expectoración; á la vez, podrá percibir el dedo, la resistencia del tejido y falta de elasticidad normales.

La palpación demuestra con frecuencia el aumento de las vibraciones torácicas, porque condensado, como se encuentra, el tejido pulmonar, las transmite, exagerándolas.

La inspección, hasta un grado muy avanzado de la lesión, no manifiesta deformación notable; más bien se ve, generalmente, bien conservadas las masas musculares.

A la auscultación, las modificaciones del murmullo respiratorio, son mucho más notables: desde una simple ruidosa respiratoria, hasta el verdadero soplo cavernoso, pasando por la respiración soplante y el soplo tubario y acompañándose desde el más fino estertor hasta el gorgoteo. Estas mo-

dificaciones se acompañan, como en los tuberculosos, de espiración prolongada, traquidos y ~~signos~~ signos dependientes de modificaciones aportadas a las pleuras. — Naturalmente se encontrarán, dada la clase y extensión de la lesión, modificaciones en la voz, desde la simple resonancia, a la broncofonía y la pectorilología. — Hay aquí, un signo, digno de notarse y es el que suministra la auscultación pleximétrica, que da los caracteres de una fuerte condensación del tejido pulmonar, en el sitio de la lesión.

Síntomas generales. — Aún cuando es cierto que en su principio, se presentan los individuos, casi sin alteración visible; que no pierden el apetito y que sus masas musculares se encuentran conservadas; que su misma fisonomía no manifiesta las lesiones pulmonares que lleva y que dio lugar a que Bazin, los llamara tísicos bien constituidos; pero ésta, no es la forma general que toma, ni que conserva durante la marcha de la enfermedad.

Desde luego, la sífilis, produciendo una rápida deglobulización de la sangre, verdadera anemia sífilítica, conduce al individuo a una decadencia física, notable en sus últimos períodos y que puede manifestarse en todas sus funciones.

Al principio, no perdiendo el

individuo su apetito y realizándose perfectamente sus digestiones, el menoscabo de la salud no es notable; pero la marcha de la enfermedad, tiene naturalmente que traer trastornos de nutrición, que se revelan por un funcionamiento imperfecto de sus aparatos. Entonces es cuando las lesiones pulmonares avanzan, pasando por los diversos períodos de su evolución; entonces es cuando el que tan solo era un neumópata, se transforma en un verdadero tísico: el adelgazamiento es rápido; el tinte pálido y terroso de la piel, se acentúa; los ojos se excavan y rodean de un círculo oscuro; ~~su nariz se afila~~; su nariz se afila; sus orejas toman ese aspecto apergaminado de los tuberculosos avanzados; su cuerpo todo se demacra; sus púas se vuelven hipocráticas; su sudor es copioso y frío; está, con frecuencia, febricitante. Sus funciones orgánicas, sufren también del general deterioro: pierde el apetito; sus digestiones se hacen cada vez más difíciles; comunmente es atacado de dispepsia; preséntanse diarreas; las orinas acusan un aumento considerable de urea, signo cierto de su demutrición rápida. Sus fuerzas musculares, disminuyen extraordinariamente y en el mismo aparato circulatorio, también hace notar la posibilidad de alteracio-

nes del lado del ventrículo derecho, cuando por ser, la lesión del pulmón, muy extensa, hay dificultad de circulación en la Arteria pulmonar, manifestándose por una hipertrofia ó dilatación del ventrículo correspondiente.

El individuo marcha, así, á una muerte segura, en plena consunción, como cualquier tísico tuberculoso, si el tratamiento apropiado, no viene á salvarlo.

Diagnóstico: No hay afección que tenga más dificultades para su diagnóstico, que esta neuropatía. Si bien es cierto, como lo dice M. Bazin, "que las manifestaciones pulmonares específicas, no se muestran al azar, sino siguiendo un orden determinado, debiéndose por tanto fundar el diagnóstico sobre los antecedentes de los enfermos, lesiones concomitantes y época de aparición"; pero en la mayoría de los casos, si no se niega, la infección sífilítica, puede ser ignorada, ya por haberse presentado en la niñez, ya por ser un caso de heredo-sífilis. — Así que, el médico, no puede contar siempre con el indicio de una infección sífilítica anterior y aún cuando lo tenga, debe hacer distinción y ver si, efectivamente, la lesión que observa, es sífilítica ó no, pues no por el hecho

de haber sufrido un individuo dicha infección, está á salvo de tener otra clase de lesión pulmonar.

Bordès-Pagès, dice con razón, que "la diferencia entre las especies de tisis pulmonar, es tanto menos marcada, cuanto que más se aproximan á su último período; porque hácia el fin, tienden á perderse y á confundirse todas, en los síntomas generales de colicua consuntiva." — En efecto, dos son las clases de tisis pulmonar confundibles, á que se refiere Bordès-Pagès, especialmente: tuberculosa y sifilítica.

Antes de ocuparme de este punto, advertiré que, no solo estas lesiones pulmonares, se confunden; ~~con las tisis sifilíticas~~; existen otras, como el cáncer del pulmón, las dilataciones bronquiales, el quisté hidático del pulmón, &c.^a, de que me ocuparé más adelante.

Teniendo el pulmoníaco sifilítico con el tuberculoso, relaciones de identidad más estrechas, que con cualquiera de los otros, cuyas lesiones he indicado antes, me ocuparé de ellos primera y más extensamente.

En efecto, prescindiendo de los antecedentes que pudieran dar los enfermos, las lesiones pulmonares, en ambos casos, se manifiestan

en su principio, por los caracteres de las afecciones
 catarrales, con tendencia á la cronicidad. — En
 los tuberculosos, este período se caracteriza por
 la fosfaturia, que, en el sífilítico, hasta el pre-
 sente, nadie lo ha indicado: la razón de este he-
 cho, se encuentra en la decadencia orgánica del
 tuberculoso; en efecto, la tuberculosis, es la enfer-
 medad de las naturalezas agotadas, lo que ha
 hecho exclamar á Gubler "Homo totus est tu-
 berculosus"; sus principales parénquimas su-
 fren, desde su principio, degeneraciones que
 perturban su funcionamiento; así, se ve que
 el tuberculoso, como lo ha hecho notar Bour-
 don, casi siempre es dispeptico y en general,
 cada órgano, lleva el sello de la denutrición
 orgánica, en sus trastornos funcionales. — El
 sífilítico pulmonar, cuando aún la marcha
 de la enfermedad no lo ha vuelto un tísico,
 se presenta, casi siempre, con sus funciones de
 nutrición en perfecto estado, lo que hizo de-
 cir á Bazin, que "era un tísico bien consti-
 tuido"; por otra parte, el pulmonar sífilítico,
 posee estigmas indelibles en las lesiones óseas,
 que comúnmente le han precedido, ó que
 le acompañan; además el insomnio,
 aún cuando se presenta en el tuberculoso, no
 tiene ese carácter ^{tenaz}; los dolores osteócosos
 del sífilítico, tienen caracteres similares con los

que presentan á veces los tuberculosos, pero no poseen su mayor intensidad nocturna.

— Respecto de la alopecia, mientras que, en el tuberculoso, se limita al cuero cabelludo craneano y es perenne, en el sífilítico, además de su generalización, tiene el carácter de ser fugaz. — La deformación hipocrática de las uñas, la coloración pigmentaria del rostro, se presentan en el sífilítico; este último signo, que no es constante, no se presenta en el tuberculoso.

Las hemoptisis, en ambas lesiones, se presentan; pero mientras que, en el tuberculoso, se manifiesta desde sus primeros períodos y á veces es considerable; en el sífilítico, se presenta, no como síntoma inicial, sino cuando la lesión es avanzada y en tan pequeña cantidad, á veces, que constituye más bien una expectoración hemoptoica. — El carácter de la expectoración, examinada al microscopio, puede ^{suministrar} ~~dar~~ datos más exactos: — En tanto que en el tuberculoso, la presencia del bacilo de Koch, es patognomónico; en el sífilítico, portador de una lesión pura, no se encuentra y más bien, sí, indicios de una mayor destrucción del parénquima pulmonar, como son fibras elásticas ^{en mayor cantidad} y restos de gomas, células endoteliales en degeneración gránulo-gra-

rosa y los citoblastiones de Robin, á los que ha querido, éb, dar el sello de patognomónicos de la lesión gomosa. — Así pues, el diagnóstico diferencial, debe fundarse, principalmente, en la no existencia del bacilo de Koch, pues, á pesar de la especificidad de la sífilis, ningún elemento figurado, propio, se obtiene en el esputo, aún cuando muchos han creído encontrarlo; se han señalado, así, el micrococcus de Birch - Hirschfeld, la helicomonades de Klebs, la sprogloea de Bizzozzero; pero no son constantes y por tanto, no podrían formar un signo diagnóstico preciso. El mismo bacilo de Lustgarten, que hoy parece ser el específico de las lesiones sífilíticas, no ha podido ser encontrado en los esputos; así que el diagnóstico diferencial con la tuberculosis ~~estriba~~ estriba, como antes lo dije, en la no existencia del bacilo de Koch, en el esputo. El aspecto macroscópico de éste, por otra parte, no da, en las lesiones avanzadas, ningún dato importante, pues en ambos son nummulares y mucos-purulentos, á veces estriados de sangre.

Los signos estetoscópicos y pleximétricos del pulmón, no indican sino la clase de lesión del órgano, sin darnos dato cierto alguno sobre su patogenia. — Sin embargo, cuando la lesión pulmonar es avanzada, en tanto que, en el sífilítico, casi siempre queda limitada

á un solo lado; en el tuberculoso, por lo menos, se notan los primeros indicios de la propagación al otro pulmón; además, el sitio de la lesión, á veces es un indicio, que sirve para dirigir las investigaciones en un sentido determinado: así como nos lo ha repetido muchas veces nuestro profesor, el Dr. Villar, los pulmones pueden dividirse, clínicamente, en tres regiones, cada una de las cuales, generalmente es el sitio de las tres lesiones siguientes: región superior, lesión tuberculosa; región media, lesión sífilítica; región inferior, lesión caseosa. — Sin embargo, la lesión sífilítica puede presentarse en cualquiera de las tres regiones y en ambos pulmones y si se presenta generalmente en la parte media del pulmón derecho, hay una razón anatómica, que me ha hecho notar mi estimable amigo el Dr. Velazquez y es que, uno de los primeros órganos, en los que, las lesiones gomosas del período terciario, se manifiestan, es el hígado; una vez supuesto á este órgano, con dicha lesión, no es extraño verla presentarse en la base ó parte media del pulmón del mismo lado, dada la relación linfática de ambos órganos, principal red de propagación sífilítica; en efecto, los linfáticos de la cara convexa del hígado, junto con los de la parte media é inferior del pulmón derecho, reuniéndose en los ganglios mediastínicos anteriores, disem-

bocan en la gran vena linfática, ese reservorio de linfa del lado derecho del tronco; existe pues, como ya lo he dicho, una relación estrecha linfática, que explica racionalmente ese hecho clínico.

La inspección del tronco, según Landriex, puede suministrar datos de alguna importancia: Desde Arctes, hasta la época actual, con los trabajos de Elliottson, Hirtz, Freund, Gintz y Woillez, se han hecho indicaciones notables; una de ellas, la más importante, es que la estrechez del diámetro superior del pecho, precede á las lesiones tuberculosas, lo que no sucede, ni en la lesión sífilítica, ni en la caseosa; otros datos, respecto á configuración del tronco, &^{ca}, como dependen de causas múltiples, no tienen la precisión suficiente, para ser consideradas como signos diagnósticos.

Gintz ha estudiado la temperatura local, en la tisis sífilítica, durante sus primeros periodos; para él, no hay variación sensible entre la temperatura de la región pulmonar enferma y la general del cuerpo; en tanto que, en la tisis tuberculosa, aquella, es más elevada que ésta.

Es este el momento de que nos ocupemos de la fiebre del tísico avanzado, de sus sudores nocturnos y de su demacración rápida. Hasta hace poco se han considerado estos síntomas,

como propios de las lesiones tuberculosas; pero hoy se sabe perfectamente, que no le son propias, pues se presentan en el sifilitico. Ellas, en efecto, no son sino el resultado de infecciones secundarias, que tienen su punto de partida en las lesiones pulmonares: el cavernoso, ya sea tuberculoso o sifilitico, como lo hace notar Dieulafoy, engolfa, á cada inspiración, junto con el aire que necesita para la hematosis, multitud de micro-organismos, de los que algunos pululan en las cavernas pulmonares, terreno favorable á su desarrollo y exaltación virulenta, y elaboran p^{ro}tonáinas, las que absorvidas y llevadas al torrente circulatorio, producen esa serie de trastornos ^{propios} que acompañan al tísico, en su último período, de consumción. — Pero no siempre, como lo dice Dieulafoy, es ésta la sola infección secundaria desarrollada sobre la caverna del sifilitico; á veces, los microbios de la gangrena ó los bacilos tuberculosos, van á germinar sobre la lesión sifilitica y contribuyen á apresurar la muerte del enfermo, por gangrena ó por tuberculosis pulmonar.

El diagnóstico diferencial estriba sobre todo, en el éxito del tratamiento antisifilitico, verdadera pedra de toque, que, en el presente caso, como en cualquiera otro, sirve para diferenciar las lesiones sifiliticas, de las demás afecciones con

fundibles. con ellos.

Se podría aún hacer uso de las inocu-
laciones á cobayas, de los productos de expectoración,
que recomiendan Verneuil y Clado, para el diag-
nóstico de las tuberculosis incipientes y que, pa-
ra presentarse y generalizarse dichas lesiones, no
demoran más de quince ó veinte dias. Serviría
pues, como prueba negativa para la sífilis, pues
ésta no se desarrolla en la cobaya, por no ser un
medio favorable para su pululación y aunque
así lo fuera, la lenta marcha de la sífilis, no po-
dría simular en dicho animal, la de la tuber-
culosis, ni sus lesiones generalizadas.

Para la neumonia caseosa, el diagnós-
tico no es tan difícil: sin contar los antecedentes
mórbidos del enfermo, lesiones concomitantes, así
como tampoco el sitio de la lesión y marcha de la
enfermedad, pues la neumonia caseosa es el resulta-
do de afecciones agudas del órgano, podemos indi-
car: la fiebre, de tipo continuo y remitente, y más que
todo el examen de los esputos, que segun Niemeyer,
Hérard y Cornil, Paccoud, &c., tiene caracteres espe-
ciales; en efecto, además del aspecto macroscópico
del esputo, que es caseoso, como lo indica su nombre, al
microscopio se presenta con caracteres que le son
propios: así, además de no presentar restos de teji-
do gomoso, el carácter mismo de los glóbulos de

pus de dichos esputos, por derivar especialmente de las células epiteliales de los alveolos, pues se trata generalmente de una neumonia crónica, son más grandes que los glóbulos de pus que principalmente derivan de las células plásmicas en la lesión sifilítica; puesto que se sabe que, en este último caso, la lesión abraza sobre todo el tejido conjuntivo interalveolar y que por tanto, dichos glóbulos purulentos, son menos voluminosos y además son mamelondos. No debe extrañar esta diferencia de tamaño de los glóbulos purulentos en los esputos de cada una de las afecciones antedichas, desde que se sabe que, en toda supuración, sus elementos, no son solo el resultado de la diapedesis de los glóbulos blancos, sino que derivan también de las células propias de los tejidos (Bard).

Las dilataciones bronquiales, pueden, en cierto período, confundirse con la tisis sifilítica, así como sucede con respecto de la tisis tuberculosa; como los gomas, pueden dar lugar, sobre una superficie restringida, á estertores mucosos, soplo cavernoso, tos, y expectoración de idéntico aspecto; pero en las dilataciones bronquiales, la expectoración es más abundante, más frecuente y no posee los caracteres microscópicos de la expectoración gomosa; los esputos tienen un olor infecto, que

se le ha comparado al de las maceraciones cada-
 véricas; las hemoptisis son muy raras y la
 salud general puede conservarse más lar-
 go tiempo. Además, sin contar con los ante-
 cedentes, existe el tratamiento, como signo diagnós-
 tico. Por otra parte, aún cuando, como lo hago no-
 tar antes, presenta todos los fenómenos cavitá-
 rios, pero son más móviles que en las otras va-
 riedades de excavaciones pulmonares, puesto que
 las cavidades se vacían y llenan con gran fa-
 cilidad.

El quiste hidático del pulmón, ade-
 más de ^{su} rareza, posee caracteres distintivos, que
 si bien no son precisos siempre, pero pueden dar
 una base suficiente, que unida á la marcha
 de la afección, bastan para su diagnóstico. Cuan-
 do aún no se ha abierto paso por los bronquios,
 posee los mismos caracteres de condensación
 localizada del pulmón, que los gomas; pero el
 sitio de la lesión, que generalmente ocupa la ba-
 se del pulmón derecho, síntomas generales que
 lo acompañan ~~y que jamás, existen en afecciones~~
~~en el pulmón izquierdo, de la tisis,~~ y más que todo, la
 deformación del tórax á su nivel, presentando
 una elevación globulosa, en la que se puede sen-
 tir á veces el estreñecimiento hidático, bastan
 para el diagnóstico. — Al ser eliminado, el ca-

rácter distintivo es más marcado, pues el color trasparente del líquido quístico, su sabor salado, su abundancia y sobre todo el examen microscópico, que revela la presencia de equinococcus en el líquido, dan los caracteres bien conocidos de los quistes hidáticos.

Para el cáncer del pulmón y en general de los tumores malignos, de este órgano, el diagnóstico diferencial, á pesar de poseer ellos los caracteres de las lesiones gomosas, no presenta grandes dificultades. Dichos tumores dan lugar á una matitez más ó menos extensa, al resplendor tubario por compresión brónquica, \S° $^{\text{a}}$; pero la expectoración que presentan, á parte del olor, el color es grosella. característicos (Sacquin). Sobre todo, lo característico, fuera de los signos propios del sífilítico, el canceroso llega rápidamente á la ceguera y el infarto de los ganglios es notable en la parte interna de la región supra-clavicular; véase á esto, la edad del enfermo, sus antecedentes hereditarios y mórbidos, \S° $^{\text{a}}$ y se verá que es posible el diagnóstico diferencial.

Los abscesos del pulmón pueden indudablemente ser confundidos con las lesiones sífilíticas de dicho órgano, cuando los antecedentes del enfermo son oscuros y se ignora

5.
41

la marcha que ha seguido la afección; pero, á pesar de ésto, el diagnóstico es aún posible, pues aparte de la rareza de dichos abscesos, la marcha es mucho más rápida que la de los gomas. Tara Bizzozero, se podrían sacar datos de importancia, del examen de la expectoración, la que además de ofrecer un aspecto francamente purulento, los elementos elásticos del pulmón, se encuentran en abundancia y bien conservados, mezclados de pigmento bruno ó amarillento; además no presenta los elementos que son propios de la expectoración gomosa. — Por otra parte, el examen termométrico local de la región enferma, da datos de importancia, pues en tanto que en los abscesos, hay elevación de la temperatura local, ~~con respecto de la general~~, con respecto de la general; en el sífilítico, esta diferencia no es notable.

M. Landrieux no hace sino mencionar, por ser sumamente rara, una lesión llamada "carnificación congestiva," por Gambert y Robin, verdadera atelectasia del pulmón, como la llama M. Bouchut y que está ligada generalmente á una lesión cardíaca y que no puede confundirse con la tisis sífilítica, porque si bien los signos estetoscópicos y plesimétricos pueden ser análogos y aún el sitio de la lesión, pero en cambio la marcha de la afección, lesiones con-

42

comitantes, S.^o II los hacen distinguir perfectamente.

De todas estas afecciones, la única que puede confundirse, en un todo, con la tisis sífilítica, es la tuberculosa. — Los signos diferenciales son tan escasos y tan insignificantes, que no pueden bastar para un diagnóstico preciso; pues aún la misma presencia del bacilo de Koch en el esputo, puede no presentarse, al ser examinado, en el tuberculoso, ya por corresponder á la tuberculosis llamada por glóeica, ó ya por no encontrarse dichos bacilos en el campo del microscopio, por su pequeño número, como muchas veces sucede, á un examen rápido.

Es tanta, pues, la similitud, que Courmier exclama: "Dada una lesión pulmonar, cualquiera que sea la semejanza que pueda afectar con la tuberculosis, debe pensarse en la sífilis y examinar al enfermo bajo este punto de vista especial." — Más adelante indica, y con él muchas notabilidades médicas, que en caso de duda, se debe implantar el tratamiento antisifilítico, como medio de diagnóstico, con valor y durante algún tiempo.

Patogenia y Etiología: Respecto á la patogenia, nada debo agregar, pues dada la especificidad

de la sífilis, el bacilo, que le es propio, es el origen del proceso que se desarrolla en el pulmón. Además, al tratar de la anatomía patológica, me he ocupado de las distintas clases de lesiones y sus diversos modos de formación.

La etiología de esta afección, tiene mucha analogía con la de las afecciones tuberculosas. Como en ellas, la herencia debe ser investigada, dando los casos de heredo-sífilis tardía, de localización pulmonar, que Lancereaux, Gournier y otros, consignaron.

El sexo no puede considerarse como influyendo en su etiología, pues si bien es cierto que, de todas las estadísticas hechas al respecto, se desprende ser mayor el número de hombres, que el de mujeres, indudablemente depende de que mayor también es el número de hombres infectados por la sífilis.

La edad, solo tiene sitio en la etiología de esta afección, no como causa predisponente mayor ó menor, según sea la del individuo que se observa, sino como resultado de la época más natural de la infección, ó de la aparición de los accidentes terciarios, si se trata de sífilis hereditaria. Así, en los casos de heredo-sífilis, mayor es el número de manifestaciones pulmonares en la primera edad, por ser raras las manifestaciones

tardías; pero no así en la sífilis adquirida, pues generalmente se encuentra, después de la virilidad, aquella época en que puede ser adquirida la infección por relaciones sexuales; no refiriéndose naturalmente á aquellos casos de infección sífilítica dependientes de atentados al pudor, S.^a

Respecto al temperamento y constitución, se observa lo que en la generalidad de las infecciones, en que los individuos débiles, linfáticos, presentan un terreno favorable á su desarrollo y mayor gravedad de sus manifestaciones; pero no pudiendo ser tomada, como regla absoluta, esto último, pues en individuos robustos, antes de la infección sífilítica, puede verse desarrollarse, por causas diversas, entre ellas el aniquilamiento que acompaña á dicha enfermedad, lesiones pulmonares específicas.

Por lo que hace á las razas, nada notable puede decirse; no así á las clases sociales, en las que según sea su estado de degradación y falta de cuidados higiénicos, será mayor el número de afectados, desde que ellos, por satisfacer sus ciegos instintos, no se cuidan de buscar el objeto de sus goces, ni poner las medidas indispensables, para precaverse, en lo posible, de la infección sífilítica y cuando la han adquirido, no se ocupan de someterse á su tratamiento a

propiciado, que los salve, por lo menos, de los accidentes graves. Por eso se ven en nuestros hospitales, que entre los que se presentan con las lesiones terciarias sifilíticas, el mayor número corresponde á los asiáticos, que se encuentran en el nivel mas bajo de nuestra sociedad.

De entre las otras condiciones etiológicas, la que merece alguna consideración, es la de los antecedentes mórbidos. - En efecto, en las personas que continuamente han sido afectadas de enfermedades de los órganos respiratorios, es natural que cualquiera afección general, repercute en dichos órganos, siguiendo las consecuencias del locus minoris resistencie.

Un hecho, que parece establecido, es que, las manifestaciones terciarias de la sífilis, ~~se~~ se han presentado, más rápidamente, en los casos en que las erupciones y demás accidentes secundarios sifilíticos, se han desarrollado con relativa benignidad; pero esto quizás dependa de que, en dichos enfermos, en vista de la benignidad de sus manifestaciones, la sífilis no ha sido conveniente y suficientemente combatida, pues como lo ha hecho notar Journier y que antes lo he consignado, las manifestaciones terciarias se presentan, cuando el tratamiento instituido es insuficiente.

ó cuando no se ha implantado.

Las neumopatías sífilíticas, como todos los accidentes terciarios, se muestran en un período indeterminado, después del chancro, cuando se cree ya el sífilítico curado por completo; la sífilis queda latente 10, 15 y aún 40 años (Landrieux); después se localiza, se acantona sobre un solo órgano, en lugar de tener ese carácter de generalización que poseía en el período secundario; lo que ha hecho exclamar á Landrieux: "la sífilis parece que, envejeciendo, cambia de naturaleza, y de enfermedad virulenta, pasa al estado de afección diatéctica."

Muchos han creído que todas las manifestaciones terciarias sífilíticas, solo dependían del tratamiento mercurial; entre ellos Quixias de Turenne, que dice: "es á la intoxicación del mercurio, que atribuyo la frecuencia de las afecciones sífilíticas viscerales y en particular los gomos pulmonares." Pero fuera de que á muchos de los que poseen estas lesiones pulmonares, se les salva con este tratamiento; otros, que no han sido sometidos durante su enfermedad al tratamiento mercurial, se presentan en los hospitales con las lesiones viscerales del período terciario.

Marcha y Pronóstico: La marcha de la tisis sífilítica, es en su todo semejante al de la tuberculosa, á no ser, como lo he manifestado en un principio, que el sífilítico pulmonario; durante sus primeros periodos, goza relativamente de salud, no guardando relación, su aspecto exterior, con las lesiones pulmonares, de que es portador. — Pero en sus últimos periodos, cuando constituye un verdadero tísico, entonces la marcha de la enfermedad no presenta diferencia alguna.

Respecto al pronóstico, aunque sumamente grave, puede prestar sin embargo esperanzas, pues se ha visto que enfermos en su último periodo, como tísicos, próximos á morir, casi, han sido vueltos á la vida, con un tratamiento bien dirigido.

Tratamiento: Gournier y otros sífilógrafos, recomiendan, junto con el yoduro de potasio, preconizado para las otras lesiones del periodo terciario de la sífilis, el empleo de los mercuriales.

Hubiera querido disponer de más tiempo, para tratar de estudiar el

modo de acción de estos medicamentos, sobre la sífilis terciaria, en el organismo, pero la escasez de tiempo me obliga a consignar, tan solo, lo que Dieulafoy recomienda especialmente y es que se someta, al enfermo, al yoduro de potasio a la dosis diaria y progresiva de 2 a 12 gramos y fricciones mercuriales de ungüento napolitano, vigilando su acción, a la dosis de 4 a 6 gramos diarios. En caso de intolerancia, puede variarse el tratamiento, por las diversas preparaciones que existen al respecto y emplearlas ya por la vía digestiva, ya por la vía cutánea, subcutánea o intramuscular.

Podría emplearse, como lo ha indicado el Dr. Villar, el yodoformo, en calidad de yódico, en mayor dosis de la que en los hospitales generalmente se emplea, vigilando siempre la secreción renal para evitar la intoxicación; pues tendría una acción manifiesta en las lesiones viscerales neoplásicas, especialmente pulmonares; llenándose además una doble indicación en los casos de simbiosis sífilítica y tuberculosa, que no son raros.

Antes de concluir, debo dar las gracias

públicamente a mi amigo y compañero, Sr. Gonzalez Blacchea, pues fué él, quien me a-
primó tratase de este punto y me propor-
cionó datos sobre un enfermo que, con to-
dos los caracteres de una tisis tuberculosa,
se asistía en el servicio del Dr. Villar, el que
diagnostico' gomas pulmonares, que la au-
topsia comprobó.

Seguendo la costumbre estable-
cida, debería consignar dicha historia, así
como otras, que no tienen por cierto el carác-
ter de precisión de ésta; pero me ha pare-
cido más natural y justo, no consignar
historias que no he observado y debidas tan-
solo a la galantería y buena voluntad, de
mis amigos.

Espero pues que mis profesores,
 juzguen mi trabajo benévolutamente y solo
 vean en él los esfuerzos del principiante y
 no el estudio científico serio, que merecería
 tan ilustrada corporación.

Elastaineda

[Signature]

Octubre 15. de 1874

Aplicaciones -
Dr. J. Herrera
" J. Gutiérrez
" C. Carrasco.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 11340
No. de la clasificación.....

