2774

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍFILIS DEL OÍDO

TESIS

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía

POR

ELISEO ORTIZ

Ex-Interno del Hospital de Niños

BUENOS AIRES

3327—Imprenta y Litografía Mariano Moreno, Corrientes, 829

1893

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.

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

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vice-Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » MANUEL ARAUZ.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » FUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.

Secretario titular

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica.	"	*Mauricio González Catan.*
Histologia teórico-práctica	"	*Andrés F. Llobet.*
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pùblica y Privada.	"	*Meliton González del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica.	"	*Justiniano Ledesma*
Patologia Externa.	"	*Guillermo Udaondo.*
Patologia Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y clinica Ginecológica.	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de ojos y Clinica Oftalmológica	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejía.*
Enfermedades mentales y Clinica respectiva.	"	*Domingo Cabred.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julian Aguilar.*
Clinica Médica.	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo M. Pérez.*
Química aplicada á la Medicina	"	*Pedro N. Arata.*
Química Médica.	"	*Francisco Barraza.*
Fisica Médica.	"	*Jaime R. Costa.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Canton*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatologia	"	*Baldomero Sommer.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernández.*
Odontologia.	"	*Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva.	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica.	"	*Juvencio Z. Arce.*
Histologia teórico-práctica.	"	*Vacante*
Fisiologia General y Humana.		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia general y Ejercicios clínicos		*Vacante.*
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno* (en ejer.)
Patologia Externa.	Doctor	*Obdulio Hernandez,*
Patologia Interna	"	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Cárlos Malbrán.*
Medicina Operatoria.		*Vacante.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	Dres.	*Enrique Bazterrica* (en ejer.) / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguía.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica.	Dres.	*Eduardo Obejero.* / *Francisco Barraza.*
Enfermedades Nerviosas y su clinica.	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y Clinica respectiva.	"	*Vacante*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo.* / *Juan B. Justo.* / *Alejandro Castro.*
Clinica Médica.	Dres.	*Abel Ayerza* / *Julio Méndez.* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica Obstétrica	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia		*Vacante.*
Quimica aplicada á la Medicina	"	*José M. Irízar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica	"	*Atanasio Quiroga.*

Padrino de Tesis

Académico D.r Eufemio Uballes

A la memoria de mi hermana
y de mi hermano político

A mis padres

A mis hermanos

AL CUERPO MÉDICO

DEL

HOSPITAL DE NIÑOS

La sífilis es una enfermedad general susceptible de localizar sus lesiones en todos los órganos y en todos los tejidos de la economía. Pero los sifilígrafos que han llevado sus investigaciones hasta la observación minuciosa de los trastornos que ella puede determinar aún en la célula nerviosa, apenas si se han ocupado de los que produce en el órgano del oído. Tan es así, que cuando se quiere profundizar este punto, no se encuentran reunidos en una sola obra de síntesis los datos más generales; todo está esparcido en revistas y periódicos, sin orden y sin método, haciéndose necesaria una labor asidua para poder completar un estudio tan interesante, siquiera sea en sus rasgos más culminantes.

¿Por qué tal pobreza de estudio en una cuestión tan rica en resultados de la más alta importancia práctica? Parece que el trabajo de observación fuera largo y penoso, que los casos se sucedieran á intervalos de tiempo demasiado extensos; en una palabra, que la obra de síntesis que ha de resumir los conocimientos de la observación, careciera todavía de fundamentos serios. Las tesis que deben

ser el resumen de las nociones, la última palabra de la actualidad en el asunto que tratan, no avanzan tampoco gran cosa sobre este tema que parece haber quedado relegado al sitio de las curiosidades científicas; bien escasos son los trabajos de este género, y en la literatura médica apenas si hemos podido encontrar dos ó tres que se ocupen exclusivamente de esta cuestión, lo que no está en armonía, ni con el interés real y positivo que ella presenta, ni tampoco con su antigüedad secular.

En efecto, la influencia de la sífilis sobre el aparato de la audición ha sido señalada desde tiempos muy remotos. Se encuentra en un artículo de Baratoux, que, desde el año 400 de nuestra era, los autores Indios tenian ya conocimiento de las enfermedades de este órgano originadas por la infección sifilítica. Según este autor, es pues en los libros de medicina india, que se puede encontrar la primera mención de esta localización de la sífilis.

Lancereaux hace remontar apenas al siglo XVI. la primera mención de sífilis del oído. Fallopio había concebido la influencia de la sífilis sobre los zumbidos de oídos. Paré había hecho observaciones análogas, y Boerhave cita un caso de sordera y ceguera debidas á esta enfermedad. Van Swietten habla de úlceras que recorren toda la longitud de la trompa de Eustaquio y destruyen el oído interno. Astruc demostraba ya la influencia de la sífilis en la producción de la sordera por destrucción de los huesecillos, ó por lesiones del nervio acústico, explicadas según las teorías de la época.

Leschewin en 1869 publicaba una observación en que la muerte fué producida por accidentes cerebrales, y precedida de otitis media y externa con perforación del tímpano. Schwediaur atribuía la sordera sifilítica á alteraciones de los huesos, á abcesos del cerebro, ó á úlceras situadas en la trompa. Bell observa erupciones pustulosas del meato auditivo.

Pero estos hechos, que sólo pueden ser conocidos por los eruditos, quedaron olvidados, y solamente de tarde en tarde han venido apareciendo algunas observaciones publicadas más bien como verdaderas curiosidades médicas, que con el objeto de hacer conocer especialmente las determinaciones sifilíticas en el aparato auditivo.

Es necesario llegar hasta Itard para encontrar un trabajo serio y detallado de estas lesiones en el que se pone de manifiesto todo el interés que ellas presentan, tanto del punto de vista de la clínica, como de los trastornos funcionales permanentes é incurables que pueden ser su consecuencia. La obra de este autor es el punto de partida de una serie de observaciones más completas y detalladas sobre la carie del temporal, la sordera, los vértigos, etc., que aclaran mucho lá sintomatología y la descripción general de las determinaciones que estudiamos.

Ménière en 1844 observaba sorderas acompañando á faringitis crónicas; el espesamiento del pericondrio del pabellón, la hipertrofia del temporal, la hinchazón del peñasco con atrofia del acústico, eran lesiones comunes en sus casos y que él atribuía á la sífilis.

Triquet, en 1857, constataba una otorrea de ori-

gen sifilítico y admitía que la infección fuera el origen frecuente de la sordera. Decribe además una otitis insidiosa de evolución lenta, que caracteriza por la existencia de pústulas sobre el tímpano con su perforación consecutiva.

Lagneau, en 1860, estudia alteraciones sifilíticas que pueden atacar al nervio acústico en su trayecto intracraneano por tumor ó derrame de la base, ó en el peñasco, por carie de la sustancia ósea, ó por pápulas de los conductos ó de la trompa.

Pero es Hutchinson, en 1863, quien marca una era de progreso en el estudio de estas lesiones, buscando en la herencia de la sífilis, los trastornos de los aparatos de la audición y visión. Las observaciones de este notable sifilígrafo inglés llaman la atención en todas partes, y bien pronto los casos aumentan en todas las estadísticas, porque se buscan y se atribuyen á su verdadera causa lesiones que eran ignoradas ó mal interpretadas antes.

Desde entonces el número de los trabajos aumenta también. Lancereaux, en 1866, dedica un capítulo de su "Traité de la Syphilis" á las alteraciones del oído, donde hace el resumen de los conocimientos actuales en la materia.

Schwartze, en 1869, intenta una clasificación de las afecciones sifilíticas auriculares disponiéndolas en cinco grupos:

1º. Sifílides ulcerosas de los conductos.
2º. Catarro agudo del oído medio.
3º. Periostitis crónica de la caja.
4º. Otitis media análoga á la no especifica.
5º. Otitis interna primitiva.

Wirchow, en 1869, juzgando la posibilidad de la sordera en los casos de sífilis por lesión del oído interno ó del nervio acústico, opina que á pesar de no existir constatación directa, es justo pensar que los gomas de la base del cráneo pueden atacar al auditivo.

Gruber, en 1870, publica en una revista científica un estudio bastante completo sobre esta cuestión. Desde este autor, y desde Schwartze, aparecen en Austria y Alemania una serie de observaciones en las revistas y en los tratados de otología debidas á Politzer, Moos, Urbantschisch, Trœlsch, etc.

En Norte América, Knapp, inicia, en 1871, un período igualmente fecundo con la observación de un caso de vértigo sifilítico de Ménière. Saint-John Roosa, en 1877, publica cuatro casos de sífilis del laberinto y hace un estudio detallado y completo de la sordera de origen específico. Sexton, Kipp, de Sturgis, de Webster, dan nuevos impulsos á estos estudios.

En Francia, Ladreit de Lacharière, en 1875, Guerder, en 1878, Després, el mismo año, observan y describen nuevos hechos.

En Inglaterra, Pearce en 1881, comunica á un Congreso Médico de Londres, una memoria en que después de señalar las formas de las lesiones auriculares, insiste sobre la frecuencia mucho mayor de la sífilis hereditaria auditiva en el sexo femenino, hecho que hemos comprobado en nuestra escasa observación.

Por último, el profesor Fournier, que aun hoy día consagra las conferencias más interesantes de su

clínica del Hopital Saint-Louis, á la sífilis hereditaria, había hecho notar, hace ya largo tiempo, la sífilis del conducto auditivo, la fácil propagación de las lesiones faríngeas y el valor de las lesiones auriculares en el diagnóstico de la heredo-sífilis, de la que es, según él, uno de los signos más constantes.

Más tarde, en 1883, Bruncher, y en 1884, Jegú, hacen conocer en sus tesis inaugurales el estado actual de estos conocimientos en la época en que escribían, tanto en lo que se refiere á la sífilis adquirida, como á la de origen congénito. Posteriormente Baratoux, en el artículo que hemos citado, recopila parte de las observaciones publicadas hasta el día, añadiendo algunas de su práctica personal que ha recogido en las clínicas de Viena, en los servicios del Hospital Saint-Louis y en las autopsias practicadas en la clínica de Parrot.

Como se ve, la bibliografía de los trabajos dedicados á este asunto es en sí demasiado extensa, pero las memorias exclusivamente dedicadas al estudio de estas lesiones, los trabajos de conjunto que resumen la observación para formar cuerpo de doctrina, son demasiado escasos á pesar de la frecuencia con que se presentan, en los servicios de niños particularmente, los hechos de este género. Por mi parte, habiéndome colocado en condiciones favorables para observar estos casos, no he vacilado en atribuirles una alta importancia práctica, lc que me ha decidido á hacer de este tema el objeto de mi trabajo inaugural.

CAPÍTULO I

Manifestaciones auriculares de la sífilis adquirida

§ I. Oído externo.

Accidente primitivo.—Los chancros extragenitales se observan con bastante frecuencia, pero los que radican en el oído externo son al contrario sumamente raros; lejos de tener alguna predilección por esta región, ellos no se sitúan casi nunca en ella sino en virtud de circunstancias especiales en el acto de la inoculación, ó de alteraciones previas que faciliten la absorción del virus.

Se explica esta dificultad por la constitución histológica de los tejidos, que si bien es cierto son bastante vasculares, en cambio la piel, demasiado espesa, opone una barrera muy seria á la inoculación. Así, los pocos casos conocidos hacen ver una particularidad especial, á esta localización; ya el virus ha entrado á la economía por una mordedura, ya por una escoriación previa producida por una otitis externa ó una otorrea.

De cualquier modo que sea, resalta claramente de todas las estadísticas, la rareza del accidente sifilítico primitivo localizado á esta región del aparato auditivo. Así Nivet, reuniendo los casos de Fournier, los

del Hospital Saint-Louis y sus notas particulares recogidas durante el año 1886, encuentra que en 595 chancros extragenitales, apenas cuatro se observan en el oído; de estos cuatro, uno se refiere á un niño de 30 meses y los otros tres á adultos; pero no se especifica la región precisa, es decir, si corresponden al oído externo ó al oído medio sobre la trompa de Eustaquio, en el que la frecuencia aumenta considerablemente. Es de presumir, sin embargo, que el que se refiere al niño pueda ser del oído externo, porque en él no se recurre al cateter que puede llevar el virus y por consecuencia el oído medio presenta menos facilidades á la localización.

Después, que ha reunido 1200 casos de chancros, sólo encuentra cinco situados en el oído externo; y Lévy, á quien tomamos este dato, considera que las inflamaciones sifilíticas de esta región son excepcionales.

Pero los casos bien conocidos y estudiados con detalles pueden reducirse á cinco ó seis, de los que Felici cita los tres siguientes, cuya descripción basta por sí sola para caracterizar la marcha y la situación más frecuente de esta rarísima localización del chancro sifilítico:

El primero fué observado por Hulot; se situaba al nivel de la rama ascendente del maxilar inferior avanzando sobre el trago; su etiología no pudo averiguarse, y su marcha no difería de la del chancro similar genital. El segundo pertenece á Lavergne y Perrin: era consecutivo á una mordedura y se situaba en el lóbulo de la oreja izquierda. El tercero pertenece á una observación de Rasori y se carac-

terizaba por su sitio, en el meato auditivo externo, entre el trago y el antitrago.

Felici agrega á esta corta lista otro caso de su práctica, en el que no pudo comprobarse el accidente primitivo, pero en que supone con derecho que el punto de inoculación fué el conducto auditivo externo, porque el enfermo sufría una otorrea crónica, y el contagio se verificó por la orina de un individuo sifilítico que orinó sobre el órgano enfermo.

Zucker observa un chancro al nivel del trago, con infarto de los ganglios vecinos y reacción local bastante aguda.

Posteriormente Hermet refiere otra observación recogida en el servicio de Fournier: se trataba de una mujer de 42 años, cuyo chancro, contagiado por el marido, situaba en el pliegue aurículo-mastoideo.

Baratoux cita algunos de los casos que acabamos de indicar y agrega uno que le es personal y cuyo origen fué una mordedura; hace notar como único carácter de esta localización su gran tendencia al fagedenismo, lo que ocurrió en el caso por él observado, y la reacción inflamatoria aguda local que es bastante acusada.

Por nuestra parte, no hemos observado ningún hecho de este género, ni tenemos conocimiento que lo haya verificado alguno en nuestras clínicas, por lo que no insistiremos en describirlo.

Si el diagnóstico pudiera ser difícil, es claro que la aparición de los accidentes secundarios, las erupciones cutáneas, las placas mucosas, la caída de pelo, etc., y el estudio de los antecedentes de la escoriación local, pondrán pronto en la vía del diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, debemos hacer notar que las curaciones tópicas añadidas al tratamiento general, harán desaparecer rápidamente estas manifestaciones y evitarán la tendencia al fagedenismo.

Accidentes secundarios. —Las manifestaciones secundarias no son ya rarezas patológicas como el accidente primitivo; se observan al contrario con mucha frecuencia. Por otra parte, estas localizaciones en el aparato auditivo externo no llevan un carácter especial ni en su marcha, ni en el momento de aparición, ni en los síntomas por los cuales se manifiestan; no difieren de las determinaciones cutáneas similares que radican en otras regiones.

Según Baratoux, se observan con más frecuencia de lo que generalmente se piensa, y si en el pabellón no presentan peculiaridad alguna, no sucede lo mismo en el conducto auditivo, donde pueden producir alteraciones más serias, tanto funcionales como orgánicas. En efecto, localizadas á este estrecho conducto, se concibe que las pápulas, sifílides papulo-erosivas, condilomas, etc., puedan perturbar la audición y propagar la inflamación hasta el oído medio por intermedio de la membrana timpánica; si bien es cierto que según este mismo autor, estas localizaciones no determinan una otitis externa especial.

Entre estos accidentes del período secundario los que con más frecuencia pueden observarse son las erupciones pustulosas ó papulosas que se manifiestan generalmente acompañando á lesiones similares generalizadas á todo el tegumento externo, ó limitadas, pero con menos frecuencia, á la cara comprendiendo el pabellón.

Otra lesión de las mejor estudiadas hasta hoy es el condiloma cuya naturaleza se discute todavía, pero que, en los casos en que la sífilis está comprobada, puede ser colocado bajo su dependencia. Coincide entonces con otras lesiones específicas y su momento de aparición puede ser tanto en el período inicial de los accidentes secundarios, como en pleno período terciario.

Según Stöhr, aparece de preferencia al principio de la infección y tiene una marcada predilección por el fondo del conducto auditivo; muy rara vez se sitúa en la entrada y casi nunca ó nunca en el pabellón.

Su período de formación pasa entonces desapercibido por falta de síntomas que llamen la atención y hagan necesario el examen al espéculo. Cuando es dado examinar esta lesión en su momento de formación se puede ver que ella se manifiesta como pequeñas máculas rojizas que se infiltran poco á poco, aumentan de volumen y hacen saliencia al exterior bajo forma de excrecencias lobuladas ó cónicas. Llegadas á cierto período de desarrollo, pueden ulcerarse, produciendo una secreción purulenta y dejando como rastros indelebles, cicatrices y estrecheces anulares del conducto en la parte en que se sitúan. Este accidente de destrucción de la neoplasia se acompaña de fenómenos agudos dolorosos, pero generalmente apiréticos. A veces cuando las excrecencias llegan á obstruir completamente el canal, se manifiestan ruidos subjetivos y dureza del oído, pero en este caso se tiene también derecho á suponer lesiones concomitantes de la caja, bajo cuya influencia podrían manifestarse estos trastornos funcionales

Para Knapp los condilomas provienen, no de una infiltración por manchas, sino de eflorescencias que confluyen al desarrollarse formando un tumorcito rojo, á veces granuloso en la superficie. Esta formación determina una ligera secreción y un edema inflamatorio difuso de las paredes del conducto.

En cuanto á lo que se refiere á los beneficios del tratamiento, los autores difieren en sus opiniones. Para Knapp ellos son susceptibles de curar bajo la acción de la medicación específica general, por destrucción ulcerosa de secreción fétida. Para Baratoux, el tratamiento general es ineficaz, y es necesario llevar una medicación local, á veces activa, sobre todo para los que se sitúan muy profundamente; preconizan los lavages con licor Van Swietten, las insuflaciones de ácido bórico pulverizado y los tópicos cáusticos como el nitrato de plata ó el nitrato ácido de mercurio. La higiene del órgano enfermo debe ser rigurosa; los lavages deben multiplicarse varias veces al día. Descartados los casos de ulceraciones profundas que determinan estrecheces, el pronóstico es favorable aún para la integridad funcional del órgano.

Pero las ulceraciones de esta parte del órgano auditivo no solamente pueden ser consecutivas al condiloma; ellas suelen también aparecer primitivamente, y Schwartze las ha observado á la entrada del conducto, acompañadas de infarto considerable de los ganglios periauriculares. Generalmente coexisten lesiones del oído medio. Son más ó menos extensas, de bordes prominentes, cortados á pico y de fondo tomentoso cubierto de un depósito característico; pueden ser pro-

pagadas desde la faringe ó el oído medio, ó ser consecutivas á otitis y otorreas sifilíticas.

Como consecuencia de las ulceraciones de esta naturaleza, Jones cita un caso de cicatriz extensa comprendiendo el trago, antitrago y concha del lado derecho; las escoriaciones primitivas eran propagadas del oído medio; después apareció la misma lesión en la oreja izquierda.

Estos hechos de propagación deben llamar la atención por la frecuencia con que se repiten, tanto más, cuanto que las sifílides del conducto externo se muestran de una manera insidiosa y sin fenómenos de reacción bien manifiestos; es claro que entre estas, las que más se prestan á irradiar sobre la caja, son las que se sitúan en el círculo de unión del tímpano con el conducto.

Estas ulceraciones sin condiloma anterior, son erosiones superficiales del dermis, que aparece rojo y lleno de una secreción amarillenta ó grisacea; son indolentes y á veces la inflamación de que se acompañan, disminuyen á la mitad el calibre del conducto. La secreción es contagiosa, y cuando afecta una coloración grisacea y adhiere á las paredes del conducto, puede ocultar la erosión tomando el aspecto de una placa lechosa.

Otro grupo de afección más raro en el período secundario de la sífilis, comprende las exóstosis, producciones óseas más propias del tercer período y que un examen muy prolijo es á veces necesario para revelar su presencia. Aparecen como una pequeña saliencia, redondeada ó plana, que ocupa generalmente la pared ínfero-posterior en la unión del cartílago con la por-

ción ósea, ó alrededor del anillo timpánico. Generalmente es un tumorcito doloroso que produce en su vecindad un empastamiento limitado que desaparece al cabo de tres á cinco semanas. Terminan por abcesos ó por gomas que se ulceran, cuando no son tratados, y que después de la curación dejan una verdadera hiperostosis, ó bien una dilatación del canal cuando ha habido destrucción de tejidos.

La naturaleza real de estas lesiones no se ha aclarado bien todavía, pues si bien la mayor parte de los autores las refieren á las sífilis, algunos creen en simples osteoperiostitis y otros atribuyen un gran rol á la herencia en su producción.

Una manifestación sumamente rara es la que Julien ha descrito bajo el nombre de sifiloma linfocóndrico del pabellón. Ha observado un caso que presentaba en la cavidad del hélix un tumorcito desarrollado tres meses después del chancro y coincidiendo con perturbaciones cerebrales: no había síntomas de reacción aguda en la vecindad de la lesión. Después de algún tiempo de tratamiento curó dejando una induración con opacidad de la piel de la región. Julien piensa que en este caso la alteración no se limitaba al pericondrio, sino que había invadido también la red linfática, de donde el nombre que propone.

Un carácter común de todas estas lesiones y sobre el que hemos insistido ya, es su propagación secundaria á las otras partes del aparato auditivo. Nacquet de Lille, refería ya casos de sifílides del oído externo propagadas á todos los demás puntos de esta parte del órgano y que habían respetado el oído medio, dejando por consiguiente intacta la audición.

Accidentes terciarios.--Los accidentes terciarios del oído externo son rarísimos según Baratoux. Los que más comunmente se pueden observar, son los gomas que se presentan bajo dos formas clínicas principales: la primera, seca, atrófica, resolutiva; la segunda ulcerosa, formas que no necesitan descripción especial por no diferir de las que se observan en otras regiones.

La sifílide impetiginosa, igualmente frecuente, empieza por una pústula rodeada de una aureola inflamatoria de color rojo vinoso: la pústula se rompe y deja á descubierto una ulceración profunda; cuando son confluentes, las erosiones se reunen formando una napa serpiginosa más ó menos extensa.

Las exóstosis que aparecen en el curso de este período, son más frecuentes que las del segundo período. Su sintomatología y su marcha no varían de las que hemos descrito en el párrafo anterior. Triquet ha querido hacer de ellas un signo patognomónico de la sífilis, pero hoy no se les acuerda tanta importancia.

H. Mendel señala un caso de sífilis tubérculo-escamosa digno de interés.

Se trata de una mujer de 44 años, afectada de sifílide tubérculo-escamosa confluente, á secreción húmeda, recubiertas de costras espesas, acompañadas de molesta comezón y situadas en los dos pabellones. El estado local mejora al cabo de quince dias de tratamiento, pero aparece un intenso dolor de oídos más marcado en el izquierdo y con irradiaciones periauriculares, aumenta la secreción y disminuye la agudeza de la audición. Se encuentra los conductos descamados, con costras, la parte profunda congestionada, tímpano hiperemiado al

nivel de la membrana de Shrapnell y del mango del martillo. Nuevamente el tratamiento general y local mejora el estado de la enferma; algunos días después reaparece el dolor en el oído izquierdo, pero cede á instilaciones bórico-morfinadas. Los pabellones han curado y dos meses después, también los conductos. La diferencia de los síntomas de la lesión en el pabellón y en los conductos, es decir, los dolores en uno y la comezón en otros, el carácter de las costras también diferentes en los dos, etc., la atribuye el autor á la diferencia de estructura de los tejidos de los dos órganos, que los habría hecho reaccionar de distinto modo.

Resumiendo diremos:

Que el accidente primitivo constituye una rareza patológica.

Entre los accidentes secundarios, los que se observan con más frecuencia son: las sifílides papulosas, papulo-erosivas, condilomas, con menos frecuencia las exóstosis y como forma rara, el sifiloma linfocóndrico de Julien.

Los accidentes terciarios son menos comunes que los accidentes secundarios; los que se han observado son gomas, sifílides impetiginosas, exóstosis y sifílides pápulo-escamosas.

§ **II oído medio**—(Caja, trompa de Eustaquio, apófisis mastoides)

Accidente primitivo.—Los accidentes primitivos localizados al oído medio, pueden situar en la membrana timpánica ó en la trompa de Eustaquio.

La primera de estas localizaciones se haría posible por las mismas alteraciones previas que hemos hecho

notar al hablar del conducto auditivo externo ; la infección puede ser llevada por el estilete. Se comprende pues la ausencia de casos de chancro del tímpano.

La segunda de estas localizaciones es al contrario de las más frecuentes. Según los autores, los primeros casos de chancro de la trompa, fueron observados en Francia en los servicios de algunos médicos especialistas; posteriormente aparecieron casos análogos en Alemania, haciéndose tan numerosos, que muy pronto anularon la triste celebridad adquirida por los especialistas franceses. Es preciso hacer observar que el origen de estos casos debe atribuirse casi exclusivamente á la falta de cuidado de los médicos, que al practicar el cateterismo no se rodean de las precauciones de asepsia tan indispensables en estos casos.

Los chancros de la trompa asientan generalmente en los bordes del orificio faringeo ó más frecuentemente en su vecindad inmediata, es decir, en la foseta de Rosenmüller, en la pared posterior de la faringe ó sobre la cara superior del velo del paladar.

Son ulceraciones más ó menos extensas que se acompañan generalmente de adenitis cervical posterior y de infarto de los ganglios submaxilares. La pérdida de sustancia es de fondo grís, á veces lardaceo, recubierto de sustancia caseosa y que puede simular una sifílide secundaria ó una placa de difteria.

Cuando el chancro afecta los bordes mismos del orificio tubario, los accidentes que determina revis-

ten una forma grave pues la obliteración de la trompa que es su consecuencia inmediata, puede producir zumbidos de oídos, dolores, llegar hasta la cofosis, ó bien ser la causa de una inflamación del oído medio terminada ó nó por supuración.

Entre nosotros sólo conocemos un caso publicado en los *Anales del Círculo Médico Argentino* que se refería á una mujer adulta y en la que la infección se había producido al parecer por prácticas viciosas.

Por nuestra parte no hemos observado ningún caso porque en el servicio á que hemos pertenecido, el número de enfermos se compone en su mayor parte de niños, en los que sería necesario eliminar las demás causas de infección otras que el catetorismo.

Accidentes secundarios.—Los accidentes secundarios de las diversas partes del oído medio pueden ser directos (entendemos por directos los primitivamente localizados allí) ó propagados.

Los accidentes directos del oído medio son negados por algunos autores. Baratoux, entre otros, dice no haberlos observado jamás; cree nunca hayan sido señalados.

Otros autores, al contrario, sostienen la existencia de catarros, otitis purulentas ú otitis secas directas y especiales á este período de la sífilis.

Para estos últimos los accidentes secundarios del tímpano son poco frecuentes; se observan pápulas situadas de preferencia en el borde de la membrana y que coexisten á veces con lesiones análogas del conducto. El proceso ulceroso puede determi-

nar la perforación de la membrana y propagarse á la caja produciendo alteraciones más ó menos profundas del oído medio.

El catarro de la caja se presenta á veces sin más síntomas que la sordera. El diapasón vertex se percibe mucho mejor con el lado sano, lo que permite sospechar, según algunos, una afección venerea. Pensamos que es más justo en estos casos creer en una complicación concomitante del oído interno para el cual la sífilis afecta una marcada predilección.

Cuando se trata de inflamación sub-aguda, al examen directo se puede observar una coloración rojo vinosa del tímpano que aparece como infiltrado; la apófisis externa y los repliegues son menos evidentes; el triángulo luminoso ha desaparecido y cuando hay derrame en la caja, se observa una línea transversal obscura que indica su nivel.

Las consecuencias de estas lesiones cuando no son bien tratadas, son espesamiento del tímpano y bridas que unen las diversas partes de la caja y alteran la audición.

La otitis media purulenta, descrita por Gruber en el período secundario, está caracterizada por crisis dolorosas nocturnas que se manifiestan á pesar de la perforación del tímpano que siempre determina. Es posible que la inflamación purulenta destruya la cadena de huesecillos y llegue á propagarse hasta la apófisis mastoides.

Los síntomas acusados por estos enfermos dependen de la intensidad de la extensión y de la inflamación.

La otitis seca ó hipertrófica, que es una verdadera

periostitis crónica de la caja, ataca por lo general sucesivamente los dos oídos. Los fenómenos dolorosos iniciales se irradian á la región temporal y frontal con exacerbaciones nocturnas y se acompañan de zumbidos de oídos y sordera, la que puede hacerse absoluta si no se lleva un pronto remedio.

En estos casos el tímpano se presenta cóncavo y opaco, con reflejos amarillentos ó cobrizos; se observa á menudo hiperostosis de los huesecillos, de las paredes de la caja, de la trompa y de la apófisis mastoides; los exudados, las bridas, las falsas membranas y las anquilosis fibrosas del estribo no son raros tampoco.

Roosa ha demostrado que la sordera debe atribuirse en estos casos á complicaciones del oído interno.

En cuanto á su naturaleza, la especificidad de las lesiones queda comprobada con el resultado del tratamiento general mixto, que es satisfactorio cuando dichas lesiones no son muy avanzadas.

Ouspenski confirma las opiniones emitidas por este último autor.

Los accidentes propagados son más frecuentes que los directos, tienen su punto de partida más general en las lesiones que obstruyen la trompa; esta obstrucción puede ser temporaria, debida á un simple estado congestivo, ó más ó menos permanente originada entonces por la extensión de la inflamación específica. A veces estas sifílides pueden pasar desapercibidas cuando el paciente no acusa alteraciones funcionales ó se descuída el examen directo.

La obstrucción de la trompa determina zumbidos de oídos intermitentes ó continuos, uni ó bilaterales

según la extensión de la región comprometida. El oído del lado más afectado acusa un poco de sordera y al examen directo se encuentran los caracteres propios de la obstrucción, impermeabilidad del conducto, hundimiento del tímpano.

La inflamación de la cavidad naso-faringea ya propagada á la trompa puede llegar á la caja del tímpano y producir una otitis media purulenta con destrucción mas ó menos completa de la membrana. Este proceso flegmásico puede terminar también por resolución ó bien dejar ulceraciones que determinan cicatrices, hecho que es más común todavía en la sífilis terciaria.

Si la otitis media evoluciona hacia la supuración, pueden sobrevenir las complicaciones habituales de la otitis media purulenta crónica. Pueden observarse las distintas formas de abcesos mastoideos, subcutáneos, subperiósticos é intramastoideos.

Woakes menciona la carie del peñasco como complicación por él observada de otorrea sifilítica.

La parálisis facial y los abcesos cerebrales completan el cuadro de estos accidentes que se observan, lo diremos desde ahora, con más frecuencia en la sífilis hereditaria.

El tratamiento local tiene suma importancia en estos casos. La desinfección del oído enfermo debe hacerse con mucha proligidad si se quiere evitar en lo posible las complicaciones que acabamos de indicar. La aplicación del tratamiento mixto es indispensable para asegurar y acelerar su curación.

Accidentes terciarios.—Pueden ser también directos ó propagados. Los primeros están representados por

lesiones óseas y gomas que se desarrollan de preferencia en la apófisis mastoides ó en el peñasco.

Los casos conocidos de gomas de la caja son sumamente raros; pasa lo contrario con las lesiones óseas que son debidas á una osteoperiostitis susceptible de terminar por hiperostosis generalizadas, exóstosis, osteitis rarificantes y osteitis supuradas, ó bien por destrucción debida á gomas ulcerados desarrollados secundariamente en el tejido óseo de neoformación.

Los gomas pueden situarse en la superficie ó en el espesor del temporal ó limitarse á la apófisis mastoides, en cuyo caso no presentan particularidad alguna. Cuando se desarrollan en el espesor del peñasco y no tienden á la destrucción, pueden pasar desapercibidos; generalmente provocan dolores y alteraciones de la audición, dejando á veces pérdidas indelebles de substancia después de su curación.

En los casos de osteitis simple ó gomosa, el periostio se hincha y enrojoce y todos los fenómenos que se manifiestan, revelan una inflamación ósea limitada. Si la alteración se detiene en el período de osteitis rarificante, la pérdida de substancia puede ser tan grande que sólo quede una delgada cáscara de sustancia ósea en la superficie de la parte atacada; pero si ella termina en la osteitis condensante, da lugar á exóstosis más ó menos extensas.

La primera forma puede llegar hasta la destrucción completa del oído medio con invasión de las partes vecinas y en especial de los huesos del cráneo. Esta invasión se acompaña de dolores vivos, con crisis nocturnas.

Las alteraciones de esta naturaleza pueden curar si

son atacadas en su principio, pero si se han formado hiperstosis ellas no son susceptibles de desaparecer. En cuanto á los gomas, se reabsorben ó desaparecen por destrucción ulcerosa. Cuando asientan en el tímpano lo perforan, pero son allí sumamente raros.

Los accidentes terciarios propagados son frecuentemente consecutivos á lesiones de la faringe, ó bien á lesiones óseas ó gomosas de la apófisis mastoides ó del peñasco.

El mecanismo de su producción es análogo al que hemos descrito anteriormente en las lesiones secundarias; es decir, la obstrucción de la trompa desempeña un gran papel en su desarrollo.

Sus síntomas y sus lesiones son también análogos; los zumbidos de oídos, la sordera, el catarro, la otitis seca y la otitis purulenta, sólo presentan la peculiaridad de ser más intensos y tener una marcada tendencia invasora y destructiva. No solamente atacan los tejidos blandos sino también el periostio y los huesos vecinos, la parte ósea de la trompa, etc., acompañados en este caso de supuración fétida y abundante.

Por precoz que sea la reparación de estas lesiones dejan siempre estrecheces viciosas y síntomas funcionales incurables, sordera, ruidos de oídos, etc. Los dolores que acompañan á estos procesos son más ó menos intensos, á veces intermitentes. Pueden ser mejorados ó aliviados por la perforación del tímpano. Lesiones de este género requieren, además del tratamiento general, un tratamiento local enérgico.

§ III.—Oído interno

Accidentes secundarios y terciarios. — Como en el oído medio, las alteraciones de la sífilis adquirida del laberinto, pueden ser directas ó propagadas y aparecer en las diferentes faces de sus dos últimos períodos. Los primeros pueden localizarse en un punto cualquiera del aparato de recepción y varían desde la simple congestión hasta las alteraciones más serias y persistentes.

Los autores no están conformes sobre la determinación precisa del período en que se desarrollan estos accidentes directos. Para Baratoux, la sífilis del oído interno es una afección tardía que aparece uno ó dos años después del accidente primitivo, al fin del segundo ó en el curso del tercer período. Pero hay autores que citan hechos en que la afección fué más precoz á los seis ú ocho meses y aún menos.

Para Levy las determinaciones en el caracol pueden aún preceder en el adulto á toda otra manifestación general, ó en todo caso, aparecer en cualquier período de la infección; pero siempre es un accidente raro si se tiene en cuenta la frecuencia de esta terrible enfermedad.

En el niño casi siempre sería de origen hereditario y según unos se manifestaría de los 10 á los 16 años, según otros en la más baja edad.

Levy ha visto también la sífilis del laberinto aparecer como accidente terciario tres ó cuatro años después del chancro á pesar de un tratamiento largo y metódico.

Ouspenski, confirmando la opinión de Baratoux,

cree que el oído interno es más frecuentemente afectado en el período terciario. Charazac refiere una observación en que los síntomas del lado del oído interno sobrevinieron después del chancro y antes de la aparición de las placas mucosas. El chancro fué consecutivo á la extracción de un diente y su diagnóstico bien comprobado por el desarrollo ulterior de la enfermedad.

Politzer, en su tratado de otología, considera la otitis interna sifilítica como un accidente del segundo período en la mayoría de los casos. Sin embargo puede ser una manifestación más tardía de la infección, acompañándose ó nó de otras manifestaciones sifilíticas. En un caso que le es personal, la sordera sobrevino siete días después del accidente primitivo. Piensa también que en ciertos casos puede ser la única manifestación de la sífilis.

En el congreso de otología y sifiligrafía de 1889 en París, Ricus decía que la sífilis en todos sus períodos y sin factor de gravedad especial podría determinar sorderas totales é incurables, fulminantes á veces. La ha visto sobrevenir y hacerse absoiuta en seis días, cinco meses después de la infección.

En nuestra observación, los accidentes auriculares aparecieron seis años después del acidente primitivo.

En las investigaciones bibliográficas que hemos practicado no nos ha sido posible encontrar datos para determinar la frecuencia de esta manifestación auricular. Según una estadística que debemos á la amabilidad del doctor F. Pérez, sobre 533 casos de enfermedades del oído, encontramos sólo dos casos de otitis interna determinada por sífilis adquirida.

Podemos pues decir que esta forma de otitis constituye un accidente raro.

Respecto del sexo, no tenemos datos que permitan suponer mayor frecuencia en uno que en otro.

En definitiva, podemos afirmar que la sífilis del laberinto puede ser tanto un accidente secundario como terciario, tanto un accidente precoz como tardío.

Aparte de los gomas que atacan el laberinto y lo destruyen, existe una forma de otitis interna sifilítica cuyas lesiones y síntomas, como lo veremos después, son casi siempre idénticos aunque variables en intensidad cualquiera que sea la época de su aparición.

No están de acuerdo los autores sobre los caracteres y orden de aparición de los síntomas de esta otitis. Según Burnett, el primer síntoma en el orden cronológico es la sordera súbita, total y permanente. Según Ouspenski, este síntoma no llega á ser completo desde el principio; la sordera es al contrario progresiva y acompañada de vértigos y zumbidos de oídos. Charazac señala también la sordera, los vértigos y los zumbidos, pero cree con Burnett, que en la mayor parte de los casos, la sordera es brusca y completa desde el principio. En algunos casos queda estacionaria por cierto tiempo para adquirir después, repentinamente, toda su intensidad.

Cualquiera que sea el orden de aparición, los síntomas constantes de la otitis interna sifilítica, son: los zumbidos de oídos, los vértigos y la sordera.

Los ruidos subjetivos pueden ser intermitentes ó continuos. Los enfermos los comparan al silbido de una locomotora, al ruido que produce un tren en movimiento, á ruido de mar, de orquesta, etc. Son varia-

bles en intensidad; á veces poco molestos para el enfermo, son en otros casos tan fuertes que llegan á hacerse insoportables.

Los vértigos pueden ser la primera manifestación de la enfermedad; en algunos casos son tan intensos y bruscos en su aparición que llegan hasta la pérdida completa del conocimiento y caída rápida del enfermo. En otros casos los vértigos constituyen una perturbación apenas sensible. Pueden desaparecer rápidamente para reaparecer algunos días después, ó bien ser tan seguidos que constituyen un verdadero estado vertiginoso.

Estos disturbios del equilibrio se manifiestan por sensaciones de rotación alrededor de un eje vertical ú horizontal, por movimientos de círculo ó de proyección lateral; suelen también acompañarse de náuseas y vómitos. En general desaparecen cuando la sordera se hace completa, ó bien la acompañan muy disminuídos en intensidad.

La sordera puede ser progresiva, pero siempre rápida en su marcha, ó bien brusca y completa. Es generalmente bilateral y más marcada en uno que en otro oído.

El síntoma dolor, que para algunos es de observación frecuente, podemos considerarlo como raro; y Politzer, en su larga práctica, lo ha observado sólo en un caso.

Como se ve, la otitis interna sifilítica puede revestir diferentes formas y manifestarse en ciertos casos por el sindroma de la enfermedad de Ménière.

Precediendo ó acompañando estos fenómenos, sobrevienen irido-coroiditis, queratitis ú otras alteraciones oculares.

En algunos casos Fournier ha observado hiperacusia dolorosa, síntoma según él especial á esta afección.

El examen físico no revela alteraciones capaces de explicar esta sintomatología; oído externo, tímpano, caja, trompa, son normales. Podrá, sin embargo, observarse lesiones del oído medio por obstrucción de la trompa consecutiva á afecciones naso-faringeas ó á renitis sifilíticas, pero serán entonces preexistentes é independientes de la enfermedad que estudiamos.

Al examen de la audición encontramos la distancia máxima de percepción á la palabra, al acúmetro y al reloj, disminuída en los casos ligeros, anulada en los graves. Los sonidos bajos serán mejor oídos que los altos en la trasmisión por el aire, la percepción por los huesos craneanos está igualmente disminuída ó abolida, según el grado de la afección; cuando hay predominio de la lesión sobre un oído, el diapasón vertex es mejor percibido con el lado menos lesionado; y, hecho importante, si no existe lesión simultánea del oído medio, la percepción aerea predomina sobre la craneana. (Resultado positivo de la experiencia de Rinne.)

El diagnóstico de la otitis interna sifilítica reposa sobre la sintomatología que acabamos de estudiar. La existencia comprobada de sífilis, la rápida producción de la sordera, los vértigos, los ruidos subjetivos, la desaparición de la percepción craneana, el resultado positivo de la experiencia de Rinne, la integridad absoluta del aparato de trasmisión, tales son los síntomas que nos llevarán al diagnóstico casi seguro de esta afección.

En los casos de sífilis ignorada con una sintomato-

logía análoga, si el enfermo es un adulto, debemos sospechar la especificidad de la afección laberíntica y tratarla en consecuencia, lo que nos servirá de reactivo. En efecto, ¿qué otro diagnóstico podríamos hacer? El de otitis interna de Voltolini, entidad mórbida cuya existencia es tan discutida todavía, sería fácilmente eliminado, pues ella se observa solamente en los niños y se acompaña de una reacción febril que no se presenta en la enfermedad que estudiamos. En la otitis tabética la coexistencia de otros síntomas de tabes dorsalis aclararían el diagnóstico. En la otitis histérica las alteraciones de la sensibilidad y la existencia de otros estigmas de histeria, nos sacarían pronto de la duda. En la otitis interna de origen renal, gotoso ó leucémico, el examen de la orina, de la sangre y los antecedentes personales, facilitarían su diagnóstico diferencial; y por último, en el vértigo de Ménière la ausencia de prodromos, el desarrollo brusco y alarmante de esta enfermedad, podrían evitar su confusión.

No obstante, debemos reconocer que existen casos en los cuales el diagnóstico diferencial es muy difícil y hasta imposible.

Cuando el desarrollo de la afección es lento y gradual y aparece muchos años después de adquisición de la sífilis, el diagnóstico presentará grandes dificultades, pues se puede suponer entonces que se haya desarrollado un proceso adhesivo de otra naturaleza alrededor del estribo.

El pronóstico de la sífilis del laberinto es siempre grave para la función del órgano, pero en los casos recientes de sífilis adquirida se concibe que pueda me-

jorarse la sordera á pesar de ser absoluta, pues la gravedad está en relación con la antigüedad y no con la intensidad de este síntoma. Así, se ven sorderas completas y recientes curadas en breve tiempo, al paso que lesiones viejas con sorderas parciales progresan á pesar de todo cuanto se haga. El signo más cierto de la mejoría es la vuelta gradual de la perceptibilidad craneana.

Otros elementos que debemos tener en cuenta por cuanto agravan el prónostico, son : la sífilis general grave, incurable, la anemia, el marasmo, la edad avanzada, los procesos adhesivos simultáneos en el oído medio y los estrechamientos de la trompa. Según Schwartze, el prónostico de la afección unilateral es más grave que el de la bilateral.

Charazac piensa que el pronóstico puede responder en parte al sitio de la inoculación del virus; recuerda la mayor gravedad de las mordeduras por perros rabiosos situadas en la cara y por simple comparación, sin entrar en la explicación hipotética de la causa, presume, basado en cierto número de observaciones, que lo mismo sucede en la sífilis cuando la inoculación se produce al nivel del cuero cabelludo ó de cualquiera otra región de la cara, determinando entonces accidentes cerebrales con mayor frecuencia y revistiendo mayor gravedad á pesar de un tratamiento rigoroso y prolongado.

Por otra parte, no es posible decir siempre si tal enfermo recuperará ó nó la audición, puesto que ello depende del grado y carácter de las lesiones, que como lo veremos, son muy variables.

Hemos dicho ya que las lesiones sifilíticas del oído

interno podrían ser producidas por propagación. Aunque generalmente se extienden desde el oído medio, pueden también serlo de los centros nerviosos y del peñasco, pero en estos casos los síntomas serán más propios de lesiones del nervio mismo.

El diagnóstico de estas lesiones es generalmente fácil. Si á los síntomas propios de la afección preexistente se añaden los de lesión laberíntica que acabamos de estudiar, podemos sospechar con fundamento la invasión del oído interno. Se observará entonces que la sordera y los ruidos subjetivos, si existen, sufren una agravación más ó menos brusca, acompañándose de disminución de la perceptibilidad craneana y en ciertos casos de crisis gástricas, nauseas, vómitos, etc.

Poco tenemos que agregar á lo que hemos dicho del pronóstico de la forma precedente. Las lesiones que originan la propagación, lo agravan en relación con el grado y extensión de dichas lesiones.

La anatomía patológica nos muestra alteraciones de distinta estructura. Moos ha constatado en una autopsia, la periostitis del vestíbulo con movilidad del estribo é infiltración celular del laberinto sin alteraciones de la caja ni del conducto auditivo externo. Politzer ha encontrado en el caracol de un sifilítico de 50 años, sordo desde hacía diez, una alteración de las células ganglionares de Rosenthal, y en los canales semicirculares un depósito de células redondas sin núcleo, corpúsculos ovoideos granulosos y una infiltración celular del modiolus; la lámina espiral, el vestíbulo, el oído medio y externo eran normales.

Sexton avanzaba la opinión que en los casos de

vértigo con parálisis facial y sordera, no habría más lesiones que simples congestiones del oído medio y algunas granulaciones de la caja del tímpano. Roosa ha rebatido esta opinión y ha demostrado las lesiones del oído interno. Pierce piensa en una congestión brusca del laberinto, ó en una periostitis de sus paredes que es generalmente proliferante.

Las autopsias, aunque escasas, han demostrado la existencia de lesiones variadas. Se ha notado la congestión de las partas blandas del laberinto, pero acompañada siempre de infiltración y espesamiento de las membranas por células redondas y líquido serosanguinolento en lugar de linfa. Se han interpretado estos hechos como una inflamación con exudado hemorrágico. Se ha encontrado también espesamientos del periostío del vestíbulo, especie de hiperplasia celular entre el hueso y la pared membranosa con infiltración de pequñas células redondas y ovales más marcada en los canales semicirculares y en las ampollas, que en el utrículo y el sáculo. La base del estribo participa también de las lesiones de periostitis en la parte que cierra la ventana oval.

Los células ganglionares y los nervios del canal de Rosenthal, serían igualmente atacados y parcialmente destruidos. La periostitis de la lámina espiral ósea y la infiltración amarillenta de su parte membranosa acompañan á estas lesiones. Idénticas alteraciones existen en la membrana basilar con predominio sobre los dientes de la primera serie y menor intensidad en la zona pectínea; los elementos de Corti están á veces completamente infiltrados.

Recientemente Baratoux ha encontrado al nivel de

las numerosas asas vasculares situadas sobre la pared del canal de Corti, entre la membrana de Reissner y el ángulo espiral, una alteración de las paredes limitada á una débil extensión y ocupando generalmente todo el contorno del vaso. Este presenta una proliferación vascular que va del exterior al interior estrechando el calibre de la artería y determinando á veces su obliteración por un coágulo. Esta arteritis que determina un cambio profundo en la extructura de la arteria, puede producir una dilatación aneurismal y aun una ruptura del vaso, originando hemorragias que pueden infiltrarse en el canal de Corti, destruir sus partes más importantes y aun penetrar hasta las rampas vestibular y timpánica, dejando intacto dicho canal. Baratoux dice haber observado también exóstosis de los canales semicirculares y del vestíbulo en casos en que la sífilis no estaba suficientemente comprobada; pero añade que, por la analogía de estas lesiones con las de las otras partes, se cree con derecho para considerarlas de naturaleza sifilítica.

El tratamiento de la sífilis del oído interno se reduce al específico general. Baratoux aconseja el mercurio en fricciones y el ioduro de potasio á la dosis de 1 á 5 gramos diarios; añade inyecciones de pilocarpina de 2 á 6 gotas de una solución al 0.20 por 5 grs. de agua destilada. Las instilaciones de solución iodurada en la caja y las corrientes continuas con el polo negativo en el conducto completan el tratamiento que en algunos casos le ha dado resultados satisfactorios.

§ IV—**Nervio acústico.**

Este nervio puede ser atacado por la sífilis en todos los puntos de su trayecto por lesiones desarrolladas en el nervio mismo ó en su vecindad, obrando en este último caso por compresión. Las lesiones pueden asentar en sus ramificacione terminales, en su trayecto dentro del conducto auditivo interno, en su trayecto intracraneano en la base, en su porción intrabulbar ó al nivel de la circunvolución témporo-esfenoidal.

Estos accidentes son poco frecuentes y su aparición es exclusiva al período terciario.

Uno de los síntomas principales es la sordera que cuando aparece sola es siempre unilateral. Fournier dice no haber observado nunca que haya sido bilateral desde el principio. Politzer cree que las lesiones que producen las alteraciones auditivas son casi siempre unilaterales, pero que la compresión sobre la otra mitad del cerebro ó la extensión del proceso. puede hacerla bilateral.

Wernicke y Friedlaender han observado un caso de sordera total, bilateral á consecuencia de focos simétricos de reblandecimiento gomoso en la corona radiante de los dos lóbulos temporales, complicada de afasia pasajera.

En los tumores unilaterales del cerebelo puede observarse según Schwartze sordera bilateral sin que haya presión directa sobre el acústico del otro lado.

Se observan también vértigos, nauseas, vómitos, ruidos subjetivos, alteraciones de la audición como paracusia, hiperacusia, sorderas parciales, etc.

Como síntomas frecuentes debemos señalar los accidentes cerebrales que se desarrollan simultáneamente ó nó con los trastornos auditivos, y que por su variedad y por cuanto dependen de la región atacada no se prestan á una descripción precisa en la mayoría de los casos. Entre estos los más comunes son los de lesión de algunos nervios craneanos y principalmente del facial.

Recordaremos en dos palabras las relaciones que existen entre este, el intermediario de Wrisberg y el nervio que nos ocupa, tanto en la base del craneo, como en el conducto auditivo interno.

El acústico, desde su origen aparente en el surco que separa la protuberancia del bulbo por fuera del facial, se dirige acompañado siempre por éste y el intermediario de Wrisberg, que marcha entre los dos, hacia el conducto auditivo interno en el fondo del cual se separa, perdiéndose el primero en el laberinto después de atravesar la lámina cribosa y penetrando los dos últimos en el acueducto de Fallopio. Durante este trayecto la relación entre estos nervios es muy íntima; el acústico ocupa la parte inferior y presenta un surco en su parte media en el cual va inmediatamente el intermediario y sobre éste el facial.

Estas relaciones explican la frecuencia de los síntomas de parálisis en el campo del facial y de las alteraciones de sensibilidad gustativa dependientes de la cuerda del tambor en los casos de gomas ó periostitis que atacan el auditivo en el conducto ó en la base.

Estos mismos procesos, gomas y periostitis, com-

prometen también con frecuencia en la base del cráneo, además del acústico y facial, al trigémino y motor ocular común, presentando entonces los síntomas propios de las lesiones de estos nervios.

Con menos frecuencia se observan lesiones del acústico en su porción bulbar, pudiendo ser atacadas las dos raices separadamente. En estos casos predominan los trastornos del equilibrio si la lesión asienta en la raíz profunda que se distribuye en los canales semicirculares, y los trastornos de la audición si se limita á la superficial que va al caracol.

Si las dos raices son afectadas los síntomas del lado del oído serán los mismos que los del nervio.

Cuando la audición está comprometida por lesiones del nervio en el cerebro, predominan los síntomas cerebrales, pudiendo observarse también el vértigo de Ménière.

El diagnóstico puede ser fácil en los casos en que encontramos al mismo tiempo que antecedentes de sífilis y trastornos de la audición, otros sintomas que revelen una afección craneana; pero cuando las alteraciones auditivas son el único síntoma, se tiene derecho igualmente de suponer lesión laberíntica y su diagnóstico diferencial presenta grandes dificultades.

Algunos otologistas y sobre todo Gradenigo, han tratado de establecer sobre bases sólidas este diagnóstico. Pensaba este autor que la exploración eléctrica, con aplicación de un polo sobre el trago y el otro en la nuca, y que produce una reacción de parte del nervio enfermo que se traduce por sensaciones sonoras, era un buen medio diagnóstico. Ac-

tualmente no es aceptado, por cuanto la reacción puede producirse aun cuando no sea el tronco mismo del nervio el afectado, sino sus terminaciones en el caracol. No obstante, es siempre un medio útil para poder excluir, en los casos dudosos, las sorderas originadas en el oído medio. Presta también grandes servicios en los casos de lesiones concomitantes del cerebro y permite reconocer la participación del nervio cuando no hay todavía alteraciones funcionales auditivas en las afecciones cerebrales en general.

En efecto, el nervio, en estados patológicos en que todavía no hay síntomas funcionales, reacciona ya á la electricidad aun con una corriente muy poco intensa, mientras que al estado normal no reacciona con el máximum de intensidad soportable por la cabeza.

Esta exploración exige del paciente capacidad intelectual suficiente para poder apreciar netamente las sensaciones que experimenta, razón por la que no es aplicable á los niños, ni á las personas de escasa inteligencia.

El examen funcional del órgano es un medio muy imperfecto para poder precisar el asiento de la lesión en el nervio; sin embargo hay un medio clínico debido á Sune y Molist que, si es plenamente confirmado, se habrá obtenido un gran progreso en el diagnóstico de esta parte de la otología. Él consiste en que en las alteraciones funcionales bastante pronunciadas del acústico, se presenta un tipo de sordera especial, que se distingue de la producida por otitis interna, en que la percepción de las notas elevadas y del reloj es conservada, mientras que faltan las de altura media, lo

contrario de lo que hemos visto ocurre en las lesiones del oído interno.

La percepción craneana, que es la que se resiente más en las afecciones del oído interno, quedaría intacta, según Politzer, en los casos de alteraciones auditivas por tumores cerebrales y sólo desaparecería cuando la sordera alcanzara un grado muy elevado.

Si al mismo tiempo que alteraciones auditivas se comprueban lesiones del óptico, puede sospecharse con fundamento que el acústico está afectado en su porción intracraneana.

Estas lesiones, en su principio, son de curación fácil, pero tienen gran tendencia á las recidivas, lo que agrava mucho su pronóstico.

El tratamiento se reduce al específico general y á las aplicaciones eléctricas á corriente continua.

CAPÍTULO II

Manifestaciones auriculares de la sífilis hereditaria

El conocimiento de la acción de la sífilis hereditaria sobre el oído, es de fecha más reciente que el de la adquirida. Vidal de Cassis el primero, llama la atención sobre las alteraciones del pabellón y del conducto auditivo en los niños con sífilis hereditaria. Poco después, Marie observa un caso de otorrea, y Trœltsch otro con carie del esfenoides y apófisis mastoides, trómbosis de los senos transversos y ulceraciones naso-faríngeas.

Wilde señala después la importancia de las lesiones de los ojos, dientes y oídos, como elementos de diagnóstico de la heredo-sífilis. Posteriormente Hutchinson, y con él una serie de observadores, refieren y estudian casos numerosos de sífilis hereditaria con lesiones auriculares.

Estudiemos ante todo la etiología y la frecuencia de esta localización. La primera nos conducirá á buscar los caracteres de la herencia y nos dará la base para apreciar la segunda de estas cuestiones.

No insistimos mayormente sobre la herencia de la sífilis, cuestión tan discutida y estudiada, porque nos llevaría demasiado lejos y por otra parte no es ne-

cesario para nuestro objeto. Nos contentaremos con esbozar los rasgos más generales y más útiles para nuestro estudio.

Resulta de los estudios de Fournier, que cuando la madre sola es sifilítica, los hijos la heredan en una proporción de 84 °/₀; cuando el padre es el enfermo y la madre está indemne, disminuye á 37 °/₀, y cuando los dos son afectados aumenta hasta 92 °/₀. Para este autor la herencia en el curso de la sífilis terciaria es muy rara, y no existe relación entre la gravedad de la infección y su trasmisibilidad al feto. Sin embargo, á veces se ve producir la herencia aunque las manifestaciones hayan desaparecido desde hace mucho tiempo.

Según las observaciones de Newman, la sífilis trasmitida por la madre es más grave que la trasmitida por el padre, porque el virus pasa continuamente al feto por medio de la circulación placentaria, desde el momento de la concepción hasta el nacimiento. Según su experiencia, la primera es más rebelde y dura más que la segunda. Mientras más reciente es la sífilis materna, tanto mayor probabilidad hay de herencia por parte de los hijos.

Sobre cien niños concebidos durante un período próximo al principio de la sífilis materna, setenta y nueve han nacido con la afección, mientras que del mismo número procreados durante el período terciario, sólo la contrageron sesenta y nueve. Por consecuencia, cuando la infección se verifica al tiempo de la concepción, la gravedad y la frecuencia de la herencia será mayor. De setenta y seis casos nacidos en estas condiciones, sólo doce quedaron

indemnes, en siete de los cuales las madres habían sido rigurosamente tratadas durante el embarazo.

Cuando la madre contrae la sífilis en el último mes del embarazo, el niño puede nacer indemne de toda infección y contraerla más tarde.

En muchos casos la sífilis de los hijos es la única prueba de la de los padres. Es también la opinión de Fournier.

Si miramos ahora la frecuencia de las lesiones del oído en general consecutivas á la heredo-sífilis, tenemos que sobre 100 casos se encuentran 10 según Hutchinson y Jackson con manifestaciones auriculares. Serían susceptibles de presentarse en un tercio de los casos según Baratoux. La causa de esta enorme diferencia en las estadísticas de los autores, es debida á que no se buscan estas lesiones sino cuando algún signo importante como la otorrea ó la sordera, llama la atención; además, el pus colectado en la caja, no pudiendo destruir el tímpano por su mayor espesor en el niño, se derrama por la trompa, ocultándose de esta manera á la investigación.

Las alteraciones auditivas serían comparativamente menos frecuentes que las de los ojos y tanto más frecuentes, cuanto más precoces fueran las manifestaciones sifilíticas después del nacimiento.

Baratoux sobre 2000 enfermos sólo ha encontrado 15 de sífilis hereditaria, ó sea 1/130, de los que descontando las consultas de nariz y laringe, quedarían reducidos á 1 %.

De la estadística del Hospital de Niños tomamos los siguientes datos de los casos de sífilis adquirida y hereditaria observados en los consultorios de los Dres.

F. Pérez (otología, laringología y rinología), y M. Bengolea (piel y venéreo sifilíticas): Desde Enero de 1892 hasta Julio del corriente año, se han tratado 42 casos de sífilis adquirida y 61 de sífilis hereditaria, haciendo un total de 103 enfermos. De los primeros ninguno presentó lesiones auriculares; de los segundos 4, cuya historia hacemos después, presentaban estas lesiones, lo que constituye el 6,5 °/₀ para los casos de sífilis hereditaria y el 4 °/₀ para el total de los casos.

¿En qué época aparecen las lesiones auditivas consecutivas á la sífilis hereditaria? La variabilidad de las opiniones emitidas puede verse por la siguiente lista:

Para la forma precoz: según Huguier, del 3er al 25° día; Nisbett cree que ellas aparecen al 15° día; Babingston, de la 3ª á la 5ª semana; Trousseau y Laségue, del 1° al 7° mes; Gilbert y Bouchut, del 1° al 2° mes; Mahon, del 4° al 5° mes; Diday, del 1° al 24° mes.

Para la forma tardía tenemos: según Guerder, hacia los 8 años; Hermet. da la edad de 12 á 16 años; Pierce de 16 á 18 años; Zeilst, de 14 á 15; Kipp, de 17 á 18; Hutchinson, cree que aparecen hacia los 21 años; y Brocq hasta los 24 años.

Por otra parte, tendríamos como límites extremos la edad de 7 años en que Buck refiere un caso, y la de 24 en que Bottey y Theobald refieren cada uno otro caso. En las observaciones de Baratoux se encuentran lesiones desde los nacidos muertos hasta los 19 años. Para Fournier, las manifestaciones de las sífilis hereditaria que aparecen después de los tres años deben considerarse como comprendidas en la

forma tardía. Todos los casos que hemos observado en el Hospital de Niños, menos uno, pertenecen á esta forma. Tenían 2 1/2, 9, 10 y 11 años de edad.

§ I—Oído externo.

Las lesiones heredo-sifilíticas del oído externo presentan muy poca ó ninguna diferencia con las sifílidis cutáneas en general y su importancia con respecto á la función auditiva es como se comprende muy escasa.

Las principales formas bajo las cuales se presentan en el pabellón y conducto auditivo externo, son: las erupciones eritematosas, ampulosas, papulosas y rara vez tubérculo-ulcerosas.

La primera, eritematosa, se presenta bajo la forma de manchas, aisladas ó confluentes, de color rosado ó moreno; no tienen gran importancia.

Las erupciones ampulosas, quizá las más importantes, son impropiamente llamadas pénfigo sifilítico y se presentan de diverso modo según que su aparición sea precoz ó tardía. Además, y al contrario de lo que ocurre cuando aparecen en sus sitios predilectos que se desarrollan hacia el séptimo día, en el pabellón pueden manifestarse aún al tercer mes. En la forma que hemos llamado precoz las ampollas más ó menos confluentes se rompen dejando el corión al descubierto, y ocasionan hermorragias que anemian y matan á los niños por caquexia. El pronóstico es siempre grave. En la forma tardía el pabellón se presenta de color violáceo, las ampollas son discretas, su ulceración produce menos cantidad de secreción y de sangre, las plaquitas son pequeñas, circulares, de color vinoso y rodeadas de una zona roja en

cuyo centro se encuentra una gota de líquido. Estas ampollas se secan formando costras, ó se ulceran, pero tienden siempre á la curación.

Las erupciones en placas en su forma más común, asientan ordinariamente en el surco aurículo-temporal. Se presentan bajo la forma de saliencias aplanadas con depresión central, discoideas, con una cutícula que se reblandece y se descama, ó bien revisten una forma húmeda y de olor infecto.

Según algunas observaciones, la sífilis hereditaria puede determinar, como la adquirida en su período terciario, la arterio-escleroris, que produciría las mismas lesiones de arteritis que hemos citado en el oído interno, y consecutivamente obstrucción y ruptura de los vasos del pabellón.

Todas las formas de sífilis hereditaria que hemos descrito, pueden existir en el mismo individuo aisladas ó simultáneamente.

Diremos, para concluir, que no conocemos observaciones de lesiones gomosas del pabellón por sífilis hereditaria.

§ II—Oído medio.

Dada la importancia del oído medio en la función auditiva, las lesiones heredo-sifilíticas que se manifiestan en él, tendrán naturalmente mayor interés y serán más graves que las del oído externo.

Estas manifestaciones presentan como carácter especial el de ser casi siempre acompañadas de lesiones heredo-sifilíticas generalizadas á los otros aparatos. Las del oído medio son más comunmente observadas en la forma precoz y con más frecuencia en los niños

pobres que en los ricos. Pueden ser protopáticas, es decir primitivas y deuteropáticas ó secundarias (Fournier).

Las primeras se desarrollan directamente sobre el órgano determinando una otitis media purulenta, ó bien una sordera más ó menos profunda, sin lesión apreciable y que se puede referir á alteraciones de las ventanas.

Las segundas, ó deuteropáticas, son consecutivas á lesiones de vecindad, que pueden residir en el naso-faring y determinan siempre un mismo orden de síntomas.

La otitis media purulenta, forma bajo lo cual se manifiestan más comunmente las lesiones protopáticas, es una afección propia de la primera infancia, y según la opinión de Ouspenski, es la lesión predominante de la sífilis hereditaria precoz. Piensan lo mismo Woakes y Robert Tilley; al contrario Holguer Mygind considera esta afección como muy poco frecuente.

Parrot cree que el catarro de la caja tan frecuente en la atrepsia, es la causa más importante de la otitis purulenta siendo la sífilis una causa agravante.

Esta otorrea se caracteriza por un derrame purulento que evoluciona siempre sin dolor; su aparición no se anuncia por síntomas de reacción; el niño conserva su estado normal, no tiene fiebre ni agitación, ni insomnio, ni manifestación alguna que llame la atención del lado del oído. Al examen se constata que el pus no proviene del conducto auditivo donde no existe alteración; en cambio la membrana del tímpano se encuentra perforada, pudiendo enton-

ces comprobarse que el origen del pus es el oído medio.

Cuando esta otorrea aparece en una edad más avanzada se puede- constatar además la dureza del oído, pero cualquiera que sea el grado de sordera existente la percepción ósea no está alterada.

El derrame puede variar en cantidad; generalmente poco abundante sólo se descubre por la mancha amarilla que deja sobre la almohada durante la noche.

En las faces preliminares de la ruptura del tímpano se puede observar su enrojecimiento limitado al principio á la parte superior y generalizado después á toda su extensión, y un abombamiento sobre todo de la parte póstero-inferior que oculta el mango del martillo y hace desaparecer el triángulo luminoso. Posteriormente el tímpano se infiltra, se reblandece, toma una coloración amarillo clara y por último se perfora.

La audición disminuye en relación con las lesiones y su desaparición es siempre progresiva y lenta.

La otorrea tiene pues una facies y un desarrollo especial. Las alteraciones son generalmente bilaterales, pero más intensas en uno que en otro oído.

El diagnóstico de la otitis media purulenta cualquiera que sea su período es siempre fácil. Para determinar si es debida á la heredo-sífilis tendremos que basarnos en los síntomas que acabamos de estudiar, en la ausencia absoluta de dolor y de todo otro síntoma de reacción, en la poca abundancia de la supuración, en la coexistencia de las otras lesiones propias de la sífilis hereditaria de la primera infan-

cia, y en los antecedentes hereditarios del enfermo. No olvidemos que la otorrea es una afección de una frecuencia extraordinaria en la clínica infantil, y que en algunos casos puede aparecer sin revestir la sintomatología de una afección aguda, sobre todo en los escrofulosos. Es en esos casos que el examen general y los antecedentes hereditarios del enfermo tendrán la mayor importancia. Hay que buscar entonces con la mayor proligidad las manifestaciones tan numerosas y variadas de la heredo-sífilis magistralmente descritas por Fournier.

Si la lesión es reconocida y tratada convenientemente la enfermedad cura en pocas semanas, el derrame se detiene, la perforación cicatriza y hasta puede desaparecer todo vestigio del proceso que acaba de pasar; en casos menos favorables pueden dejar como signos cicatrices de aspecto calcáreo.

Pero regularmente la poca abundancia de la supuración, la indolencia y la falta de síntomas funcionales en los niños de muy baja edad, hacen que la afección se descuíde y persista durante mucho tiempo, originando alteraciones irremediables. La destrucción del tímpano será más ó menos completa, la mucosa de la caja se encontrará infiltrada, roja, tumefacta, cubierta de pus y acompañada de carie de la cadena de huesecillos, con exclusión del estribo que regularmente persiste. En estos casos la función auditiva será forzosamente comprometida y la sordera más ó menos acentuada será su consecuencia inmediata.

Sabemos que las lesiones auriculares que se acompañan de sordera y persisten por mucho tiempo

conducen al enfermo de menos de 7 años de edad á la sordo-mudez. Se comprende pues que la lesión que estudiamos y que hemos visto puede producir la destrucción más ó menos total del aparato trasmisor, sea de un pronóstico en extremo grave, tanto por las alteraciones auditivas que produce, cuanto por la directa y fatal influencia de la función de este órgano sobre el uso de la palabra.

Muchos autores consideran las lesiones auriculares heredo-sifiliticas como una causa frecuente de sordo-mudez, y en opinión de Dalby, la sífilis hereditaria y la escarlatina, dan á los establecimientos de sordo-mudos su mayor contigente.

Las osteo-periostitis de la apófisis mastoides y del peñasco, las trombosis de los senos y las necrosis de los huesos vecinos, complicaciones que pueden presentarse, contribuyen á obscurecer aún más el pronóstico.

La otra forma que hemos mencionado entre las lesiones primitivas es la otitis seca, afección poco frecuente y de marcha crónica.

Se acompaña generalmente de sordera que puede ser muy intensa, pero que se distingue de la sordera por lesión del laberinto, por la persistencia de la percepción craneana y por las alteraciones que generalmente se observan del lado del oído medio.

El tímpano empañado, blanquizco y espeso, adhiere á veces á la mucosa de la caja por cicatrices viciosas que impiden su funcionamiento regular. En la caja se encuentra anquílosis de la cadena de huesecillos con esclorosis de las ventanas redonda y oval.

Esta lesión es de pronóstico benigno cuando se atiende en su principio, pero si el proceso de esclerosis es avanzado, las alteraciones son irremediables.

No insistiremos sobre las formas propagadas originadas generalmente del maso-faring y que se terminan ó por la otorrea ó por catarro crónico seco.

No difieren considerablemente de las que estudiamos en la sífilis adquirida sino por su mayor frecuencia y por su origen hereditario.

El estudio anátomo-patológico de las lesiones del oído medio en la sífilis hereditaria, es de época reciente.

Hinton había observado ya congestiones del vestíbulo con lesiones de la caja del tímpano que se encontraba lleno de linfa endurecida y adherente.

Pero con Baratoux se precisa mejor la naturaleza y sitio de estas lesiones.

Las encuentra en los recién nacidos y aún en los fetos, reduciéndose á la presencia de serosidad que tapiza las paredes de la caja y otras veces á infiltraciones de líquido sero-purulento que ocupa las partes declives. Ha encontrado la mucosa gris rojiza, friable y tan tumefacta en ciertos casos, que llegaba á envolver el martillo, yunque y estribo; á veces existían pequeñas hemorragias diseminadas en toda su extensión.

Las alteraciones del tímpano son variables desde la simple inyección vascular y la infiltración, hasta la destrucción completa.

Cuando la inflamación es más intensa y más an-

tigua, la caja está cubierta de una masa gelatinosa no adherente, de color violaceo ó amarillento, y en los grados más violentos se encuentra llena de pus amarillo con tímpano espeso, inyectado, reblandecido y aún perforado en mayor ó menor extensión. El divertículo pre-mastóideo contiene generalmente muco-pus lo mismo que la trompa.

La intensidad de las lesiones puede llegar á producir una supuración generalizada con destrucción de los huesos, una osteo-periostitis de las paredes del oído medio con abcesos mastoideos y necrosis del laberinto.

Como restos de las lesiones ya curadas ha encontrado bridas que unían los diferentes huesos entre sí, ó bien á éstos con las paredes de la caja, lo que ocasionaba alteraciones irremediables en la audición.

Por su parte Kirchner en sus autopsias ha encontrado los vasos de la caja rodeados por masas de células pequeñas, degeneración del endotelio que presentaba células gránulo-grasosas y masas pigmentarias, signos evidentes de endarteritis sifilítica. Ha visto sobre el promontorio formaciones óseas lenticulares análogas á la periostitis de la tibia y clavícula; los depósitos óseos llenaban también los canales de Havers acompañados de infiltración celular, acumulación de pigmento y tejido conjuntivo neo-formado, lo que según Rindfleisch sería característico de la sífilis.

El tratamiento debe ser general y local: el primero debe ser mixto usando el mercurio al interior en inyecciones ó en fricciones. Es prudente tonifi-

car al enfermo por el fierro, la quina, la hidroterapia, etc.

En cuanto al tratamiento local no difiere del usado en las afecciones análogas no específicas. En la otorrea los lavages antisépticos de bicloruro al 1/2000, de biioduro al 1/1500, de ácido bórico al 4 %, etc., seguidos de instilaciones de alcohol boricado, ó de insuflaciones de ácido bórico pulverizado, son los medios que dan mejor éxito. Las duchas de aire ó de vapor iodado, las inyecciones de ioduro de potasio y los fomentos calientes son buenos auxiliares del tratamiento.

§ III—Oído interno.

Las alteraciones heredo-sifilíticas del laberinto son casi siempre directas, primitivas. El estudio de la otitis interna que ellas producen, presenta un interés especial por ser la manifestación casi exclusiva y por su gran importancia en el diagnóstico general de la heredo-sífilis.

Esta afección ataca con marcada predilección al sexo femenino, en proporción variable según los diversos autores. Así, según Hutchinson y Lancereaux, la proporción sería de 3 mujeres por 1 hombre; según Pearce, de 5 m. por 1 h.; según Davidson, de 9 m. por 1 h., y según Baratoux, los 2/3 de los enfermos estarían representados por el sexo femenino. Como lo hemos dicho ya, el total de nuestras observaciones pertenece á este sexo.

La menstruación constituye una causa ocasional ó bien agravante de las lesiones, hecho que no es especial á la sífilis, puesto que las afecciones locales del

útero ejercen, por sí solas, una funesta influencia sobre la audición. Es quizá de este hecho que se desprende la mayor frecuencia de la afección en el sexo femenino.

Lo que hemos dicho respecto de la aparición de los accidentes en la forma tardía en general, se debe aplicar más particularmente á las lesiones del oído interno.

La forma común de la otitis interna heredo-sifilítica, se distingue de la otitis media seca ó purulenta, por su marcha rápida, pudiendo producirse la sordera en el término de un día. Han, refiere un caso en que la enferma se acostó sana y al despertar la audición estaba completamente abolida.

Los síntomos culminantes de esta afección, son los ruidos subjetivos, los vértigos y la sordera brusca ó de marcha rápida, con desaparición de la percepción craneana. En general, pueden observarse todos los síntomas descritos en la otitis interna por sífilis adquirida. El examen del aparato trasmisor es negativo.

Teniendo, pues, esta afección una sintomatología análoga á la que acabamos de mencionar, su confusión será posible con las mismas enfermedades que ella, pero su diagnóstico diferencial será igualmente fácil en la mayoría de los casos, por lo que no insistiremos en su estudio.

En cuanto al diagnóstico entre estas dos formas, tenemos muchos elementos que nos lo facilitarán. La edad es uno muy importante. Hemos dicho que la forma adquirida era más propia del adulto; lo contrario ocurre con la hereditaria, que comunmente se observa entre 10 y 16 años.

Encontraremos también en ésta, malformaciones dentarias y afecciones oculares, lo que constituye la triada de Hutchinson, conjunto de lesiones que en muchos casos permite por sí sola hacer el diagnóstico de sífilis hereditaria. No es raro observar también lesiones nasales, bucales y faringeas que si bien es cierto son menos frecuentes, cuando se las observa son de gran utilidad para el diagnóstico. Las lesiones óseas son también frecuentes y entre éstas citaremos la de la tibia, que por la configuración especial que toma, se la ha comparado á la forma del sable. Por último, los antecedentes hereditarios del enfermo y los demás elementos que acabamos de señalar, nos permitirán referir la lesión á su verdadero origen.

Es preciso, sin embargo, no referir á la sífilis todas las alteraciones del oído que sobrevengan en los hereditario-sifilíticos, puesto que hay otras causas, entre ellas el frío, que pueden determinar trastornos semejantes. No obstante, para Baratoux, cuando en estas personas sobrevienen alteraciones súbitas sin causa apreciable se puede sospechar la sífilis hereditaria como causa.

La incurabilidad de esta afección cuando es librada á sí misma ó es desconocida en su causa, es innegable; pero en los cascs incipientes se puede obtener una mejoría manifiesta y aún la curación si es tratada por los medios convenientes y de una manera rigorosa. Cuando la afección data de mucho tiempo, todo tratamiento es ineficaz.

Las lesiones del oído interno producidas por propagación son poco frecuentes, y cuando se las observa, son generalmente consecutivas á lesiones del oído medio y rara vez á lesiones intracraneanas.

¿Cuál es el asiento y género de las lesiones en la sordera por sífilis hereditaria? Para Hutchinson ellas residirían en el aparato nervioso del oído interno; para Lancereaux y Saint-John Roosa en el nervio acústico; para Wreden en el tronco del mismo, lo que sería debido á una degeneración gomosa como lo ha comprobado para otros nervios; para Hinton la lesión no sería más que una congestión crónica del vestíbulo; Kipp piensa en una alteración del suelo del cuarto ventrículo; Wirchow en la parálisis central del auditivo por gomas de la base del cráneo.

Baratoux cree en una lesión de nutrición dependiente del simpático y trigémino que contienen los vaso-motores del oído interno. Es de opinión que se debe establecer una distinción según que se trate de lesiones de otitis interna, ó de sordera sin causa aparente; en el primer caso, es preciso pensar más bien en lesiones vasculares, y en el segundo en lesiones nerviosas. Apoya esta opinión en los resultados experimentales obtenidos sobre animales en los que ha producido heridas del bulbo en el punto que Owsyannikow determinó como centro vaso-motor; estas heridas han producido en el oído lesiones análogas á las observadas en los casos de sífilis hereditaria. La hemorragia del laberinto destruirá todo ó parte del órgano de Corti, lo que implicaría la sordera brusca completa ó incompleta.

Por último, Pearce y Kidd, sin determinar el género de la lesión, creen que ella asienta principalmente en el laberinto.

Para otros autores las lesiones son múltiples. Gruber en tres autopsias ha encontrado hiperemia gene-

ralizada del laberinto, pero las principales alteraciones las observó en el caracol. En un caso que se refiere á un feto, encontró en el laberinto derecho congestión con puntos hemorrágicos sobre la membrana de los contornos. En otro feto un coágulo sanguíneo llenaba la rampa timpánica y el canal de Corti en toda la extensión de la primera vuelta del caracol izquierdo. En un niño de nueve meses la hemorragia se había producido en la última vuelta del canal de Corti del oído derecho. Una sola vez ha encontrado pus en el vestíbulo con integridad de las ventanas del oído medio que no presentaban nada de anormal.

Posteriormente se han comprobado en las paredes del vestíbulo, canales semicirculares y lámina espiral del caracol, focos de periostitis, y se ha notado que las partes blandas del laberinto estaban espesadas é infiltradas de células redondas; el nervio acústico había sido profundamente modificado en su estructura, y las membranas del oído interno estaban inyectadas y recubiertas de un liquido sero-sanguinolento que había reemplazado á la linfa. Las asas vasculares de la pared exterior del canal de Corti al nivel del ángulo espiral y en las que cestean la membrana basilar, presentaban una inflamación avanzada y sobre muchas preparaciones microscópicas, se han encontrado dilataciones vasculares y rupturas de las paredes de estos vasos.

Cuando las alteraciones del oído interno provienen de una propagación purulenta de la caja, se encuentra inyección vascular de las partes blandas del laberinto con espesamiento é infiltración por células

redondas más abundante al nivel del caracol y canales semicirculares. El caracol y las ampollas están igualmente inyectadas y bañadas de un líquido sero-sanguinolento.

En tres casos en que solamente el oído interno estaba interesado, había del lado de los vasos del ángulo espiral y de la lámina espiral membranosa, alteraciones caracterizadas por la proliferación celular de sus túnicas, con estrechamiento de la luz de los vasos, obliteración por coágulo fibrinoso, dilatación aneurismal, rupturas y hemorragias. Estas lesiones serían debidas á la influencia de la sífilis sobre los vasos capilares y venas de muy pequeño calibre.

El tratamiento general específico mixto debe constituir la base de la medicación. Entre los otros medios empleados, la pilocarpina y las corrientes eléctricas continuas, son los que parecen ser más eficaces.

Thurnbull asocia el mercurio á la pilocarpina con buen éxito. En un caso de Tilley, el ioduro de potasio solo no produjo resultado, pero asociado con el clorhidrato de amoniaco y el bicloruro de mercurio, logró mejorar al enfermo. Mygind no ensaya tratamientos en las sorderas antiguas, convencido de que nada se puede hacer contra las alteraciones nerviosas de muchos años. Botey instituye con éxito completo un tratamiento así formulado: inyecciones subcutáneas de pilocarpina al 1 °/₀, instilación diaria de solución iodurada en la caja, tópico de pomada iodofórmica sobre la apófisis mastoides previamente denudada por un vesicatorio, tratamiento general específico.

En la sífilis hereditaria se observan también alteraciones auditivas por lesiones del *nervio acústico*, pero nunca éstas se circunscriben al nervio; son siempre producidas por lesiones más ó menos generalizadas, que comprometen sus funciones en su trayecto ó en los centros nerviosos.

OBSERVACIONES

I

Sifilis hereditaria tardía.—Sordera

Santos T., 11 años, argentina, no vacunada, entró al Hospital de Niños el 10 de Octubre de 1892.

Antecedentes hereditarios.—Padre: chancro sifilítico á la edad de 18 años; cura en dos meses; después no tuvo otra manifestación. Contrajo matrimonio á los 22 años; tuvo seis hijos; dos murieron á los pocos meses de su nacimiento; se ignora la causa de su muerte. Otro hermano tuvo una enfermedad de los ojos y de la nariz. Los otros dos son sanos. Todos tuvieron fiebre tifoidea.

Madre: nada de particular; úlcera del dorso del pie consecutiva á un parto; curó con simples medios antisépticos. Murió de fiebre tifoidea.

Antecedentes personales: no ha tenido sino enfermedades pasajeras. La sordera data de tres meses; en este corto espacio de tiempo ha llegado al grado actual: *sordera absoluta.*

Estado actual: desarrollo general, bastante bueno.

Ojos: izquierdo sinequías posteriores, iritis, queratitis ulcerosa punteada; derecho: botón de episcleritis.

Boca: dientes de Hutchinson.

Oído: externo, sano; medio: tímpano algo espeso y de aspecto escleroso; inclinación y movilidad normal; trompas permeables. Audición nula á todos los medios de exploración.

Diagnóstico: otitis interna heredo-sifilítica.

Tratamiento: fricciones mercuriales 2 gr., ioduro de potasio 4 gr. en dosis progresivas. Posteriormente, inyección diaria de pilocarpina á la dosis de un centígramo.

Al 10º día de tratamiento mejoría muy sensible en la audición; al 15º día podía seguirse con ella una conversación sin levantar demasiado la voz; oía el diapasón y el reloj al contacto. A los 30 días se suspende el tratamiento por una bronquitis febril intercurrente.

Persiste la mejoría, pero con remisiones desfavorables volviendo por fin casi al estado primitivo; sin embargo, oye palabras dichas en voz muy alta.

Un tiempo después se instituye nuevamente el tratamiento. La mejoría vuelve á acentuarse, pero no en el grado que anteriormente.

Actualmente la audición es muy satisfactoria del lado derecho, menos del izquierdo.

II

Sífilis hereditaria tardía.—Otorrea.—Sordera.

Sabina T., hermana de la enferma anterior, 9 años, argentina, vacunada, se presenta al consultorio de otología del Hospital de Niños, el 23 de Junio de 1893.

Los mismos antecedentes hereditarios que el caso anterior.

Antecedentes personales.—A la edad de tres años, enfermedad de los ojos que dura cuatro años. Hace año y medio, supuración nasal; un médico diagnosticó una fístula. Hace quince días, fué repentinamente atacada de dolor agudo en el oído izquierdo; al día siguiente, supuración; calmó el dolor con la supuración; curó en pocos días.

Antes de la otorrea, la enferma habia notado que era un poco sorda.

Continúa sin novedad hasta el 22 de Junio, día en que estos mismos hechos se reproducen y motivan su asistencia en el consultorio.

Estado actual: desarrollo general malo.

Nariz: plana y ancha en la base; perforación del tabique cartilaginoso.

Boca: dientes de Hutchinson.

Oído: izquierdo, supuración; después de un lavage, se nota perforación del tímpano; oído derecho: tímpano opaco, grisaceo, como de catarro crónico de la caja; audición disminuída; al reloj, 0,03 del lado derecho y 0,05 del izquierdo; resultado negativo de la experiencia de Rinne.

Ojo: nada de particular.

Diagnóstico.—Catarro crónico de la caja, bilateral. Otorrea no específica del oído izquierdo.

Tratamiento: general, mixto; local, antiséptico y cateterismo.

Resultado: curación rápida en quince días de la otorrea. Audición muy ligeramente mejorada.

III

Sifilis hereditaria precoz.—Otitis media heredo-sifilitica

Celia de F., 2 1/2 años, argentina, no vacunada, se presenta al consultorio de otología del Hospital de Niños el 26 de Mayo de 1893.

Antecedentes hereditarios.—El padre contrajo sífilis hace cinco años casándose pocos meses después. La madre presentó signos de sífilis (cefalalgia, etc.) cuatro meses después de casada.

Tiene un hermano de un año, sano, pero mal conformado: frente prominente, oxoftalmía, gran desarrollo del cráneo.

Antecedentes personales.—Al nacer, respiración dificultada por coriza que persiste por mucho tiempo. A los cuarenta días, erupción hemorrágica en la planta de los pies y crificios labial y anal. A los cuatro meses empieza á notársele deformación craneana.

Se asistió ocho meses sin mejoría manifiesta.

Dice la madre que la notó sorda desde un tiempo que no puede precisar.

Estado actual.—Estado general malo, gran denutrición, imposibilidad de la marcha con conservación de los movimientos de los miembros, infarto subepitroclear y cervical, estatura 0,73, peso 6.970 gramos.

Cráneo: muy desarrollado, eminencias frontales y parietales prominentes, fontanela bregmática y cisuras no osificadas.

Nariz: ensanchada y deprimida en su raíz, hundimiento del ala izquierda con surco profundo, coriza con secreción fétida.

Boca: placas mucosas de la comisura labial derecha y encías, incisivos superiores é inferiores y primeros molares superiores é inferiores únicamente dentados, mal olor del aliento.

Oído: al examen físico se nota: enrojecimiento de ambos tímpanos, abombamiento del derecho por derrame en la caja, depresión del izquierdo.

La audición no se puede explorar por deficiencia del desarrollo intelectual; sin embargo no parece completamente sorda.

Diagnóstico.—Sífilis hereditaria precoz; otitis media heredo-sifilítica.

Tratamiento.—Fricciones de un gramo de pomada mercurial, cauterización de las placas mucosas con nitrato de plata, ducha de Politzer.

Junio 5.—Placas y tímpanos, favorablemente modificados; aparece estomatitis; se suspende el tratamiento,

Junio 12.—Boca normal, desaparición de la estomatitis; tímpanos de color casi normal; se instituye nuevamente el tratamiento.

Junio 16.—Tímpano derecho normal, izquierdo un poco rojo.

Junio 30.—Oídos normales.

IV

Sifilis hereditaria tardía.—Sordera

R. R., 10 años, argentina, vacunada, se presentó al consultorio de otología del Hospital de Niños en Junio de 1892.

Antecedentes hereditarics.—Padre: chancro indurado hace 12 años; roseola, placas mucosas, alopecía, etc. Madre: tuvo también sífilis contagiada por el marido; exóstosis, dolores osteóscopos.

Antecedentes personales.—Hija única. Hasta hace un año ha gozado de buena salud; en esa época apareció la sordera que aumentó rápidamente hasta hacerse absoluta en el término de cuatro meses.

Estado actual.—Estado general bueno. Dientes tipo Hutchinson.

La sordera continúa en el mismo grado que anteriormente; es completa á todos los medios de exploración.

En el aparato auditivo no se encuentra nada que explique la sordera.

Diagnóstico.—Otitis interna heredo-sifilítica.

Tratamiento.—General mixto; fricciones de 2 gr. y ioduro de potasio 4 gr., inyecciones de pilocarpina al 1 %.

Se continúa el tratamiento durante dos meses sin ningún resultado.

V

Otitis interna sifilítica

F. A., 28 años, argentino, vacunado.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — Hasta la edad de 20 años, nada de particular. A esta edad, chancro sifilítico, placas mucosas, etc.

Es tratado regularmente, durante un tiempo que no puede precisar, por fricciones mercuriales, inyec-

ciones de bicianuro y albuminato de mercurio y ioduro de potasio.

En Mayo de 1891 empieza á notar disminución de la audición más marcada en el oído derecho, zumbidos de oídos y vértigos con movimientos rotatorios hacia el mismo lado.

Ocho meses después se encuentra al examen físico: oído externo y medio de ambos lados, nada de particular; tímpano con movilidad normal. Al examen funcional: oía el reloj á 10 cm. con el oído izquierdo, al contacto con el derecho: percepción craneana disminuída en su duración, la experiencia de Rinne da resultado positivo.

Diagnóstico. — Otitis interna sifilítica.

Tratamiento. — Fricciones mercuriales y ioduro de potasio 6 gr.; inyecciones de nitrato de pilocarpina empezando por 0,01 y llegando á 0,02; hidroterapia, tónicos, etc.

En quince días la mejoría fué manifiesta, acentuándose rápidamente hasta llegar á la curación completa.

CONCLUSIONES

I. Los accidentes auriculares en la sífilis, tanto adquirida como hereditaria, son bastante frecuentes.

II. Esta localización de la sífilis se manifiesta más comunmente en la forma hereditaria.

III. La sífilis adquirida localiza sus manifestaciones casi exclusivamente en el oído interno (dejamos de lado los accidentes del oído externo que son mafestaciones comunes de la sífilis).

IV. La sífilis hereditaria ataca el oído medio en su forma precoz y el oído interno en su forma tardía.

V. La sífilis adquirida ataca indistintamente el oído en los dos sexos. La hereditaria parece tener una predilección muy marcada por el sexo femenino.

VI. La ausencia de dolor, de reacción aguda y la poca abundancia de la supuración, caracterizan la otitis media purulente sifilítica.

VII. La otitis interna está caracterizada por su aparición brusca, por la intensidad de la sordera y su bilateralidad.

VIII. Las manifestaciones auriculares de la sífilis adquirida, cualquiera que sea la parte del órgano atacada, son de pronóstico favorable; tratadas desde el principio curan casi siempre.

IX. Las manifestaciones de la sífilis hereditaria presentan al contrario pronóstico más comunmente desfavorable.

X. Cualquiera que sea la forma de la sífilis y cualquiera que sean sus manifestaciones sobre el órgano

del oído excepto el accidente primitivo, debe siempre recurrirse al tratamiento mixto. En los casos particulares de otitis interna se acompañará de inyecciones hipodérmicas de pilocarpina que parece tener una acción real sobre esta parte del órgano; y en los de afección del oído medio, del tratamiento local apropiado (lavages é insuflaciones de polvos antisépticos, cateterismo de la trompa, ducha de Politzer, etc.)

ELISEO ORTIZ.

Julio 11 de 1893.

Buenos Aires Julio 11 de 1893

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo los señores Académico Enrique E. del Arca y Profesores Dres. Guillermo Udaondo y Eduardo Obejero.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Francisco Cogorno.

Buenos Aires, Julio 20 de 1893.

Esta tesis está en las condiciones de admisibilidad que exige el Reglamento.

Enrique E. del Arca.
Eduardo Obejero.
G. Udaondo.

Buenos Aires, Julio 28 de 1893

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Francisco Cogorno.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA TOPOGRÁFICA—Esqueleto y articulaciones del puño.
ANATOMÍA PATOLÓGICA—Miocarditis parenquimatosa.
ENFERMEDADES MENTALES—Forma pasiva del estupor.
FISIOLOGÍA—Análisis espectral de la sangre.
HIGIENE—Pavimentación.
HISTOLOGÍA—Estructura de la traquea y bronquios.
MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—Diuréticos.
MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA—¿El suicidio es punible por la ley?
OBSTETRICIA—Eclampsia.
PATOLOGÍA GENERAL—Glicosuria.
PATOLOGÍA EXTERNA—Heridas del cerebro.
PATOLOGÍA INTERNA—Dilatación y estrechez del esófago.

BIBLIOGRAFÍA

Semaine Médicale— Años 1889 á 1893.

Britisch Medical Journal—Años 1885-93.

Société franc. de laryng et d'otologie—1885.

» des medic. ruses—1889.

Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie—Años 1883-93.

Revue de sciences médicales—hayem—1879-92.

Progrès Médical—1887

Annales de dermat et syphiligraphie—1870-93.

» des maladies de l'oreille, etc. (Gouguenheim) Años 1885-93

Lévy—Maladies de l'oreille, 1885.

Toinbeé— » » 1874.

Parrot—La syphilis hereditaire et la rachitis, 1886.

Fournier— » » tardive.

» Periode preataxique du tabes.

» De l'ataxie locomotrice.

» Syphilis du cerveaux.

Jegú—Theses de Paris.

Hutchinson—Syphilis hereditaire.

Lancereaux—Traité de la syphilis.

Adam Politzer—Maladies de l'oreille, 1884.

Urbantschitsch— » » » 1881.

Trœltsch— » » » 1870.

Hartmann— » » » 1890.

Gellé— » » » 1885.

Fournier—Leçons cliniques sur la syphilis, 1881.