



AÑO 1918

N. 3404

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*M. B. 20.2*

# Sífilis pulmonar en el adulto

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CAYETANO FELISONI

EX-practicante del Instituto Jenner, años 1910-1911-1912

EX-director de la Sala de Primeros Auxilios de Sáenz Peñaa (prov. Buenos Aires)  
años 1913-1914-1915

EX-practicante menor y mayor del Hospital Italiano, años 1916-1917



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

SIFILIS PULMONAR EN EL ADULTO



**Año 1918**

**N. 3404**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# **Sífilis pulmonar en el adulto**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**CAYETANO FELISONI**

Ex-practicante del Instituto Jenner, años 1910-1911-1912

Ex-director de la Sala de Primeros Auxilios de Sáenz Peñan (prov. Buenos Aires)  
años 1913-1914-1915

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Italiano, años 1916-1917



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

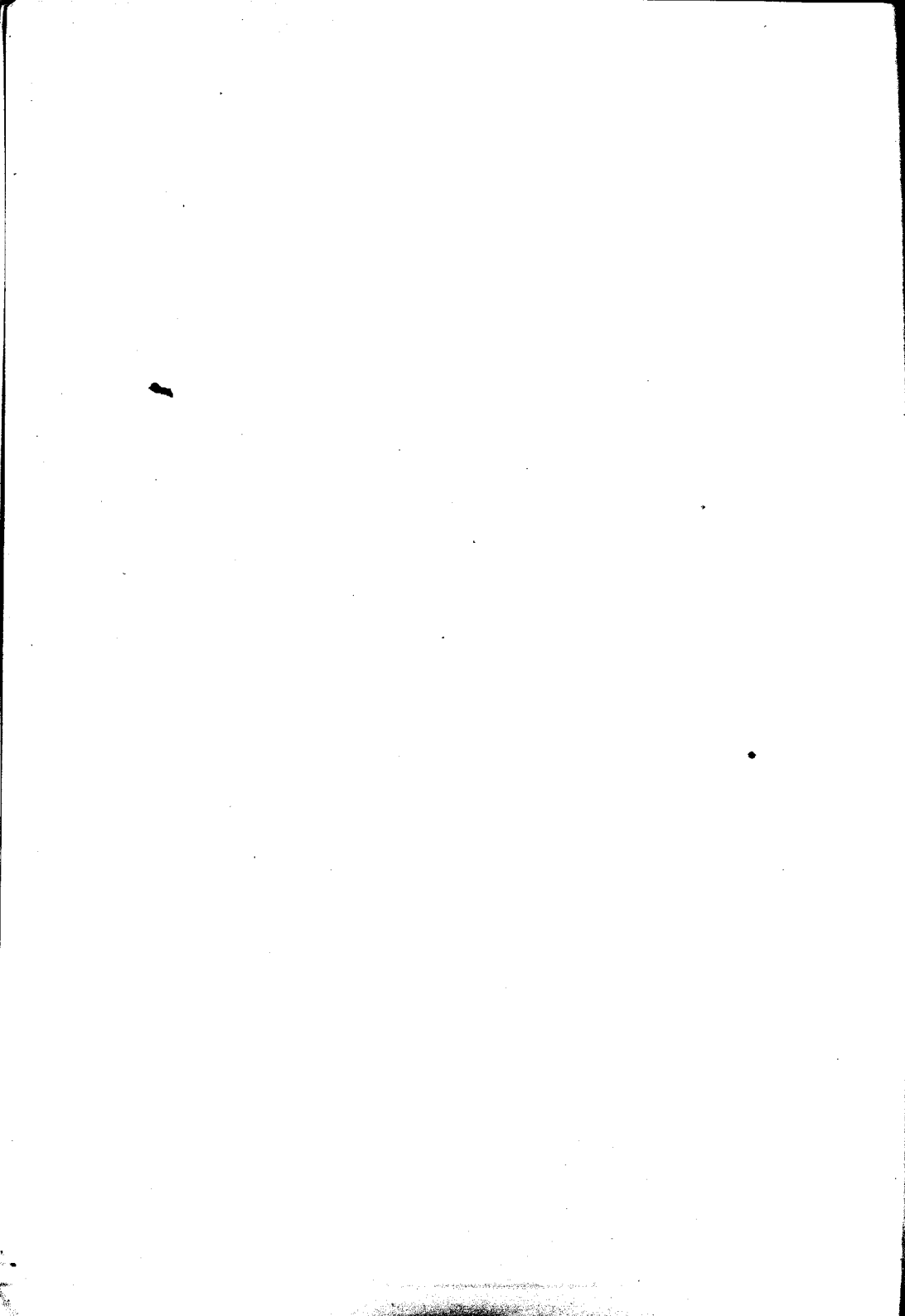
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

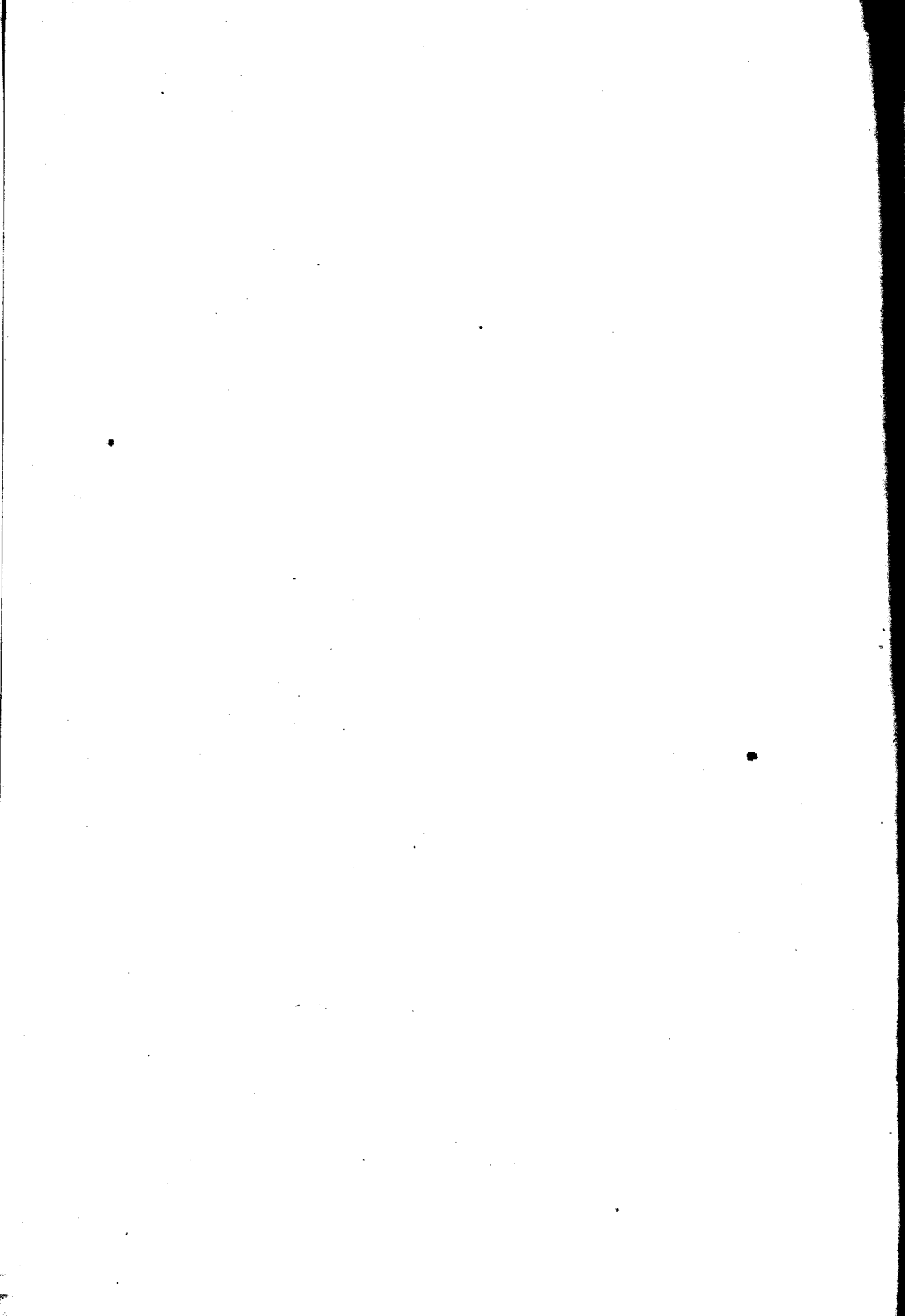


## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

### Consejeros

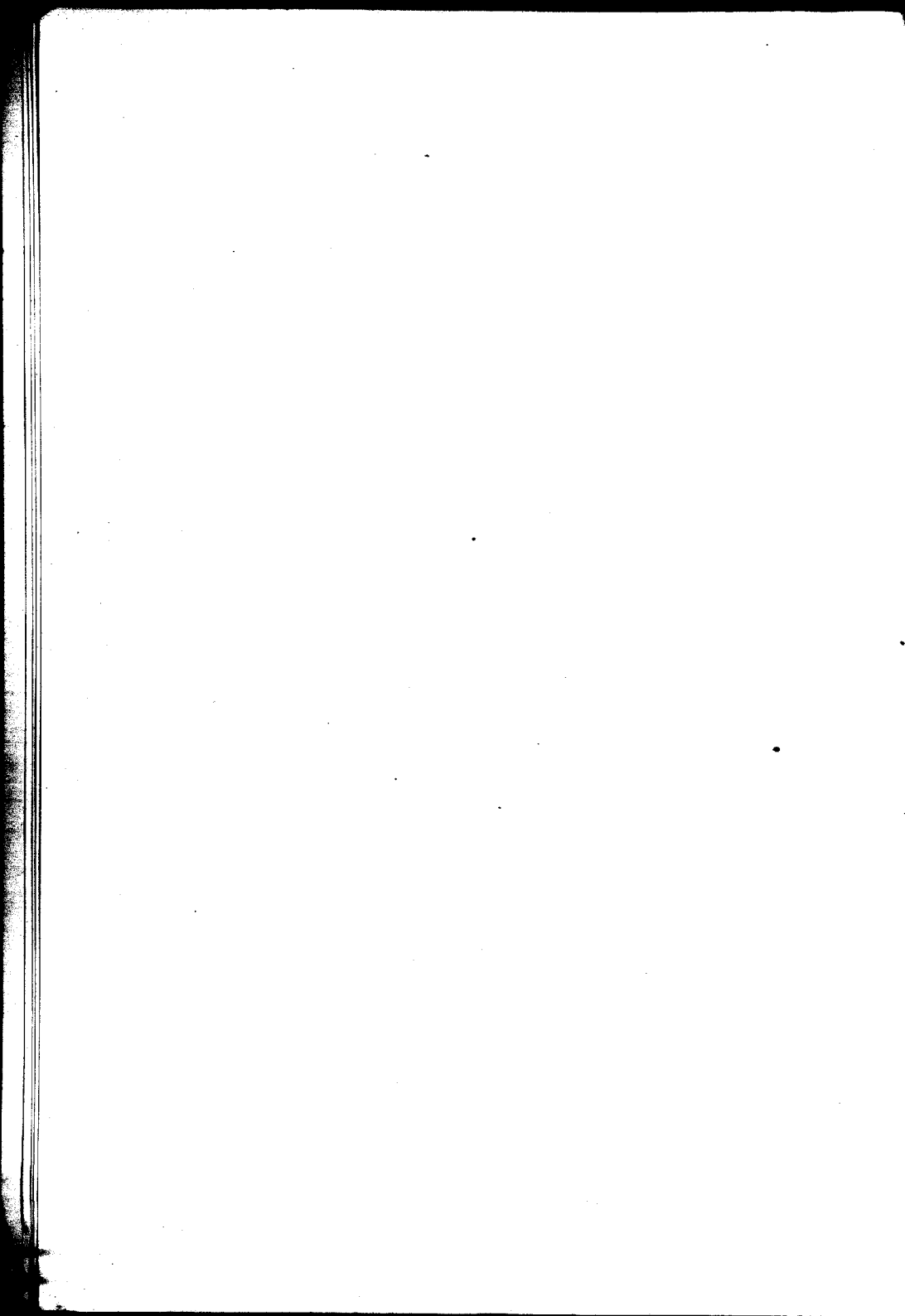
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

### Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

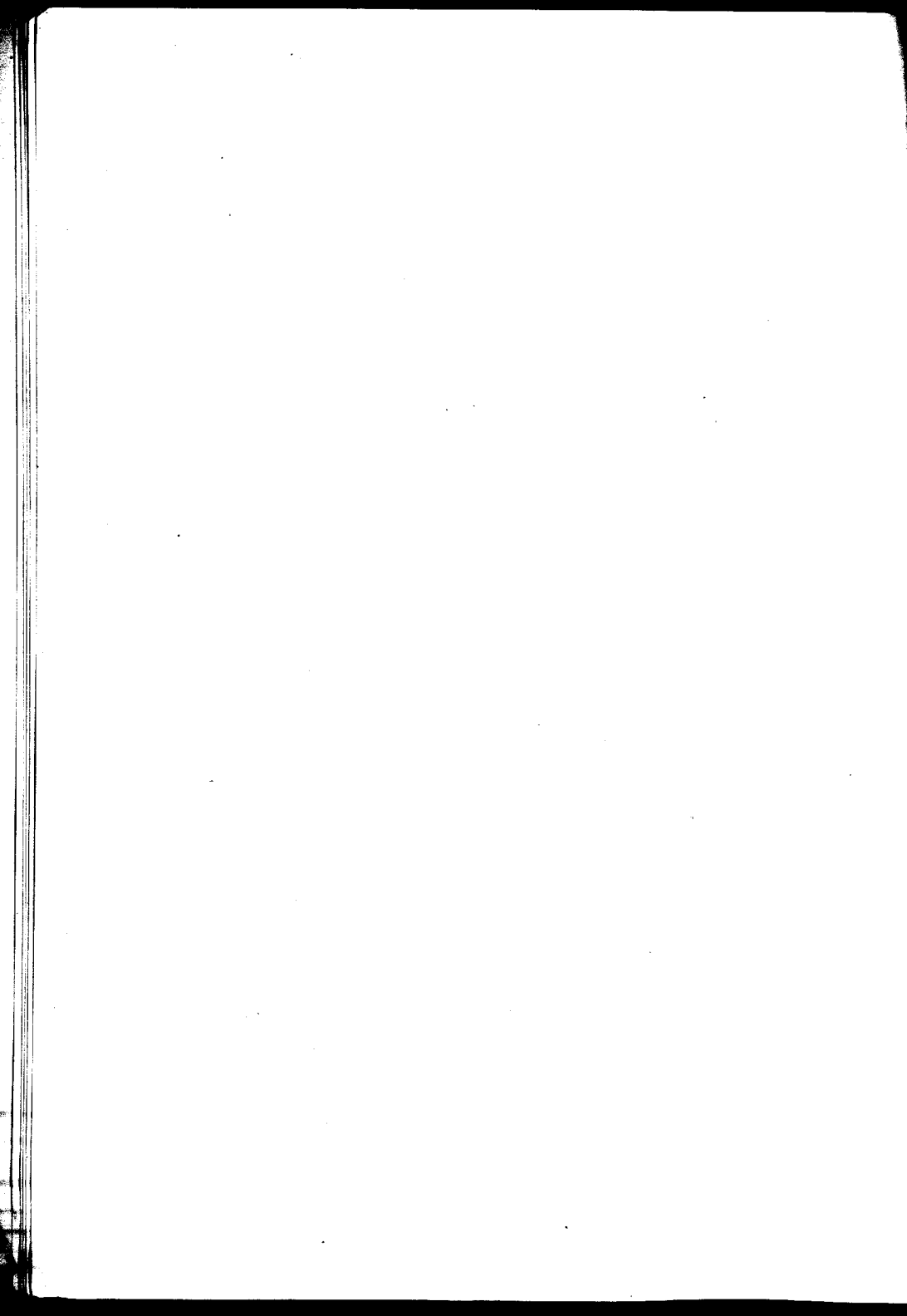
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

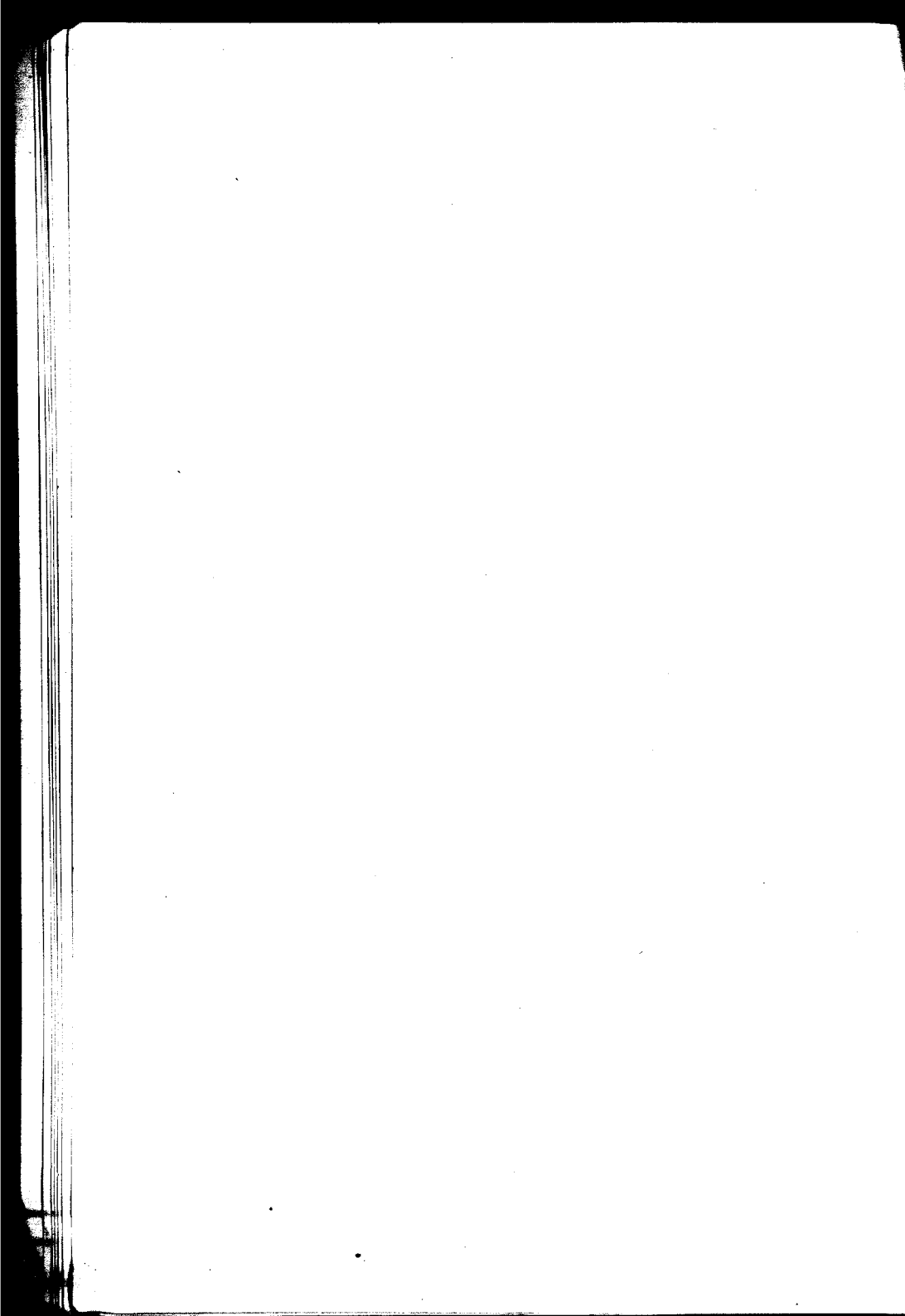
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



## ESCUELA DE MEDICINA

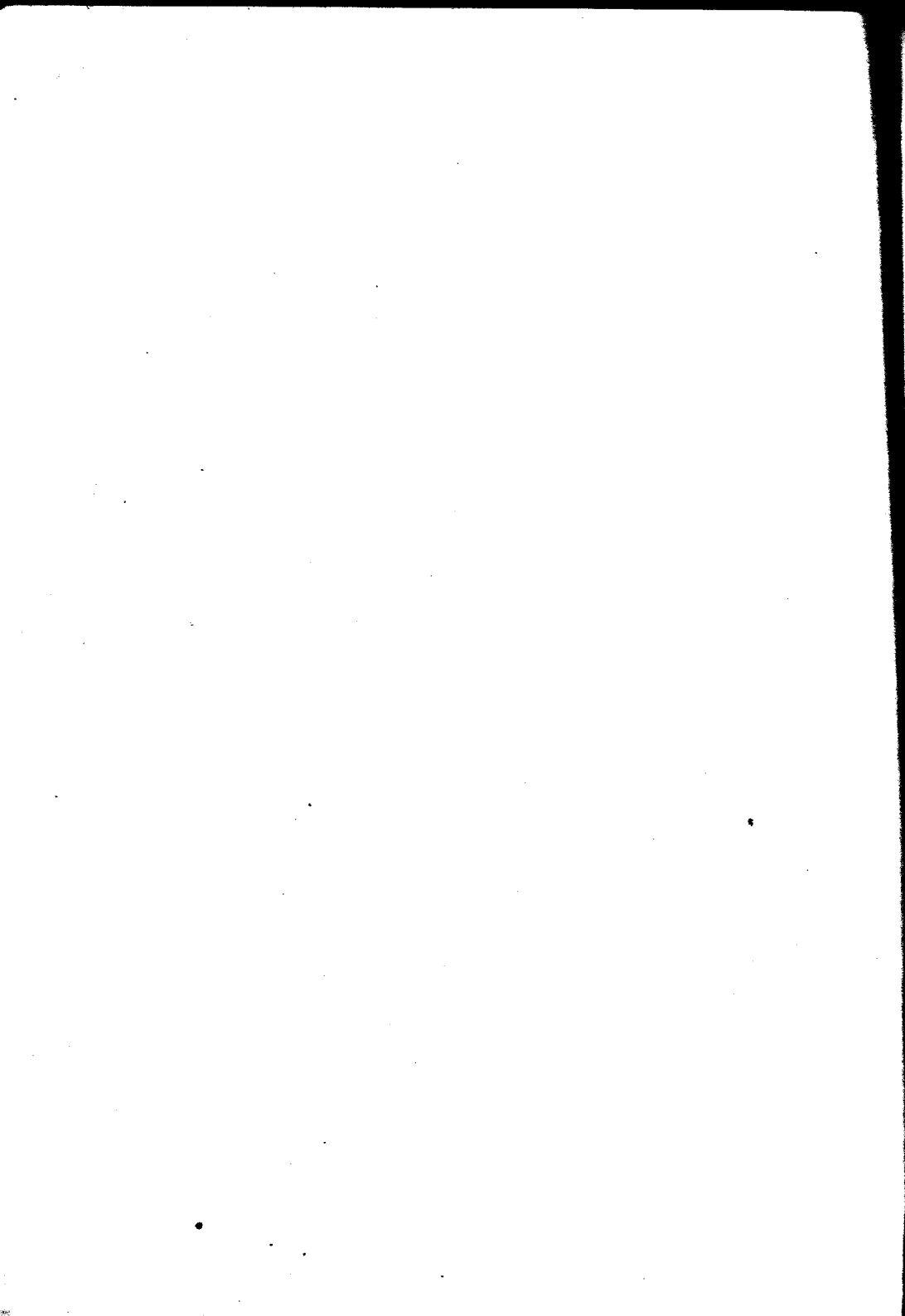
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

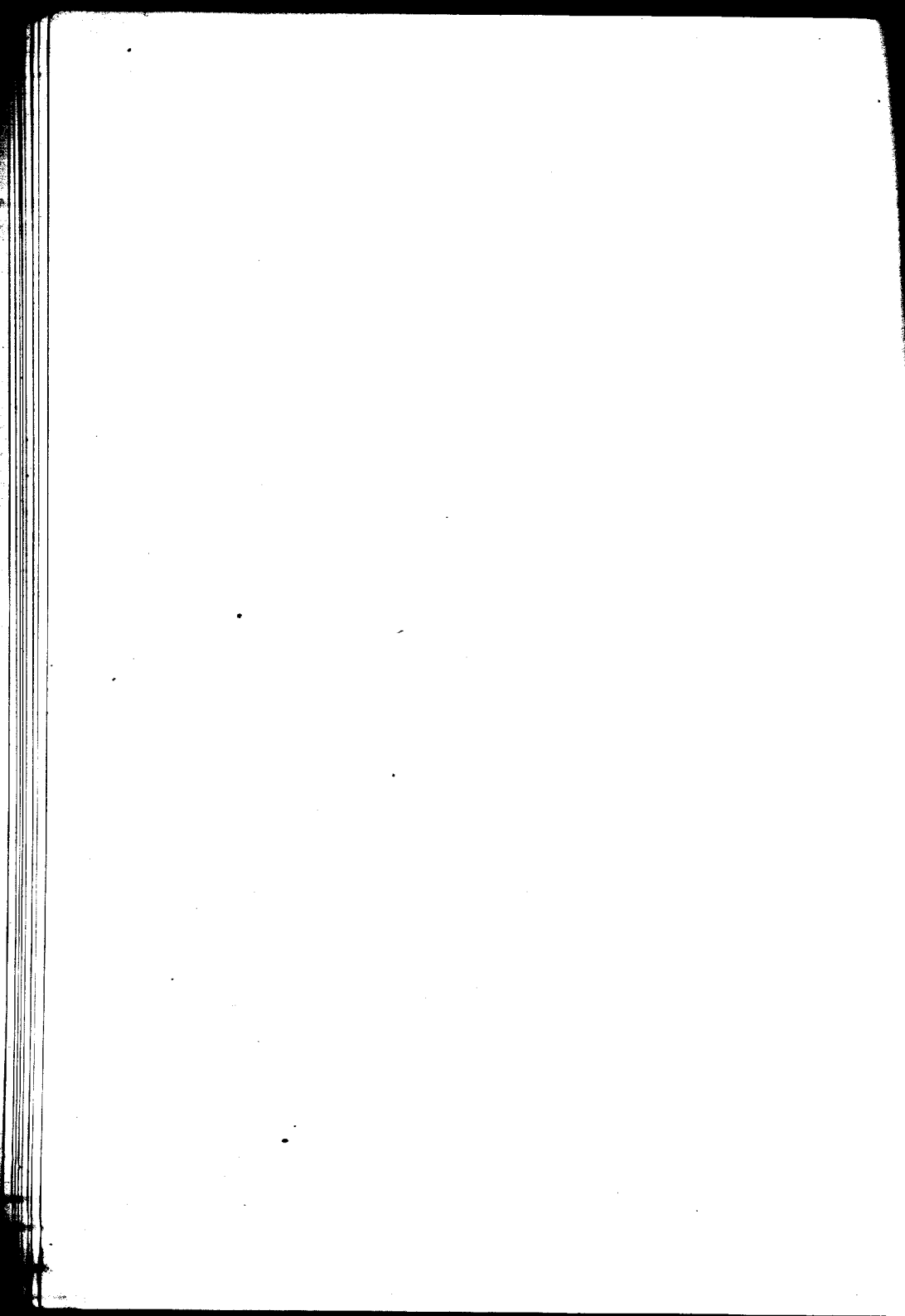
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Botánica Médica .....	R. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología » .....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología médica.....	DR. GILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOUSEAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARCE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARROSELLI
Clínica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONOMO EDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITTON
» epidemiológica.....	» PEDRO J. HARDOY
» oftalmológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» oto-rino-laringológica.....	» ANGEL H. ROFFO
Patología interna.....	» PEDRO ELIZALDE
Clínica quirúrgica.....	» JOSÉ MORENO
» Neurológica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» Médica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» pediátrica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» ginecológica.....	» CASTRIPORTI LUGONES
» obstétrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Medicina legal.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
Clínica Psiquiátrica.....	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BAIANA
	» JOAQUÍN SÚN POSADAS
	» FERNANDO E. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETTI
	» RAÚL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» BELLE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» ARMANDO E. MABOTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO E. LAMBIVAR
	» JORGE LEYRO DIAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS H. KENNY
	» GILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMIETI
	» RÓMBULO H. CRIPFORI
	» JUAN JOSÉ VITTON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERC
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACORO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS SALVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO TRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FERNANDO J. TRONCÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RUSSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABAÏSTOU
	» ENRIQUE A. BORO
	» JOSÉ A. BERUPE
	» NIGANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. OSBECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
	» AMABLE JONES



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

#### *Segundo año:*

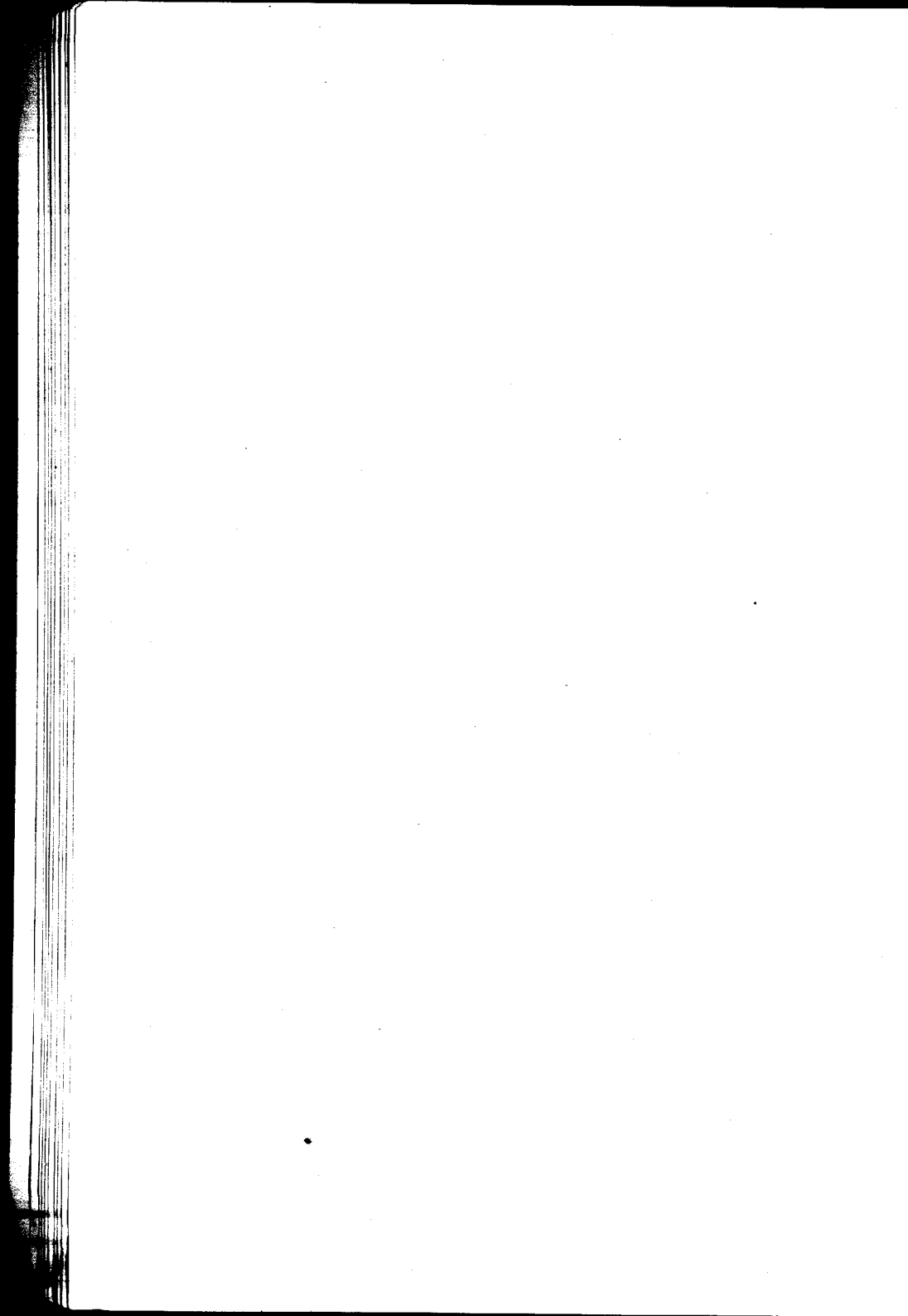
Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

---



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica (1er curso)...  
 Higiene, Ética y Legislación.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....  
 Técnica farmacéutica (2º curso)...

### Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO  
 » JULIO J. GATTI  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » ADOLFO MUJICA  
 (Vacante)  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » RICARDO SCHATZ  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ  
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....

### Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHIETTI  
 » TOMÁS J. RUMI  
 » ANGEL SABATINI  
 » EMILIO M. FLORES  
 » ILDEFONSO C. VATTUONE  
 » PEDRO J. MÉSIGOS  
 Dr. LEIS GUGLIAMELLI  
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 » PASCUAL CORTI  
 » CLEOFÉ CROCCO  
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ  
 Sr. OSCAR MIALOCK

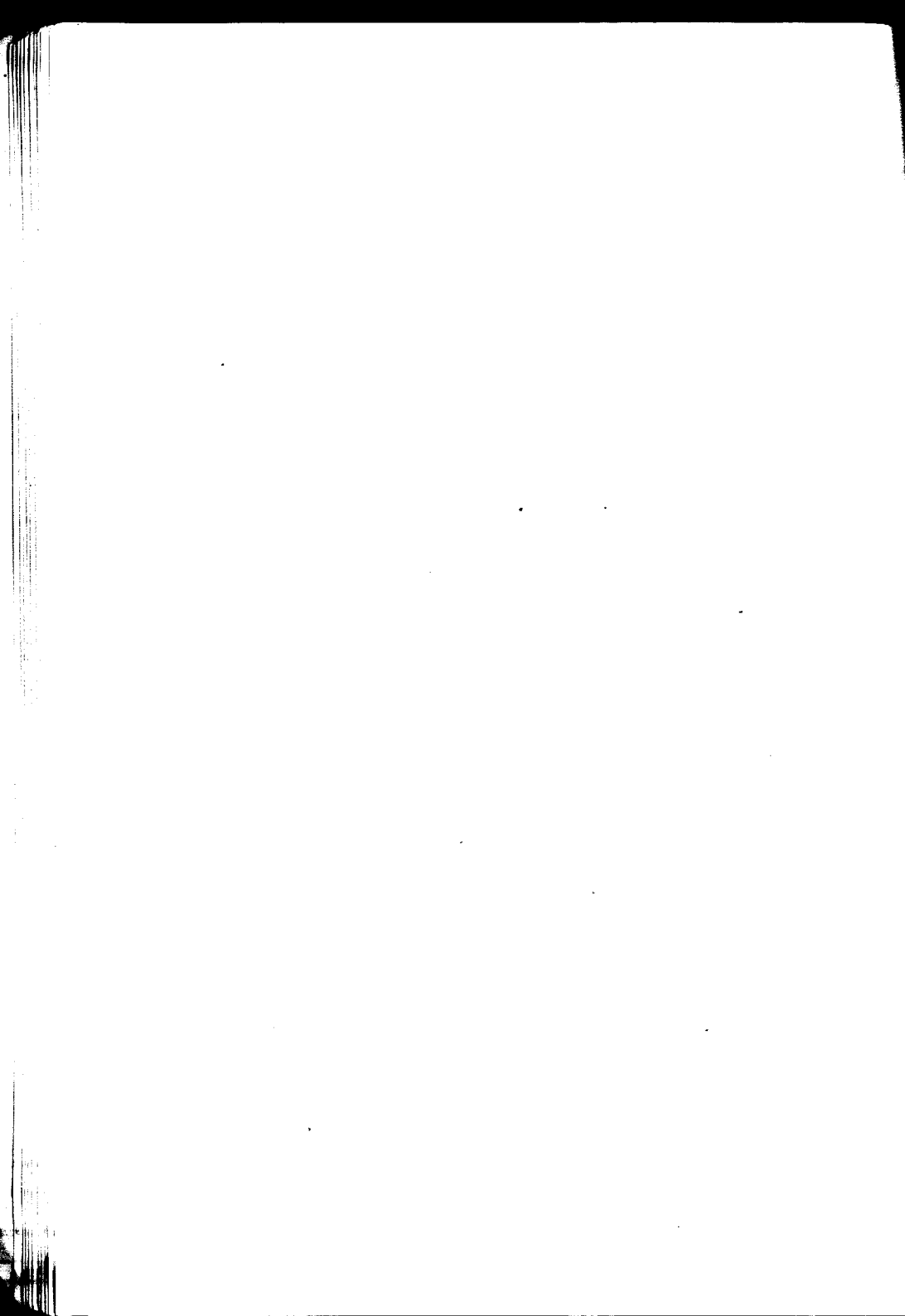
## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

Complementos de Matemáticas....  
 Mineralogía y Geología.....  
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....  
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....  
 Química biológica.....  
 Química analítica aplicada (Bromatología).....  
 Física general.....  
 Bacteriología.....  
 Toxicología y Química legal.....

### Catedráticos titulares

— —  
 — —  
 — —  
 — —  
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)  
 » PEDRO J. PANDO  
 — —  
 — —  
 » CARLOS MALBRÁN  
 » JUAN B. SEÑORÀNS



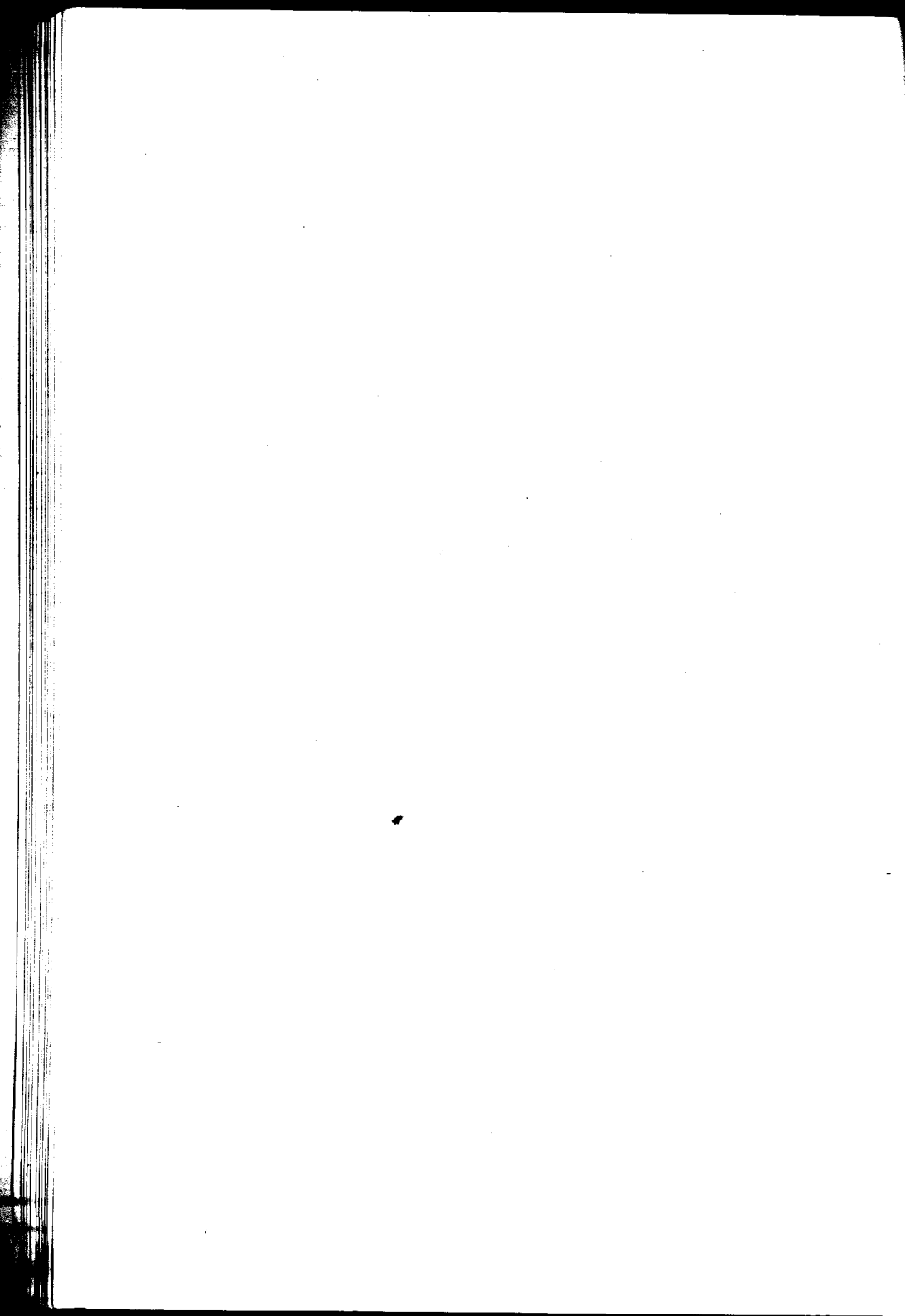
## ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

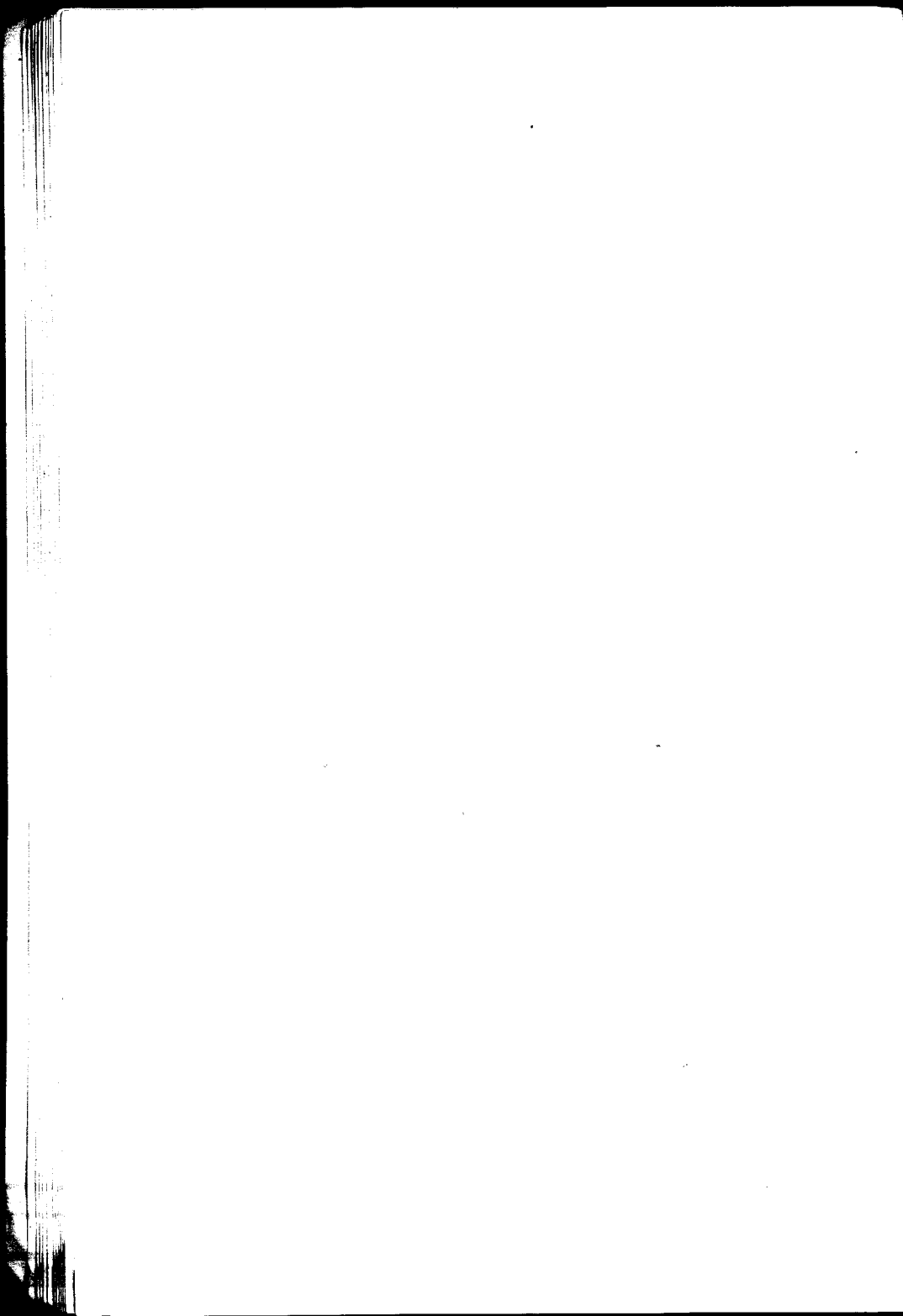
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA ( » )
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



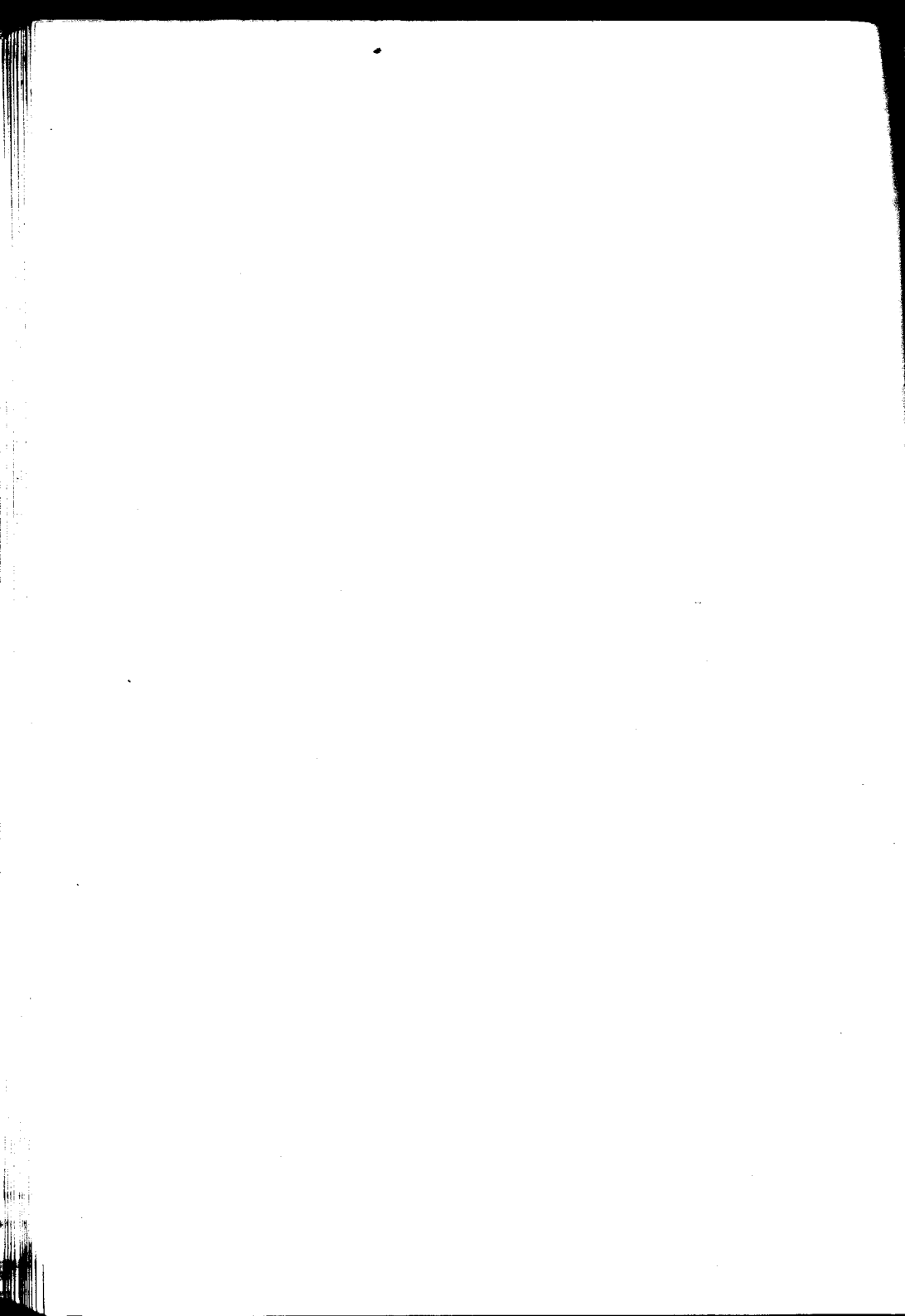
A MI PADRINO DE TESIS:

Dr. FRANCISCO L. GRAPIOLO

Jefe de Clínica Médica del Hospital Italiano, que me honra acompañándome  
en este acto

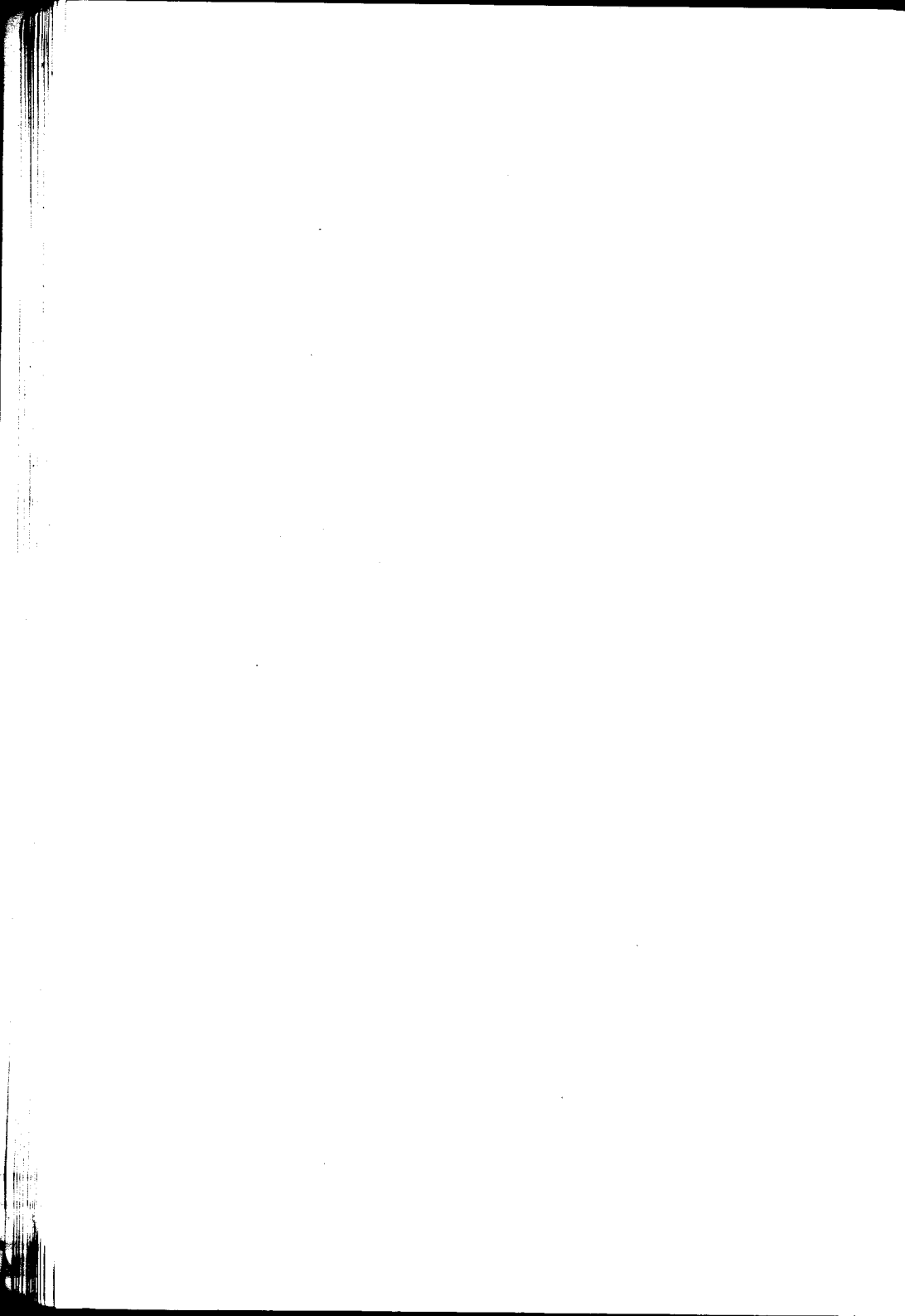


A MI PADRE

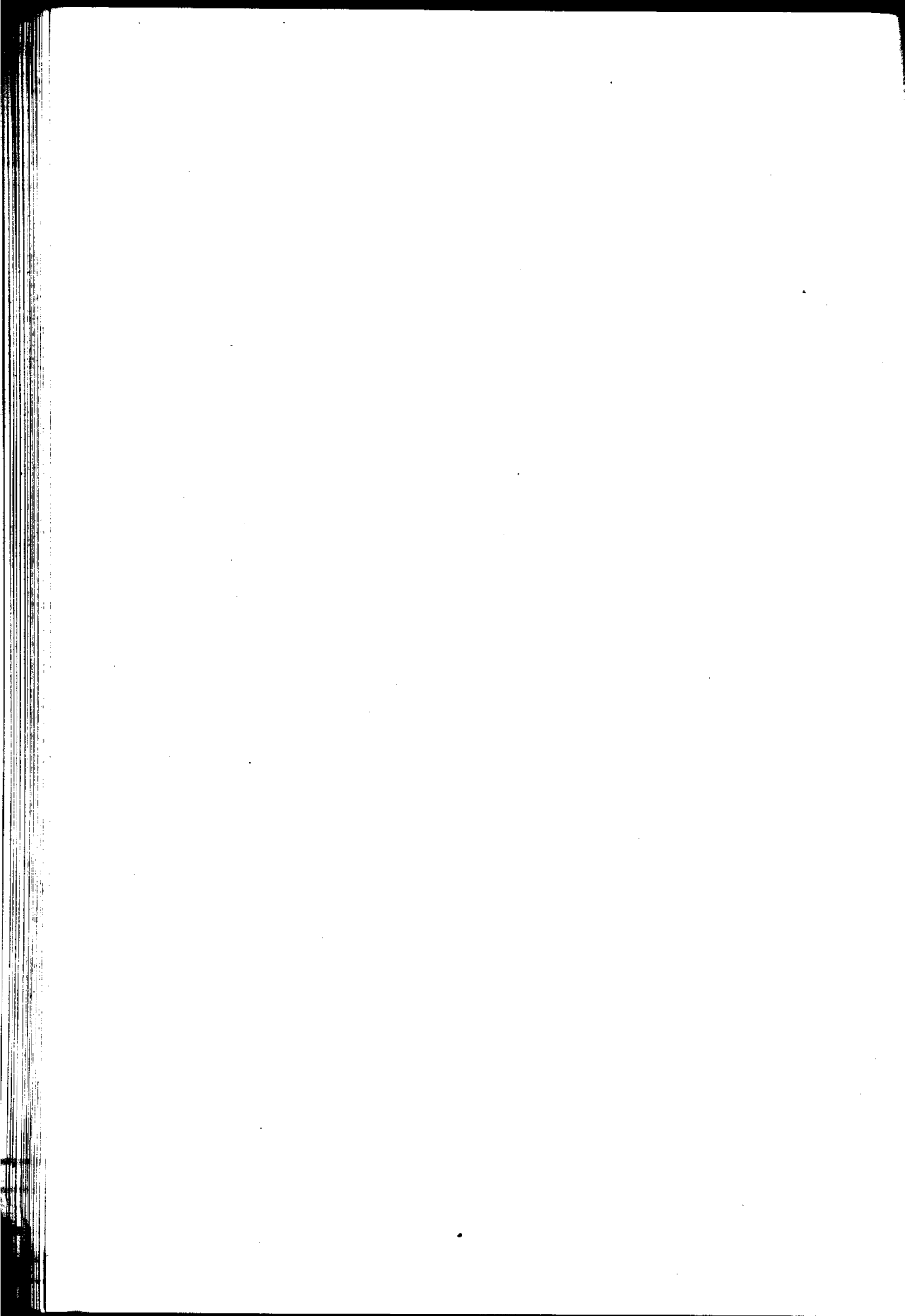


A MI MADRE

A MIS HERMANOS



A MI NOVIA



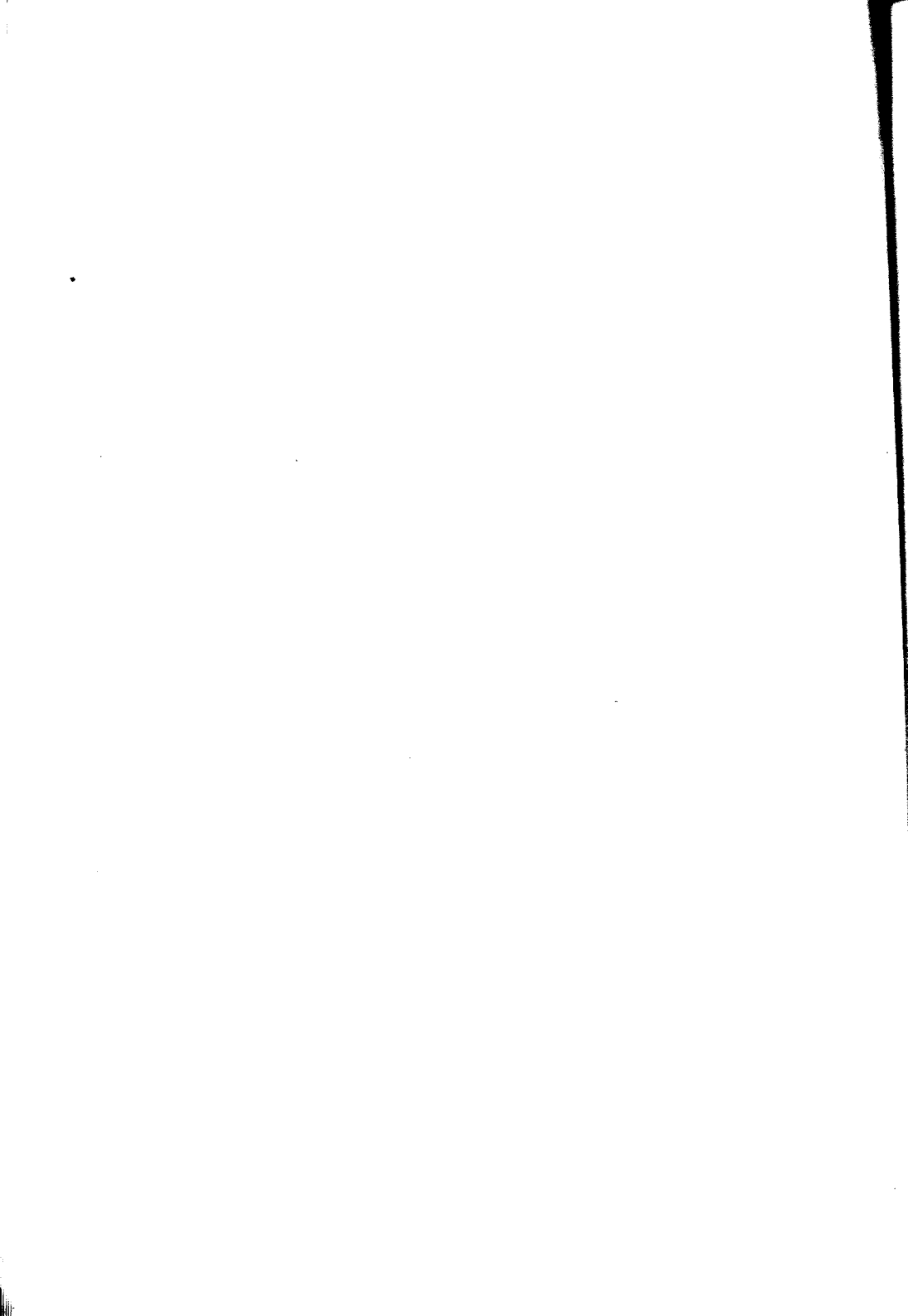
A LOS DOCTORES

MANUEL CAUSSI

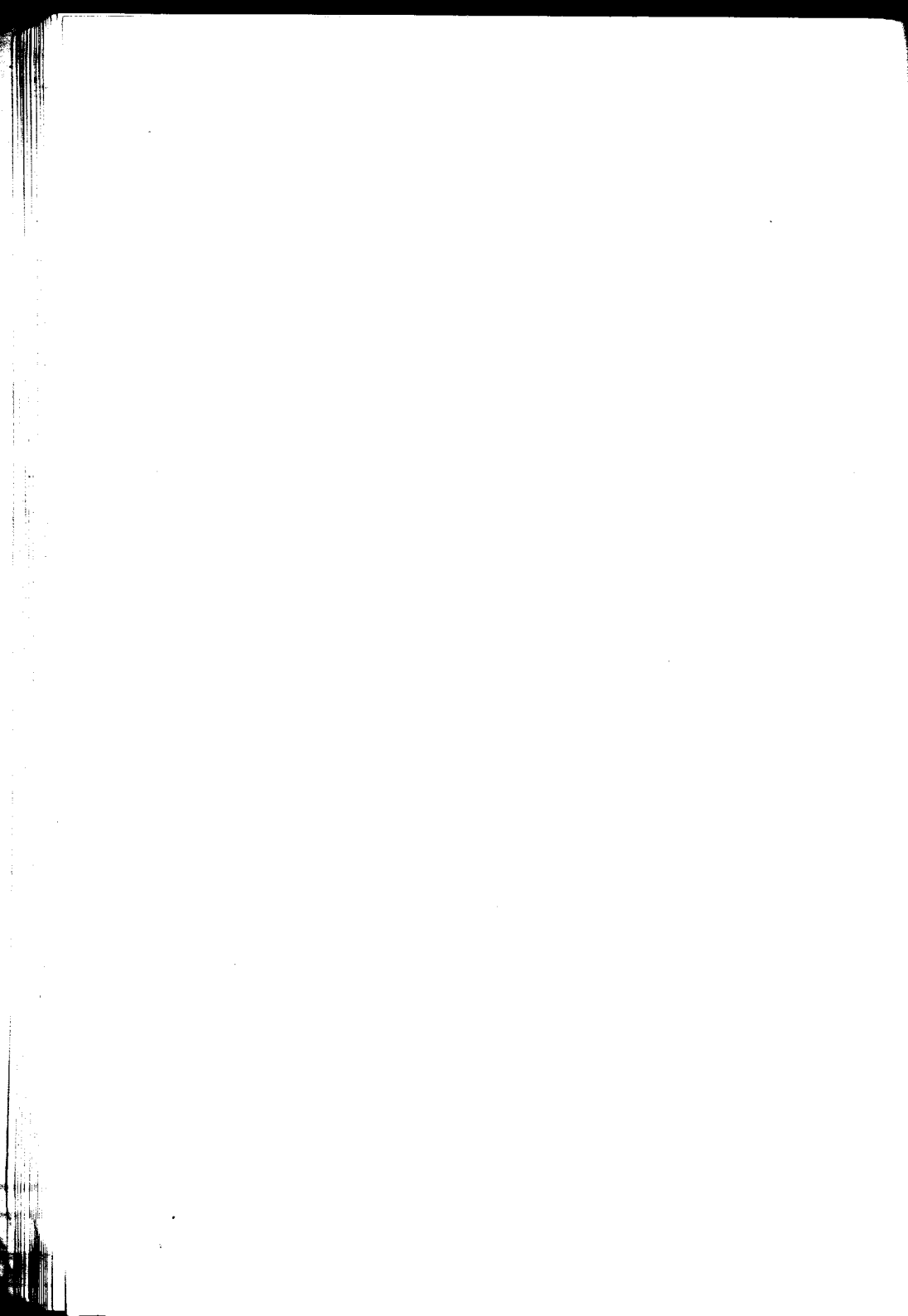
ROBERTO MAGLIONE

RICARDO CALUSIO

FÉLIX M. GAGLIARDO

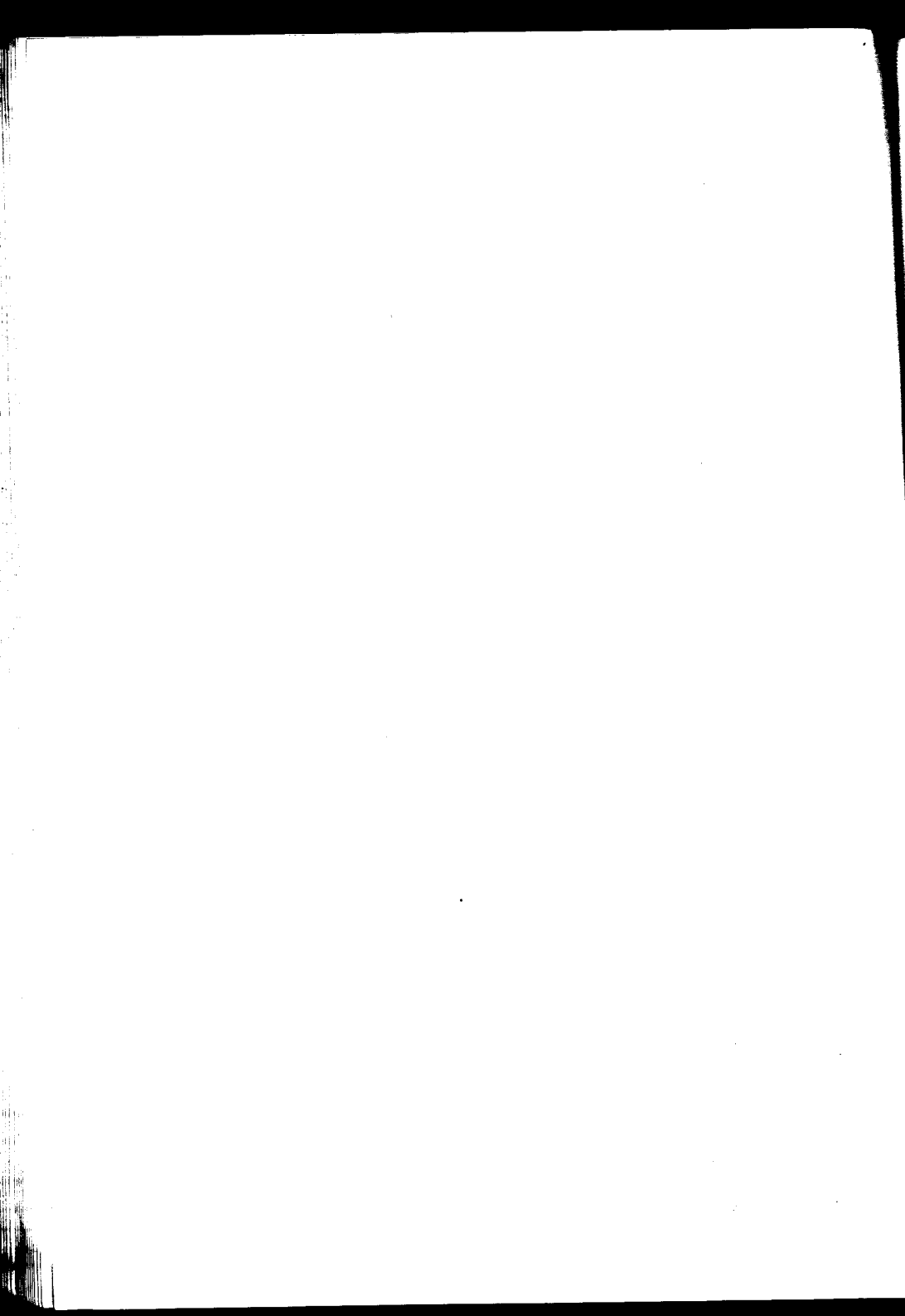


A MIS AMIGOS



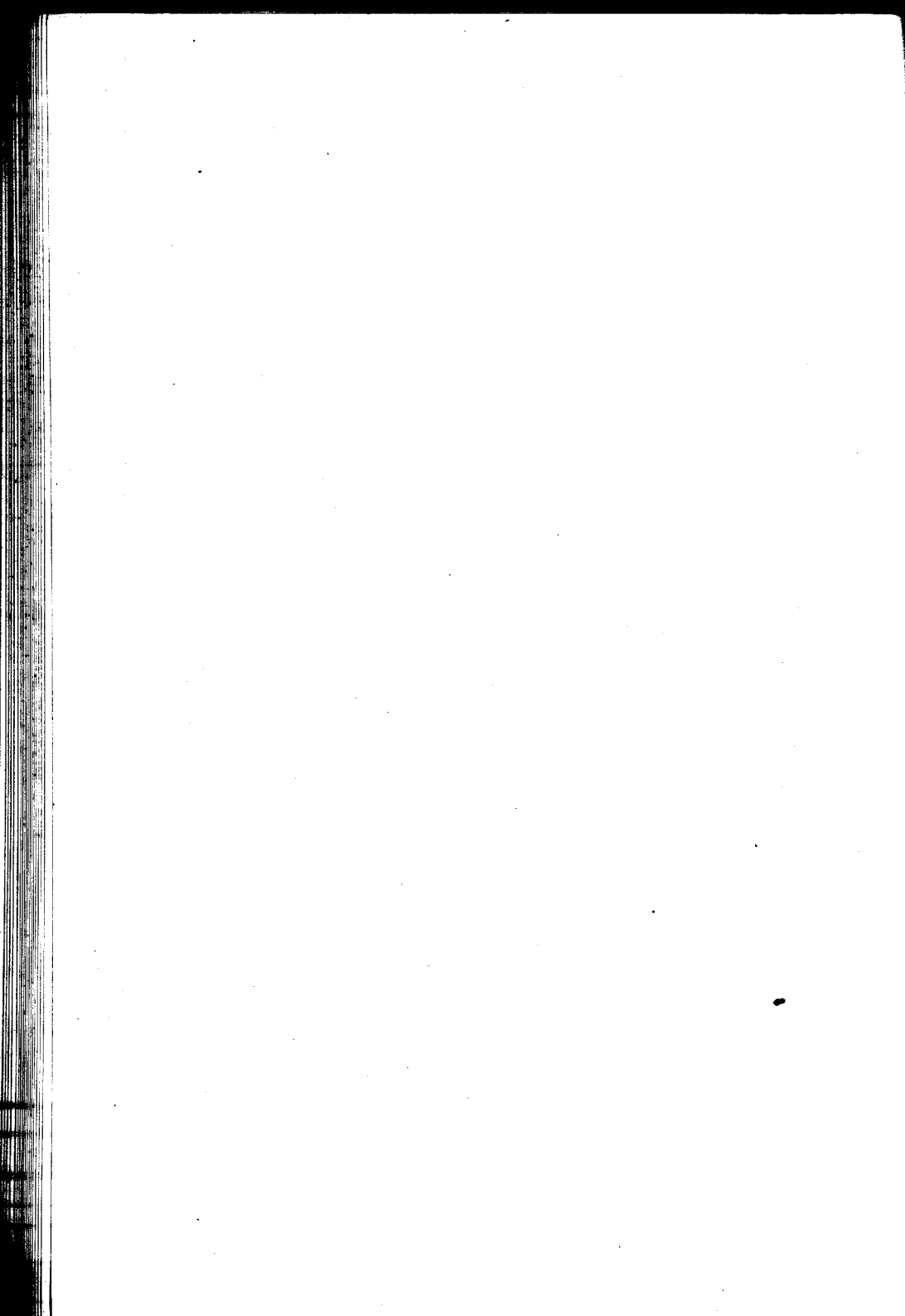
A LOS MUERTOS . . . .

.....cuyos despojos sirvieron para la enseñanza!



¡A LOS QUE SUFREN.....

Si te postran diez veces, te levantas  
Otras diez, otras cien, otras quinientas  
No han de ser las caídas tan violentas...  
Ni tampoco por ley han de ser tantas!..  
(.....*Almafuerte*)



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con esta última contribución me aparto para siempre del aula, donde he pasado de mi vida, los mejores años.

Llevo en mi corazón, gratos recuerdos de aquellos profesores que tuvieron para mí junto a la palabra severa del maestro, esa dosis de bondad que nunca ha de faltar en el haber de todos los que se dedican, a la noble misión de aliviar los dolores ajenos!...

Quiero recordar en estas líneas al distinguido Doctor Francisco L. Grapiolo, a cuyo lado en el Hospital he recogido muchos conocimientos y sanos consejos... Al Doctor Américo Rocco mi jefe de sala, por su gentileza y caballerosidad...

A los Doctores: Lenzi, Paglieri, Caliguiri, Pi-

ni, Zerbini, Callegari, Berisso, Becco, Priani y Pozzi... imborrable afecto.

Al Doctor Roberto Maglione... grande estimación y reconocimiento y a quien dedico una de estas páginas.

A los compañeros de Hospital... mi más cariñoso recuerdo.

## CAPITULO I

### Historia

La sífilis ha sido una enfermedad de todos los tiempos. Confundida entre el conjunto de afecciones venéreas y otras como la lepra, su existencia queda a pesar de todo, perfectamente sospechada en las leyendas de los pueblos antiguos.

Las medidas profilácticas aconsejadas por Moisés, son quizá el primer documento que poseemos. Las cruzadas se encargaron de transportarla a Europa, quedando allí durante mucho tiempo poco conocida. Por entonces la lepra causaba grandes estragos y es posible que las ulceraciones seguidas de caries óseas de que nos hablan algunos escritos de esa época no fuesen sino causadas por la sífilis. Con el descubrimiento de América hizo su aparición en el Nuevo Mundo.

En el siglo XVI Ambrosio Paré, la menciona, asociada a otras enfermedades. Contemporáneamente algunos autores nos hablan de *tisis pulmonar* causada por el mal venéreo. Esta es la primera mención que se hace de la *neumosifilosis*. En el siglo XIX Suediatur, Portal, Bell y algunos más, relatan algunos casos de *tisis sífilítica*, curable por el mercurio. A mediados de ese mismo siglo, infinidad de autores, entre ellos Depaul, Menk, Mac-Carthy y el gran Ricord, dan un impulso considerable al asunto, atestiguan-do la existencia en el pulmón, de lesiones características de la sífilis, en el período terciario.

Es con los progresos de la anatomía patológica y de la semiología, que comienza una era de más certidumbre y mejor documentada. Al estudio microscópico se añade más tarde el histológico y las observaciones se multiplican.

## CAPITULO II

### Etiología

La sífilis ataca a todas las razas. Se ha pretendido que algunas de ellas, como la negra, eran inmunes, pero no se ha comprobado de una manera verídica. En cuanto a su transmisibilidad a los animales, muchos autores, entre ellos Turenze, Sigimund, Fournier, etc., obtuvieron algunos resultados que más tarde fueron confirmados por los trabajos de Metschnikoff y Roux, sobre los monos, especialmente los chimpancés. En el hombre el contagio se lleva a cabo de una manera directa, indirecta y por herencia.

La transmisión por contagio directo o indirecto, reconoce el agente patógeno, el *treponema pallidum* o *spirochaeta* de Schaudinn, y el modo por el cual se introduce en el organismo; va-

le decir, la inoculación, siendo ésta absolutamente indispensable, no pudiéndose admitir la infección sin una puerta de entrada, constituyendo de esta manera la sífilis adquirida.

Constituída la lesión inicial que no entraré a describir aquí, cabe preguntar, ¿cómo invade la sífilis los diferentes órganos y en especial los pulmones?

La vía vascular es un medio indiscutible de transporte del treponema, lo atestiguan las lesiones perivasculares encontradas en el pulmón, a pesar de las localizaciones peribrónquicas, observadas frecuentemente. Para estas últimas la vía linfática sería el medio de propagación. Otras veces sucede que una lesión bronquial se propaga al pulmón, siendo entonces la vecindad, otro medio de propagación.

Ahora bien, quedan por saber las razones por las cuales es atacado el pulmón en circunstancias en que ninguna otra víscera lo está. Todas las afecciones que son motivo de debilitamiento pulmonar serían causas predisponentes.

En cuanto a la edad, diremos que se observa en todas las épocas de la vida. Para el adulto el término medio es según Bériel a los 40 años. El sexo parece influir de una manera notable, habiéndola encontrado Carlier 47 veces en el hombre y 28 en la mujer.

En cuanto a su frecuencia, la sífilis pulmonar no es tan rara como podría creerse a juzgar por los pocos trabajos que se conocen al respecto, sino por el contrario, los hallazgos aumentan diariamente, a pesar de los errores de diagnóstico muy comunes acerca de esta afección.

El período en el cual se manifiestan las lesiones sífilíticas del pulmón, es con mayor frecuencia el terciario para el adulto; sin embargo, Fournier, Neumann y Lag, han presentado casos de sífilis del pulmón, en el período secundario. Dam, cita un caso que apareció un año después de la aparición del chancro y más notable es el presentado por Henop: Tratábase de un joven que había tenido la úlcera inicial hacía 8 meses y presentaba gran cantidad de pequeños gomos en ambos pulmones.

Al lado de estos casos precoces existen otros cuyas manifestaciones pulmonares aparecieron 15, 20 y hasta 23 años después del contagio. Resumiendo, podemos decir que las estadísticas tanto para ésta, como para todas las enfermedades no tienen nada de absoluto.

En cuanto a la frecuencia de las diferentes formas clínicas de sífilis pulmonar, todo depende de la interpretación clínica dada a cada caso. A pesar de todo, podemos decir, que las formas agudas son raras, mucho más común lo se-

ría la forma crónica, a despecho de las confusiones frecuentes que con la tuberculosis pulmonar podría hacerse.

## CAPITULO III

### Anatomía patológica

La sífilis pulmonar en el adulto se inicia por lo general en el período terciario, en cuyo momento la enfermedad tiende a localizar sus manifestaciones.

Balzer, describe tres formas:

1.º *Sifilosis pulmonar circunscripta, gomosa o esclerogomosa.*

2.º *Sifilosis pulmonar difusa* con predominio de esclerosis;

3.º Variedades raras.

La primera forma presenta, dos lesiones importantes; a saber:

1.º Una lesión circunscripta en forma de nódulos de diversos tamaños, *el goma.*

2.º Una lesión más o menos difusa: *la esclerosis.* Esta última —dice Balzer— puede extender-

se mucho; pero es raro que abarque todo entero el aparato bronco-pulmonar. En ambos casos pueden presentarse juntas las dos lesiones o bien separadamente. Lancereaux, cita un caso en que en un pulmón predominaban los gomas y en el otro la esclerosis.

*Goma pulmonar.* —El nódulo sifilítico debe estudiarse en sus dos etapas, ya de crudeza, ya de reblandecimiento. En el estado de crudeza se presenta como un núcleo de forma más o menos redondeada y de diversos tamaños, desde un grano de maíz hasta el de un huevo. Se sitúan comúnmente en la raíz de los bronquios. Al corte se presentan como una masa opaca, blanquecina y dura. En este estado puede quedar durante mucho tiempo.

Viene después la segunda etapa del goma. En este momento la caseificación se inicia por su parte central que se colorea de amarillo ocre, todo el goma se reblandece y disgrega, presentando un contenido de un aspecto de goma arábica. Dicho contenido puede reabsorberse o bien ser eliminado por los bronquios, (raro, Bériel). Una vez vaciado el goma se cierra por adosamiento de sus paredes, dejando en su lugar una cicatriz retráctil y fibrosa, que avanza más o menos irradiándose por los tejidos vecinos.

*Histología.* —Al principio de su desarrollo el go-

ma se presenta al examen microscópico, constituido por una cubierta (cápsula) y un contenido caseoso. La cápsula es espesa, constituida por células fusiformes y embrionarias que se agrupan, ora alrededor de pequeños vasos dilatados, ora formando masas más o menos compactas.

En cuanto al contenido o centro caseoso, está constituido por un acúmulo de células que han sufrido la degeneración gránulo grasosa; hay fibras elásticas provenientes de las paredes alveolares y alguno que otro tracto fibroso.

En resumen, podemos decir, que el goma se forma a expensas del parénquima alveolar y del tejido intersticial, que se caseifica y se necrosa en un período ulterior de su evolución, cuando los vasos por hiperplasia de sus paredes concluyen por obliterarse. Podemos establecer entonces, que las paredes de los vasos, durante mucho tiempo permeables constituyen el punto de partida para la formación de los gomas.

*Diagnóstico anatómico.* —Las semejanzas que existen entre las lesiones anatómicas de la sífilis pulmonar y la tuberculosis, crean muchas dificultades para el diagnóstico. Latulle, que ha estudiado muy bien la cuestión, establece así los principales caracteres diferenciales:

*Sitio.* —La tuberculosis pulmonar ocupa espe-

cialmente los vértices y es bilateral. La sífilis ocupa más bien la parte media o la base del pulmón, hacia su hilio.» «Es unilateral y ocupa habitualmente el pulmón derecho.» «Los gomas son siempre menos numerosos que los tubérculos.»

*Forma y volumen.*—La forma de los tubérculos es bastante regularmente redondeada; son pequeños, crecen rápidamente y rápidamente también se caseifican y reblandecen.

El goma difiere del tubérculo, no sólo por el color blanquecino y por la consistencia más sólida, sino también, por su forma irregular, sus contornos sinuosos, pudiendo crecer durante mucho tiempo sin reblandecerse.

*Transformación.*—El tubérculo se caseifica, se reblandece, se calcifica y a menudo se infiltra de carbón. El goma se caseifica; pero, contiene a menudo un líquido mucoide que no existe en el tubérculo. Habitualmente no se infiltra ni de carbón ni de sales calcáreas.

*Evolución fibrosa.*—El tubérculo se circunda de una zona fibrosa, poco retráctil, a menudo infiltrada de carbón y sales calcáreas. La esclerosis perigomosa es más irregular, radiante y retráctil.

*Estado de los bronquios y de parénquima.*—La dilatación o la estenosis muy rara en la tuberculosis, se observa más frecuentemente en la sí-

filis con espesamientos fibrosos peribronquiales.

Por contra, la bronquitis secundaria y la inflamación secundaria del parénquima son más precoces y más extendidas en la tuberculosis que en la sífilis.

*Lesiones accesorias.*—En la tuberculosis las lesiones traqueales o laríngeas, raramente curan, en la sífilis, ellas curan dejando cicatrices deformantes, que llevan a la dilatación o a la estenosis. La pleura es más raramente atacada en la sífilis que en la tuberculosis. Al contrario la piel o las vísceras; hígado, testículos, etc., son frecuentemente atacados en la sífilis, mientras que en la tuberculosis sólo sucede en los casos de generalización.

Además el granuloma de la sífilis, difiere del de la tuberculosis, especialmente por la más lenta obliteración de los vasos y por la destrucción más tardía del tejido caseificado. Por último, como hecho fundamental el goma sífilítico no contiene el bacilo de Koch.

*Sifilosis pulmonar difusa.*—El aspecto del pulmón—dice Balzer—varía según que dominen las alteraciones intersticiales o parenquimatosas.

En el primer caso—siempre el mismo autor—tenemos la bronconeumonía con predominio de tejido fibroso, verdaderos manguitos fibrosos se disponen alrededor de los vasos de los bronquios

de mediano calibre y de los bronquiolos, dando lugar a ectasias o estenosis, propagándose—dice—a veces hasta cerca de la pleura.

Esta forma, es sin duda rara al estado de pureza. A menudo la esclerosis se asocia a los gomas, siendo el desarrollo de éstos muy insignificante respecto al de la esclerosis difusa. En este caso, el pulmón enfermo forma una masa dura, grisácea, que cruje al corte, surcada por espesas estriás de esclerosis peribrónquicas que rompen el parénquima (Balzer).

Exteriormente puede también reconocerse la esclerosis pulmonar sífilítica, cuya pleura espesada presenta depresiones estrelladas o en surcos, dando al pulmón la apariencia de haber sido ligado a trechos por un hilo grueso.

Al corte presenta tractos fibrosos que corresponden a los surcos de la superficie, en los intervalos de éstos, el pulmón es duro.

Las adherencias pleurales, son habituales, algunas veces acompañadas de periostitis costal. (Balzer).

En la segunda forma, la sífilis pulmonar del adulto, presenta las mismas lesiones parenquimatosas que en el niño, descritas bajo el nombre de *neumonía blanca*, *induración* o *infiltración gris* de Tiffani o *neumonía descamativa*.

Todas estas formas se hallan asociadas más o menos en la esclerosis.

La infiltración blanca, gris apizarrada, puede ocupar uno o muchos grupos de lóbulos, algunas veces un lóbulo entero y en especial el lóbulo medio. Al corte se observa una superficie gris, con bronquios más o menos dilatados. Microscópicamente se nota siempre que la esclerosis predomina alrededor de los bronquios, aunque también generalizada a todos los espacios intersticiales y a las paredes de los alvéolos y de las arterias.

Además de la proliferación— dice Balzer— y de la descamación de las células epiteliales, la alveolitis da lugar a la producción de un revestimiento de células epiteliales cúbicas.

Mosny y Malloizel, observaron en un caso, una notable proliferación de macrófagos en el tejido interalveolar y en la pleura. Levaditi, pudo constatar estos mismos elementos en los alvéolos.

*Alteración de los bronquios.*— Con los brónquios sucede lo mismo que con los vasos; el tejido fibroso que se forma alrededor de ellos lo circunda como un manguito, dando lugar, ya a verdaderas estenosis o más comúnmente a dilataciones, consideradas ambas lesiones como muy importantes.

Bériel, que se ha ocupado mucho de esta cuestión, describe varias formas de dilatación a saber: *las dilataciones cilíndricas, dilataciones ampulares, a cúpula*, algunas de paredes lisas, otras de paredes irregulares en apariencia ulceradas.

La estenosis y la bronquiectasia—dice Balzer—resultan de la infiltración sifilítica de los bronquios que produce la destrucción del tejido normal y especialmente del tejido elástico, muscular y cartilaginoso y su substitución por el tejido esclerosante.

La bronconeumonía sifilítica con bronquiectasia tiene pues, una gran importancia; sobre la que han insistido Lanceraux, Tipier, Bériel y otros.

Y así—dice Bériel—que en presencia de un caso de bronquiectasia, el médico debe preguntarse si élla no es de origen sifilítico. Según este mismo autor, la bronquiectasia en el adulto existe 55 veces sobre 9 casos, en sus observaciones. Así pues, los espesamientos fibrosos que se forman alrededor de los bronquios, de los vasos y de los alvéolos, comprimen de tal suerte que llegan hasta a hacerlos desaparecer. De esta manera el tejido fibroso viene a substituir los elementos normales del pulmón. Esto como se comprende, trae profundas perturbaciones en la nutrición, manifestadas especialmente por la

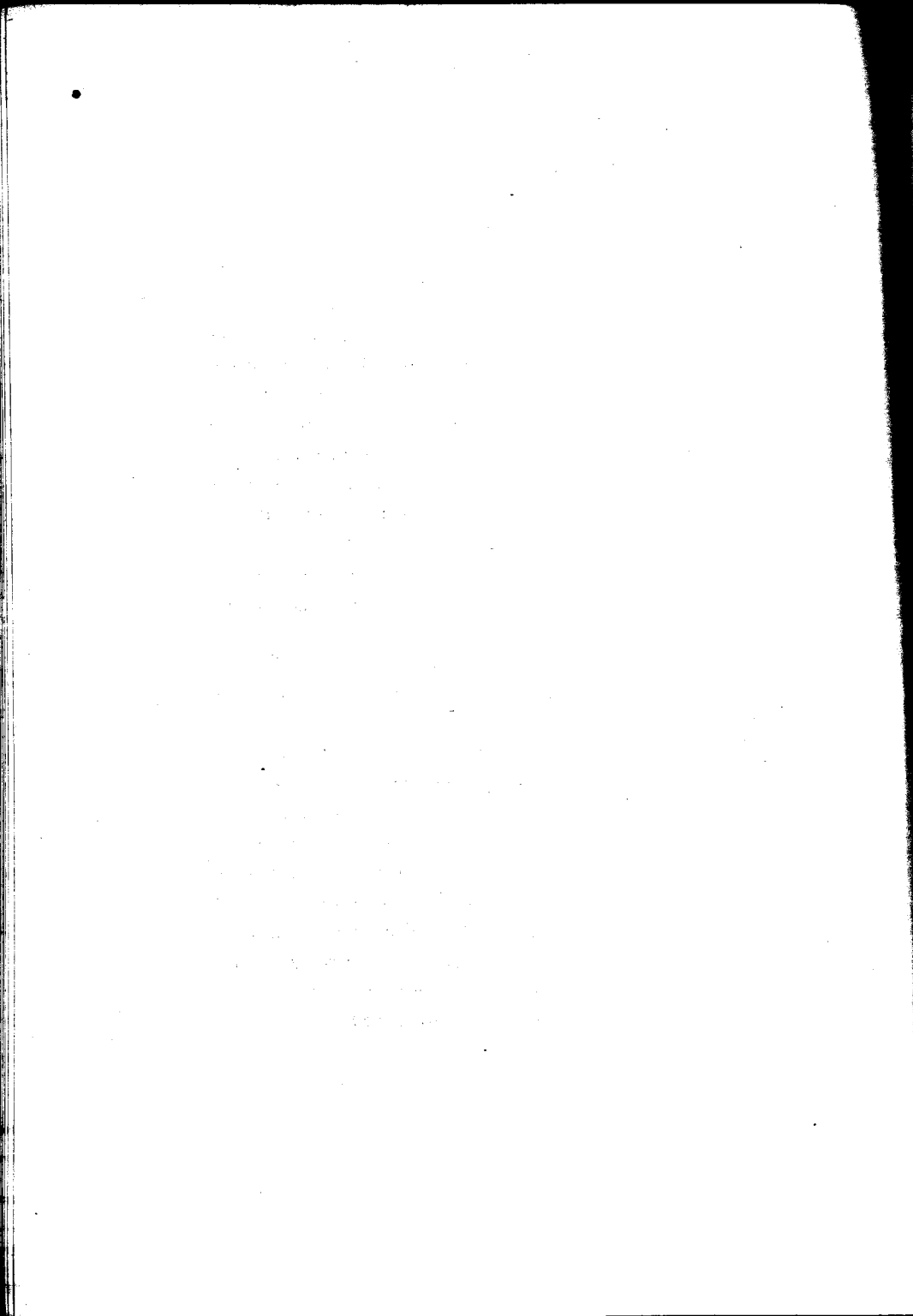
degeneración hialina de las células de los alvéolos y aun de la pared de los vasos.

«La sífilis pulmonar evoluciona primitivamente en las vainas de los vasos de los intersticios del pulmón y especialmente en los espacios bronquiales. El proceso sigue la dirección de los bronquios y provoca una broncóneumonia.

»Al atacar los alvéolos, determina al principio una congestión con neumonia descamativa, (esplenización, neumonia blanca lobular). Si la evolución es larga, se llega a la esclerosis de los espacios conectivos, a la estenosis o a la ectasia de los bronquios.

»Las obliteraciones vasculares son seguidas de necrosis de los focos neumónicos y de la producción de gomas» (Balzer).

*Variedades raras.*—Entran en esta variedad, algunos casos de esclerosis sífilítica, por ejemplo, la infiltración gris, muy semejante a la neumonia blanca del niño. Esta forma evoluciona rápidamente; Virchow, describe bajo el nombre de *induración parda* una lesión relacionada a la sífilis, constituida por la acumulación en las células alveolares, de un pigmento parduzco. Hiller, describe otra forma específica, bajo la denominación de *infiltración gelatinosa*.



## CAPITULO IV

### Sintomatología

Nada hay de absoluto en la sintomatología de la sífilis pulmonar, ella es variable y en relación siempre con las diversas formas clínicas de la afección.

Siendo una enfermedad a marcha casi siempre crónica, tiene por su modo de evolución y sus síntomas, gran analogía con la tuberculosis pulmonar, especialmente la forma esclerogomosa designada con el nombre de *tisis sífilítica*.

Los síntomas difieren muy poco, cualesquiera sea la forma clínica de que se trate y así los dividiremos de una manera general en:

- 1.º *Signos funcionales.*
- 2.º *Signos locales.*
- 3.º *Signos generales.*

*Signos funcionales.*—La *disnea* es casi siempre el primer síntoma que llama la atención del enfermo; al principio inconstante, aparece en ocasiones de algún esfuerzo, marcha, etc. Poco a poco se hace más frecuente, llegando hasta la ortópnea y se vuelve paroxística simulando en la noche, verdaderos accesos de asma.

La *tos* es otro de los síntomas; en un principio es seca, luego se torna húmeda y se acompaña de expectoración. Esta, es distinta según sea producto de la bronquitis o de los gomas reblandecidos.

Al principio mucosa, después muco-purulenta, a veces color de herrumbre y en ocasiones fétida. A veces se produce una verdadera vómica, cuando el contenido de una gruesa goma ulcerada se vierte en los bronquios. En otras, la expectoración contiene gran cantidad de grumos negruzcos o grises, que al microscopio se ven formados por elementos de tejido pulmonar, (fibras elásticas o elementos celulares); las primeras no son tan frecuentes como en la tuberculosis. En ningún caso se halla el bacilo de Koch.

*Las hemoptisis.*—Son raras; sin embargo, autores como Lancereaux, Leudet, Carlier, etc., citan algunos casos. A veces suele presentarse como primer síntoma.

El *dolor de costado*, puede también presentarse como síntoma inicial, (como en un caso por mí observado).

*Signos locales.*—A la *inspección* casi no se recogen datos, todo lo más una pequeña asimetría; salvo en los casos de existencia de un goma superficial en evolución o cicatrizado.

A la *percusión* hallamos submatitez o matitez, por lo común situada en la parte media del lado derecho del tórax. Ese es el sitio primitivo común de la lesión, luego puede extenderse hacia el vértice o hacia la base del pulmón. En algunos casos se ha podido percibir el ruido de olla cascada; pero por cierto es raro. La mayoría de las veces se manifiesta por signos de bronquitis.

A la *palpación*, las vibraciones vocales se hallan aumentadas en el sitio de la lesión.

A la *auscultación*, la respiración sufre modificaciones sucesivas. Al principio áspera, pasa a ser suave; más tarde hay soplo tubario con broncofonía; hay rales de bronquitis, primero finos y secos, luego gruesos y húmedos.

Estos signos de induración pulmonar, a menudo los encontramos localizados en la parte media del tórax, hacia la espina del omóplato, por la parte posterior, y por adelante entre la tercera y quinta costilla (Balzer).

En un período ulterior de la enfermedad encontramos verdaderos signos cavitarios indicando el reblandecimiento de los sífilomas pulmonares y la formación de cavernas. El soplo se vuelve cavernoso, anfórico y se acompaña de pectorilóquia afónica.

El *examen radioscópico*, puede aportar buenos datos para el diagnóstico en cuanto a la localización del proceso se refiere. Las lesiones se localizan en la base o en la parte media del pulmón hacia su hilio.

También la *laringoscopia* y la broncoscopia, revelando lesiones específicas de la tráquea y de los bronquios, ayudan indiscutiblemente al diagnóstico.

*Síntomas generales.*—No siempre marchan de acuerdo con el grado de las lesiones, carácter éste, que la distingue de la tuberculosis.

El enfermo puede presentar un aspecto de buena salud y existir sin embargo una profunda alteración de sus pulmones.

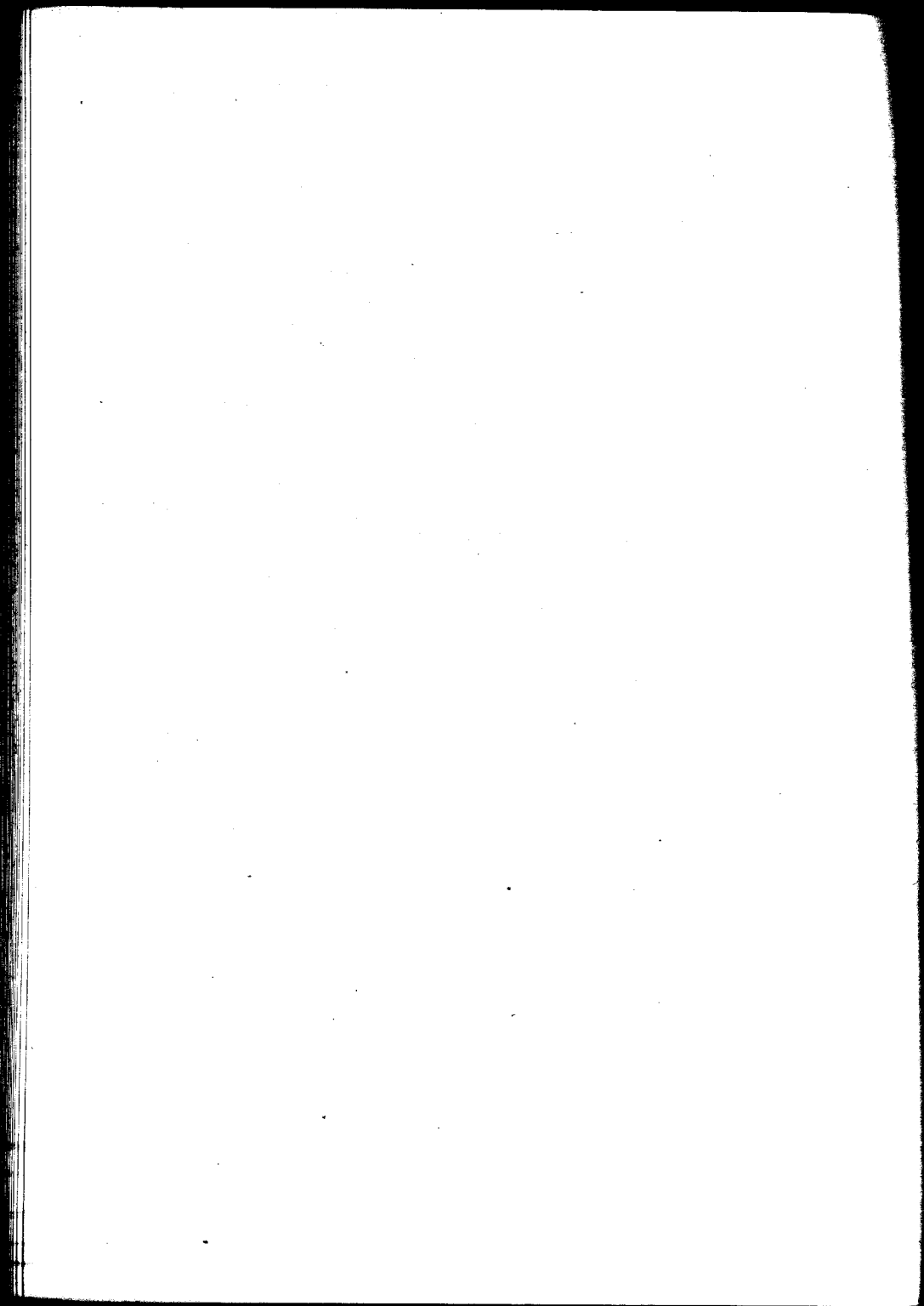
El período inicial en la mayor parte de los casos es apirético.

La temperatura que se presenta después tiene su máxima intensidad por la tarde; se sostiene gracias a las infecciones secundarias de los bronquios y de los focos gómósos. Hay sin em-

bargo, una fiebre debida exclusivamente a la infección sifilítica.

Otro de los síntomas generales es la caquexia, que en los casos tratados convenientemente no aparece; se manifiesta por pérdida de fuerzas, enflaquecimiento, anorexia, etc. La emaciación, la fiebre ética y los sudores, dan al enfermo la verdadera apariencia de un tísico, llegando a sucumbir si el tratamiento no interviene a tiempo.

Como manifestaciones ya avanzadas de la enfermedad, pueden observarse también signos de insuficiencia y dilatación del corazón derecho; disnea, palpitaciones, cianosis, edema, asfixia, etcétera.



## CAPITULO V

### Formas clínicas

Las diversas formas de sífilis pulmonar varían naturalmente según predominen las lesiones sobre el parénquima o sobre los bronquios y aun sobre la pleura. Según también la evolución rápida o crónica de la enfermedad. Podemos resumir en el siguiente cuadro las formas puras, mixtas o asociadas de sífilis pulmonar en el adulto:

#### Formas ligeras e iniciales

Formas puras	{ agudas o crónicas	{ Neumonía Bronconeumonía
Formas mixtas	{ evolucionando crónicamente	{ Neumonía con bronquiectasia. Pleuroneumonía. Neumonía con adenopatía traqueobronquial. Neumonía con sífilis de otras vísceras.
Formas asociadas	{	{ Tuberculosis con sífilis pulmonar. Neumosifilosis con gangrena pulmonar.
Formas raras.		
Formas mal delimitadas.		
Formas latentes.		

1.º *Formas ligeras e iniciales.* — La bronquitis sifilítica es el tipo, podemos decir, de estas formas ligeras de sífilis pulmonar. Aparece comúnmente en el período terciario y evoluciona como una bronquitis común. Como signos funcionales, tenemos *tos* y expectoración mucosa; como *signos estetoscópicos* sibilancias y ronchus disseminados. Toma uno o ambos pulmones y cede de inmediato al tratamiento específico.

#### **Formas puras, agudas y crónicas**

*Agudas: Sífilis bronconeumónica.* — Esta forma simula con frecuencia la bronconeumonía tuberculosa aguda, con *fiebre, sudores, rápida emaciación, tos, disnea, expectoración nummular* con estrías sanguíneas.

Al examen torácico constatamos vibraciones vocales aumentadas, rales subcrepitantes, soplo bronquial como en la bronconeumonía, más tarde soplo cavernoso y gorgoteo cuando la infiltración va hasta el reblandecimiento.

La ausencia del bacilo de Koch y la rápida curación por el tratamiento específico, evitan toda confusión con la tuberculosis.

*Crónicas.—Neumonía sifilítica.* — La neumonía sifilítica evolucionando crónicamente, se presenta de diversas maneras, según la extensión de las lesiones. Si éstas son pequeñas, las altera-

ciones se manifiestan, por dolor de costado, disnea, tos, con expectoración mucopurulenta, a veces cianosis y en algunos casos no raros, ligeras hemoptisis.

Al examen clínico podemos constatar signos de induración pulmonar, ya en la base, ya en el vértice o en el lóbulo medio, con disminución del murmullo vesicular, soplo, broncofonía y aumento de las vibraciones vocales.

#### **Formas mixtas**

Al lado de estas formas que llamamos puras tenemos las formas mixtas que se manifiestan por lesiones concomitantes del parénquima pulmonar y de los bronquios, o de la pleura, de los ganglios o de otras vísceras. Todas estas formas evolucionan por lo común crónicamente, y así tenemos:

*Neumonía sífilítica con broquiectasia.* — Esta forma mixta es de observación frecuente y representa para Bériel, el tipo más común observado por él en innumerables autopsias. La observación clínica lo demuestra a diario, pudiendo establecerse, con el mismo Bériel, que muchas de las cavidades reveladas por el examen deben atribuirse a dilataciones brónquicas.

Estas dilataciones se sitúan comúnmente en los lóbulos inferiores, en medio de un parén-

quima ya de por sí afecto de neumonia intersticial. Otras veces, se asientan en cualquier otro punto del parénquima pulmonar y en especial en el lóbulo superior.

La sintomatología de esta forma clínica de neumosifilosis es muy variable, si bien, la abundante expectoración nunca falta, los signos de auscultación suelen ser escasos o nulos. Así es que, en todos los casos que la expectoración se presente abundante debemos sospechar la dilatación brónquica concomitante. Los otros signos, como la fiebre, la tos, el enflaquecimiento, etcétera, no tienen nada de característico.

La disnea es frecuente, debida según Bériel, a las adherencias pleurales y a las alteraciones del tejido pulmonar que modifica los cambios respiratorios. Como otros síntomas que acompañan el cuadro sintomático, tenemos las hemoptisis y la cianosis. Las primeras muy frecuentes como variables en cantidad, desde simples estrías sanguinolentas hasta verdaderas hemoptisis con caracteres gravísimos. La cianosis debida a la influencia de la hematosi es tardía y siempre ligada a una dilatación del corazón derecho.

*Pleuroneumonia sífilica.* —Se concibe que la serosa pulmonar sea atacada secundariamente, dada la estrecha relación que guarda la hoja vis-

ceral de la pleura con el parénquima pulmonar; de ahí entonces, que no se haya podido definir una forma exclusivamente pleural sin una lesión previa del parénquima. Ambas lesiones están tan estrechamente ligadas, que no podemos considerarlas como una asociación de dos lesiones, sino como el verdadero tipo mixto de estas formas de sifilopatías. Aquí como en todas las pleuresías tenemos las secas y con derrame.

En las primeras se produce un espesamiento escleroso de la hoja visceral que se propaga más tarde a la otra hoja y de esta suerte se producen extensas adherencias, que dan lugar a síntomas característicos de esta afección pleuro-pulmonar.

Al lado de estas formas secas, tenemos las pleuresías con derrame, formadas por exudados más o menos abundantes que darían lugar a la atenuación o hasta la desaparición de los otros signos propios de la lesión del parénquima.

Conviene hacer presente que es en esta última forma, debido a la escasez de signos pulmonares, que puede llegar a pensarse en una bacilosis; así es que no se deberá jamás dejar de recoger todos los datos posibles que pudieran ponernos sobre la pista de una antigua e ignorada sífilis.

Para Dieulafoy, la disnea desproporcionada a

la cantidad del derrame y la falta de mejoría después de la toracentesis, serían signos evidentes de pleuresia sifilitica.

El examen citológico del líquido pleural, extraído revela gran cantidad de linfocitos.

Schlesinger, afirma que la desviación del complemento en el exudado, es mayor que el que se obtiene en la sangre.

En cuanto a la linfocitosis no constituye elemento absoluto para el diagnóstico, desde que otras afecciones crónicas, como la tuberculosis y la lepra, señalan gran cantidad de estos elementos celulares.

*Neumosifilosis con adenopatía traqueobronquica.*—Esta forma no es muy frecuente, su importancia es manifiesta si tenemos en cuenta que a los signos de la sífilis pulmonar se agregan los de compresión dados por la adenopatía.

A veces se observa la preponderancia de estos últimos, pasando hasta desapercibida la localización pulmonar. Así sucede cuando la lesión es extensa y además de los ganglios abarca otros órganos del mediastino formando un sifiloma difuso que se comportaría en cuanto a la sintomatología se refiere, como un tumor cualquiera del mediastino; aneurisma, etc.

Sin embargo, el desarrollo de estas adenopatías nunca llega a ser semejante a las adenitis

bacilosas. Lo que es muy frecuente, es que existan las dos al mismo tiempo.

El diagnóstico de esta lesión debe hacerse cuando a los síntomas de una neumosifilosis, se agregan algunos de los signos de compresión: venosa, accidentes respiratorios, traducidos por tiraje supra e infra esternal, cornaje, dísnea atroz, etcétera.

Naturalmente esto no tiene nada de absoluto, pues podría darse el caso de existir una neumosifilosis con un tumor cualquiera del mediastino capaz de dar los mismos síntomas. La radioscopia o la radiografía son los mejores reveladores de esta concomitancia.

*Neumosifilosis con sífilis de otras vísceras.*— La neumosifilosis puede coexistir con sífilis de otras vísceras, con frecuencia el hígado, bazo, riñón, etc.

Los síntomas pueden manifestarse, ya simultáneamente, ya por separado.

Unas veces predominan los signos propios de la neumosifilosis; otras, éstos pasan desapercibidos mientras que los otros ocupan toda la escena.

En ambos casos, es la autopsia la que ha revelado lesiones viscerales ignoradas.

### Formas asociadas

El tipo de estas formas asociadas lo constituye la neumosifilosis evolucionando junto a una tuberculosis pulmonar.

Son dos lesiones crónicas muy comunes y compatibles.

Es muy probable que la tuberculosis estalle en un sujeto desde ya atacado de neumosifilosis. Tal vez constituye el 80 por ciento de esta asociación.

Las lesiones de ambas enfermedades pueden marchar ya paralelamente o bien íntimamente ligadas.

La dificultad para el pronóstico, existe sobre todo, cuando la neumosifilosis, simulando la tuberculosis pulmonar crónica, nos hiciera pensar en la asociación de ambas enfermedades.

El laboratorio, con los diversos análisis, de sangre, esputo, líquido pleural, etc., nos ayuda a confirmar el diagnóstico clínico basado solamente sobre los signos físicos.

*Neumosifilosis asociada con gangrena pulmonar.*  
—De estas dos afecciones distintas se ha querido crear un tipo autónomo. Así lo hace Dieulafoy, cuando dice: «hay una gangrena pulmonar sífilítica...»

Para nosotros, no es más que una complica-

ción que viene a agregarse a una neumosifilosis ya existente.

La evolución de la gangrena nada tiene de característico. Hay que tener presente para el diagnóstico que existe sífilis pulmonar con fetidez y que nada tiene que ver con la gangrena, que tan sombrío hace al pronóstico.

«Los síntomas serían: fiebre alta, disnea, expectoración rojiza, parduzca o gris verdosa, más o menos abundante y horriblemente fétida, la tos incesante y otros síntomas generales como: facies pálida, lívida, ansiosa, edemas de los miembros superiores, sudores viscosos, lengua húmeda al principio; más tarde seca, negruzca y hendida. En fin, todo el cuadro de una intoxicación.»

#### **Formas raras**

Como todas las enfermedades, la sífilis pulmonar puede manifestarse de una manera distinta a la generalidad de los casos.

Puede ella simular muchas afecciones del aparato respiratorio y si a esto agregamos la falta aparente de antecedentes específicos que se une con relativa frecuencia a los escasos signos clínicos pueden muy bien pasar desapercibidas estas formas raras de sífilis pulmonar.

A veces simulan un neoplasma como en un caso relatado por el Dr. Baliña.

Las distintas reacciones y en especial el tratamiento específico, nos ponen sobre la pista de estas formas raras de sífilis pulmonar.

#### **Formas mal delimitadas**

Además de todas las formas de neumosifilosis descritas existen otras cuyas manifestaciones no son muy claras y aunque las lesiones pulmonares se presenten a tipo escleroso o esclerogomoso los síntomas por los cuales se traducen adoptan ya la forma del asmático, o del enfisematoso o del bronquial.

El asma sífilítico existe con sus crisis características. La naturaleza se revela muy bien por el tratamiento específico, mientras fracasan los otros, (yoduro, arsénico, belladona, etc.)

Los síntomas por lo general se inician rápidamente, la disnea es intensa, hay enfisema abundante.

#### **Formas latentes**

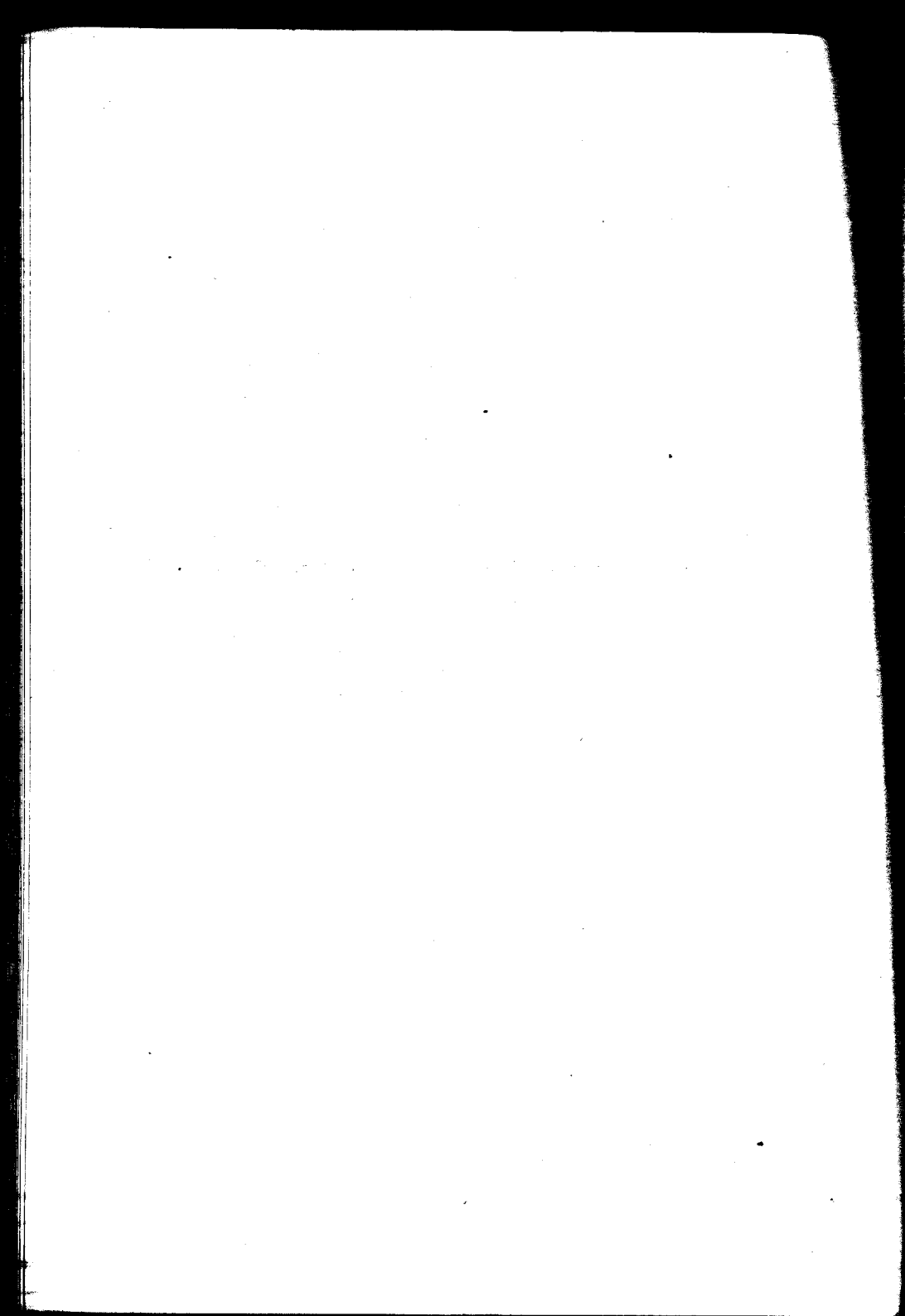
No se puede negar la existencia de ciertas formas de sífilis pulmonar que pasan desapercibidas por la escasez de signos clínicos y otras, por la falta absoluta de ellos y que sólo en la necropsia se revelan lesiones del parénquima

pulmonar, ya del tipo escleroso, gomoso o esclerogomoso.

Los gomas pueden permanecer silenciosos en medio del parénquima pulmonar sano, a tal punto que al decir de Bériol: «...aunque numerosos » no determinan por sí mismos, ni síntomas generales, ni signos físicos, ni alteraciones funcionales aparentes.» ...

Muchas de estas formas latentes se despiertan, diremos así, de su letargo por fenómenos ruidosos graves; por lo general hemoptisis abundantes.

---



## CAPITULO VI

### Diagnóstico

Se concibe la gran importancia que tiene, el poder diagnosticar la naturaleza sifilítica de esta afección pulmonar, si tenemos en cuenta la rapidez con que ceden al tratamiento específico, los accidentes a que da lugar.

La mayor parte de las veces no se llega a descubrir una sífilis, sino investigando minuciosamente los antecedentes del enfermo y como bien lo aconseja Mauriac: «... *fixar la cronología, hojear en todo sentido el pasado patológico de los enfermos, analizar escrupulosamente los signos físicos, medir el alcance de las alteraciones funcionales y de los síntomas generales, y el pasar en revista todos los tejidos y todos los órganos para descubrir las determinaciones actuales o el vestigio*

*de aquellas que han precedido la afección pulmonar».*

Todos los estigmas de especificidad por pequeños que sean deben ser tenidos en cuenta en los casos sospechosos, y para todos los casos, pensar siempre en la sífilis como causante de las manifestaciones clínicas más diversas.

No hablaré aquí de los diversos estigmas de la sífilis hereditaria o adquirida.

Sólo he de hacer mención de algunas de las tantas reacciones y otros procedimientos biológicos que constituyen buenos complementos para el diagnóstico y a veces quizá los únicos descubridores de una sífilis ignorada.

Las reacciones de Wassermann y de Boas. La seroaglutinación descrita por Touraine. Una reacción especial, señalada por Hirschfeld y Klinger del Instituto de Higiene de la Universidad de Zurich, quien utiliza el fenómeno de la coagulación del suero sanguíneo de origen animal, puesto en contacto con un suero humano. El suero de los sífilíticos retarda la coagulación contrariamente a lo normal, en que ésta se produce rápidamente.

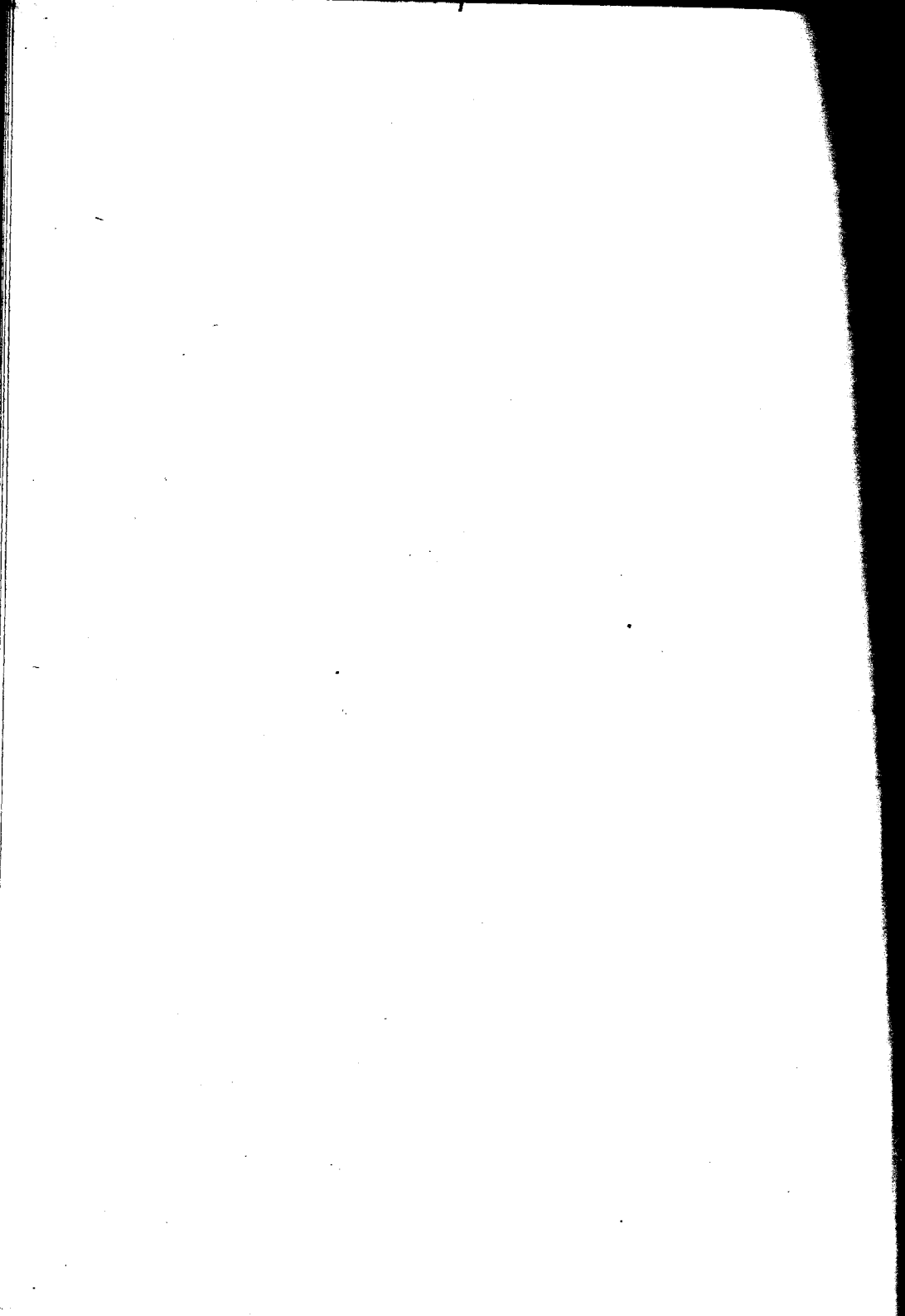
Otros autores hacen hincapié en la linfocitosis sanguínea siempre constante en los sífilíticos.

Pero, como nada hay infalible, estas reacciones y demás procedimientos no escapan a es-

ta ley, y así vemos a la reacción de Wassermann presentarse positiva en otras enfermedades, tales como el paludismo, albuminuria, algunas dermatosis, etc. La linfocitosis se presenta también en muchas afecciones crónicas, tales como la tuberculosis, la lepra, etc. Y sucede lo mismo con todos los procedimientos hasta hoy conocidos. La terapéutica específica bien instituida es hoy por hoy la mejor piedra de toque.

Esto en lo que se refiere al diagnóstico de la sífilis... ahora, en cuanto al diagnóstico de las diferentes formas de neumosifilosis me he ocupado al describir cada una de ellas.

---



## CAPITULO VII

### **Evolución**

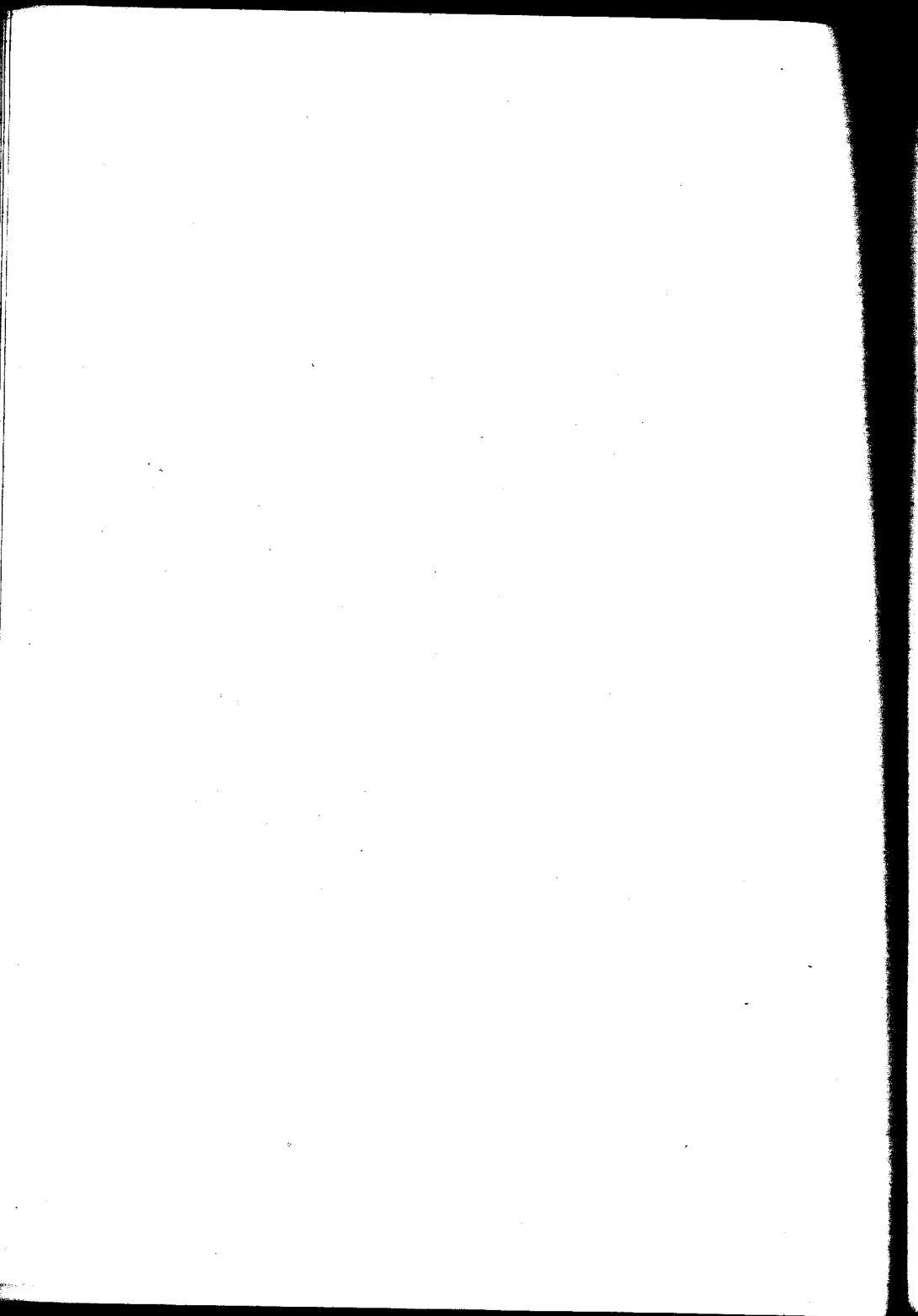
La evolución de la sífilis pulmonar es por lo común lenta y crónica.

En algunos casos dura varios meses, en otros dura varios años, con alternativas de mejoramiento y de gravedad.

Si se abandona a sí misma la enfermedad, el enfermo se debilita, se hace caquéctico a semejanza de la tuberculosis pulmonar y termina como ésta... de idéntica manera.

La medicación específica aplicada con energía hace variar la evolución de la sífilis aun en los estados de caquexia con cavernas pulmonares.

---



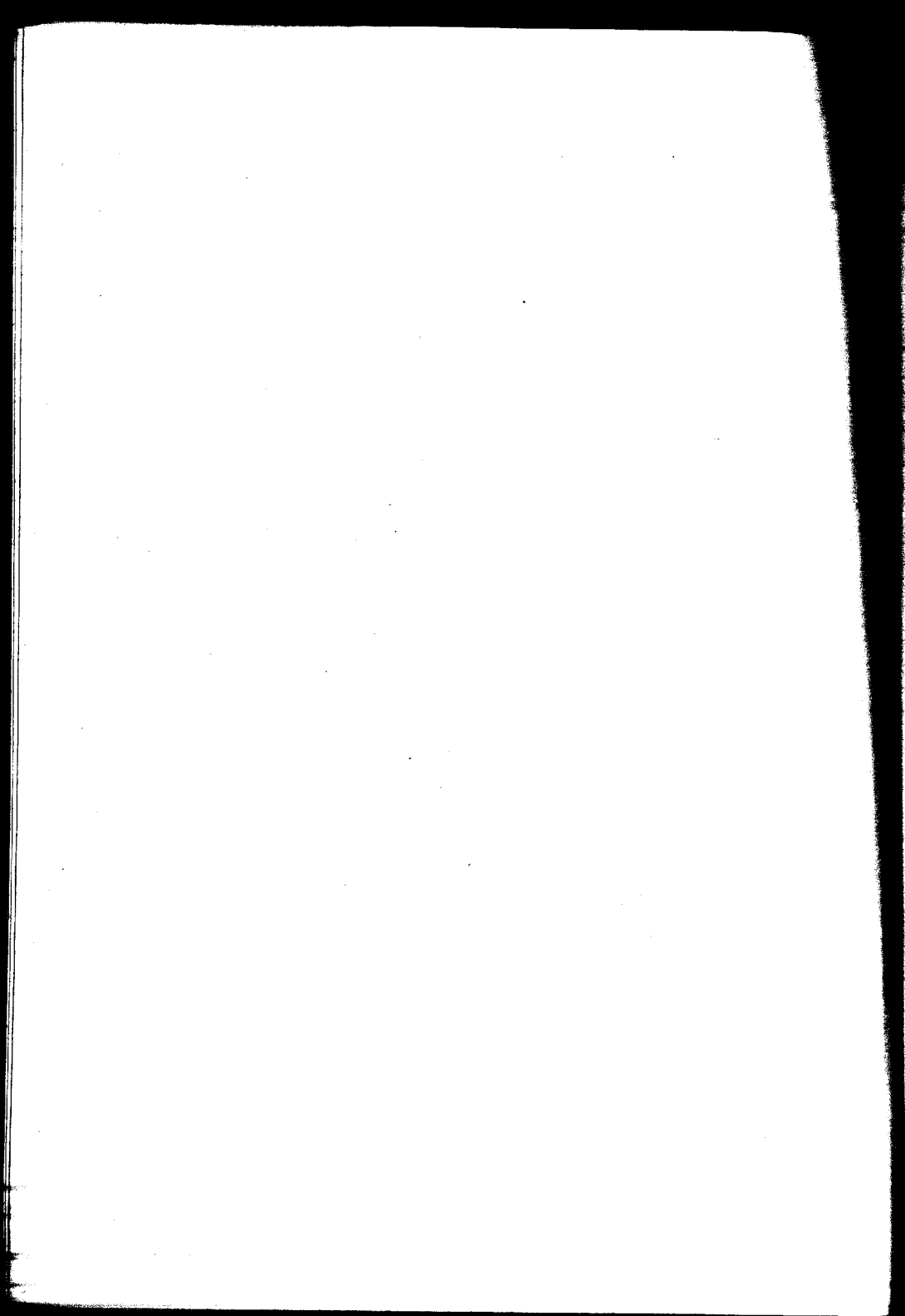
## CAPITULO VIII

### Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes y que agravan considerablemente el pronóstico, son: la *tuberculosis* y la *gangrena pulmonar*.

Otras veces es un derrame pleural asfixiante, una estenosis tráqueobrónquica, las adenopatías mediastínicas y la congestión pulmonar por hipóstasis.

---



## CAPÍTULO IX

### Pronóstico

El pronóstico está en relación, más que con la forma clínica de neumosifilosis, con la rapidez con que se haya hecho el diagnóstico.

Aun en los casos graves de caquexia, se tienen grandes probabilidades de curación.

El tratamiento específico parece dar mejores resultados en estos casos, que en las otras afecciones viscerales de la sífilis (Mauriac).

Si no se llega al diagnóstico, el enfermo se muere con los progresos de la caquexia. Sin embargo, no es la muerte el resultado final, obligado en todos los casos (Balzer). Pues, se han constantado en autopsias cicatrices y gomas retraídos, indicios de neumosifilosis latente.

El pronóstico depende también de la forma anatomopatológica de las lesiones; *bueno*, en las formas gomosas y esclerogomosas, *reservado*, en las formas esclerosas difusas y especialmente con dilatación de bronquios, por ~~las~~ infecciones secundarias que pueden agregarse.

---

## CAPITULO X

### Tratamiento

La medicación específica es única: *el mercurio*, al que puede agregarse, el arsénico y el yoduro de potasio.

Se administrarán inyecciones endovenosas de una sal soluble de mercurio, generalmente el bicianuro, a la dosis de 0.01 gramos por vez, todos los días durante 20 días. Simultáneamente se dará por vía gástrica, yoduro de potasio a la dosis de 1 a 4 gramos diarios.

Una vez terminada esta serie se darán 4 inyecciones endovenosas de neosalvarsan (914) a la dosis de 0.15, 0.45, 0.60 y 0.90 gramos a intervalos de varios días.

---



## Historias clínicas

L. V., italiano, 38 años, soltero, albañil; ingresa al Servicio del Hospital Italiano, el 10 de Octubre de 1914.

*Antecedentes hereditarios.* —Padres vivos y sanos; un hermano falleció a consecuencia de una intervención quirúrgica.

*Antecedentes personales.* —Refiere no haber tenido enfermedades en su infancia. Hace 6 años sufrió una crisis nerviosa con pérdida del conocimiento, durante el ataque más o menos un minuto. El año pasado tuvo un nuevo ataque con los mismos caracteres. Niega antecedentes venéreos. Buen bebedor. No es fumador.

*Enfermedad actual.* —Desde hace más o menos 4 meses tiene tos fuerte con expectoración mucopurulenta abundante y de sabor muy desagradable. Dice haber enflaquecido. Sus crisis de epi-

lepsia se han hecho más frecuentes. Mueve bien su vientre. Orina sin dificultad.

*Estado actual.*—Enfermo de regular talla. Buen desarrollo esquelético. Masas musculares escasas e hipotónicas. Panículo adiposo escaso. Piel blanca.

*Cabeza.*—Dolicocéfala. Cabellos negros, lacios y abundantes.

*Cara.*—Simétrica. Ojos, visión y reflejos normales. Nariz y oídos bien. Boca regular; lengua saburral; dientes mal conservados; fauces bien.

*Cuello.*—Dimensiones normales. No se perciben latidos, ni se palpan ganglios.

*Tórax.*—Buena conformación. Tipo respiratorio, costo-abdominal.

*Pulmones.*—A la palpación se nota hipofonesis en el límite inferior del homóplato derecho; en el mismo punto, la respiración es soplánte y acompañadas de rales a grandes y medianas burbujas. El resto del pulmón bien. Pulmón izquierdo normal.

*Corazón.*—Area normal, punta en el quinto espacio. Tonos algo alejados. Pulso: regular, igual, hipotenso, 85 pulsaciones por minuto.

*Abdomen.*—Blando, no doloroso. Hígado grande; su borde inferior se palpa duro, cortante, con una escotadura bien marcada, poco móvil.

No hay cuerdas cólicas. Demás órganos, bien.

*Extremidades.* — Bien conformadas.

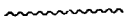
*Sistema nervioso* — Sensibilidad, motilidad, reflejos cutáneos y tendinosos, normales.

*Aparato génito-urinario.* — Bien.

*Examen radioscópico.* — Octubre 10 de 1914.— Hemitórax izquierdo: normal. Hemitórax derecho: la excursión respiratoria está disminuída de amplitud, notándose en la región central y próxima al hileo, una zona oscura del tamaño de una naranja y de forma casi regularmente circular. Hay algunos ganglios peribronquicos.

*Examen de laboratorio.* — Sero-reacción hidatídica (Ghedini): negativa. Sero-reacción de Wassermann: positiva. Análisis de esputos, Koch negativo, ganchos de equinococcus y fibras elásticas: negativos.

*Tratamiento.* — Se hacen inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio (0.01 gramos), durante 20 días; luego inyecciones de neosalvarsan (Billón), 0.15, 0.30, 0.60, y 0.90 gramos. El goma bajo la influencia del tratamiento se resolvió rápidamente. Mejora asimismo el estado del hígado.



P. V., italiano, 58 años, soltero, marinero; ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano, el 26 de Marzo de 1916.

*Antecedentes hereditarios.* —Padres muertos, ignora las causas.

*Antecedentes personales.* —Tuvo viruela en su infancia. A los 20 años tuvo neumonía. A los 30 años tuvo blenorragia, niega otros entecedentes venéreos. Hace 7 años comenzó a padecer de bronquitis que se atenúa y exacerba con los cambios de estación. Ha sido buen bebedor, buen fumador. Ha disminuído considerablemente de peso.

*Enfermedad actual.* —Desde hace 7 meses, padece de tos quintosa con expectoración abundante y francamente purulenta. Al realizar algún esfuerzo, es atacado inmediatamente de disnea, y durante la noche se ve obligado a permanecer sentado; pues, acostado se asfixia. Tiene fiebre. En ciertas ocasiones la expectoración es sanguinolenta. Tiene sudores profusos.

*Estado actual*—Sujeto bien conformado, buen desarrollo esquelético y muscular. Escaso panículo adiposo, piel blanca.

*Cabeza.*—Dolicocéfala. Cabellos grises, regular cantidad.

*Cara.*—Cutis y mucosas cianóticas. Se perciben cicatrices de pústulas variólicas. Ojos: visión y reflejos normales. Nariz y oídos, bien. Boca regular, lengua saburral, dientes mal conservados, fauces bien.

*Cuello.*—No se perciben latidos ni se palpan ganglios.

*Sórax.*—Tipo respiratorio normal. Hay disnea, vibraciones normales. A la percusión se nota sonido timpánico en ambas bases y claro en la parte superior. A la auscultación se oyen rales diseminados en ambos pulmones; el murmullo vesicular no se percibe.

• *Corazón.*—Arca cardíaca aumentada; choqué dé la punta, en el quinto espacio intercostal izquierdo, por fuera de la línea mamilar. Los tonos se oyen impuros en el foco mitral; en el aórtico, alejados y también impuros.

*Pulso.*—Arterias duras, hay taquicardia, poca tensión.

*Abdomen.*—Blando, depresible, no doloroso. Organos internos, dentro de sus límites normales.

*Aparato génito-urinario.* — Bien.

*Miembros.*—Bien conformados.

*Sistema nervioso.*—Sensibilidad, motilidad y reflejos, normales.

*Examen de laboratorio.* —Examen de espútos: Koch negativo, Fraenckel positivo.

*Tratamiento.*—Expectorantes, inyecciones de adrenosina y pantopon. Inyecciones de bicianuro de mercurio, de calomel y neosalvarsán.

*Examen radioscópico.*—Primer examen, 10 de Abril de 1916.—Se observa obscuridad difusa en

todo el parénquima pulmonar. Excursión del órgano disminuída.

Segundo examen, 28 de Abril de 1916.—Nótase más claridad que en el examen anterior, particularmente el izquierdo, la motilidad ha aumentado un poco.

Tercer examen, Mayo 29 de 1916.—Nótase mayor claridad que en los anteriores exámenes; no obstante persistir pequeñas zonas oscuras disseminadas que dan a la imagen un aspecto atigrado.

L. B., italiano, 60 años, soltero, camarero; ingresa al Servicio, el 4 de Mayo de 1915.

*Antecedentes hereditarios.* —Padres muertos, ignora las causas.

*Antecedentes personales.* —No recuerda haber estado enfermo en su infancia. A los 25 años de edad, contrajo un chancro en el glande acompañado de infarto ganglionar. No es bebedor. Buen fumador.

*Enfermedad actual* —Desde hace un mes acusa que se le hinchaban las piernas, tiene también sensación de sofocación, acompañada de tos y expectoración. En ciertas ocasiones ha tenido fuertes dolores en la cintura, (hemitórax derecho).

*Estado actual.* —Sujeto de regular talla, denota un adelgazamiento muy pronunciado. Buena

conformación esquelética. Masas musculares hipotónicas. Panículo adiposo escaso. Piel y mucosas pálidas.

*Cabeza.*—Braquicéfala. Cabellos, cejas y bigotes, escasos.

*Cara.*—Simétrica, tinte pálido. Ojos: visión y reflejos, normales. Nariz y oídos, bien.

*Boca.*—Lengua saburral, dientes mal conservados, fauces libres.

*Cuello.*—Corto. No hay latidos perceptibles, ni se palpan ganglios.

*Tórax.*—Buen desarrollo esquelético. A la inspección nótase inmovilidad del hemitórax derecho, con sonido mate a la percusión en toda su superficie. A la auscultación está muy disminuida la entrada de aire en el mismo pulmón, oyéndose algunos rales. La espiración es soplante y prolongada. Vibraciones normales.

*Corazón.*—Área cardíaca aumentada a expensas del diámetro transversal. Choque de la punta en el quinto espacio intercostal izquierdo y por fuera de la línea mamilar. A la auscultación se oyen tonos impuros, principalmente en el foco aórtico en donde se escucha el primer tono francamente soplante.

*Abdomen.*—Globuloso. No doloroso. Organos internos en sus límites normales.

*Aparato genito-urinario.*—Bien.

*Extremidades.* —Superiores: bien. Inferiores: hay edema.

*Sistema nervioso.*—Sensibilidad, motilidad. — Bien. Reflejos cutáneos y tendinosos. — Existen, normales.

*Tratamiento.*—Se le administran inyecciones endovenosas e intramusculares de bicianuro de mercurio y neosalvarsán. Por vía gástrica, yoduro de potasio.

*Examen radioscópico.* —Primer examen, Mayo 6.—Todo el hemitórax derecho presenta una zona oscura a límites no bien definidos y que parece partir desde el híleo pulmonar. La cavidad pleural está ocupada por un pequeño derrame. El corazón está aumentado de tamaño.

Segundo examen radioscópico, Junio 8.—El hemitórax derecho no presenta ya sombra alguna. El líquido pleural ha desaparecido y el mediastino está libre.

Sero-reacción de Wassermann.—Positiva.

C. D., italiano, 43 años, tintorero, casado; ingresa al Servicio, el 2 de Septiembre de 1915.

*Antecedentes hereditarios.* —Padres muertos de vejez. Ha tenido tres hermanos que fallecieron uno de hemorragia cerebral, otro de meningitis y el tercero de una afección hepática.

*Antecedentes personales.* —No recuerda haber padecido enfermedades en su infancia. Niega ve-

néreas. A los 16 años tuvo fiebre tifoidea. Se casó a los 26 años. Su esposa viva y sana, tiene 2 hijos también sanos. Tuvo 2 abortos que se produjeron en el primero y tercero mes de embarazo respectivamente.

Buen fumador. Buen bebdor.

*Enfermedad actual.* —Desde hace 15 días, y a continuación de un resfriado comenzó a toser y expectorar abundantemente. Refiere no haber tenido fiebre ni escalofríos. Actualmente no acusa síntoma doloroso alguno; pero la tos persiste, sobre todo durante la noche con expectaración seromucosa abundante. Ha disminuído durante los 15 días de enfermedad 5 kilos de peso. Apetito escaso.

*Estado actual.* —Sujeto bien conformado, regular talla. Buen desarrollo esquelético, masas musculares abundantes. Regular panículo adiposo.

*Cabeza.* —Braquicéfala. Cabellos, cejas y bigotes grises y abundantes.

*Cara.* —Simétrica. Ojos: visión y reflejos normales. Nariz y oídos: bien. Boca, regular; lengua saburral, mucosas rosadas, dientes bien conservados. Fauces libres.

*Cuello.* —Dimensiones normales. Se palpan algunos ganglios infartados en ambos lados. No se perciben latidos.

*Tórax.*—Bien conformado. Tipo respiratorio, normal. No hay disnea.

*Pulmones.*—Sonoridad y vibraciones normales.

*Auscultación.*—Se oyen algunos rales subcrepitantes diseminados en ambos pulmones, siendo más abundantes en el derecho.

*Corazón.*—Arca cardíaca normal. Choque de la punta en el quinto espacio intercostal izquierdo. Tonos conservados. No hay ruidos agregados.

Pulso regular, igual, 85 pulsaciones por minuto.

*Abdomen.*—Ligeramente globuloso. No existen zonas dolorosas a la palpación.—Hígado, Bazo y Riñones: en sus límites normales.

*Aparato genital.* Bien.

*Sistema nervioso.*—Sensibilidad, motilidad y reflejos: normales.—Psíquis: bien.

*Tratamiento.*—Poción expectorante: Inyecciones de Biclanuro de mercurio.

*Examen radioscópico:*

1er. Examen: 10 de septiembre de 1915: Percíbese en la pantalla una zona oscura a lo largo de todo el pulmón derecho y más acentuada en su tercio medio. Corazón: normal.

2.º Examen. 17 de Septiembre: Igual imagen a la percibida en el anterior examen; aunque la sombra menos intensa.

3er. Examen. Octubre 23: Claridad casi completa de toda la zona del pulmón derecho.

*Andlisis.*—De esputos: Kock negativo. No se observan fibras elásticas.

De sangre: Serorreacción de Wásserman: Positiva.

B. P., italiano, de 50 años, labrador, casado; ingresa al servicio el 18 de Septiembre de 1915.

*Antecedentes hereditarios y familiares.*— Los padres han fallecido, ignora las causas. Tiene 3 hermanos, muertos a corta edad.

*Antecedentes personales.*— No recuerda haber estado enfermo en su infancia. Niega venéreas. Es casado: su mujer y dos hijos, viven y sanos. No ha tenido ningún aborto. Dos hijos murieron en la infancia.

*Enfermedad actual.*—Hace 8 días, comenzó a sentir dolor en el epigastrio, acompañado de tos seca, escalofríos y temperatura alta. Actualmente tiene tos y expectoración sero-mucosa abundante. No ha tenido sangre en los esputos.

*Estado actual.*—Sugeto de regular talla. Buen desarrollo esquelético y muscular. Panículo adiposo escaso. Piel blanca.

*Cabeza.*— Bien conformada, escasos cabellos grises, cejas y bigotes escasos.

*Cara.*— Simétrica. Ojos: Pupilas iguales, reaccionan bien, agudeza: bisual: bien. Boca: regu-

lar, dientes mal conservados, faltan algunos molares. Lengua: saburral. Fauces: bien.

*Cuello.*—Largo, se perciben los latidos arteriales. No se palpan ganglios.

*Tórax*—Bien desarrollado, tipo respiratorio costo abdominal.

*Pulmones.*— A la inspección: excursión respiratoria disminuída en el pulmón derecho, en el izquierdo, normal. A la palpación: vibraciones vocales disminuídas en el lado derecho, en el izquierdo bien. A la percusión: Existe una zona de submatitez en el tercio superior del pulmón derecho, en el izquierdo, sonoridad normal.

A la auscultación: En el izquierdo, murmullo vesicular normal. A la derecha, poca entrada de aire, se oyen algunos rales, subcrepitantes.

*Corazón*—Area cardíaca normal, se oye el choque de la punta en el primer espacio intercostal izquierdo. Tonos bien, en todos los focos. No hay ruidos agregados. Pulso: regular, igual tenso, 75 pulsaciones por minuto.

*Abdomen.*—Deprimido, no existen zonas dolorosas. Organos internos: en sus límites normales.

*Organos génito-urinarios.*—Bien.

*Sistema nervioso.*—Sensibilidad, motilidad y reflejos cutáneos y tendinosos: bien.

*Análisis.*—De esputos: Kock, negativo, id fi-

bras elásticas. Serorreacción de Wasserman positiva.

*Tratamiento*— Expectorantes, Inyecciones endovenosas de Bicianuro de Hg. Aceite alcanforado. Neosalvarsan.

*Examen radioscópico:*

1er. Examen: 20 de Septiembre: Pulmón izquierdo claro. En el derecho, hacia la parte media se nota una zona oscura que abarca la mitad del lóbulo medio. No hay ganglios infartados.

2.º Examen: Octubre 3: Ha desaparecido casi completamente la oscuridad anteriormente notada. Excursión normal. Corazón: normal.

15 días después se le da de baja, completamente curado.





Buenos Aires. Abril 3 de 1918

Nómbrese al señor Académico Dr. Abel Ayerza, coud, al profesor extraordinario Dr. José Badía y al profesor suplente Dr. José Destefano para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires. Mayo 10 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3404 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*



PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

I

La «gangrena pulmonar» es manifestación frecuente de neumo-sifilosis?

*Abel Ayerza.*

II

Esclerosis pulmonar sífilítica.

*José Badía.*

III

Eficacia del tratamiento *específico* en las diversas formas anatomopatológicas de neumo-sifilosis.

*José Destefano.*

11  
12

17  
18

23  
24



