2694
T 11

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

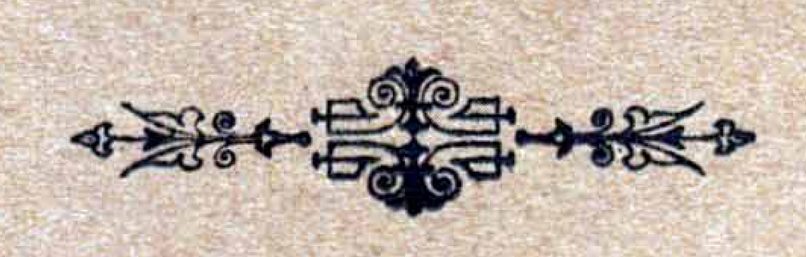
SIFILIS HEREDITARIA PRECOZ

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

JOAQUIN GUEVARA

Ex-Practicante interno de la Casa de Expósitos



BUENOS AIRES

435 — Imprenta «Sud.América» Bolívar 164

1891

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

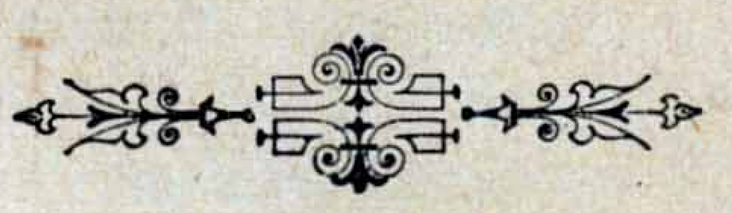
SIFILIS HEREDITARIA PRECOZ

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

JOAQUIN GUEVARA

Ex-Practicante interno de la Casa de Expósitos



BUENOS AIRES

435 — IMPRENTA «SUD.AMÉRICA» BOLÍVAR 164

1891

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tésis (Art. 162 del Reglamento).

Facultad de Ciencias Médicas.

Decano.

Dr. D. Mauricio Gonzalez Catán.

Vice-Decano

Dr. don Eufemio Uballes

Académicos honorarios.

Dr. D. Santiago Larrosa.
» » Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Eduardo Wilde.
» » Ignacio Pirovano.
» » Martin Spuch.

Académicos titulares.

Dr. D. Manuel Porcel de Peralta.
» » Mauricio Gonzalez Catán.
» » Manuel Arauz.
» » Leopoldo Montes de Oca.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Pedro Mallo.
» » José M. Astigueta.
» » Jacob de T. Pinto.
» » Eufemio Uballes.
» » Juan R. Fernandez.
» » Enrique E. del Arca.
» » Pedro N. Arata.
» » Manuel Blancas.

Secretario Académico Honorario

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca

Secretario.

Dr. D. Luis de la Cárcova.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología (teórico-práctica)	»	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica	»	Ignacio Pirovano Julian Aguilar
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	Jaime R. Costa (en ejercicio).
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	»	Vacante.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica Alfredo Lagarde
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enferm. de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Eduardo Obejero. Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica obstétrica	»	Luis F. Vila. Juan R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicología	«	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

Dr. Enrique del Arca

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Dos años de internado como practicante de la Casa de Expósitos, casi esclusivamente dedicados á la clínica infantil, me han permitido apreciar prácticamente las lecturas de los libros y las lecciones de los maestros.

Entre los numerosos puntos que se me ofrecian como tema para rendir la última prueba que esta Facultad exige para discernir el honroso título de Doctor, he elegido el que presento hoy á vuestra ilustrada consideracion.

El versará sobre algunas observaciones de sífilis hereditaria en la primera infancia, entresacadas de los numerosos casos que he tenido ocasion de ver en el consultorio externo y servicio interno del establecimiento.

No es por que sea nuevo ó poco estudiado que he elegido este punto como objeto de mi disertacion, sino por el interés práctico considerable que ofrece su estudio.

Limitándome solo al campo de mis observaciones, á un asilo como la Casa de Expósitos, donde falta toda clase de antecedentes hereditarios, donde se dan á criar los niños á las nodrizas externas, muchas veces antes de los quince dias de nacidos, y que por consiguiente, en muchos de aquellos que son heredosifilíticos, la enfermedad no ha tenido aun el tiempo de manifestarse; es enorme el interés práctico que se reporta de un diagnóstico hecho á tiempo.

Asi, no es raro ver, y yo he tenido ocasion de observarlo repetidas veces, que un niño que sale del establecimiento robusto y con todas las apariencias de la salud mas completa, lo vuelva el ama al cabo de veinte dias ó un mes con accidentes avanzados de sífilis hereditaria.

Dos casos he visto; (uno de ellos el de la observacion número III), en que la nodriza pagó caro su desidia.

Se trataba de niños sanos en apariencia, y en quienes despues de algunos dias principió á aparecer una erupcion en el cuerpo; la nodriza creyendo que no era nada y que todo pasaria pronto, se dejó estar sin traer el niño al consultorio. Solo requirió la asistencia médica cuando le notó algunas placas mucosas en la boca y fisuras en los lábios: pero ya era tarde, ellas mismas estaban infectadas; 21 dias, en la una, y 18 en la otra, despues que yó las ví, le apareció en el pezon un chancro sifilítico.

Teniendo presente estas enseñanzas prácticas, es que he podido darme exacta cuenta de los perjuicios considerables que trae un retardo en el diagnóstico, perjuicio no solo para la vida del niño enfermo, sino tambien para la salud de la nodriza, y aun la de los demás niños.

Etiologia

La investigacion de la paternidad sifilítica, dice Roger, lejos de estar vedada al médico, le es casi obligatoria hacer por un triple interés; el del niño enfermo, el de los niños que nazcan despues del mismo matrimonio, y en fin, por el interés de los padres.

Esta investigacion es á veces muy difícil. Los padres niegan generalmente haber sufrido ninguna afeccion semejante, por mala fé en muchos casos, por ignorancia en otros.

En efecto, en ciertas personas produce la sífilis manifestaciones tan leves, tan poco apreciables que á uno mismo pueden pasar desapercibidas, máxime cuando se trata, como sucede comunmente, de personas ignorantes Por eso ha dicho Fournier que una quinta parte son sífilis ignoradas.

Asi es que se necesita de parte del médicc mucha sagacidad, y un exámen muy prolijo, para llegar, por uno que otro dato, ó por alguna señal casi imperceptible, á reconstruir la naturaleza específica de la enfermedad.

Cuando uno de los projenitores, y con mayor razon los dos, se acusa de afeccion sifilítica, el diagnóstico de la anfermedad se aclara enormemente.

En nuestra Casa de Expositos es imposible averiguar la salud de los padres.

Aquí para hacer un diagnóstico hay que valerse del aspecto del niño, su peso, su edad, el carácter de las lesiones que presenta, su sítio, época de aparicion, etc. Despues, los favorables efectos del tratamiento mercurial, ó el resultado de la autopsia, confirman ó dan un desmentido al diagnóstico. Pero

falta siempre la prueba irrefutable por excelencia: la comprobacion de la diatesis en los padres.

Que siendo la madre sifilítica antes de la concepcion, ó contaminándose en los primeros meses de esta, el niño nace enfermo, es cosa que hoy nadie pone en duda. Pero las opiniones principian á diverjer, cuando se trata de saber desde qué mes de la gestacion puede el feto quedar indemne, infectándose la madre.

Cullerier cree que el feto puede contraer la enfermedad desde el primer dia hasta el último.

Chavallier (de Lyon) cita un caso de una muger preñada de ocho meses, habia contraido la sífilis y trasmitídola á su hijo.

Diday, Ricord, Zeissl, piensan que pasado el sétimo y sobre todo el octavo mes, la madre podrá contraer un chancro sin que el niño nazca enfermo.

Esta ùltima opinion, que es la mas generalmente aceptada, se esplicaria por que entonces el virus no habria tenido el tiempo de evolucionar en la madre y de trasmitirse despues al feto.

Respecto á la trasmision del mal por la via paterna, las opiniones están aun mas controvertidas.

Mientras que Cullerier, Notta, Chauveau, sostienen que la muger es la única que puede dar orígen á la sífilis hereditaria, con esclusion del hombre. Hutkinson, Fornier, Parrot, se oponen á este modo de ver.

Trousseau, cita el caso de un jóven médico, que despues de haber tenido accidentes específicos, se casa, creyendo estar perfectamente curado, y su muger, que permanece completamente indemne, dá á luz dos hijos venidos antes de término. Uno que sobrevivió no tardó en presentar señales evidentes de sífilis.

Roger ha podido observar la inmunidad de una madre que tenia hijos sifilíticos; observacion que se prolongó por espacio de diez y siete años.

Los partidarios de la primera teoría alegan en su favor el hecho de que padres manifiestamente sifilíticos engendran hijos sanos.

La aseveracion es verdadera, pero las conclusiones son erróneas. Lo que se prueba, dice Parrot, es una cosa sabida por todo el mundo, que padres ó madres infectados pueden no dar orígen á niños sifilíticos.

Sin embargo, lo mas general en cuanto á la trasmision del mal por el padre, es que éste contaminie primero á la madre, y de aquí al feto.

La descendencia es casi infaliblemente sifilítica cuando los dos progenitores lo son, modificando esta regla un tratamiento enérgico y prolongado, ó cuando la diatesis es muy antigua.

Aborto de origen sifilítico

Al hablar de sífilis hereditaria no se puede dejar de mencionar el aborto de orígen sifilítico, por ser él su primera manifestacion.

La sífilis hereditaria puede atacar al niño en casi todos los períodos de su vida: durante la vida intrauterina — muy poco tiempo despues del alumbramiento — y en una época mas lejana, que varia entre límites muy amplios.

Fournier que se ha ocupado del estudio de las manifestaciones tardías de la sífilis hereditaria, afirma, que éstas pueden permanecer en un estado, por así decir, latente, y solo dar señales de su existencia en la pubertad, y aun en el estado adulto.

Pero no me ocuparé de esta forma de sífilis sino de aquella que aparece en el momento, ó poco tiempo despues del nacimiento.

Cuando un médico encuentra que una mujer tiene abortos repetidos, y sobre todo cuando estos abortos son cada vez mas aproximados de la época fijada para el parto á término, debe despertarle la sospecha de que esos partos prematuros están bajo el dominio de la sífiles: salvo naturalmente si hay otra causa ocasional manifiesta.

La sospecha será confirmada si el feto nace cubierto de granos ó tiene un aspecto y peso que no corresponden al número de meses de su vida intrauterina.

La autopsia revelará generalmente en estos abortos, lesiones óseas ó viscerales propias de las sífilis congénita.

Fournier cita un caso en estremo interesante. Se trataba de una jóven perfectamente sana casada á

los diez y nueve años. Primero tuvo tres hijos nacidos á términos y que gozaron siempre de una robusta salud, despues de estos tres partos fué infectada por su marido, y se hizo preñada siete veces: terminando tres por aborto, y cuatro por parto prematuro.

Ninguno de los niños sobrevivió

La data de la enfermedad en los padres tiene una marcada influencia sobre la época del aborto. Cuando aquellos presentan accidentes secundarios graves, el aborto es casi seguro.

Parece que el peligro es mayor cuando la madre es infectada antes de la preñez que en el transcurso de esta.

Kassowitz, piensa que cuando las mugeres no son sometidas á un tratamiento, todas las preñeces que sobrevienen en los tres primeros años se terminan por el aborto ó por el nacimiento de niños que mueren muy poco tiempo despues.

En fin, la opinion mas aceptable de Weber, que despues de prolijas estadísticas piensa, que las sifilíticas abortan en un quinto de los casos, en general del sétimo al octavo mes, muriendo casi todos los niños en seguida.

Hay una particularidad que ha llamado la atencion de los observadores: y es el debilitamiento espontáneo de la diatesis en varias preñeces sucesivas.

Asi, una muger sifilítica no tratada, terminará su primer embarazo por un aborto á los cinco meses, por ejemplo: el segundo por un parto prematuro, el tercero por un parto á término, sin que sobreviva la criatura, y el cuarto hijo solo presentará manifestaciones diatésicas á los dos ó tres meses de vida.

Cosa semejante ocurre respecto á la gravedad de las lesiones. En el primer niño se las verá aparecer rápidas y sérias, debilitándose en los siguientes para atacar solo leve y tardiamente en los últimos.

Pénfigo sifilítico

Las manifestaciones de las sífilis hereditaria pueden estallar desde el nacimiento.

Sin embargo, esto no es lo comun.

Trousseau y Lassegue dicen no haber encontrado nunca pénfigo en los primeros momentos de la vida.

Cullerier dos veces solamente ha encontrado el pénfigo en el momento de nacer, en observaciones que duraron dos años.

Segun Parrot, solo por excepcion el niño lleva al nacer las señales de la sífilis.

No piensa asi Roger, quien dice que «la rareza de la sífilis congénita no es mas que aparente», ni Ollivier y Ranvier, que sobre trece observaciones consignadas en una memoria, han encontrado uno nacido muerto, tres de sífilis desarrollada despues del nacimiento, y nueve casos de sífilis congénita.

Henoch al tratar del pénfigo sifilítico dice, que los niños nacen á menudo con las señales de este pénfigo que los ataca ya durante su vida fetal.

Yo por mi parte, entre todos los casos de sífilis que me ha sido dado observar, solo he visto uno que presentaba señales de la afeccion y que consigno en la observacion nùm. I.

Se trataba de un niño, que fué puesto en el torno el mismo dia de nacer, pálido, endeble, con un aspecto de niño nacido antes de término y con muestras evidentes en la palma de las manos y planta de los piés, de pénfigo sifilítico.

Entre los exantemas sifilíticos, es aquel cuya aparicion es mas precoz.

Ya hemos visto que fetos de siete y ocho meses

presentan señales de la enfermedad, y que segun Ollivier y Ranvier seria congénito nueve veces sobre trece.

Despues de los quince dias solo se le vé por excepcion.

Su sitio caracterísco es la palma de las manos y planta de los piés, y cuando ataca otras regiones, como el dorso de la mano ó pié, es despues de haberse presentado en su lugar de predileccion.

El pénfigo sifilítico está caracterizado por flictenas ó ampollas, que miden de 0.002 á 0.003 (dos á tres milímetros) de diámetro, y que pueden alcanzar hasta 0.01 (un centímetro ó centímetro y medio).

La piél sobre que reposan y la que la rodea, es de un color violeta subido y se vé allí manchas vinosas como rodeadas de una zona rojo vivo, cuya epidermis es levantada por un líquido que acumulándose debajo, las transforma en flictenas (Parrot).

Estas flictenas contienen una serosidad purulenta ó sanguinolenta; son pequeñas, redondeadas y de un volúmen casi igual.

Se diferencian del pénfigo simple por su sitio, su época de aparicion, y el carácter de su contenido.

Jamás el pénfigo simple comienza por la palma de las manos ó plantas de los piés.

Cuando allí se presenta, es despues de haber invadido regiones como el cuello, el tronco, que son sus sitios de predileccion.

La piél que rodea las ampollas sifiliticas, es siempre violácea; y pálida en el pénfigo simple.

Como se ha visto, el pénfigo sifilítico aparece casi siempre antes de los quince dias; el simple, raramente antes de la edad de tres meses, y lo mas comun despues de los seis.

El contenido de las flictenas sifilíticas tiene desde el principio, el aspecto de pus mezclado á materia

sanguinolenta; una serosidad citrina, llena las nó sifilíticas.

Además, el pénfigo simple es benigno y cura casi siempre, mientras que el sifilítico, acusando un alto grado de intoxicacion diatésica tiene muy á menudo un desenlace fatal.

Por fin, es muy raro que el pénfigo sea la única manifestacion aparente de la diatesis, sucediendo lo contrario en el pénfico simple.

Roseola sifilítica

Constituyen la roseola, manchas sin eminencia, de una coloracion que varia desde el rosa pálido, el azulado, hasta tomar un color cobre viejo característico.

Este distinto tono en la coloracion, depende de la mayor ó menor edad de la mácula. Rojo claro al principio, se hace despues rojo moreno hasta terminar en la coloracion cobriza que he indicado.

Al principio, es decir, cuando todavia es rojo claro, desaparece á la presion, no sucediendo igual cosa en adelante.

Sus dimensiones casi nunca pasan de un centímetro, y aparece por lo general en los miembros inferiores, para despues estenderse paulatinamente al tronco, cuello, menton, etc.

Charpy y Violet, niegan la existencia de la roseola en los niños, diciendo que toda manifestacion semejante, debe atribuirse á sífilis adquirida.

Julio Simon, piensa que la duracion de la roseola en los niños, puede no ser sinó de algunas horas, y se esplicaria así, que pueda pasar desapercibida á los ojos del médico ó de los padres.

Parrot, Roger y otros, le asignan una duracion mínima de una semana.

La roseola simple se diferencia de la sifilítica, en que aquélla principia ordinariamente con fiebre, sigue una evolucion rápida y desaparece en algunos dias sin dejar señales.

La coloracion solo se prestaria á confusion en los primeros dias, pues despues la roseola sifilítica tomaria su tinte propio.

Otra erupcion que puede á veces hacernos vacilar

es la producida por la vacuna. Sinembargo, si se piensa en que esta aparece entre los tres y quince dias despues de la vacunacion, en su desarrollo parcial y limitado á los miembros superiores, su duracion efimera y en la coexistencia de fústulas vaccinales, será siempre sencillo hacer la distincion.

El sarampion presenta un cuadro clínico muy claro para que se le pueda confundir.

Al principio, cuando la erupcion es muy poco acentuada en aquellos individuos de piel muy pálida, Parrot recomienda friccionar la piel, ó hacer llorar al niño para de este modo conjestionar la piel, y hacer mas evidentes las manchas.

Sífilide en placas ó papulosa

La época de la aparicion de la sifilide papulosa no es tan precoz, ni su sitio tan superficial como las dos anteriores.

La piel que ocupa presenta un espesamiento y elevacion constante.

Parrot divide la sifilide papulosa de dos vanidades que se diferencian claramente; su aspecto es muy distinto y no se encuentran nunca á la vez en un mismo sujeto. Porque una, la sifilide en placa propiamente dicho, es una de las manifestaciones relativamente precoces de la enfermedad; mientras que la otra, que Parrot titula *sífilide lenticular*, es considerada como la última manifestacion cutánea de la sífilis.

Ambas participan de un carácter comun: el espesamiento mas ó menos marcado de la piel.

La sifilide papulosa es constituida en la mayoría de los casos por placas circulares cuyo diámetro alcanza á veces á un centímetro, haciendo eminencia de uno á dos milímitros en totalidad, ó solamente en su periferia; formando entonces una depresion redondeada limitada por un rodete: rodete cuya altura varía de dos á tres milímetros.

Su superficie es á veces rugosa, desigual; otras, lisa, luciente y cubierta de una epidermis muy delgada.

La coloracion varía segun el sitio que la erupcion ocupa. Pálida, de un gris amarillento en las nalgas, muslos, por ejemplo, se hace cada vez mas oscura á medida que la encontramos en las regiones habitualmente congestionadas: aquí su tinte es cobrizo.

Sus sitios de preferencia son los miembros inferiores y la cara.

En los miembros afecta mas ordinariamente las nalgas, parte posterior é interna de los muslos, las piernas, rodillas, grandes lábios en la mujer, y escroto en el hombre.

Cuando principia por la cara, ataca el menton y el labio inferior.

Rarísima vez pasa la línea de implantacion de los cabellos, y entonces pierde sus caractéres tipicos.

Donde primero aparece es en su sitio de predileccion, es decir nalgas y cara.

Es tambien donde mas pronto evolucionan, ensanchándose, haciéndose mas oscuras y mas prominentes. Desde allí se estienden á las otras regiones.

Despues de un periodo de estado de una semana, mas ó menos, se van palideciendo y estinguiendo paulatinamente.

Allí donde la erupcion apareció primero, y donde tuvo caracteres mas definidos, es tambien donde tarda mas en desaparecer.

Pero no se estingue á veces tan sencillamente como apareció: puede sufrir algunas metamorfósis, tal es su transformacion en placas mucosas.

Para esto se necesita que la piel esté naturalmente en contacto consigo misma, como sucede en el periné, el pliegue de la ingle, los órganos genitales, la áxila.

Son causas eficientes la falta de limpieza, y un cierto grado de humedad.

Se la vé tambien frecuentemente en los puntos donde la secrecion de las glándulas sudoríparas ó sebaceas está muy desarrollada, como acontece entre los dedos de los piés y manos.

Las placas mucosas son notables por la rapidez con que aumentan de volúmen.

Bajo la influencia de la humedad y en ciertos sitios como los labios, el ano, las placas ulceradas forman fisuras, mas ó menos profundas, dolorosas y que sangran fácilmente.

En los labios se las encuentra muy profundas, interesando á la vez la mucosa y la piel, prolongándose mas del lado de esta.

Son muy dolorosas, pertinaces y mantenidas por los movimientos de los labios durante la succion, la cual se encuentra muy dificultada.

Sifilide lenticular

Ya hemos dicho que segun Parrot, ella es una variedad de sífilide papulosa.

Es de aparicion tardia.

Cura casi siempre espontáneamente y parece que con ella se estinguiera la actividad diatesica (Parrot).

Digamos mientras tanto, que la naturaleza de la afeccion está lejos de ser bien conocida.

Muchos creen que no tiene nada de comun con la sífilis, tratándose solamente de una erupcion que provendria del eritema vesiculoso.

Parrot y otros por el contrario sostienen que es una erupcion genuinamente sifilítica.

Como quiera que sea, ella se presenta afectando la forma de pápulas redondeadas ú ovales, de un color cobrizo, con un diámetro de cuatro á cinco milímetros, y que escepcionalmente llega á un centímetro.

Están situadas en el espesor de la piel sobre la cual sobresalen un poco.

Son achatadas ó semi-esferoidales, y al tacto, duras y bien limitadas.

Bien que su tinte varia, recuerda, generalmente el jamon ahumado; á veces su coloracion es tan pronunciada que parecen pápulas hemorrájicas.

Por lo comun numerosas, se encuentran sinembargo á veces solo cuatro ó cinco.

Hay algo muy importante que las distingue, y es su sitio.

Jamás se las encuentran en los pliegues cutáneos saltando sobre ellos como sobre puentes, cosa completamente opuesta de lo que sucede con la mayor parte de las erupciones de carácter sifilítico,

que tienen, como es sabido, una marcada preferencia por las partes declives.

Otra particularidad son las regiones que ataca

Se reunen formando islotes sobre cuatro puntos que separan ciertos pliegues cutáneos, y que son: la nalga, la mitad superior del muslo, su mitad inferior y la pantorrilla.

Fuera de estas localizaciones es difícil encontrarla en otras partes.

Psoriasis sifilítica — Ectima — Impétigo

Al principio la psoriasis está constituida por un eritema difuso, que ataca comunmente la planta de de los piés y palmas de las manos, no haciéndose escamoso sino algun tiempo despues.

De las rejiones plantar y palmar suele propagarse á la pierna, parte interna de los muslos, etc.

Al principio tiene como he dicho, todas las apariencias de un eritema simple, constituido por placas de tamaño variable y de un color rosa claro.

Despues es que recien se convierte en eritema escamoso.

En las manos comienza por los pliegues naturales ó en la eminencia tenar, avanzando de allí á toda la mano, y llegando hasta las uñas, á las cuales modifica.

La coloracion es roja y se hace blanco-rosada cuando tiende á la curacion.

La escama es blanca y seca, y cuando uno la desprende, deja al descubierto una piel roja y lustrosa, que mirada á la luz, parece como barnizada.

Se diferencia de la psoriasis simple en la rareza de esta afeccion en los recien nacidos, que Roger asegura, no haber encontrado antes de la edad de dos años; siendo así que la misma afeccion de naturaleza sifilítica es una manifestacion precoz de la diatésis.

El sitio es otro carácter distintivo.

La psoriasis sifilítica tiene, como he dicho, una marcada preferencia por las rejiones palmar y plantar, cejas, mientras que la misma erupcion no especifica se muestra mas comunmente en la piel de las rodillas, los miembros, los codos, el tronco, y solo por excepcion en la cara.

La sífilide vesico-pustulosa ó *ectimatosa*, es muy rara y su aparicion muy tardia.

La constituyen pequeñas manchas vesiculosas, rodeadas de una sona azulada, casi siempre escamosa, cuyo contenido se hace pronto purulento.

Ocupa á veces grandes superficies, pero sin generalizarse.

Sinembargo, una erupcion semejante se encuentra en niños de muy corta edad, caquécticos, cualquiera que sea la causa de esta caquexia, sin presentar huellas de sífilis.

En una como en la otra nacen en muy gran número pústulas que se ulceran presentando bordes tallados à pico.

El *impetigo sifilítico* se diferencia del impetigo simple por su sitio especial en la cara, y no en el cuero cabelludo, por su color mas oscuro, y la sequedad de sus costras; por las ulceraciones profundas que estas costras dejan debajo de ellas, y en fin, por una aureola cobriza al rededor de las pústulas.

Igualmente que para el ectima, podemos hacer aquí la observacion, de que una erupcion análoga se desarrolla algunas veces sin que pueda tacharse de sifilítica.

De modo que es preciso ser muy circunspecto, y no atenerse para el diagnóstico de la sola apariencia de la erupcion.

Onixis

Se creía antes que cuando la onixis aparecía, era indicio seguro de sífilis.

Hoy Parrot, Sevestres, han probado que la afeccion puede desarrollarse en niños caquécticos, sin necesidad de que la sífilis intervenga.

La enfermedad estaria, pues, segun ellos, en relacion directa con la caquexia, y si se la ve en algunos casos de sífilis, es cuando ésta ha llegado á producir un estado caquectico pronunciado.

Alopecia

Se observa á menudo en los niños heredo-sifilíticos.

Casi nunca total, ella se limita por lo general á las partes posteriores y laterales del cuero cabelludo.

Algunas veces conjénita, lo mas comun es que los cabellos aparezcan para caerse en seguida.

Los pelos que exísten no tienen todos la misma apariencia, pues mientras que aquí se les vé largos, lustrosos y de buen aspecto, allí se los encuentra cortos, pálidos y enfermizos.

No se crea sinembargo que la alopecia es un síntoma comprobante de sífilis, pues otros estados pueden tambien dar lugar á ella. Tales son casi todas las caquexias, los sudores profusos de algunos enfermos, etc.

Conjuntamente con la alopecia, se vé á veces la caída de las pestañas y cejas.

Coriza

Es uno de los síntomas mas preciosos y constantes de la sífilis hereditaria.

Al decir de West, seria en algunos casos la ùnica y sola manifestacion de la enfermedad.

Parrot no le dá tanta importancia, y apesar de reconocerla como muy constante, sostiene que algunos enfermos no lo presentan jamás.

Yo por mi parte confieso que el coriza es la manifestacion de la sifilis, que he observado mas frecuentemente, y casi en la totalidad de los enfermos.

Como el pénfigo, indica un alto grado de intoxicacion, encontrandosele comunmente asociado á manifestaciones cutáneos ó alteraciones viscerales.

Al principio el coriza se reduce á una simple rubicundez de la membrana mucosa, ocasionando una incomodidad al respirar y un silbido especial que se percibe á la distancia.

Despues los enfermos dejan correr por la abertura nasal una materia saniosa, muco-purulenta, casi siempre mezclada con gotas de sangre.

Este muco-pus secándose forma costras al rededor de los orificios nasales, los escoria, y acumulándose, constituye una especie de tapon, que trae asi una dificultad notable para el paso del aire.

Y no solo las fosas nasales son el sitio de esas escoriaciones, sino tambien las partes vecinas, como el labio superior, surco nasal, etc.

Si el niño quiere mamar la incomodidad se redobla; chupa con energia, pero bien pronto deja el pecho para respirar por la boca.

Vuelve á chupar, el aire no penetra por la nariz,

y el niño tiene forzosamente que dejar otra vez el pecho para volver á respirar por la boca.

Repitiendose este defectuoso é incomodo medio de verificar la succion, no es de estrañarse que el niño se fatigue, la alimentacion se haga mal, y que por consecuencia venga un grado de enflaquecimiento notable.

El coriza sifilitico aparece ordinariamente despues de los quince dias del nacimiento, y es producido por ulceraciones que se situan en el interior de las fosas nasales.

El coriza agudo simple empieza y se presenta en los primeros dias que siguen al nacimiento, generalmente en los quince primeros dias, y es consecuencia de cualquier enfriamiento, á que el niño es tan suceptible en esta edad.

La secrecion de este último es francamente mucosa ó muco-purulenta, mientras que la del primero es mas bien sanguinolenta.

Por último, el coriza simple cura casi siempre; mientras que el sifilitico tiende á avanzar si no se le somete á tratamientos, y va acompañado continuamente de otras manifestaciones diatésicas.

Laringitis

En algunos niños sifiliticos que nacen endebles se observa que la voz es débil, fina, medio velada.

Igual cosa sucede en niños raquiticos, cualquiera que sea la causa de esta caquexia. De manera que es dificil saber la parte que toca á la sífilis en la produccion del accidente.

Keratitis-Iritis

Hutkinson ha encontrado en varios niños, keratitis iritis, que él atribuye á la herencia sifilitica.

Sinembargo las conclusiones del autor inglés estan lejos de ser aceptadas por todos.

Bouchut, Vogel, admiten una oftalmia sifílitica contraida segun ellos en el acto del nacimiento.

Como la frecuencia de la oftalmia purulenta en los recien nacidos es grande; fuera de toda influencia sifilitica; y como además los autores no dan ningun síntoma preciso de la enfermedad, (siendo esta diatésica) es dificil, por no decir imposible, decidir que parte cabe á la sífilis en su produccion.

Otitis

Tambien se presenta como signo de la sifilis conjénita.

Su carácter distintivo es presentarse como una otitis media supurativa, con la aparicion brusca de un flujo purulento; además es completamente indolente.

Fournier dá como una manifestacion de la sifilis hereditaria la otitis media de Hutkinson, acompañada de sordera. Tambien cita casos en que esta sordera no acusaria ningun desórden orgánico aparente.

En el transcurso de la sifilis infantil aparecen á veces trastornos gastro-intestinales que ceden rapidamente á un tratamiento especifico.

Sinembargo esto me parece insuficiente para afirmar positivamente que estos trastornos estan bajo la influencia de la sifilis.

Puede tambien ser el hecho una mera coincidencia.

En la observacion N° II cito el caso de un niño, que además de una erupcion sifilitica de la piel, presentaba trastornos gastro-intestinales. Con el tratamiento mercurial desaparecieron ambas afecciones.

El higado se encuentra amenudo aumentado de volúmen de una manera apreciable; pero es la hipertrofia del bazo, que algunos miran como característica é infaltable en la sifilis hereditaria.

Sevestre relata una observacion en que por el solo aumento del higado pudo diagnosticar una heredosifilis.

La hirpetrofía del bazo tiene tanto mayor valor, cuanto que en esta edad casi no hay otra enfermedad que la produzca.

Las lesiones sifiliticas del testiculo se manifiestan por un aumento de volúmen mas ó menos marcado del órgano, sin acusar ningun dolor.

Lesiones de la boca y lábios

Interrogar con cuidado las lesiones que puedan presentarse en los lábios y boca, tiene sobretodo un interés práctico considerable, pues es por esa via que se verifica generalmente el contajio.

Y ese interés es doblemente mayor en establecimientos donde se aloja un gran número de niños de pecho, como sucede en nuestra Casa de Expósitos, y en que una misma nodriza tiene forzosamente que amamantar á dos ó tres niños á la vez.

Basta citar esta circunstancia para hacerse cargo de las consecuencias fatales, no solo para el niño enfermo, sino tambien para la nodriza y demás niños asilados, que traeria consigo el retardo en un diagnóstico de afeccion sifilitica de la boca ó lábios.

Las fisuras que se presentan en los lábios con bastante precocidad, pueden afectar el lábio superior ó el inferior.

En el superior son múltiples, ó lo mas comun es que solo se presenten dos, una á cada lado del lóbulo mediano.

En el inferior es generalmente única, y en la parte media.

Cuando son múltiples atacan mas al lábio superior.

Sus cicatrices primero violaceas, despues blanquizcas, dan á la boca un aspecto fruncido muy especial.

No hay otra enfermedad que deje en la boca un aspecto tan característico.

A veces son profundos, de uno ó dos milimetros interesando la mucosa, la piel y el dermis. Son dolorosas y sangran con la mayor facilidad.

Su curacion es bastante tardia, pues los movimientos de los lábios en los esfuerzos de succion, se oponen á una mejoría rápida.

Las fisuras que se observan en las comisuras tienen el mismo aspecto que las placas mucosas y Parrot las describe como verdaderas placas mucosas.

Ellas son de pequeño volúmen y se presentan como pequeños rodetes grisaceos, rodeados de una superficie roja.

Los autores no estan todos conformes sobre su frecuencia é importancia.

Las lesiones, de la cavidad bucal pueden ser las mismas que las de los lábios, excepto las fisuras.

Las ulceraciones muy raras sobre la bóveda palatina, son al contrario frecuentes sobre la lengua, lábios, encias y sobre el borde libre del velo del paladar.

Las placas, de dos ó tres milímetros á un centímetro, están rodeadas por una mucosa, que es ya mas pálida, ó mas roja que sobre el resto.

Afectan casi esclusivamente la superficie de la lengua.

Sevestre afirma que las placas mucosas de la boca y faringe no son comunes en la sífilis hereditaria.

Henoch dice que nunca ha observado lesiones de la boca, y confiesa que él las cree muy raras.

Roger cree que son mucho menos frecuentes que en las sifilis adquirida.

Entre las enfermedades que pueden dar lugar á manifestaciones parecidas á las de la sífilis, citaremos en primer lugar la atrepsia.

Esta dá orígen á ulceraciones que se sitúan en puntos siempre los mismos: tales son el frenillo de la lengua, del lábio inferior, la parte media de los bordes alveolares de los dos maxilares y sobretodo, la parte media y mediana de la bóveda palatina.

Otro de sus carácteres distintivos es su simetria.

En efecto, esta es casi constante en las lesiones atrepsicas, no ocurriendo nada de eso en las sifiliticas.

Se distingue tambien las atrépsicas por su desarrollo rápido, por su tinte gris amarillento y la rareza de derrame sanguineo y por la tendencia á esfacelarse.

El *muguet*, como la estomatitis aftosa, tienen signos muy claros para inducir á error.

Antes de terminar con lo que á la boca se refiere, no quiero pasar en silencio una afeccion rara que ataca la superficie lingual y que Parrot ha designado con el nombre de *sifilide descamativa de la lengua.*

Estaria constituida por placas de descamacion, circunscritas por una línea un poco saliente, y que se estiende con una rapidez sorprendente.

Principia por formarse sobre la mucosa hasta entónces absolutamente sana, una mancha blanca grisacea que parece á primera vista constituida por espesamiento epitelial: despues aparece otra mancha de aspecto muy diferente constituyendo asi la placa de descamacion.

Su sitio constante es la cura dorsal de la lengua, y su forma es al principio redondeada, pudiendo despues tomar la forma de media luna con la concavidad casi siempre hácia adelante.

Otras veces su forma es irregular.

De crecimiento muy rápido ella puede evolucionar completamente en veinte y cuatro ó treinta y seis horas.

El aspecto de la descamacion es muy característico; de modo que el que lo haya observado una vez puede fácilmente reconocerlo.

Cura dificilmente, pues mientras que una desaparece, nuevas placas vienen á unirse á la primera.

Como hemos dicho, Parrot cree que la afeccion es sifilítica, mostrándose en los tres primeros años de la vida.

Sevestre, Guinon, sostienen con hechos irrefutables y estadísticas comprobantes, que el haberse encontrado esta afeccion en niños sifiliticos, es una simple coincidencia.

Aseguran pues que la sifilis no interviene para nada en su produccion.

Sinembargo hay que confesar que la etiologia y patogenia de la enfermedad es todavia muy oscura.

Lesiones oseas

Tanto los largos como los cortos todos los huesos pueden ser atacados.

Por órden de frecuencia se cuenta el húmero, el fémur, la tibia, el cúbito, el rádio, el peroné, las costillas, la clavícula, los metacarpeanos y por fin las falanges.

En un principio las alteraciones del hueso son poco marcados, notándose solo algunas veces un pequeño aumento de volúmen.

Avanzando la lesion osea, se produce una solucion de continuidad, consecuencia de la destruccion del tejido esponjoso y sobrevienen como sintomas esteriores, una crepitacion apreciable al tacto, y la natural inercia del miembro.

Esta inercia puede ser completa, llegando á producir la paralisis de los miembros: es lo que Parrot designa con el nombre de *seudo-paralisis heredosifilitica.*

Tambien como manifestacion esterna, se vé á veces á la piel que rodea el hueso enfermo, ser el asiento de un flemon cuyo origen es el hueso mismo.

La paralisis, que es generalmente simétrica, puede reconocerse facilmente, cuando ocupa el miembro inferior, tomando al niño del tronco y sosteniéndolo en el aire; si entónces se le hace ejecutar cualquier movimiento, los miembros paralizados penden plácidos é inertes.

Las lesiones de los huesos del craneo se presentan bajo dos formas: la forma destructora, y la forma osteofitica.

La primera, llamada tambien craneotabes, lleva un

adelgazamiento del hueso que se hace mas apreciable del lado interno.

La osteofítica está caracterizada por la produccion de osteofitos que se situan en la vecindad de los ángulos peribregmáticos del frontal y los parietales, y separados por dos canales, uno trasversal entre el frontal y los parietales, y el otro antero posterior.

Es á esta forma que Parrot ha dado el nombre de cráneo *natiforme*.

Lesiones de los dientes

Las alteraciones producidas sobre los dientes por la sífilis hereditaria han sido sobretodo estudiadas por el profesor Hutkinson, y últimamente por Parrot y Fournier.

La sífilis produce en primer lugar un retardo á veces considerable en la época de la erupcion dentaria.

En efecto, es muy comun ver los primeros dientes aparecer á las doce, quince y mas meses.

Demarquay relata la observacion de un niño sifilítico que á la edad de cuatro años no tenia todavia un solo diente.

Algunos casos parecen tambien demostrar que un retardo semejante puede afectar los dientes permanentes.

Ademas del retardo en su evolucion, produce la sífilis modificaciones de estructura y deformaciones consecutivas.

Estas alteraciones son bien conocidas en la ciencia con el nombre de dientes de Hutkinson.

Este autor creía y con él varios otros, que las lesiones solo eran propias de los dientes permanentes, perdonando á los de leche.

Observaciones posteriores, sobretodo las de Parrot y Founier, demuestran lo erróneo de las ideas de Hutkinson.

Fournier en autopsias de niños sifilíticos, tenia el cuidado de abrir los alveolos dentarios para examinar los embriones y encontró muy amenudo, sobre los dientes de leche, lesiones características.

Las alteraciones de los dientes llamados de Hutkinson consisten en escotaduras de diversas forma, localizadas en la corona, y en erosiones del cuerpo ó raíz.

Afectan diversas formas, que por la poca estension de este trabajo, no me ocuparé en describir.

En el diagnóstico de sífiles hereditaria, y sobretodo de la que presenta manifestaciones tardias, constituyen uno de los síntomas mas preciosos.

Diagnóstico

Principiaremos por el aspecto general del niño.

La mayor parte de las veces, es medianamente robusto, rosado, con un aspecto que si no es floreciente, tampoco denota, ninguna dolencia, con un peso igual á la media, en fin, con todas las apariencias de una buena salud.

Otras veces es diminuto. como abortado, con un peso que apenas llega á dos mil quinientos gramos, con la piel arrugada, la cabeza sin cabellos, sin cejas sin pestañas, la cara de una coloracion pálida especial parecida á la de la anemia.

Tienen la apariencia de «pequeños viejos», dice Lamauve.

Sinembargo, este aspeeto, lo mismo que la coloracion de la cara no tienen nada de típico, pues es mas bien caquéctico; y puede observarse en niños no sifilíticos.

Yo recuerdo que hace como un año tuve ocasion de ver un recien nacido cuya cara me llamó mucho la atencion. Tenia, y de un modo muy marcado, la cara que Lamauve llama de pequeño viejo.

Ademas era casi completamente calvo.

Creyéndolo sifilítico, apesar de que la salud de los padres no era para mi sospechosa, he seguido observándolo asíduamente hasta hoy. Al presente es una hermosa criatura, robusta, rosada, sin haber presentado jamas ninguna manifestacion sospechosa.

Las leciones cutáneas de la sifilis tienen ciertos rasgos que les son comunes. Afectan ciertas regiones de eleccion, por así decirlo: las nalgas, los muslos, las piernas, el escroto, la cara, la planta de los pies y palmas de las manos.

Y esto se esplica.

Son los miembros que en los niños estan mas espuestos á los frotes y que sufren la influencia irritante de las orinas ó materias fecales, pues por mas cuidados que se tenga es imposible evitar su contacto.

Igual cosa sucede con la cara, y sobretodo en las inmediaciones de la region bocal. Alli la saliva, la leche producen los mismos efectos que las orinas ó materias fecales en los miembros inferiores.

Otra particularidad comun á las lesiones sifliticas de la piel, es la coloracion *sui jeneris* que ofrecen.

Con mas ó menos variacion en sus matices, el color fundamental, y que siempre domina es el cobrizo; ó mejor aun, color cobre viejo.

Entre las manifestaciones cutáneas la mas precoz es el pentigo.

Se le ha podido observar en fetos de siete á ocho meses.

Lo mas comun es que se le vea en los primeros momentos del nacimiento, y es rarísimo observarlo despues de los quince dias.

Está constituido por ampollas ó levantamientos de la epidermis, llenos de un líquido turbio que se hace muy pronto purulento, y á veces sanguino lento.

Está siempre rodeado por una aureola de una coloracion cobriza.

Su sitio de predileccion, y en el cual siempre primero aparece, es la palma de las manos y planta de los piés. De allí puede estenderse, aunque muy rara ves, á otras regiones vecinas, como el dorso de la mano ó pie, pierna etc.

De curacion muy rara, se termina casi siempre por la muerte, y á consecuencia de alteraciones viscerales.

La sifilide muculosa está formada por manchas de uno ó dos centímetros, que al principio aisladas tienden despues á la generalizacion.

La mancha, que es en su comienzo no saliente, y de una coloracion rosada, hace despues prominencia y llega á tomar, poco á poco su tinte cobrizo típico.

La sifilide papulosa ó en placas es una manifestacion muy comun.

Afecta distintas formas.

Las mas veces se presenta como una placa circular ú oval, cuyo diámetro alcanza á diez ó quince milímetros, haciendo apenas prominencia en los sujetos muy jóvenes, y llegando esta prominencia, en los otros, hasta cinco milímetros,

Están cubiertas, ya por una piel muy fina, brillante y con pequeños pliegues, ya por una epidermis gruesa, como formando costras.

Se sitúan de preferencia en las nalgas, muslos, piernas, escroto, grandes lábios.

Su curacion es larga, difícil y no es raro verlas recidivar.

En esta, como en todas las erupciones de carácter diatésico, predomina siempre el color cobrizo.

Las fisuras que se observan en los lábios son frecuentes y de variable profundidad.

En el lábio superior se ven dos ordinariamente, una á cada lado del lóbulo mediano.

En el inferior, una en la parte media del lábio.

Alcanzan á uno ó dos milímetros de profundidad, sangran fácilmente, son dolorosas, con un fondo rojo y están cubiertas á veces de una costra amarillenta.

Estas fisuras dejan despues de su curacion señales de cicatrices, que desde luego blanquiscas, dan á la boca un aspecto característico.

Las placas mucosas se sitúan casi esclusivamente en las comisuras.

La psoriasis ó eritema escamoso principia bajo la forma de eritema simple, constituido por manchas de

un color rosa claro, y teniendo como punto de predileccion la palma de las manos y planta de los pies.

Puede tambien aparecer, pero nunca primitivamente, en el cuello, nalgas. y parte interna de los muslos.

Pero cuando el eritema se ha transformado en verdadera psoriasis escamosa, tiene como sitio esclusivo la palma de la mano y planta de los pies.

Su coloracion es violeta, haciéndose blanquizca á medida que cura.

La escama blanca y seca, deja cuando se la desprende una superficie roja, brillante, que aparece como cubierta de una capa de barniz.

Pronóstico

Es muchísimo mas grave é incierto que en la sífilis adquirida no solo, por lo que respecta á la curacion sinó tambien á la vida del enfermo.

La sifilis adquirida es una enfermedad de marcha lenta, constante, á la cual se le puede dominar fácilmente por un tratamiento apropiado; mientras que la hereditaria, es de evolucion rápida, caprichosa, actuando sobre un organismo débil y que apesar del mejor tratamiento nos hace á menudo fracasar.

La mayor ó menor precocidad de las manifestaciones nos dará una medida de la gravedad del pronóstico.

A mayor precocidad en la aparicion de las lesiones corresponde una mayor gravedad.

Asi si vemos que un niño nace cubierto de granos en los pies ó manos con muestras de pérfigo, haremos con la casi seguridad de no equivocarnos, un pronóstico fatal.

Si por el contrario, las erupciones no aparecen sino pasado algun tiempo y con caractéres atenuados, el pronóstico será ménos sombrío.

Para dar una idea de la gran mortalidad que ocasiona la sífilis hereditaria, tomamos de Roger la siguiente estadística. Sobre 106 casos se cuentan 61 defunciones, asi repartidas: 47 niños muertos antes de término, 3 muertos en el momento de nacer, y los 11 restantes muertos por término medio, 26 dias despues del nacimiento.

Tratamiento

Como en el tratamiento de la sifilis en general, el mercurio entra aqui formando la base de la medicacion.

Ahora bien, ¿á qué preparacion debemos dar la preferencia, cómo y siguiendo que indicacion administrarla?

El tratamiento puede ser externo é interno subdividiéndose este último en directo é indirecto.

El tratamiento externo comprende los baños y fricciones.

La sustancia activa que se emplea para los baños, es el bicloruro de mercurio á la dósis de 1 á 3 gramos en cada baño, segun la edad del niño.

Las fricciones se hacen con pomada mercurial simple, variando la dósis diaria de 1 á 4 gramos segun la edad del niño y la gravedad de las lesiones. Por lo general en niños menores de 15 dias se emplea un gramo de pomada mercurial simple para hacer fricciones en los lados del tórax áxila, muslos, etc., teniendo cuidado de no hacerlas dos veces consecutivas sobre el mismo punto.

El tratamiento interno se reduce á la introduccion por la via estomacal del bicloruro de mercurio, bajo la forma de licor de Van Swieten, que como se sabe, es una solucion al 1 por mil.

Esta es la única preparacion mercurial que soportan bien los niños, pero no tanto que al cabo de poco tiempo no se manifieste su intolerancia por desórdenes gastro-intestinales.

Hay que advertir que no se debe usar esta preparacion sino á condicion de que el aparato dijestivo se encuentre en completo estado de integridad, y aun asi mismo adicionándole un jarabe cualquiera.

En los niños recien nacidos se puede prescribir hasta 1 gramo por dia aumentando si es necesario poco á poco la dósis.

En cambio de los inconvenientes indicados, se le ve producir efectos rápidos y eficaces.

La medicacion indirecta consiste, en dar la preparacion mercurial á la madre, nodriza, ó animal cuya leche alimente al niño.

Está hoy fuera de discusion que una parte, aunque mínima, del mercurio suministrado, se elimina con la leche donde se le puede encontrar por medio de reactivos apropiados; por consiguiente cuando las circunstancias sean tales que no nos permitan emplear otro medio, podemos recurrir á este, sin tener no obstante mucha confianza en su eficacia.

Unicamente nos prestará reales servicios en caso de que, una madre sifilítica, crie ella misma á su hijo tambien sifilítico.

Entonces nos dará un doble resultado atacando á la vez el mal de la madre y el del hijo,

El tramiento que se sigue en la Casa de Expósitos es el siguiente: si el niño presenta síntomas de intoxicacion muy aguda, se dá la preferencia á las fricciones con unguento mercurial simple á la dósis de 1 á 2 gramos por dia.

Estas fricciones se hacen suavemente y durante largo tiempo, hasta que se vé desaparecer la pomada. Para no irritar la piel se cambia continuamente el sitio de aplicacion, haciéndolas un dia, en un lado del tórax, otro dia en un muslo y así sucesivamente.

Despues de practicar fricciones por espacio de una semana seguida, se suspenden por dos ó tres dias.

En toda la duracion del tratamiento, se le dán diariamente baños de limpieza y en los dias en que se suspenden las fricciones, se agrega al agua de estos baños, 1 ó 2 gramos de sublimado corrosivo.

Tampoco se descuida el régimen tónico, llenando

esta indicacion por medio de una alimentacion nutritiva, y de pociones en las cuales entra el alcohol y la quina bajo la forma de extacto fluido.

En lugar de las fricciones y baños, hemos hecho uso del licor de Van Swieten á la dósis de uno hasta dos gramos por dia, adicionándole un jarabe cualquiera.

El resultado en muchos casos ha sido escelente, pero en otros tuvimos que suspender su administracion por la aparicion de diarrea y vómitos.

Respecto al tratamiento indirecto, no he tenido ocasion de observarlo, porque en la Casa de Expósitos no se admiten nodrizas sifilíticas, y en los animales no se ha hecho ninguna experiencia.

La alimentacion del niño sifilítico es otra grave cuestion que el médico está llamado á resolver.

En la práctica civil, lo general es que el niño sea amamantado por su misma madre, tambien enferma; pero en un establecimiento hospitalario las cosas cambian. Allí no se puede esponer á una pobre nodriza á ser casi seguramente contaminada por la boca del niño.

Entonces hay que recurrir á otros medios y aquí se presenta la cuestion del amamantamiento artificial.

En la Casa de Expósitos se siguen varios procedimientos, siendo el mas usado el de la *pezonera*.

Consiste en cubrir el pezon del ama con una pezonera de goma que se adapta perfectamente al pecho y que evita el contacto entre este y la boca del niño.

Otras veces se emplea el biberon con leche de mujer. Para esto la nodriza se encarga de ordeñarse á sí misma con la mano y verter la leche así recojida, en un frasco especial que sirve de biberon.

Tambien cuando el niño es muy endeble y no tiene la suficiente fuerza para hacer la succion, en lugar de echar la leche en el frasco, se recoje en una cu-

charita y se vierte directa é inmediatamente en la boca del niño.

Este procedimiento, como se vé, es muy engorroso, la mayor parte de la leche se derrama, y se necesitaría esclusivamente una ama para cada niño, cosa que allí no es posible por falta de alimentos.

Sin embargo, este es á veces, el único medio de alimentar ciertos niños.

Tambien se han hecho ensayos para la alimentacion artificial, valiéndose de cabras ó burras sin que hasta ahora haya dado mayores resultados.

Actualmente existen unas 3 ó 4 cabras, que aunque faltas de buena nutricion y en condiciones higienicas bastante malas, suplen sin embargo, prestando algunos servicios-

Se acostumbra llevar al niño y hacerle tomar directamente la teta del animal.

Lo que he visto dar mejores resultados, y no me cansaré de recomendar, es la alimentacion por medio de la leche de burra.

Niños sifilíticos en malísimas condiciones y que parecian destinados á un fin próximo, sometiéndolos á un riguroso tratamiento ó nutriéndolos con leche de este pacífico animal, en el trascurso de un mes tomaban ya un aspecto floreciente.

La influencia benéfica de esa clase de alimentacion, se demostraba diariamente por el peso de los niños.

Desgraciadamente la situacion precaria de la caja de la Casa de Expósitos suprimió, por razones de economía, aquellos animales que prestaban verdaderos servicios.

OBSERVACIONES

Nº I.—El expósito Eduardo, nacido el 24 de Abril, fué puesto en el torno ese mismo dia. De aspecto raquítico, tinte terroso, con la piel toda arrugada, tenia los caractéres típicos del «pequeño viejo».

Parecía un aborto mas bien que un niño á término.

Su peso solo alcanzaba á 2670 gramos.

En la palma de las manos y planta de los piés presentaba una erupcion constituida por flictenas como de un centímetro de diámetro, y llenas unas, y á medio llenar otras, por un líquido turbio.

La ampolla reposaba y era rodeada por una zona circular de un violeta pronunciado.

En los piés la erupcion era numerosa y con tendencia á hacerse confluente, mientras que en la mano solo se veían una que otra flictena.

Despues de examinado detenidamente, fué hecho el diagnóstico de «pen^figo heredo-sifilítico».

Se instituyó como primera providencia un réjimen tónico exitante, (pocion con alcohol y eter) una alimentacion nutritiva y cubrir las estremidades con una capa de algodon.

Como el niño no tenia fuerzas suficientes para mamar, se le daba la leche por medio de una cucharita.

Una dósis de un gramo de pomada mercurial por dia.

A pesar de todas estas precauciones, falleció en la tarde del dia 26.

Observacion No. II

La expósita Ana, nacida el 16 de Diciembre, entró por el torno del establecimiento el dia 18 del mismo mes, del año pasado.

De constitucion mediana, tenia los atributos de la salud.

A los veinte dias, que fué dada á criar á una nodriza externa, seguia perfectamente.

El 23 de Enero fué llevada al consultorio externo por algunos desórdenes gastro-intestinales. Se prescribe un purgante de calomel y una pocion astringente.

El 26, persistencia de la diarrea, (ocho cámaras) acompañada por un poco de coriza.

A los dias siguientes el coriza se acentúa hasta el estremo de no permitir la succion; la secrecion es sanguinolenta y propia del coriza sifilítico.

El dia 29 se la saca del poder de la nodriza, para hacerla ingresar al establecimiento.

Ese dia tiene siete dejecciones, coriza imposibilitando del todo la succion, de modo que solo se le podia alimentar dándole la leche con la cucharita.

Se le prescribe un baño tibio de limpieza, y fricciones diarias de dos gramos de pomada mercurial simple.

El 30, aparicion de manchas de roseola en las nalgas y muslos.

Con el tratamiento indicado, el 20 de Febrero habian desaparecido todas las manifestaciones cutáneas.

El dia 6 de Febrero extincion de la diarrea.

Observacion Nc. III

El expósito Bernardo, entró en el establecimiento el dia 5 de Marzo del presente año.

Todo en él indicaba una robusta salud.

Fué dado á criar á una nodriza externa, la mujer Catalina C., el primero de Abril.

Habia pasado casi un mes, cuando el dia 24 de Abril fué llevado al consultorio externo, para atenderse de una erupcion que presentaba en la parte superior de los muslos y en las nalgas.

Se trataba de una sifilide en placas, de un aspecto muy manifiesto.

En contestacion á nuestro interrogatorio, la nodriza dijo: que hacía como diez á doce dias que le principiaron á salir unas manchitas, primero aisladas, pero despues mas numerosas, en la parte superior de los muslos.

Examinada la boca, se podia fácilmente ver en cada comisura una pequeña placa mucosa.

Se le dió entrada en el establecimiento y despues de un tratamiento continuado por espacio de un mes, todo fenómeno mórbido habia desaparecido.

La nodriza volvió al cabo de veinte y un dias, quejándose de haberle aparecido un chancro en el pezon derecho, que resultó ser sifilítico.

Algun tiempo despues, presentaba accidentes secundarios que cedieron rápidamente á un tratamiento específico.

Buenos Aires, Octubre 25 de 1891.

J. Guevara.

Octubre 26 de 1891.

Pase al señor Académico Dr. Leopoldo Montes de Oca y señores Catedráticos Dres. Guillermo Udaondo y Facundo Larguía, á fin de que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. Gonzalez Catan.
L. de la Cárcova,
Secretario.

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1891.

Señor Décano:

Esta Tésis cumple debidamente las condiciones reglamentarias.

L. Montes de Oca.

G. Udaondo.

F. T. Larguia.

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1891.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaria el dia y hora en que la sostendrá en acto público ante la comision examinadora respectiva.

M. Gonzalez Catan.

L. de la Cárcova.

Proposiciones Accesorias

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA — Region del pliege del codo.
HISTOLOGÍA NORMAL — Membrana mucosa de la boca.
FISIOLOGÍA — Músculos lisos.
PATOLOGÍA GENERAL — Signos suministrados al diagnóstico por el exámen de los labios.
MATERIA MEDICA Y TERAPEÚTICA — Balsámicos.
HIGIENE PÚBLICA Y PRIVADA — Bebidas espirituosas.
ANATOMIA PATOLÓGICA — Bacterio de la blenorragia.
NOSOGRAFÍA QUIRÚRGICA — Artritis blenorrágica.
MEDICINA OPERATORIA — Ligadura de la arteria femoral en el canal de Hunter.
GINECOLOGÍA — Modo de evitar los accidentes que resultan de la flexion irreductible.
NOSOGRAFIA MÉDICA — Pleuresia.
PATOLOGÍA MENTAL — Lipemania religiosa.
OBSTETRICIA — Lactancia.
MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA — Disposiciones legales sobre las heridas y traumatismos.
OFTALMOLOGÍA — Conjuntivitis diftérica.