Año 1903 N.° 1348

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CONSIDERACIONES
SOBRE UN CASO DE SÍFILIS TERCIARIA
DE LA LARINGE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO R. NÚÑEZ

Ex-practicante de la Asistencia Pública, Hospital Rawson y Corrales

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

CONSIDERACIONES

SOBRE UN CASO DE SÍFILIS TERCIARIA

DE LA LARINGE

Año 1903 N.º 1348

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE UN CASO DE SÍFILIS TERCIARIA

DE LA LARINGE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO R. NÚÑEZ

Ex-practicante de la Asistencia Pública, Hospital Rawson y Corrales

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Julian Aguilar
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal.	„ Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Vacante
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	„	Juan Jose Galiano
Química Médica	„	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	„	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	„	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	„	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	„	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y ejercicios clínicos	„	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	„	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	„	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Cárlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	„	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	„	Nicolás Repetto (en ejer.) Leandro V. Valle
Clínica Ginecológica	„	Alfredo Lagarde José F. Molinari
„ Oto-rino-laringológica	„	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. Aberastury
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Vacante
Clínica Oftalmológica	„	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	„	Patricio Fleming
„ Epidemiológica		Vacante
„ Quirúrgica	„	Juan B. Justo Enrique Corbellini
„ Neurológica	„	José A. Esteves José R. Semprun
„ Médica	„	Ricardo Colon
Medicina Legal	„	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	Diógenes Decoud
Clínica Médica	„	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica Obstétrica	„	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	„	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	„	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
„ Médica		Vacante
„ Génito-urinaria (hombres)	„	Pedro Benedit (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	Benjamín T. Solari José T. Borda
„ Quirúrgica		vacante
„ Obstétrica	„	Enrique Zarate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr.	LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico titular

Doctor MANUEL BLANCAS

A LA MEMORIA

del Doctor ALEJANDRO POSADAS

A LOS MÍOS

Señores Académicos

Señores Profesores

Al terminar esta larga y noble carrera y como un profundo agradecimiento á vuestras sabias lecciones, las cuales me han inculcado el arte de curar, procuraré en la medida de mis fuerzas, hacer factibles á la cabecera del enfermo, vuestros consejos prácticos y tengo la convicción que procediendo en esa forma habré cumplido los más sagrados deberes del médico de conciencia, llenando así la noble misión que nuestra ciencia exige.

Antes de entrar en materia, quiero expresar mi eterna gratitud al Dr. Viera, Jefe del servicio de Garganta del Hospital Rawson, quien confirmó mi diagnóstico del caso clínico motivo de esta tésis, mediante un examen laringoscópico, que con toda deferencia se prestó á efectuar.

Igualmente hago extensiva mi gratitud al Dr. Aberastury, que con motivo de su publicación en los Anales del Círculo Médico Argentino, hizo inspirarme á efectuar el tratamiento en la forma expresada

en este trabajo, habiéndome basado en sus conclusiones tan convincentes.

Finalmente, mi más sincero agradecimiento al académico titular Dr. Manuel Blancas, por haberme concedido el alto honor de acompañarme, como padrino de tésis en este humilde y sencillo estudio.

Introducción

Al ocuparme de las manifestaciones terciarias de la sífilis en la laringe, no pretendo abordar un tema nuevo, pero sí, poner en relieve la infinidad de dificultades que pueden presentarse al examen del clínico más hábil, cuando trata de establecer un diagnóstico diferencial con precisión. Y al decir con precisión, insisto, pues que, de la exactitud del diagnóstico depende el éxito del tratamiento y la vida del enfermo. Lo que digo de la laringe, puedo extenderlo á las otras localizaciones terciarias de la sífilis, pues tienen la misma etiología. Pero padeciendo mi enferma una laringopatía terciaria, me ocuparé especialmente de las manifestaciones terciarias de la sífilis en la laringe, insistiendo con preferencia en lo tocante al tratamiento de esta terrible enfermedad, que lo es, sobre todo, cuando aquél no ha sido bien dirigido ó se ha cometido un error de diagnóstico.

Son entonces dos, los puntos principales que desarrollaré en mi tésis: 1.º El diagnóstico diferencial de la sífilis terciaria de la laringe.—2.º El procedimiento que he seguido, al administrar por la vía intramuscular el biioduro de hidrargirio.

Evolución de la sífilis

La sífilis es una enfermedad general, contagiosa y virulenta; es específica y confiere la inmunidad. Trasmítese por contacto, sobre todo el venéreo, y también por herencia. Es crónica, dura varios años, con períodos latentes de interrupción, de curación aparente.

El virus sifilítico se encuentra en los productos de eliminación de las lesiones primarias y secundarias. Las lesiones terciarias no son infecciosas, ni contagiosas; son consecutivas, diatésicas.

Después de 15 días á tres semanas de *incubación*, aparece un nódulo duro, rojo moreno, que prolifera y se ulcera, formando así la induración ó esclerosis inicial. Luego aparece un infarto ganglionar, múltiple, indolente y característico.

Los primeros desórdenes generales que marcan el principio del período secundario son: la anemia á marcha progresiva, la fiebre y los fenómenos nerviosos. Luego un exantema sobre la piel y las mucosas, eritematoso, papuloso ó pustuloso. Después se toma el ojo y el periostio. Estos fenómenos ceden generalmente á las 4 ó 6 semanas de un buen tratamiento. Seis meses después de la infección aparecen cada tres

ó seis meses exantemas á repetición que duran dos ó tres años y terminan así la evolución de la enfermedad.

Sin embargo, á veces después de varios años, sobrevienen accidentes graves, destructivos, que alteran el funcionamiento de los órganos. La sífilis es polimorfa. Los accidentes son de carácter inflamatorio: hiperhemias, inflamaciones, cefaleas, miositis, osteitis, neuralgias. Las inflamaciones específicas son: el chancro, la pápula y el goma. Los desórdenes de nutrición aparecen desde el principio del período secundario: pérdida de peso, anemia, hidremia, anhidrosis, hiperhidrosis, seborrea, lesiones de las uñas y de los cabellos. La inmunidad se adquiere por una infección anterior ó se hereda. Una tercera inmunidad posee la madre sana, de un niño nacido de padre sifilítico.

Períodos de la infección sifilítica.—1.º) *Sífilis adquirida.*—a) *Accidentes primitivos.*—Infección: se necesita contacto del virus y solución de continuidad; á veces el accidente primitivo pasa desapercibido. Es una esclerosis ó chancro indurado, induración apergaminada, edema indurado, pápula de inoculación, chancro blando ó mixto.

Anatomía patológica del accidente inicial.— Una infiltración de células embrionarias: endo, meso y periarteritis, periflebitis. Las lesiones sifilíticas sufren la influencia de su localización, lo que esplica la anatomía patológica. Así, en la corona del glande, surco-balano-prepucial, labios grandes y pequeños, meato-urinario, es frecuente la pápula indurada, porque los

vasos son abundantes en la capa papilar y la lesión crece en profundidad. En la parte media del glande y en el vestíbulo es frecuente la esclerosis apergaminada, porque son pocos los vasos profundos y la red es superficial en la capa papilar y la pérdida de sustancia se estiende en superficie, pues la capa reticular contiene pocos vasos para propagar la lesión en el sentido de la profundidad. El chancro blando proviene de la inoculación de diversas clases de pus, ya sea en un sujeto sano ó sifilítico.

Diagnóstico de la lesión inicial.—La induración, así como la multiplicidad del chancro, no son características; la adenopatía es más importante, pero no debe ser anterior á la lesión inicial; debe aparecer de la tercera á la cuarta semana, luego se toman todos los ganglios y el infarto es general, pero progresivo. Los ganglios son redondeados, aislados, indoloros, aumentados de volumen y consistentes. Si la adenopatia es antigua, los ganglios son fusiformes, muy duros, retraídos. En el primer caso, la infiltración embrionaria les da consistencia; en el segundo, la transformación en tejido conjuntivo da la variedad retráctil. Los ganglios más vecinos de la lesión primitiva son los más voluminosos, los ganglios más cercanos se tumefactan de la tercera á la cuarta semana, los más lejanos de la sexta á la séptima. Los accidentes secundarios aparecen de la octava á la décima semana. Linfangitis: los bubones sifilíticos son fríos.

b) *Periodo secundario.*—El virus va de la lesión inicial á los ganglios linfáticos, canal torácico, venas,

ganglios cervicales. Las toxinas aumentan y el estado de saturación es indicado por la aparición de las erupciones secundarias

Sintomatologia.—Anemia, hidremia, perturbaciones de la nutrición general; fiebre al principio de la erupción maculosa y papulosa, generalmente tres días 37°, 8 c. á 38°, 2 c.; en la pustulosa tres días, con exhacerbaciones vespertinas de 39° á 40°. Angina tonsilar, á veces intensa y febril; luego las amígdalas se esclerosan.

Articulaciones.—Sinovitis poliarticular, dolores en las grandes articulaciones y las falanges. *Huesos*: dolores en la tibia, las costillas, sobre todo nocturnos; periostitis. *Músculos y nervios:* dolores musculares, neuralgias generales ó locales: trigémino, ciático, intercostales, etc.

Reflejos tendinosos y cutáneos.—Primero exagerados, luego disminuidos ó abolidos. Cefalea: congestión de los vasos cerebrales y meningeos.

Sifílides.—Casi constantes; las recientes se generalizan y localizan siguiendo la dirección de los pliegues de la piel. Principian en el abdomen y torax y á la tercera semana invaden los miembros; á la cuarta las piernas y los ante-brazos; á la quinta las manos y los los piés. Las del torax y del abdomen son más numerosas y antiguas. Las sifílides recidivantes son menos numerosas, no siguen los pliegues de la piel, se disponen en semicírculos agrupados; se muestran á los seis meses de la infección.

División de las sifílides.—Anatomía patológica—Máculas: roseola; *pápulas:* infiltración; *pústulas:* infiltración y supuración. Siempre hay polimorfismo; la coloración rojo cobre ó jamón es debida á una extravasación de la sangre en un pequeño distrito vascular. Estas erupciones tienen espontáneamente tendencia á la regresión. En el centro las pápulas se umbilican, se descaman y están rodeadas de una zona de infiltración.

Las pústulas se recubren de una costra, se tornan pápulas, se umbilican y descansan en el centro.

Quedan manchas rojo morenas que desaparecen sólo con un tratamiento enérgico. Falta casi siempre el prurito.

A) *Piel, tegumento externo—Sifílide maculosa.*—Es la forma más frecuente, recidiva rara vez, desaparece á la presión digital; generalmente respeta la cara.

Sifílide papulosa.—a) *miliar* (líquen sifilítico); toma la cara, rara vez recidiva, lo acompaña un adenitis general. b) *lenticular*, pápulas rojo moreno, que no desaparecen á la presión. c) *numular*: pápulas más grandes, en los pliegues de flexión de las grandes articulaciones. Con la variedad anterior constituyen la psoriasis sifilítica, con descamación central é infiltración periférica. d) *orbicular*: en la cara, en los folículos sebáceos; el centro se reabsorve y le da una forma anular.

Sifílide pustulosa.—Rara, de mal pronóstico, tardía. a) *Acné sifilítico.* Está rodeado de piel infiltrada, mientras que al acné vulgar, lo rodea piel inflamada. b) *Varioliforme.* Pústulas más grandes. c) *Impétigo*

y ectima: grandes costras concéntricas, con su zona purulenta periférica y más externa de infiltración.

B) *Mucosas.—Contorno de orificios naturales.*—La vascularización, la fineza del epitelio y la acción irritante de las secreciones, les dan un carácter distinto de las sifílides cutáneas. a) *Exantema maculoso*: angina vaginitis, balanitis, uretritis sifilítica (límites festoneados), eritema intértrigo sifilítico. b) *Exantema papuloso*; 1) *Pápula erosiva*, placas circunscritas, rojo-moreno, pierden su epitelio, brillan y exudan. Se ubican en la parte interna de los muslos, en las axilas, bajo los senos, en los espacios interdigitales, en el escroto y en la márgen del ano, raras en las mucosas. 2) *Difteroide.* Son pápulas erosivas con una membrana grisácea á periferia infiltrada: labios, borde y cara inferior de la lengua, velo del paladar, mucosa bucal, raras en la vagina. 3) *Hipertrófica.* En regiones sometidas á la maceración é irritación contínua, superficies en contacto, desarrollando un calor húmedo: contorno del ano, escroto, órganos genitales. Primero son pápulas, que se hacen luego erosivas y á veces difteroides; la irritación hace aumentar la erosión y ésta toma un aspecto numular, se extiende en superficie y también proemina bajo forma de vegetación; varias pápulas se tocan y se aplanan, quedando limitadas por surcos estrechos, pero profundos que forman fisuras infestadas que supuran; son frecuentes alrededor del ano (condilomas planos). En la mujer toma los grandes y pequeños lábios, el vestíbulo, el periné, el ano y la cara interna de los muslos. Estas

pápulas hipertróficas pueden observarse también en las amígdalas, los labios y el velo del paladar. Las partes infiltradas pierden su resistencia y presentan fisuras; pueden acarrear fístulas y supuraciones abundantes, linfangitis, abscesos. Dejan cicatrices keloides, duras, blanquecinas, con periferia morena. 4) *Pápula en vía de necrosis.* Se forma una ulceración profunda, á bordes infiltrados, crateriforme, redondeada en forma de sacabocados.

c) *Exantema pustuloso.* Es raro.

Si la lesión inicial falta en un individuo y no han aparecido aún los síntomas generales, cuando se encuentran pápulas en los órganos genitales, deben tomarse por la lesión inicial.

Psoriasis lingual y bucal (placas opalinas).—Es una modificación de la sifílide, papulosa tardía y tenáz. Se ubica en las comisuras labiales, en las mejillas y las encías. La mucosa se tumefacta en esos puntos, se pone dura, lisa, blanquecina y dividida en compartimentos poligonales, por medio de líneas finas. En el centro se erosiona; el dorso, la punta y los bordes de la lengua se recubren á veces de un exudado difteroide y son dolorosas. La psoriasis bucal, por su tenacidad, es un signo de sífilis antigua. La leucoplasia bucal idiopática, no tiene descamación epitelial, ni erosión, ni ulceraciones difteroides. Otra variedad tiene descamación epitelial, pero su evolución es muy rápida y faltan otros fenómenos concomitantes.

Palma de las manos y planta de los piés.—En estas

regiones la epidermis es espesada. Las *máculas* son raras y poco aparentes. Las *pápulas* (psoriasis sifilítica) son poco elevadas, con escamas abundantes, tinte amarillento á la presión, color rojo moreno, ubicadas en las eminencias ténar é hipoténar. Cuando recidivan se reunen y forman círculos ó segmentos de círculos. Toda la palma de la mano puede estar así recubierta de una epidermis infiltrada, callosa, hendida, dolorosa,purulenta, sangrante y circunscripta por contornos festoneados, escamas más abundantes en la periferia, infiltración rojo morena. Estos caracteres, unidos á los otros síntomas de la infección sifilítica, sirven para distinguirla de la psoriasis vulgar.

Cuero cabelludo.—Erupción y desórdenes de nutrición precoces. Produce seborrea, dando al cuero cabelludo una consistencia untuosa. Se desprenden ténues escamas amarillentas, testigos de la hipersecreción sebácea. Luego el cabello pierde su brillo, se deseca y cae; la raíz parece atrofiada: es la alopecía sifilítica. De forma areolar, formada por espacios calvos dejados por madejas de cabellos que caen; á veces difusa.

El *herpes tonsurante*, va acompañado del tricofiton tonsurante y de fragilidad de los cabellos, que se fragmentan un poco por encima del nivel donde emergen de la piel. La alopecía idiopática, presenta un aspecto brillante, pulido y blanquecino de la cabeza. Las máculas son raras en el cuero cabelludo, no así las pápulas y, sobre todo, las pústulas, que toman nacimiento al

nivel de los folículos pilosos y dejan costras atravesadas en su parte media por un cabello.

Uñas. — Los desórdenes de nutrición producen la fragilidad de las uñas. Estas pierden su brillo, se cubren de manchas blanquecinas, su superficie es desigual, abollonada y se hienden; es la onixis. La perionixis, la forma una erupción alrededor de la uña formada de pápulas y pústulas.

Desórdenes de nutrición de la piel en general.— Aumento ó disminución de la secreción sebácea ó sudoral. *Pitiriasis tubescentium:* el sudor se mezcla á la secreción sebácea y al evaporarse da escamas secas, poco adherentes.

La leucopatia sifilítica, más frecuente en la mujer y ubicada casi siempre en el cuello, es debida á un desplazamiento excéntrico del pigmento cutáneo, lo que da por resultado la coloración blanca de la parte central y la fuerte pigmentación de la periferia. La confluencia de estos elementos, dan un aspecto de red al conjunto, formando las mallas las partes pigmentadas y ocupando las celdillas la parte pálida de la piel. Es un signo de sífilis antigua, por su persistencia.

Órganos internos.—Se encuentran congestiones é inflamaciones sintomáticas.

En las *formas húmedas*, existen lesiones de los órganos genitales, de las mucosas: anal, bucal y faríngea. En las *formas secas*, con descamación, se colocan: las pápulas y pústulas, la psoriasis palmar y plantar. Estas dos variedades se escluyen casi siempre

por completo. Las formas secas son más graves y se encuentran sobre todo en individuos débiles, en la mujer es generalmente menos grave. Las formas húmedas favorecen la evolución hacia el terciarismo. La irritación de la piel favorece la aparición de las erupciones sifilíticas.

c) *Periodo terciario.*- –No es constante, aparece en un 30 ó 40 °/₀, de los casos no tratados y 20 °/₀ de los tratados. Puede venir al cabo de 50 años después de la infección. Las congestiones pasan al estado de inflamaciones y luego dan lugar á la formación de los gomas, que se forman en el tejido conjuntivo y son nódulos formados de una infiltración de pequeñas células á desarrollo excéntrico. Las células centrales presentan degeneración grasosa y caseosa, en la periferia el tejido conjuntivo se esclerosa.

Piel y tejido subcutáneo. — El *goma cutáneo* es un nódulo circunscripto, duro, rojo moreno, que se agrupa formando cicatrices centrales y gomas nuevos periféricos. El *goma subcutáneo*, permite deslizar la piel y da fluctuación. La curación se efectúa, cesando la infiltración, eliminando el contenido, formando granulaciones y avanzando centrípetamente el epitelio de los bordes. *Mucosas.* Los gomas, tanto mucosos como submucosos, son de evolución más rápida y más pequeños que los de la piel.

Los *ganglios* pueden presentar infiltraciones gomosas. Pueden existir lesiones en los demás órganos.

El dolor, la supuración, la anemia, la discrasia, la

depresión psíquica, deprimen las fuerzas del enfermo. Órganos importantes están invadidos por la degeneración grasosa ó amiloide y se acompañan de un marasmo precóz. La sífilis terciaria se localiza en los puntos de menor resistencia y así se explica que en un mismo individuo elija un sistema. En los alcoholistas toma el hígado; en los intelectuales el cerebro. El terciarismo es más frecuente en los débiles. La multiplicidad de localizaciones terciarias implica malignidad.

Localización terciaria laríngea

Etiología y Patogenia

Al ocuparme de la evolución de la sífilis, ya dije que es una enfermedad general, infecciosa, específica, contagiosa y virulenta. Como las lesiones laríngeas no son sinó una localización, tienen naturalmente la misma etiología.

En cuanto á la naturaleza del virus sifilítico, puede decirse que las observaciones de Bergmann, Morison, Klebs y otros, asi como las mas recientes de Lustgarten y Doutrelepont, no están aún confirmadas por las culturas y las inoculaciones.

El período terciario, es una intoxicación crónica sifilítica, una caquexia específica. Sus lesiones son consecutivas, no son contagiosas, ni infecciosas, como las de los dos primeros períodos.

El virus sifilítico, llevado en el organismo en cantidad mínima, se desarrolla rápidamente; prolifera y provoca síntomas generales que se traducen al exterior por signos de infección. Se multiplica de una manera prodigiosa; basta una gota de pus ó de sangre, de un indivíduo sifilítico para infectar á otra persona.

Se necesita contacto y solución de continuidad.

Anatomía Patológica

Las congestiones, las inflamaciones y los gomas, pueden tener localizaciones en cualquier sistema ú órgano; las que sería muy largo enumerar y que ocasionan sérios trastornos que pueden acarrear la muerte del enfermo.

Al tratar del período terciario, he descrito el goma de la piel y las mucosas; la anatomía potológica de la lesión inicial y de los accidentes secundarios, tambien la he descrito al ocuparme de estos períodos de la sífilis. Solo me resta ocuparme con la detención que merecen, de las lesiones laríngeas, sin volver sobre su estructura histológica.

Las *laringopatías terciarias*, pueden revestir diversas formas:

a) Sifiloma ulceroso.—Gomas superficiales ó profundos, atacan las partes blandas ó el esqueleto de la laringe y son circunscritos ó difusos. Generalmente es una eminencia redondeada, rodeada de edema rojizo, cuando se reblandece, se vuelve amarillento en el centro y se perfora. La ulceración constituída, es á bordes tallados á pico y con fondo grisáceo. Los tejidos periféricos son duros y elásticos, la región está deformada por el edema. A veces se infiltra la mucosa y sub-

mucosa y se forman ulceraciones serpiginosas, invasoras que pueden atacar el esqueleto. Hay ulceraciones que revisten ese carácter desde el principio, sin haber pasado por el goma.

La *epíglotis*, se espesa, edematisa y deforma; toma un color rojizo y obstruye la entrada de la laringe. A veces presenta escotaduras en sus bordes y ulceraciones que pueden perforarla.

Los aritenoides y *los repliegues ariteno-epiglóticos*, están deformados, obstruyen el vestíbulo de la laringe y son á veces el sitio de vegetaciones ó ulceraciones. Las *cuerdas vocales*, rojas, hipertrofiadas, ulceradas, deformadas, con adherencias ó cicatrices viciosas.

b) Sifiloma no ulceroso.—Es un espesamiento escleroso, que estrecha la laringe y se localiza en la región supra-glótica, las bandas ventriculares y la epíglotis. Reviste un color rojizo y aspecto granuloso ó fungoso.

c) Vegetaciones.—Aisladas ó confluentes, sesiles ó pediculadas, residen en las cuerdas vocales, bandas ventriculares; rara vez son solitarias. Son raras en la epiglotis.

d) Lesiones del esqueleto.—El aritenoides y el cricoides, pueden ser atacados de antemano ó despues de las partes blandas y calcificarse. Luego se esclerosan, necrosan y supuran, dejando fístulas ó edemas que pueden acarrear un flemón del cuello. Los secuestros pueden eliminarse y producir la asfixia.

e) Edemas.—En el mal de Bright, el edema gene-

ralmente es palato-faríngeo y laríngeo; en la sífilis es casi constantemente laríngeo.

Edemas terciarios, pálidos ó rojos, invaden los repliegues ariteno-epiglóticos, la epíglotis, las bandas ventriculares, las cuerdas vocales, la región sub-glótica. Entre los aritenoides y la epíglotis, obliteran la región supra-glótica y producen una sensación de cuerpo estraño, que el enfermo trata de expeler. Ortopnea y asfixia progresiva ó rápida. El edema palato-faríngeo y de la epíglotis, produce la disfagia, el del vestibulo y las bandas ventriculares: la dísnea, angustia y cornage; los espasmos de la glotis, dan los accesos de sofocación paroxísticos.

f) Adenopatía traqueo-laríngea, con lesión de los nervios recurrentes.

g) Cicatrices.—Las ulceraciones dejan deformaciones, adherencias, retracciones que obstruyen la laringe.

h) Parálisis.—Generalmente unilaterales, mas frecuentes en la cuerda izquierda. La parálisis de los crico-aritenóideos posteriores (rara), produce la inmovilidad de las cuerdas durante la inspiración y la asfixia es inminente. Si el crico-aritenóideo lateral, es el músculo paralizado (mas común), la cuerda vocal no se aproxima durante la fonación, la voz está abolida ó disminuida, el esfuerzo es imposible ó incompleto. La parálisis del ari-aritenóideo es muy rara. La patogenia de estas distintas parálisis se explica por la lesión de los ganglios vecinos al recurrente.

Sintomatología

Al principio se nota una *ronquera*, que puede terminar en una *afonía completa* y persistente. La *tos*, es rara La *dísnea* es constante en sus diversos grados. A veces se observa opresión, que aparece por accesos terribles.

Cuando existe edema difuso, la asfixia es inminente, la inspiración es estridente y sibilante *(cornage)*. El tirage acompaña á las dísneas intensas. Estas son producidas por las laringo-esténosis agudas ó crónicas progresivas; ocasionadas á su vez, las primeras por abscesos ó edemas, las segundas por gomas, sifilomas difusos, vegetaciones, edemas, abscesos, cicatrices, deformaciones y adherencias.

Disfagia.—La deglución es dolorosa, casi imposible, acompañada á veces de otalgia y rara vez de fetidez.

Los desórdenes de la respiración, dificultando la producción de la oxihemoglobina, se reunen á los desórdenes de la deglución que acarrean la inanición mas ó menos absoluta, para producir una caquexia aguda ó crónica progresiva, según la evolución de los síntomas que la producen.

El enfermo enflaquece considerablemente, la pérdi-

da del peso es notable, el tinte de los tegumentos es pálido, y amarillento, índice de una anemia progresiva é intensa.

La nutrición decae, las fuerzas y el ánimo del enfermo disminuyen, hasta caer en un estado de depresión física y moral, que á la larga acarrearán una muerte segura, sino se interviene oportunamente, por medío de un tramiento eficaz y rápido.

Diagnóstico Diferencial

En la *laringitis crónica hipertrófica*, la salud es buena, el apetito está conservado y la dísnea es casi nula. La tos es pertináz, la garganta está seca, hay pérdida de los sonidos agudos y voz ronca. Las bandas ventriculares están hipertrofiadas y granulosas. Las cuerdas vocales recubiertas de granulaciones en su borde libre y las glándulas aritenoideas hipertrofiadas; la secreción es abundante.

En la *laringopatía tuberculosa*, se observa pérdida de apetito y del sueño, enflaquecimiento, tos, lesiones pulmonares y el antecedente de una pleuresía ó de una hemóptisis.

Desórdenes de la voz y la respiración; disfagia. Al *laringoscopio* se observa: palidez marcada del velo del paladar y del vestíbulo, y las lesiones siguientes:

a) Infiltración tuberculosa.—No ulcerosa, se observa generalmente en la región inter-aritenoidea, repliegues y bandas ventriculares, la epíglotis, produciendo hipertrofia deformación y un catarro laríngeo. Granulaciones miliares.

b) Vegetaciones.—A veces considerables ocupan la región inter-aritenóidea, están decoloradas, pálidas,

rodeadas de edema á base frecuentemente ulcerada y revestidas de exudado muco-purulento.

c) Ulceraciones.—Numerosas á bordes desgarrados, desprendidos, poco espesos, poco profundas, rodeadas de edema blando y pálido. Las ulceraciones destruyen los tejidos en que se localizan; los cartílagos, mas frecuentemente que las lesiones sifilíticas.

d) Parálisis ó paresia de una cuerda vocal.

Laringopatía sifilítica.—La salud es excelente en apariencia, no hay enflaquecimiento, ni pérdida del apetito. La tos es casí nula. El enfermo da datos de una sífilis antigua Desórdenes de la voz, la respiración y la deglución en sus diversos grados. Al laringoscopio no hay la palidez de las mucosas, tan constante en la tuberculosis. Se observan:

a) Gomas, redondeados y rojizos, en la epíglotis, repliegues y bandas ventriculares; generalmente en pequeño número y bien limitados, atacan rara vez las cuerdas vocales.

b) *Sifiloma difuso hipertrófico.*

c) *Ulceraciones.*—A bordes espesos, tallados á pico, profundas, con edema periférico, rojizo y duro. Ulceraciones rápidamente destructivas, poco numerosas, dejan cicatrices al revés de lo que pasa con la ulceración tuberculosa. Reciden en la cara lingual de la epíglotis. Estos caracteres la diferencian de la ulceración tuberculosa.

d) *Vegetaciones.*—Mas raras que en la tuberculosis, residen en la base de la epíglotis, cuerdas vocales y

bandas ventriculares, las ulceraciones tuberculosas residen en la región inter-aritenoidea.

Laringopatía cancerosa.—Durante uno ó dos años, el enfermo conserva un buen estado general y el apetito. No enflaquece, ni presenta repercusión ganglionar. El cáncer de la laringe evoluciona silencioso y no se observa al principio sinó una ligera alteración de la voz. Cuando la ulceración se ha constituído, su naturaleza, las hemorragias, la fetidez del aliento y de los dolores intensos de la garganta y el oído; la espectoración sanguinolenta, nos inclinan hácia el cáncer.

La lesión es generalmente unilateral y circunscrita. Reside en la banda ventricular ó la cuerda vocal, á veces es fungosa, fétida y sanguinolenta.

Edemas de la laringe.—Investigar su patogenia. Además debe hacerse el diagnóstico diferencial, con los *pólipos laríngeos* y la *parálisis de los crico-aritenóideos posteriores*; visibles ambas lesiones al laringoscopio. Con los *espasmos de la glotis*, ocasionados por un *aneurisma de la cruz de la aorta*, por sus signos especiales. Con el *croup*, por los restos de la angina diftérica, la espectoración de membranas, los ganglios del cuello. Con la *laringitis estridulosa*, esta aparece en la edad joven, bruscamente y acompañada de una dísnea rápida, con remisión igualmente rápida. Con el *absceso retro-faríngeo*, que aboveda la pared posterior de la faringe y á veces es fluctuante y mas coloreado que los tejidos vecinos. Luego es preciso determinar si el *edema* es primitivo, á frígore, ó si es ocasionado por la sífilis ó un mal de Bright.

Pronóstico

Las afecciones sifilíticas de la laringe aún las mas graves ceden muy bien á la medicación específica, cuando esta es bien dirigida, oportuna y suficientemente enérgica.

Abandonadas á si mismas, pueden ocasionar sérios trastornos sobre la economía; no solo en la laringe, donde producen sobre todo desórdenes de la fonación y de la respiración, hasta la asfixia; sino tambien en el resto del organismo.

Produce la disfagia, que acarrea la inanición y enflaquecimiento consecutivo. Una debilidad funcional de los diversos órganos de la economía. Un fragmento de cartílago laríngeo necrosado, puede desprenderse y al caer en la tráquea, producir la asfixia. Abscesos, fístulas, flegmones del cuello, son otras de las muchas complicaciones, que pueden acompañar á las laringopatías terciarias.

Solo quedan las laringo-esténosis cicatriciales, que no ceden al tratamiento.

Tratamientos

En las laringopatías terciarias, el tratamiento local es de importancia secundaria; lo mas esencial es el tratamiento general, específico, con el cual el médico se propone eliminar y destruir el virus sifilítico.

El *mercurio* destruye el virus, como lo demuestran las investigaciones experimentales.

Inoculando pus sifilítico al cual se ha adicionado unas gotas de una solución de bicloruro al 1 °/₀₀, se obtiene resultado negativo.

El *Iodo*, tiene una acción indirecta, activa los cambios orgánicos y la nutrición, aumenta el apetito y las fuerzas. El organismo con sus elementos lucha contra el virus; pero se producen recidivas.

Se han obtenido buenos resultados con el ioduro de potasio á la dosis de varios gramos al día, así como tambien con el biioduro de hidrargirio, bajo la forma de jarabe de Gibert, el bicloruro de mercurio (licor de Van Swieten) y las fricciones mercuriales.

Los desórdenes de la voz y de la respiración disminuyen y desaparecen.

Krishaber, ha publicado casos notables, en los cuales se iba á efectuar la traqueotomía; así como sucedió

con el caso clínico objeto de la presente tésis y que cedieron á unos dias de tratamiento específico bien dirigido y suficientemente enérgico.

La estomatitis se evita con la higiene de la boca, cepillándose los dientes tres veces al día, con un polvo que contenga: clorato de potasio, tanino y polvos de quina; lavando la boca con una solución de clorato de potasio; disminuyendo la dosis de mercurio cuando hay síntomas de intolerancia.

Hay tres formas de administración del mercurio:

1.º *A través de la piel* — a) *fricciones mercuriales*. —Se hacen con pomada mercurial al $^1/_3$. Muy buen tratamiento, se absorve gran cantidad de mercurio, no solo por las glándulas sudoríparas y sebáceas, sino en parte por la respiración. Indicado en los casos de sífilis malignas, cuando órganos importantes están atacados, como el ojo, la laringe, el cerebro, etc. Está contraindicado en personas débiles, delicadas, en que la fricción produce eczemas agudos; cuando existen grandes superficies ulceradas ó exantemas pustulosos abundantes. Las condiciones sociales se oponen á veces á su empleo. A causa de ser poco aseadas y de no poder ser disimuladas.

Se usan de tres á cinco gramos, por fricción, para un adulto, de 0,50 gramos á 1 gramo, en el niño.

En los casos graves, aumentar la dosis de 6 á 10 gramos.

Siguiendo á Sigmund, se practica diariamente una fricción. La 1.ª en las pantorrillas, la 2.ª en las caras externa é interna de los muslos (menos la región in-

guinal), para evitar el eczema. La 3.ª en las regiones laterales del torax y del abdomen, evitando los mamelones; la 4.ª en las superficies de flexión de los brazos; la 5.ª en el dorso. Al sexto día se da un baño general, comensando de nuevo el ciclo.

La fricción es mejor que sea efectuada por un enfermero. Este toma una pequeña porciói hasta que la piel esté seca, luego se fricciona con el resto.

b) *Los baños de sublimado.*—Están indicados cuando erupciones pustulosas y ulcerosas, impiden el uso de las fricciones; 10 á 30 gramos de sublimado, disueltos en 400 gramos de agua, se agregan al baño, que debe tener una temperatura de 32 á 35.° C y durar de $^1/_2$ hora á dos horas; se dará uno diario, guardando despues una hora de cama.

c) *Las fumigaciones* tienen igual indicación que los baños. Es un método complicado y poco usado, basado en la acción sobre la piel, de los vapores mercuriales desprendidos de una mezcla de partes iguales de calomel y de cinabrio.

2) *Vía interna.* — Procedimiento menos seguro, porque se abandona al aparato digestivo el poder de la absorción; además por ser drásticas las preparaciones mercuriales, no pueden administrarse sinó en pequeñas dósis, no se absorve todo el medicamento ingerido y no puede dosarse la cantidad absorvida.

Es usado sólo en sífilis benignas, ó durante los períodos de latencia, y contraindicado en los catarros gastrointestinales. El calomel es empleado con frecuencia

en la sífilis hereditaria: Calomel 0gr.30, Lactosa 2grs, mezclar y dividir en diez dosis, tres al día. El sublimato y el protoioduro en la sífilis adquirida; este último asociado al extracto de opio como en la fórmula de Ricord.

3 — *Método subcutáneo* — Se usan las inyecciones intramusculares de sales insolubles ó solubles. — a). *Inyecciones de sales insolubles*—Se fundan en la transformación lenta de la sal insoluble en bicloruro y su absorción. El *calomel* usado ya por Scarenzio, tiene el inconveniente de producir abscesos é infiltraciones á veces muy dolorosas. Asociado al guayacol es casi indoloro Rp: Calomel 1 gramo, Guayacol 3. Aceite de olivas esterilizado 10 c. c.; inyecciones intramusculares; cada c. c. = 0,grs. 10 de calomel.

Por otra parte es ventajoso por la posibilidad de inyectar á la vez gran cantidad de medicamento, que se absorbe lentamente; por la integridad de las vías digestivas. Además la comodidad que resulta de practicar una inyección cado 8 días. Smirnoff evita los abscesos haciendo la inyección intramuscular y no subcutánea. Es un tratamiento enérgico, susceptible de dosarse con exactitud, cómodo y no repugnante, secreto. Se empieza con pequeñas dosis y se van aumentando los intervalos. Se usa calomel, salicilato de mercurio ó aceite gris de Lang.

b)—*Inyecciones de sales solubles* — Generalmente bien toleradas, pero introducen cada vez débiles cantidades de mercurio. Se usa el sublimado, el cianuro,

el benzoato, el peptonato, el albuminato de mercurio; estos dos últimos poco estables. Ermenge habla en su tesis del método del Dr. Chérón, es decir, del tratamiento de la sífilis por las inyecciones intramusculares de suero artificial biclorurado, á dosis intensivas y alejadas. Asocia la acción dinamógena del suero á la acción específica del mercurio.

Según Ermenge, después de una inyección de este suero, el número de los hematíes aumenta así como la cantidad de hemoglobina: 20 c. c. de la solución, encierran 0,grs05 bicloruro, que es la dosis á inyectar.

Ermege concluye, 1.º Que es posible introducir en la economía á dosis intensivas y alejadas la más soluble de las sales de mercurio: el sublimado. 2.º Que el mejor modo de inyectarlo es asociándolo al suero artificial. 3.º Que las inyecciones intramusculares son indoloras, debido á la dilución del sublimado y á la acción analgésica del ácido fénico, que también entra en la fórmula. 4.º La acción es extremadamente rápida. 5.º El estado general se mejora, las lesiones desaparecen, la tensión arterial se levanta. 6.º Este tratamiento está contraindicado en los casos de hipertensión arterial, de arterioesclerosis y de nefritis confirmada. 7.º Indicado en los casos de astenia secundaria, en debilitados, caquécticos, en los casos que es preciso obrar pronto, sobre todo en la sífilis cerebral y dolorosa. 8.º En casos de sífilis maligna puede inyectarse hasta 0grs,08 de bicloruro. 9.º Se hacen cuatro ó cinco inyecciones consecutivas, con intervalos de una semana y se hace cesar luego el tratamiento mercu-

rial. Inyectar, entonces, suero artificial á pequeñas dosis; 5 á 20 grs. 10. En los casos de sífilis jóvenes, Chéron practica una primera serie de cinco inyecciones de bicloruro, con intervalos de una semana, después reposo de dos meses, durante el cual hace cada siete días una inyección de suero artificial. 2.ª serie de cinco picaduras, después reposo de cuatro meses, durante el cual se administra suero artificial en la forma indicada. 3.ª serie de cinco picaduras, después reposo de seis meses (suero artificial). A la menor amenaza de recidiva, practicar una inyección (1).

Dieulafoy prefiere y usa casi exclusivamente, el biioduro de hidrargirio en inyecciones intramusculares y no usa sinó muy rara vez el ioduro de potasio. Practica diariamente durante quince días, una inyección de un gramo de una solución, que representa cuatro milígramos de biioduro de hidrargirio, pudiendo ir hasta seis y ocho milígramos, si se juzga necesario. Luego se interrumpe el tratamiento durante quince días y se vuelve á tomar la otra quincena y así sucesivamente durante tres meses. Es menester perseverar porque accidentes graves que resisten á un tratamiento de doce ó quince días, concluyen luego por ceder. Así muchas laringopatías sifilíticas en períodos de asfixia, que han sido tratadas por el mercurio y el ioduro y que han progresado, porque las dosis eran insuficientes y poco tiempo continuadas, se han curado después de

---

(1) Anales del Círculo Médico Argentino — Nos. 17 y 18 — Artículo del Dr. Aberastury.

un tratamiento más enérgico y prolongado. El vehículo que usa Dieulafoy es el aceite de oliva esterilizado.

Prokhorow (1) practica inyecciones intramusculares de biioduro de mercurio, á la dósis de tres milígramos de la sal mercurial por kilo de peso del enfermo sí es adulto y la mitad si es un niño. Emplea la siguiente fórmula: Biioduro de mercurio: 0,30 grs., ioduro de potasio: 0,60 grs., y agua c. s. hasta un total de 100 cm.^{3} Cada c.^{3} de esta solución tres milígramos de biioduro. Se inyectan entonces tantos centímetros cúbicos como kilos pesa el enfermo. Así un sugeto de 80 kilos, recibiría en cada inyección 24 centígramos de biioduro. Se repite la inyección cada diez días, variando las séries según la època de la infección.

En la Semaine Médicale de Paris, del mes de Mayo de 1899, apareció una nota, en la cual tres médicos militares rusos, emiten una opinión muy favorable, sobre dicho tratamiento, por su seguridad y rapidez. Nothnagel dice que se pueden dar hasta 0,10 grs de biioduro por día!

En poción se administra entre nosotros hasta la dósis de 0,04 gramos al día, durante diez ó quince días. En este procedimiento no se inyecta biioduro, sinó un ioduro doble de mercurio y de potasio, muy soluble y que actúa por el mercurio, como un poderoso compuesto mercurial.

El Dr. M. Aberastury emite conclusiones afirmati·

---

(1) Anales del Círculo Médico Argentino, Nos. 17 y 18 — Artículo del Dr. Aberastury.

vas respecto de la eficacia extraordinaria del método de Prokhorow. Estas pueden resumirse en las siguientes consideraciones: 1.º, las inyecciones de biioduro á dósis masivas, calculada según el peso del enfermo á razón de 0,003 grs., por kilo de peso en el adulto y de 0,0015 grs., en el niño, no producen accidentes de intoxicación, ni aún en los indivíduos debilitados. 2.º, en la masa glútea, son dolorosas, revistiendo los caracteres de la neuralgia ciática. 3.º, Reduciendo el volúmen del líquido inyectado: 0,02 grs., por 1 gramo de solución, el dolor es menos intenso y duradero. 4.º, En el triceps braquial, la inyección ha sido mas soportable. 5.º, En el tejido celular subcutáneo, el dolor es mas soportable, pero si hay mucho tejido grasoso, puede quedar un empastamiento, que tarda en desaparecer. 6.º, Efecto terapéutico rápido y seguro, como no se obtiene con ningún otro tratamiento. 7.º, Indicado especialmente en los casos, que es necesario obtener resultados inmediatos.

Es conveniente administrar tres á cinco gramos diarios de ioduro de potasio, durante los intervalos de las curas mercuriales.

La tisana de Zittmann, el jarabe de ioduro ferroso, las preparaciones ferruginosas asociadas al arsénico y el aceite de hígado de bacalao, son reconstituyentes, que ayudan al tratamiento específico y están indicadas sobre todo, en los indivíduos debilitados y escrofulosos.

Historia Clínica

Observación personal

J. B., 59 años, español, casado, comerciante.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—El año 1875 tuvo una blenorragia que le duró nueve meses; seis años despues, otra que curó en mes y medio.

Principio de la enfermedad actual.—Durante el verano del año de 1881 tuvo un *chancro*, único, ubicado en la cara anterior del prepucio, en la unión del tercio anterior y el tercio medio, redondeado, duro y rojo en la periferia. Fué curado por el Dr. Riera del Pergamino, con calomel. Se dió tambien dos inyecciones, bebidas y unas píldoras que lo hacían salivar en abundancia y le produjeron estomatitis. Luego vió á un médico de Luján, que le indicó al Dr. Herrera Vegas, quien le administró cincuenta inyecciones, una diaria, jarabe de Gibert y ioduro de potasio que le ocasionó iodismo.

Evolución: tuvo *adenitis*, *sifílide pustulosa*, *placas mucosas* en la lengua, los labios, las mejillas (cara interna) y la faringe; coriza, dolores osteócopos, poca

alopecía, y cefalalgia. En los otros órganos parece que no hubo nada de anormal. Las placas las curó con nitrato ácido de mercurio y con solución de bicloruro de mercurio. Era constipado, no tiene hábitos alcohólicos. A los diez años de enfermedad, desaparecieron las manifestaciones *aparentes* de la enfermedad; el enfermo tomó ioduro á altas dosis durante seis años más y luego dejó de tratarse creyéndose ya curado.

Como generalmente sucede con esta clase de enfermos, el tratamiento mercurial no fué seguido con constancia; pues al desaparecer los síntomas aparentes, el enfermo creyóse curado, y abandonó la curación de su infección general. Las consecuencias no tardaron en venir, como se verá en el estado actual.

Estado actual. — Desde el año 1901, es decir 20 años después de la infección, el enfermo empezó á notarse una ronquera progresiva, indolora y al lado izquierdo del cuello, una eminencia que comprimía la laringe y la faringe, produciéndole dificultad á la fonación y á la deglución, dificultad que fué paulatinamente aumentando. En el mes de Febrero de 1902, acudió á nuestros mas distinguidos especialistas de garganta, en demanda de alivio á sus dolencias. Recorrió las clínicas de los hospitales de esta capital, en donde fué diagnosticado: cáncer de la laringe, inoperable por lo avanzado de la lesión y se le propuso la traqueotomía, como operación paliativa para combatir la asfixia inminente. En casi todas las clínicas antes de afirmar el diagnóstico de cáncer, se sometió al enfermo á un tratamiento de prueba (jarabe de Gibert).

Con esto pretendo demostrar, que el biioduro en estos casos debe administrarse, como lo aconseja el Dr. M. Aberastury, por la vía intramuscular, asociado al ioduro de potasio y á *altas dósis*; porque sinó se expone el clínico mas hábil á cometer un error de diagnóstico.

El 3 de Setiembre de 1902, fuí llamado por el hijo del enfermo, con el único fin de darle consuelos morales. Sin embargo hablando con el enfermo, me reveló sus antecedentes específicos y estos me indujeron á pensar que el tumor que actualmente presentaba el enfermo podría ser un goma de la laringe.

Sintomatologia.—A fines del mes de Agosto le empezó á arder la garganta, sintiendo dificultad para la respiración y la deglución. Al principio no podía tragar la carne y los líquidos consistentes; luego los líquidos pasaban en pequeñas porciones con mucha dificultad. Cada trago de líquido que caía, le producía espasmos terribles de la glotis. El enfermo enflaquecía progresivamente y tomaba un tinte anémico, amarillento. La disfagia le producía sensación de cuerpo extraño. Disfonia y asfixia.

Accidentes terribles de sofocación descritos magistralmente por Trousseau, de quien tomo las siguientes palabras «el paciente, la cara lívida, la boca y narices abiertas, los ojos húmedos y prominentes, la piel regada de sudor, busca para agarrarse de todo lo que puede ofrecerle un punto de apoyo á sus músculos inspiradores accesorios». Las yugulares están distendidas y el pulso filiforme. Los accesos le duraban 10

á 15 minutos y se repetían cada vez mas seguidos. Son el resultado de espasmos de la glotis. La inspiración era sibilante, ruidosa, acompañada de cornage y mas penosa que la expiración. La voz ronca y apagada; la deglución difícil y dolorosa.

Encima de la clavícula izquierda se notaba un ganglio supra-clavicular del tamaño de un huevo de paloma, duro, móvil y indoloro. Los gánglios del cuello, tambien estaban voluminosos del lado izquierdo y revestían los mismos caracteres. El enfermo expectoraba pérdidas de sustancia de la laringe, acompañadas de pus, sangre negra, alterada y fétida.

Al exámen laringoscópico presentaba ulceraciones en la cara lingual de la epíglotis, profundas, á bordes tallados á pico, con edema periférico. Se notaba edema no solo en la epíglotis, sinó tambien en los repliegues aritenoepiglóticos, bandas ventriculares y cuerdas vocales, lo que explica la disfagia y la asfixia progresiva.

Tratamiento.—El 3 de Setiembre empezó por una série de inyecciones, de 0,024 grs., de biioduro de mercurio cada una, en número de 8 durante quince días, una, día por medio. De modo que á los quince días se le inyectó 0,192 grs., de biioduro. Luego quince días de intervalo, tomando ioduro, 1 á 3 grs., aumentando las dósis. Otra série de 8 inyecciones como la anterior, seguida de quince días, tomando en igual forma el ioduro. 3.ª série de 8 inyecciones, quince dias de ioduro. 4.ª série de 8 inyecciones, quince dias de ioduro. Luego siguió tomando según lo aconseja Finger,

píldoras de Ricord: 30 píldoras cada quince días, alternando con el ioduro. Luego cada mes, y asi sucesivamente aumentando los íntervalos. El 5 de Enero de 1903 terminó el ioduro de la 1.ª série y empezó la 1.ª série de píldoras; el 4 de Febrero la 2.ª série de píldoras. El 6 de Marzo la 3.ª série de píldoras; un mes después (6 de Abril) la 4.ª série, á intervalos cada vez mas alejados.

Después de la segunda inyección aumentó la expectoración, disminuyó el edema, la respiración era mas fácil. Al fin de la primera série, el enfermo pasaba bien los líquidos espesos, el pan y los huevos. La respiración era casi normal, la fetidéz casi nula, el ganglio supraclavicular y los del cuello muy disminuídos. Durante la segunda série lo vi en el consultorio de garganta del Hospital Rawson, con el Dr. Viera, quien me ilustró con un exámen laringoscópico, en que se constató, parálisis de la cuerda vocal izquierda al emitir un sonido, es decir; parálisis del crico-aritenóideo lateral izquierdo, por lesión de los gánglios vecinos al recurrente. Despues de la segunda série el enfermo pasaba la carne y tomó paulatinamente su alimentación ordinaria. Dormía bien, los accesos de sofocación cesaron y pudo levantarse. Actualmente ha mejorado muchísimo el estado general, el ganglio supraclavicular apenas se distingue, los ganglios del cuello han vuelto á tomar su volúmen normal; solo le queda un poco de ronquera, debido á pérdidas de sustancia irreparables y á lesiones cicatriciales.

Conclusiones

1.º Las inyecciones de biioduro de hidrargirio, intramusculares, practicadas día por medio á la dosis de 0,024 grs., por inyección, en número de 8, durante quince días, no producen accidentes de intoxicación.

2.º Reduciendo el volúmen del líquido, de modo que cada c. c. contenga 0,024 grs., de biioduro, en vez de 0,003 grs., como la fórmula de Prokhorow; son casi indoloras y solo producen á veces un empastamiento casi indolente, á causa del tejido grasoso.

3.º Las inyecciones en la forma que las practica Prokhorow son muy dolorosas y el dolor reviste los caracteres de la neuralgia ciática y es persistente. Luego las inyecciones á volúmen reducido son preferibles.

4.º El efecto terapéutico es muy rápido, sorprendente, como he podido observar en mi enfermo. A la 3.ª inyección se sintió muy mejorado y después de la primera série, casi curado por completo. Estos efectos no se han obtenido hasta el presente con ningún tratamiento.

5.º Procediendo en esa forma, las dosis se fraccionan y la cantidad de líquido á inyectar es menor.

6.º Como el enfermo pesaba 65 kilos, siguiendo á

Prokhorow, le corresponderían 0,195 grs., de biioduro, cada quince días. Por el procedimiento que yo he seguido, á los quince días resulta haber recibido el enfermo 0,192 grs., de biioduro, de modo que es el mismo método, con la única diferencia que está fraccionado y la solución es concentrada en la forma siguiente:

Biioduro mercurio 2,40 grs., Yoduro potasio, 4.80. Agua destilada c. s. para 100 c. c. Fíltrese, esterilícese. Inyección intramuscular, cada c.c.=0,024 gramos de biioduro.

7.º Siempre que haya dudas en el diagnóstico, es preciso ensayar un tratamiento específico enérgico y yo aconsejo el presente.

Como dice muy bien Dieulafoy, no hay que apresurarse á practicar la traqueotomía, aún cuando la asfixia parezca inminente, pues rara vez se muere por una laringopatía sifilítica y con el tratamiento bien dirigido, se consigue conjurar el peligro, sin necesidad de recurrir á una operación inútil y peligrosa.

PEDRO R. NÚÑEZ.

Buenos Aires, Abril 16 de 1903.

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor José Penna, Profesor titular Dr. Baldomero Sommer y Profesor suplente Dr. Maximiliano Aberastury para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 4 de 1093.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tésis. «En el local de la Facultad á 4 « de Mayo de 1904, reunida la Comisión que sus- « cribe, encargada de dictaminar respecto de la « admisibilidad de la tésis del ex-alumno Pedro R. « Núñez, que versa sobre «Consideraciones sobre un « caso de sífilis terciaria de la laringe», resolvió admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: José Penna.—B. Sommer – M. Aberastury.—*Carlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

Fecha ut supra

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

P. Lagleyze.
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre las adenopatías traqueobrónquicas y las laringopatías sifilíticas.

II

¿La administración del ioduro de potasio es útil en todos los períodos de la infección sifilítica.

III

Papel de las adenopatías en el diagnóstico diferencial de las lesiones sifilíticas terciarias.

BIBLIOGRAFIA

FINGER. . . . . *La Sífilis y las enfermedades venéreas.*
RECLUS. . . . . *Patología Externa.*
TROUSSEAU. . . . » *Interna.*
DIEULAFOY. . . . » »
DEBOVE Y ACHÁRD. » »
TESTUT. . . . . *Anatomía Humana.*
BEAUNIS. . . . . *Fisiología* »
LANGLOIS . . . . » »
ABERASTURY . . . *Anales del Círculo Médico Argentino*, números 17 y 18.
FOURNIER . . . . *La Sífilis.*