

General D Cipriani

81-7-A-N6

694

Ca 2527

Consideraciones
acerca de la sífilis infantil.

1883



Excmo e Ilmo Sr.



Es costumbre cuando se llega a este acto suplicando benevolencia a tan digno Jefe; esto que en muchos casos podrá ser una fórmula, es en el presente una verdadera necesidad, pues no es posible que una inteligencia tan limitada como la mía, pueda presuntar con lucidez el tema elegido, por más que para conseguirlo haya hecho un verdadero esfuerzo, por lo tanto, confiado más en la indulgencia del ilustrado Tribunal que en mis escasas fuerzas, trataré de hacer algunas consideraciones acerca de la sífilis infantil, lo menos usual que me sea posible, para ver si des-



6.18473775
1.25463068

pues tengo la honra y satisfaccion de poseer un título que ennoblece á todo Médico en el desempeño de su sagrada mision, y además porque creo que el hombre de tratar de perfeccionarse todo lo que le sea posible.

Antes de entrar de lleno en el objeto de este estudio, pareceme lógico hacer algunas consideraciones, siquiera sean ligeras, sobre la sífilis en general; pues si en todo orden de conocimientos es conveniente para formar una idea exacta de lo que se tiene idea del conjunto, por lo que se refiere á cualquiera de los múltiples y variados puntos que en Medicina pueden tratarse es completamente indispensable, y más particularmente de aquellos que se suceden y entabran los unos con los otros guardando una íntima relacion entre sí como ocurre en el presente caso.

Numerosas han sido las do-

nombraciones y numerosas tambien las definiciones que se han dado de la sífilis; mas como no es mi propósito hacer un estudio general de dicha enfermedad y además cada una de aquellas representa las doctrinas de la época en que se formularon, no me entretendré ni en enumerarlas ni en discutir las, pues esto me alejaria del propósito que he formado; sin embargo, como está fuera de toda duda que en la presentacion y desenvolvimiento de la sífilis hay una serie de fases ó períodos que la observacion clinica nos demuestra diariamente y en lo cual se hallan conformes todos los autores por más que difieran algun tanto en la division de los mismos, á los que teniendo en cuenta la constancia de sus manifestaciones bien puede dárseles el nombre de leyes, como lo hace Alfred Gournier, las cuales con la expresion más breve, clara

y sencilla del mal y en las que solo basta fijar la atención para tener un conocimiento exacto del desenvolvimiento, marcha y fase sucesivas que presenta dicha discrasia.

Yo sé aquí porque, en vez de analizar las diferentes teorías que hasta hoy se han venido sucediendo con más ó menos aceptación, me parece preferible aceptar estas leyes. Porque, además de las razones antes dichas, viendo el resultado de numerosas observaciones, que en las ciencias experimentales como sucede en Medicina son las que han de dar verdadero luz siempre que en ellas haya presidido un buen criterio experimental, me parece de grande utilidad para la práctica.

Estas leyes que tan admirablemente ha formulado el sabio profesor del Hospital de S. Luis, son

las siguientes:

1^a — La sífilis no se desarrolla espontáneamente en la actualidad: resulta siempre de un contagio, de una inoculación, esto es, de la penetración en el organismo de un virus.

2^a — El primer fenómeno apreciable que resulta de este contagio no se manifiesta nunca hasta un tiempo más ó menos largo constituyendo un período de verdadera incubación.

3^a — El primer fenómeno apreciable que resulta del contagio ó de la inoculación en el organismo, se manifiesta siempre en el mismo punto donde aquella haya tenido efecto.

4^a — El primer accidente que resulta en el sitio del contagio es único por cierto tiempo, durante el cual constituye ó parece constituir por sí solo la manifestación

ción de la enfermedad.

5^a — Cuarto tiempo después que este accidente de aparición local se ha manifestado se suceden una serie de síntomas múltiples y variados los cuales difieren del accidente inicial en que se generalizan por todos los tejidos y órganos de la economía."

Como se ve, no puede darse en términos más concisos una idea completa y clara de los conocimientos más admitidos y comprobados en miles de observaciones por todos los autores de la evolución y marcha de la sífilis pues todo lo abarca, desde el chancro, primera manifestación, hasta los accidentes múltiples conocidos por sífilis secundaria y terciaria, sífilis visceral, etc., ó sea lo que se agrupa bajo la denominación de sífilis constitucional.

Y ya que á mi juicio tenemos con lo anotado una idea aunque muy breve de lo que es en sí la sífilis en

general, prescindiendo de entrar en consideraciones sobre este punto; pero no sin antes dejar sentado que puede la enfermedad separarse de estas reglas generales formando dos excepciones de las cuales la una entra de lleno en la índole de este estudio y tiene en parte mucha relación con la otra.

La primera de estas, que está fuera de duda, se refiere al triste privilegio que tiene la sífilis de transmitirse por herencia, no presentándose en primer término el accidente local sino que desde luego se manifiestan los fenómenos constitucionales: esta es la sífilis hereditaria.

En la segunda excepción á las anteriores leyes sucede una cosa análoga; también prescinde el mal en su manifestación del accidente primitivo presentándose desde luego los síntomas generales; pero la excepción de que hablamos, si bien el ánimo se inclina á creer su po-

sibilidad y hasta se le admite hoy por algunos autores fundados en sus observaciones, no está plenamente demostrada; me refiero á la trasmision de dicha enfermedad del feto á la madre durante la permanencia de aquel en el útero, ó sea la sífilis por retro-infeccion. Siendo la relacion que dije ántes existir en parte entre ambas el modo análogo de transmitirse la enfermedad tampoco bien comprobado de la madre al feto despues de haber concebido, infeccion intra-uterina ó placentaria segun Weil, la cual aunque incluida en la sífilis hereditaria, la separa este autor teniendo en cuenta el sentido estricto de la palabra herencia.

Ahora bien; una vez consignado lo anterior, paso á ocuparme del verdadero objeto de este estudio, empezando por sentar el hecho de todos conocido de que la sífilis en los niños, puede ser adquirida y heredita-

ria.

La sífilis adquirida de la infancia, constantemente demostrada en la Clínica, puede tener lugar por contacto inmediato, ya sea en el acto del parto por existir úlceras primitivas en la vulva, si bien esto no se verifica tan fácilmente como algunos han creído, y mucho menos puede admitirse la epageracion de Hunter y otros que suponen sea este el único medio de contagio (infectio per partum) pues lo impide con mucha frecuencia la copa caseosa que envuelve por completo por completo á la criatura al salir del claustro materno y no tener el feto parte alguna desprovista de epidermis, á no ser que al desaparecer aquella en algun punto haya sufrido tambien estas alguna sangadura; ó más bien el contacto se verifique despues del nacimiento y le ocasiona una persona cualquiera afectada de sífilis; y por último tambien puede verificarse por contacto in-

mediato.

Puede suceder que la infección se verifique por la madre ó la nodriza en la época de la lactancia, no solo en el caso de haber una úlcera primitiva en el pezon, hecho que juzgo fuera de duda por ser dos mucosas las que se ponen en contacto; así como crees es la nodriza infectada cuando existen placas mucosas en la boca del niño, sino que también me parece lógico admitir la infección por intermedio del líquido nutritivo. Bertin y otros sustentan este modo de trasmisión, y por más que no haya un número de casos suficientemente comprobados, es lo cierto que diariamente vemos niños con ataques de eclampsia, á los que no se les puede atribuir otro origen que la demasiada impresibilidad de la madre; otros, cuya nutrición está alterada sin más causa apreciable que la diátesis escro-

fulosa, tuberculosa, etc. de la madre ó nodriza; de suerte que siendo esto así, bien puede suceder lo mismo en la sífilis aun que la demostración no haya llegado en este punto á adquirir la certeza que quisiéramos.

Además de lo dicho se citan algunos casos bien comprobados, y yo he tenido ocasión de observar un chanorro próximo á la cicatrización, pero que fué seguido á los veintisiete días de accidentes secundarios en el sitio que ántes ocupara una pustula de vacuna, siendo por lo tanto la vacunación otro medio por el que puede transmitirse el mal.

Difícil por demás es establecer las condiciones de la trasmisión hereditaria ó congénita, á pesar de contar con hechos en suficiente número y de reconocerse universalmente la existencia de la sífilis hereditaria; mas como no nos contentamos con esto sino que tratamos de penetrar en su esencia, nos encontramos con una porción de cuestiones que

aún están en litigio y que importa mucho para la génesis de esta enfermedad tratarlos desapasionadamente procurando no forzar los hechos para que las deducciones sean verdaderas.

Mientras algunos autores atribuyen al padre exclusivamente la transmisión, otros opinan que solo la madre tiene este triste privilegio, habiendo en tercer término otros, y son los más, que dicen puede atribuirse á ambos: también es cuestionable, según ántes he dejado ya consignado, la infección ó no de la madre en el caso que el padre sea el que trasmite la enfermedad al nuevo ser, y lo mismo respecto á la parte que ha de tocar al feto libre de sífilis por el acto de la generación pero en ya madre la ha adquirido durante el embarazo, habiendo aún dentro de esto quien hace suceder esta transmisión solo cuando lo fué la madre en los primeros meses de la preñez; otros cuando el con-

tagio se verificó en los últimos, y otros en fin durante todo el embarazo. É como si esto no fuera suficiente, existen una porción de dudas sobre la duración del período trasmisor de los padres, tiempo que tarda en aparecer en el heredero y algunos otros puntos; resultando de todo ello tales y tan encontradas opiniones sobre este asunto, que hace sea uno de los más difíciles de la Patología infantil; y por más que ya se echa de ver en los numerosos casos publicados que cada uno trata de robustecer su opinión con sus observaciones, hay que tener en cuenta que muchas veces dejan estas bastante que desear, resultando unas incompletas y otras defectuosas, pues para evitar esto es necesario fijarse en dos circunstancias que no siempre están al alcance del observador, cuales son: exacto conocimiento del estado de ambos padres en el momento de la fecundación y del de la madre durante el embarazo, no debiendo fiarse demasiado de las referencias que

estos nos hagan cuando no fueron examinados y tenemos que conformarnos con los datos que nos suministran si podemos interrogarles, pues á veces, aún suponiendo en ellos buena fé, suelen engañarse por pasarlos desapercibidos ciertos hechos y haber olvidado otros; de suerte que es muy difícil coleccionar algunas buenas observaciones; así es que muchas de las publicadas carecen como es consiguiente de la fuerza de convicción necesaria.

Reduciendo todo lo posible la cuestion, diré con A. Weil que la sífilis congénita hereditaria podrá transmitirse de dos maneras: ó por herencia (en el sentido estricto) ó por infección intra-uterina.

Se comprende que para demostrar la trasmisión por herencia en el sentido estricto no pueden tener gran fuerza los raxones que se expongan con referencia á la madre, pues nadie ha demostrado, y es muy difícil ha-

cerlo, si el óvulo al ser fecundado era ya sífilítico ó lo fué despues el feto por intermedio de la circulacion útero-placentaria, toda vez que la madre sífilítica, en el momento de la concepcion, puede seguir siéndolo durante el embarazo, de donde resulta que no se podrá afirmar si la madre transmitió el mal de la primera ó de la segunda manera. Por lo tanto, si hemos de tener datos más seguros en que fundar la herencia propiamente tal, hemos de hacer las investigaciones por lo que se refiera al padre, pues la influencia de éste sobre el nuevo ser no puede ser antes ni despues sino solo en el momento de la generacion, sin olvidar tambien que no ha de atribuirse con seguridad más que cuando la madre no fué sífilítica ni en el momento de la concepcion ni durante su estado de preñez, si bien hay algunas excepciones que se refieren al

último período de ésta, como luego veremos.

La pregunta siguiente de Kossowitz para demostrar la herencia en el sentido estricto, reduce aun más la cuestión: ¿Se verifica que una madre no sífilítica dé a luz un hijo sífilítico? Contestando afirmativamente no queda duda de que el padre tuvo que ser el trasmisor, con lo cual estaría demostrado: 1.º la herencia en general, y 2.º la del padre en particular, haciéndose probable la de la madre, que como dejo dicho no es factible demostrar directamente y si solo por la analogía de lo que sucede en otras enfermedades (tuberculosis, herpes, gota, etc.); podemos afirmar la facultad que tiene de transmitir a su hijo estas discrasias, cuya facultad sabido es que la tienen igualmente el padre y la madre. Si la contestación a la anterior pregunta

fuese negativa, tendríamos que con-ferar que no existía la herencia en el sentido estricto de Weil y que la transmisión tenía lugar por infección intra-uterina.

Si el factor determinante de la enfermedad es un contagio vivo, un micro-organismo, según los han descrito Klebs, Bermann y Aufrecht, no es difícil comprender que estos organismos puedan pasar al esperma macho ó al huevo de la mujer.

Además, un examen atento de algunos casos en los cuales se han tenido en cuenta las causas de error, observados por autores de confianza, y la comprobación de estos casos entre sí, demuestran que siendo el padre sífilítico pueda dar origen a la sífilis en su hijo permaneciendo la madre completamente sana.

Kossowitz, á más de una porción de razones en pro de esto

dice, que de 119 veces estaban & 3 las madres completamente libres de sífilis, de lo cual se convenció por una atenta observación de las niñas no interrumpida durante mucho tiempo, refiriéndose la transmisión a una sífilis antigua ó latente del marido en la época del coito, pues de tener síntomas infecciosos difícilmente queda la mujer libre del contagio.

Lo mismo se comprueba con las observaciones del Doctor americano Gaylor, el que cita el caso notable de matrimonio en el cual el padre estaba afecto de sífilis constitucional dando origen a la sífilis en sus cuatro primeros hijos: sometido después a un tratamiento racional, tiene un hijo exento de la afección: se abandona en el tratamiento y el sexto hijo nace sífilítico; y por último, después de uno ó dos años, y habiéndose sometido

novamente a un buen tratamiento tiene en su matrimonio un hijo completamente sano, siendo de notar que su mujer siempre permaneció en el mejor estado de salud, no teniendo por consiguiente necesidad de hacer uso de ningún medicamento.

La mejor prueba, dice Skell, que puede ofrecer una madre de no haber padecido sífilis durante el embarazo es que tenga una infección reciente al finalizar éste, y cita un caso muy comprobado en el que se dió esta coincidencia, con el cual demuestra que teniendo lugar la infección de la madre tan tarde no parece posible una infección intra-uterina del niño, y habiendo nacido éste sin embargo con sífilis, parece lógico atribuirle al padre: más aún; esta mujer abortó al año siguiente un feto sífilítico de seis meses.

El hecho citado por C. J. Richter de que una mujer sana con un hombre sífilítico tuvo un hijo sífilítico, y con un hombre sano hijos sanos, volviendo á parir un niño sífilítico por unirse nuevamente con el primer hombre, es de los más concluyentes que he podido registrar en apoyo de la trasmisión por parte del padre.

Algunos autores dicen no obstante, que el estado de salud de las madres de niños sífilíticos no es más que aparente, y se fundan para esto en un hecho que aparece apoyar este modo de ver; tal es la ley de Colley segun la cual la madre de un niño sífilítico puede lactarle sin ser infectada; pero esto no demuestra que las madres se encuentren entonces afectas de sífilis puesto que no se encuentra vestigio alguno de la enfer-

medad, y si bien parece existir en ellas cierta inmunidad para adquirirlo de cualquier otro modo, es este un punto dudoso todavía que acaso se resuelva con investigaciones ulteriores; por ejemplo, cuando se demuestre que inoculada la sangre de estas mujeres pueda dar origen á la infección, por más que no pueda afirmarse estuvieran exentas de sífilis algunas, aunque la inoculación no diera resultado, toda vez que la sangre de un sífilítico no es inoculable durante la primera manifestación de la enfermedad, ni en los fenómenos terciarios de la misma.

A pesar de esto, creo que los datos antes mencionados son suficientes para admitir que la sífilis puede transmitirse en el acto de la fecundación.

Respecto á la cuestión del paso del virus al través de la

circulación placentaria la fórmula Weil del modo siguiente: puede nacer con sífilis hereditaria un niño cuyos dos padres estaban sanos en la época de la generación con tal que la madre adquiere la sífilis en el curso del embarazo? Unos autores consideran esta cuestión como de orden secundario; otros que debe contestarse afirmativamente sin necesidad de aducir pruebas; el mismo Weil dice que aunque no está demostrado todavía la infección intra-uterina, atendiendo a consideraciones teóricas, no puede negarse la posibilidad de su producción.

El medio por el cual podría justificarse, sería poder observar algunos casos en los cuales hubiera la seguridad de que los padres estaban completamente sanos en el momento de la fecundación, y poder así mismo de-

mostrar que la madre fue infectada durante el embarazo, todo lo cual es muy difícil de justificar según dije anteriormente, razón por la que creo no he tenido ocasión de ver ninguno caso que satisfaga por completo en este punto.

Sin embargo, si el virus se halla unido a los elementos del organismo enfermo y sabemos que en la sangre como tal reside también aquí bien sea en los corpuscitos, ya en la sustancia intercelular, que esto tampoco está decidido aun, constándonos así mismo la comunicación del humor sanguíneo entre la madre y el feto, ¿por qué no admitir la transmisión por este medio?

Beitz y Caspary vieron granulaciones de cinabrio en la placenta y en la sangre de los vasos umbilicales por haber inyectado dicha sustancia en la sangre de conejas preñadas. Bollinger ha

vacunado mujeres embarazadas cu-
yos hijos fueron refractarios á la
vacuna. Albrecht ha publicado
un caso de autopsia de un recién
nacido en que se encontraron las
lesiones de la fiebre recurrente, en-
fermedad que habia sufrido
la madre: Duchek cita la siguiente
observacion: una embarazada su-
frío una intermitente cuotidiana
y un mes despues parió un niño
que falleció á las tres horas encon-
trando en la autopsia de éste el
bazo aumentado de volumen, su
sustancia dura, friable, de color ro-
jo negroceo; en el tejido espléni-
co y en la sangre de la vena
porta se encontró un pigmento
negro de granulos gruesos é irre-
gulares y el tegumento presenta-
ba un color oscuro; de nuevo, que
los hechos clínicos, las autopsias,
y los experimentos, demuestran
que los excitadores de las infeccio-

nes, pequeños elementos morfológi-
cos, pueden pasar al feto por in-
termedio de la circulacion pla-
centaria, y esto que ocurre en las de-
más enfermedades infecciosas es
lo lógico que sucede tambien en
la sífilis. En fin, la mayoría de
los autores, aunque no demost-
rado aún, le admiten como muy po-
sible, inclinándose por lo tanto
á participar de esta creencia
mientras no se demuestre otra-
cosa.

Respecto á la época en que
la trasmision tenga efecto, se
comprende que siendo la sífilis
una enfermedad local en un prin-
cipio y general despues, necesite para
su desenvolvimiento y pasar de un
estado á otro un período variable
de tiempo, por lo regular de uno á
seis meses, por lo que ha de ser más
de temer que la infeccion intraute-
rina pueda verificarse cuando

la madre fué infectada al principio ó al medio que al fin del embarazo, pues en este último caso, dando á luz antes de que se generara en ella el mal, puede nacer el nuevo ser sin que oportunamente le haya alcanzado el germen de tan funesta enfermedad; y con frecuencia se ven casos de mujeres que padeciendo una sífilis reciente paren hijos en buen estado de salud y que continúan en él.

Es indudable que el grado ó período que en los padres haya alcanzado la enfermedad ha de tener gran influencia sobre la transmisión; pero ésta es otra de las cuestiones en las que tampoco se puede afirmar hoy nada de una manera terminante, si bien parece ser que la antigüedad de la sífilis y un tratamiento racional influye en gran

manera para que el virus pierda la propiedad de transmitirse de padres á hijos.

La sífilis primitiva ó adquirida de los niños tiene mucha analogía con la del adulto; el primer fenómeno se manifiesta en un punto cualquiera del cuerpo, desaparece después de algunos días, se cura, y en un período de tiempo variable se presentan una serie de lesiones que caracterizan la sífilis constitucional y como lo que tiene de particular ésta en los niños, excepto su desenvolvimiento, es igual en la adquirida que en la heredada, pero á ocuparme de los síntomas de esta última.

Ya voy á describir detalladamente la sintomatología de la sífilis hereditaria;

tan solo trataré de poner de relieve lo más subminante de la misma, con el fin de poder hacer un diagnóstico exacto y ver lo que tiene de especial.

Harías faras adopta la sífilis hereditaria para desenvolverse en el producto de la concepción; ya sufre un desarrollo que pudiéramos llamar rápido falleciendo antes de ver la luz y siendo abortado por consiguiente, lo cual suele suceder de ordinario hacia el septo ó séptimo mes de la vida intra-uterina, ó llegando á término el embarazo presenta al nacer la criatura un estado de caquexia avanzada, coriza, ulceraciones del velo del paladar, placas mucosas, etc.; y puede no aparecer nada de esto, pero se ve la piel arrugada, sumamente demacrado el individuo con todo el aspecto de un viejo en miniatura falleciendo á los pocos dias. Otras ve-

ces, que es lo más frecuente, las manifestaciones sífilíticas no se presentan hasta algunas semanas después del nacimiento, por lo regular entre la tercera y septa; y hay algunas observaciones en las que parece haber permanecido la enfermedad en estado latente un tiempo variable haciéndose su presentación más tarde; pero esto último y el manifestarse dentro de las dos semanas siguientes al nacimiento ocurre las menos veces.

Frecuentemente nacen los niños al parecer en buen estado de salud, hasta que hacia la tercera ó cuarta semana, empiezan por debilitarse su estado general, lejos de aumentar disminuyen en volumen y peso, la piel adquiere una coloración terrea-grisácea, se arruga, la cara toma una expresión semil-particular, su demacración es intensa, el epidermis de las palmas

de las manos y plantas de los pies se adelgaza y toma un aspecto de sequedad y brillo grasoso existiendo una exfoliación del tegumento. Al propio tiempo aparece un catarro de las fosas nasales (coriza sifilítica) que dificulta la respiración y seguidamente las erupciones de la piel presentan dove estas tanto más pronto cuanto más intensa y grave es la afección. Algunas veces, sin embargo, aparecen estos signos sin que la demeración sea considerable.

Punque las manifestaciones cutáneas en los niños son análogas á las del adulto, sufren sin embargo la modificación consiguiente á las particularidades que ofrece el tegumento de aquellos.

Una de las que más pronto y frecuentemente suele presentarse es el eritema sifilítico: aparece hacia la tercera semana; son máculas

de un color rojo lívido más ó menos subido; pueden presentarse bien escasas número ó envolviendo casi todo el cuerpo, pero de bordes limitados con un diámetro de tres milímetros á centímetro y medio ó dos centímetros, no desaparece á la presión pero si al cabo de algunos días de existencia, dejando en su lugar manchas ligeramente moradas. Puede confundirse esta afección con los eritemas simples de la primera infancia; pero la tendencia de aquellos á la infiltración y la presencia de pápulas en las flexuras articulares, favorecerán al práctico para mejor hacer el diagnóstico. No sucede igual con el eritema eritematoso, pues algunas veces es necesario observar al enfermo algunos días y aun servirse del tratamiento para distinguirle del eritema sifilítico.

Alterna con la anterior en ser la primera en aparecer la sífilide papulara, pues con frecuencia se

obreviva al mismo tiempo que ella:
son pápulas bastante duras, de po-
co tamaño, disminuidas por toda la
superficie cutánea, con predilección
en las regiones palmar y plantar,
donde se cubren de escamas cuando
son antiguas. A veces cierto número
se confunde formando un ancha
placa gruesa, roja y escamosa; esto
último no siempre. Cuando toman
ariento en las márgenes del ano ó
en los genitales, se convierten en verda-
deras pápulas mucosas por el calor
y humedad de estas partes siendo
una de las lesiones más frecuentes
y características de la sífilis heredi-
taria. Suelen dar lugar las pápulas
á condilomas sífilíticos, que pueden
confundirse con los simples, y de los
cuales se diferenciarán por la epis-
tencia de una pápula anterior y el
olor fétido mucho más pronunciado
que en los condilomas simples. Cuan-
do las pápulas ocupan los comineros

de la boca, dejan al ser apares
unas cicatrices lineales y los labios
como plegados, siendo un sello que
denuncia la existencia antigua de
la enfermedad, principalmente si
como suele ocurrir hay en los mismos
placas mucosas.

Menos frecuente que las dos
formas anteriores son las vesículas si-
filíticas; se asemejan mucho al ecze-
ma vesicularo, pero existen general-
mente al propio tiempo que otras
lesiones (pústulas, ampollas, etc.) y a-
denás se forman sobre una base in-
filtrada y papulosa.

La sífilide pustulosa se
manifiesta hacia los sesenta ó
setenta días en los niños muy ata-
cados, pero por lo regular apare-
ce más tarde: también está en re-
lacion directa de la gravedad el ta-
maño de las pústulas pues son gran-
des, numerosas y profundas ó pe-
queñas, escasas y superficiales;

aunque aparecen en cualquier region, prefieren la glútea, los muslos y cara. Al reventarse las ampollas fluye un pus claro y dejan en su lugar úlceras incompletamente abiertas por la piel de los bordes desprendida. Agrupadas las piústulas semejan al formarse las contras un exema impetiginoso del que se distinguen por la falta de prurito y la diferente coloracion y grosor de las mismas, pues son de un moreno más claro y más delgado en el exema impetiginoso, cicatrizando en este último con mucha más facilidad la ulceracion que existe debajo de las contras.

El pénfigo sífilítico está formado por pequeñas vespículas confluentes que aparecen con particularidad en la region palmar y plantar; se agrupan y forman ampollas que pueden llegar a tener el volumen de un huevo de pichón,

las cuales se abren al siguiente día de haber aparecido, formándose unas contras blanquecinas que recubren la úlcera resultante. Esta erupcion indica mucha gravedad por sobrevenir una carquepia que corta rápidamente la vida de tan tiernos seres. En otro tiempo se creyó que todas las erupciones de esta índole eran sífilíticas; pero hoy se admite por la generalidad de los autores, un pénfigo simple de los niños que difiere del sífilítico en que este aparece mucho más pronto, es más grave por lo general y va acompañado de algun otro sintoma de sífilis.

Hay además en la piel de los niños afectos de esta enfermedad alguna otra erupcion de menor importancia (grietas, úlceras, forúnculos, abscesos, etc.) lesiones todas que se curan con lentitud.

Entre los síntomas de las membranas mucosas ya indiqué

al hablar del modo de presentarse la enfermedad el coriza por ser uno de los que primero aparecen. Consiste en una tumefaccion de la mucosa nasal de forma catarral primero, muy pronto de naturaleza exudativa y que más tarde se ulcera segregando un moco purulento que después sale mezclado con sangre; produce la escoriacion de las alas de la nariz hacia su abertura y puede el mal progresando llegar á los huesos y producir su necrosis. Este coriza puede ser ligero ó muy grave pues puede impedir el respirar al niño al hacer la succion en el acto de mamar y resentirse por consiguiente su nutricion ya disminuida.

En los niños las placas mucosas de la boca tienen tendencia á reunirse y cuando ocupan las comisuras y bordes labiales, resultan unas fendas muy profundas que

se secan y cubren de un producto amarillento, sobre todo si como digimos antes, se acompañan en este sitio de pápulas cutáneas. Conoquiera que el producto de secrecion de las placas es muy contagioso, y por otra parte, existiendo en la boca del niño, nada más fácil que infectar á las nodrizas que le dan de mamar y aun á otras personas por el hecho de besarle, etc., importa mucho establecer bien el diagnóstico para evitar males mayores. Con las lesiones que pudiera confundirse son las de la estomatitis simple; pero puede precisarse bastante bien el diagnóstico porque en la última la inflamacion es generalmente más difusa y, sobre todo muy intensa en la lengua, la cual está cubierta de vesículas que no existen cuando hay placas, y en cambio estas tienen predileccion por ocupar las comisuras bucales; además se tendrán en cuenta los síntomas

concomitantes.

La mucosa faríngea es igualmente atacada, pero no suele llegar en los niños á producir la destrucción que en los adultos. Tambien en las vias aéreas (tráquea, bronquios) y sobre todo en la laringea se encuentra una inflamación catarral que es lo que ocasiona el llorar roncado particular de los niños afectos de sífilis. La otorrea y leucorrea suelen asimismo acompañar á las anteriores lesiones.

En los niños como en los adultos todos los órganos y vísceras pueden afectarse más ó ménos por la sífilis, así es que se encuentra una tumefacción hipertrofica del bazo debida á una degeneración amiloidea la mayor parte de las veces y pocas á la formación de sífilomas en el tejido esplénico.

Tambien suelen hallarse

tumefactos los huesos principalmente los del antebrazo, pierna y brazo, la osteitis lenta unas veces, rápida otras puede reblandecerse, abrirse y ulcerarse. La periostitis se presenta por lo regular en los niños que ya han empezado á andar, siendo la del fémur y la tibia los primeros puntos atacados ordinariamente.

Del mismo modo las articulaciones suelen tomar parte en este cuadro de síntomas. Las más atacadas son por orden de frecuencia rodilla, codo, escápula y muñeca: el curso de la artritis sífilítica, rara en los niños, es según L. Somma muy agudo, pues entre 48 á 72 horas llegan los síntomas á su maximum, recorriendo su período en cuatro ó cinco dias y siendo constante la curación siempre que se emplee un tratamiento apro-

puado.

A veces se presenta una queratitis difusa que da á la córnea el aspecto de un cristal deslustrado; presentándose tambien al propio tiempo algunas alteraciones en los dos incisivos medios superiores, pues las que suelen ofrecer los otros no sirven más que para corroborar los datos que aquellos suministran: los caracteres de los dientes sífilíticos son: una atrofia general, muy cortos y estrechos, están cortados oblicuamente hacia adentro, resultando que las extremidades libres terminan en punta la cual siempre se rompe según una línea curva de convexidad superior, quedando en forma de pequeña media-luna los bordes de aquellos; á este nivel falta el esmalte estando por consiguiente al descubierto la dentina; estas alteraciones son pocas ordinariamente, esto es, las

ofrecen á la vez los dos incisivos. Pero estos síntomas á los que tanta importancia ha dado Hutchinson para el diagnóstico no parecen tenerla en realidad, pues algunos autores dicen haberlos observado en niños no sífilíticos, no siendo en todo caso más que una de tantas manifestaciones que unida á otras, ayude á establecer el diagnóstico.

Además suelen registrarse algunos casos de encefalitis, meningitis, parálisis de las extremidades y adherencias fibrosas de las membranas, cuyas lesiones se han atribuido durante mucho tiempo á otras enfermedades.

Los sífilomas (tumores gónocosos) que tambien se desarrollan en los niños, son neoplasmas de volumen variable, abollados, duros primero y que se reblandecen más tarde, siendo su contenido entonces casi purulento. Los neoplasmas son la modificación anatómica más frecuente de los órganos profundos (timo,

baro, pulmones, etc.). Por último, la sífilis hereditaria, da lugar a una porción de consecuencias patológicas, tales como el raquitismo, escrofulismo, la degeneración tardíaca del hígado, triñones, la hidropesía, la hipertrofia ganglionar, etc.

La dejó consignado en lo que precede los puntos capitales que se han de tener en cuenta para establecer el diagnóstico; añadiré sin embargo que la coloración especial de las erupciones, la presencia de ampollas de pústulas y sobre todo las placas mucosas, favorecen el reconocimiento de la enfermedad. Paso pues á decir dos palabras sobre el pronóstico.

La sífilis hereditaria es grave: ya dije anteriormente que en algunas ocasiones muere el feto antes de nacer, siendo la causa

del aborto. También es muy difícil que continúe viviendo un niño que viene al mundo caquéctico, con la piel arrugada y otras lesiones sífilíticas. Según Ferhardt mueren durante el primer año la mitad de los niños que nacen en este estado. Ahora bien; en aquellos otros en que no se manifiesta el mal sino tres ó cuatro semanas después del nacimiento y se les sujeta á una terapéutica racional, se curan con mayor frecuencia y con particularidad en los que la demencia no se acentúa demasiado. Según Heisl, cuando la manifestación sífilítica lo hace bajo la forma de pústulas es absolutamente mortal.

Para terminar estas consideraciones voy á hacer algunas sobre el tratamiento: respecto á este creo que cuando en un matrimonio

haya algun indicio que nos haga tener la existencia de la sífilis y con más seguridad si hubiera habido abortos ó algun hijo sífilítico debe reconocerse á ambos cónyuges y someter al que resulte sospechoso á un conveniente tratamiento y en caso de duda á los dos.

Cuando no haya tenido efecto el anterior proceder debe empezarse el tratamiento á ser posible durante la vida fetal, pues de este modo se conseguirá probablemente que el producto de la concepcion llegue á término en buenas condiciones. Para esto se someterá á la embarazada lo más pronto posible al tratamiento de las fricciones mercuriales, que considero en este caso preferible al método por ingestión por los trastornos digestivos que este suele ocasionar en tal estado; sin embargo, puede enrayarse con precaucion y á ser tolerado, no hay inconveniente en servirse de él.

Sabido es que para la sífilis los

principales remedios son el mercurio y el iodo; mas como en los niños una conveniente alimentacion es tan esencial para su sostenimiento, debe anteponerse esta á todo procurando sea lo más tónica y reparadora posible para impedir que la caquexia tome grandes proporciones, así como tambien rodearle de buenos medios higiénicos.

Cuando la madre pueda criar á su hijo deberá hacerlo y á no ser esto posible deberá recurrirse á la lactancia artificial, pues no creo que el Médico deba consentir la lactancia mercenaria en estas circunstancias de ninguna manera. Es cierto que la lactancia artificial suele ser las más de las veces insuficiente, precipitando entonces el curso de la enfermedad á un fin fatal, raron por lo que debe de ser vigilada con el mayor esmero posible prefiriendo la alimentacion por un animal.

Varios procedimientos se siguen para

la administración del mercurio á los niños y de todos se citan resultados satisfactorios.

Los baños se preparan disolviendo de 50 centigramos á 1 gramo de cloruro mercurico en la suficiente cantidad de alcohol, cuya disolución se echa en una cuba de agua caliente, pues es necesario preservar á estos niños del frío. Dicha cuba debe ser de dimensiones proporcionadas al desarrollo del niño para que éste pueda estar con comodidad: se colocará en el cuello del enfermo una capota de franela que estienda por fuera de la cuba, ponga á salvo la cara del paciente del líquido del baño: después de seco se le espolvoreará la piel con almidón y si tuviera flictenas se cubrirán estas con una narca de calomellanos y almidón, ó bien de calomellanos y opio de zinc á partes iguales, ó tambien con la

pomada de protoioduro hidrargirico: la duración del baño será de 10 á 11 minutos y debe repetirse cada tercer dia.

El método paratráptico ó de las fricciones tan usado en la antigüedad, consiste en fricciones todos los dias algunas partes sanas de la piel del niño, alternando á ser posible entre las regiones plantares, ó la parte interna de los muslos, ó de los brazos etc. con un grano ó grano y medio de ungüento gris hasta producir la salivación.

Las inyecciones subcutáneas ó né todo hipodérmico, tienen el inconveniente de producir flemones, abscesos y úlceras en la region donde se hacen, y como por otra parte no reportan ventaja ninguna sobre cualquiera de los otros procedimientos están casi abandonadas.

La administración interna del mercurio ó del ioduro potásico á los niños, sobre todo á los muy jóvenes, no ha sido del agrado de algunos autores;

sin embargo, la práctica demuestra que en la mayoría de los casos puede emplearse aunque con alguna prudencia.

La preparación más usada es el cloruro mercurioso ó calomelano, á la dosis de uno á tres centigramos repetida dos ó tres veces al día, pudiendo asociarse dos ó tres centigramos de carbonato de hierro en el caso de anemia, y uno de polvo de Dover cuando haya diarrea y cólicos.

Roller recomienda mucho el licor de Van-Svieten á la dosis de media cucharada de las de café por día (ó sea dos y medio miligramos de cloruro mercurioso) que se administra en una corta cantidad de leche.

Las preparaciones iodadas obran con más lentitud en general en el tratamiento de esta enfermedad. Steiner en cambio las ha encontrado más activas en las manifestaciones secundarias persistentes de las mucosas, de los ganglios, del peritostio, etc.; esto es en las

lesiones profundas de la sífilis constitucional, que es cuando más están indicadas siempre que haya precedido el tratamiento mercurial.

Se emplea el ioduro potásico en disolución á la dosis de cinco á diez centigramos cada dos ó tres horas y el ioduro de hierro que se administra ordinariamente bajo la forma de jarabe.

No puedo menos de conceder mucho valor á todos estos procedimientos; pero encuentro superioridad en el tratamiento unido de mercurio y iodo. Lo he empleado con muy buen éxito viviendo en los casos que he tenido ocasión de observar de la fórmula siguiente:

De ioduro mercurioso - 25 miligr.

„ ioduro potásico 4 granos

„ agua destilada 2℥o id.

Del p.^o tomar una cucharada, con cuchara de madera, todas las mañanas, aumentando una cada cuatro días hasta llegar á cuatro.

Cuando se crea conveniente pus-

deben combinarse los baños con las fricciones, éstas con el tratamiento interno, etc.

El tratamiento de la sífilis debe ser continuado hasta que desaparezcan por completo los síntomas del mal y aun algún tiempo después para impedir la recidiva, si bien puede haber alguna corta interrupción durante la cual, se administrarán los tónicos, sobre todo el ioduro de hierro.

De las consideraciones hechas oseo poder establecer las conclusiones siguientes:

Entendiendo por sífilis hereditaria la que se transmite por el espermia ó por el óvulo, es indudable que la sífilis se hereda.

Está demostrada la transmisión por herencia de la sífilis paterna, siendo muy probable también la transmisión por parte de

la madre.

Aún más, de los hechos parece deducirse, que la enfermedad se transmite por intermedio de la circulación placentaria.

La sífilis adquirida de los niños se presta á las mismas consideraciones que la de los adultos.

La evolución de la sífilis hereditaria, difiere aunque poco de la adquirida, ya por la rapidez de su curso, como por que no se observa con tanto rigor el orden cronológico que marca el desenvolvimiento de esta última. Por lo demás los síntomas que presentan, son los mismos en una que en otra.

En cuanto al tratamiento, si la enfermedad se presenta en su segundo período, se hará uso de los recursos; pero como por regla general

en la sífilis hereditaria coexisten
los síntomas secundarios y los terciarios, hay que instituir desde el primer momento el tratamiento mixto de mercurio y yoduro potásico:

He dicho.

Cipriano González Peláez



Madrid 21 de Setiembre de 1883.