Año 1909 **Núm. 2056**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍFILIS Y EMBARAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS COLLS

Practicante externo del Hospital Rivadavia por concurso de oposición (1905-1906)

Practicante interno del Hospital Rivadavia por concurso de oposición (1907-1908-1909)

BUENOS AIRES
"LAS CIENCIAS" Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

SIFILIS Y EMBARAZO

Año 1909 **Núm. 2056**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍFILIS Y EMBARAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS COLLS

Practicante externo del Hospital Rivadavia por concurso de oposición (1905-1906).

Practicante interno del Hospital Rivadavia por concurso de oposición (1907-1908-1909)

BUENOS AIRES
"LAS CIENCIAS" Libreria de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

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

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
armacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ARTURO ZABALA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Todo aquel que haya hecho su aprendizaje práctico en las salas de un hospital, habrá sido impresionado sin duda por esa multitud de seres enfermos que llevan en sí el germen de una afección, que no respetando órgano alguno, se presenta bajo todas las formas posibles de imaginar; en los servicios de clínica, en los de cirugía y sus especialidades, y hasta en los asilos de alienados habrá visto desfilar las numerosas víctimas de la sífilis adquirida ó hereditaria. Su conocida acción funesta sobre la evolución del embarazo y el producto de la concepción es el tema del presente trabajo, escrito con el único objeto de llenar la prescripción reglamentaria, y en el cual he reunido algunas observaciones hechas durante mi internado en el Hospital Rivadavia.

Cumplo con el deber de manifestar mi agradecimiento á todos los maestros que me han dado sus enseñanzas y consejos, y séame permitido mencionar especialmente á los médicos del Hospital Rivadavia

en cuyo seno me he formado, doctores Samuel Molina, José M. Escalier, José M. Caballero, Enrique del Arca, Eduardo Beláustegui, F. de la Vega, Pedro Ghiso, Adolfo Güemes, Roberto Arózteguy, J. S. Passeron, M. A. Marini, Pablo D. Galli, D. Colillas, M. Brea y R. S. Gómez.

Al Dr. Arturo Zabala que ha tenido la gentileza de apadrinarme en esta acto, mis más efusivas gracias.

CAPITULO I

Difusión de la infección especifica.—Sus causas. Sus peligros

Según la estadística de Le Noir, (en su trabajo presentado después de nueve años de estudio, á la conferencia de Bruselas) y que da una proporción de 13 á 15 por ciento de específicos en la población adulta, masculina, de París; la de Fournier, levantada en los hospitales comunes de la misma ciudad, que da también unos 13 á 17 por ciento, y las observaciones hechas en nuestras clínicas, á falta de una estadística completa, se ve que la infección específica ha adquirido una difusión enorme y que es un flajelo que hay que combatir á la par del alcoholismo y la tuberculosis.

Contra estas dos últimas plagas, gobiernos y particulares movidos por la terrible realidad de los hechos y la verdad abrumadora de las cifras, han hecho y hacen todo lo que está de su parte, aplicando las enseñanzas de la ciencia y siguiendo sus consejos. Se reunen congresos, se dictan leyes, se fundan li-

gas, se crean Sanatorios y asilos y, en fin, se hace toda clase de propaganda por medio de la prensa, el libro, el folleto, palpándose los brillantes resultados de esa campaña.

En cambio en lo que que se refiere á la sífilis, si algo se hace vemos que resulta estéril. Primeramente se tropieza con la indiferencia de las masas las cuales parece que se han familiarizado con la afección, no creen en su gravedad, y si la contraen la descuidan, eso sin contar con la existencia de un género especial de individuos que la consideran como una patente de hombría, como un timbre de honor. En segundo lugar la propaganda es de suma dificultad, no pudiendo dársele la publicidad necesaria por el carácter mismo de la afección.

No es tampoco por falta de reglamentaciones que ese mal evitable ha tomado las proporciones que hoy nos asombran; la práctica enseña que cuantas leyes y ordenanzas se dicten para la profilaxia de la sífilis serán insuficientes, casi nulas, mientras no se dirijan á combatirla directamente por medio del tratamiento. La ausencia ó la insuficiencia de este último es la gran causa de la propagación de la sífilis que, á la altura de nuestros conocimientos y con los medios de que podríamos disponer, tendría que estar reducida á su más mínima expresión.

Aún más que en la tuberculosis, una persona afectada de lues, y sobre todo si es de cierta clase

social, es una fuente de contagio continua, y curarla es circunscribir, es extinguir un foco de infección. Esto hacía decir á Finger que el Estado no solo tiene el deber de asegurar y garantir la cura gratuita de todos los enfermos sinó que debe hacerla obligatoria. Sin entrar á discutir esto último, en lo que muchos ven lesionada la libertad individual, por más que sea incomprensible la libertad de infectar al prójimo, se podría adelantar muchísimo creando servicios especiales para la internación y tratamiento conveniente de los enfermos, servicios que hoy solo existen y en pequeño, para mujeres, en los hospitales Rivadavia y Norte; ó como Lesser ha propuesto un policlínico *ad-hoe* donde cada sujeto tratado sería un elemento menos de propagación.

Porque no solo se trata de un peligro para el individuo al que, después de los accidentes secundarios á veces gravísimos, amenaza el terciarismo con todo su cortejo de manifestaciones viscerales y el más terrible de las lesiones parasifilíticas en las que el tratamiento es inócuo, sinó para la sociedad contribuyendo á la despoblación con los numerosos abortos, partos prematuros y fetos heredo-específicos destinados á morir en los primeros días ó semanas del nacimiento; cooperando á la degeneración de la raza por las distrofias, la deficiencia psíquica y la degeneración de los heredo-sifilíticos, y por último

arruinando orgánica y moralmente á la familia que es la base de la sociedad.

Su acción devastadora, como se ve, no tiene límites; el presente trabajo se concretará á estudiar en unas cuantas observaciones recogidas, durante mi internado, en la Maternidad del Hospital Rivadavia, la influencia nociva que ejerce sobre el producto de la concepción y lo que con ello se relaciona.

———

CAPITULO II

Sífilis paterna.—Sus consecuencias.—Sífilis por concepción.—Observaciones.

I.—Comunmente la sífilis es de origen paterno; según Fournier por cada cien hogares en que el padre es específico y la madre sana, hay dos en que el caso es á la inversa, y siendo mucho más nociva la herencia materna, constituiría una ventaja para la descendencia sino corriera la madre tantas probabilidades de ser infectada que se puede afirmar que es raro que escape al contagio, recibiendo el feto la herencia mixta que es más nociva todavía.

Aún así sucede con mayor frecuencia de lo que se supone que un específico engendre hijos sanos quedando la madre también indemne, no solo en un período latente de la afección, sin lesiones trasmisibles, sinó con ellas, en plena eflorescencia secundaria como lo demuestran las varias observaciones publicadas por distintos autores. Lo mismo que puede engendrar un hijo sifilítico sin infectar á la madre quien puede adquirir la inmunidad contra la in-

fección específica, hecho de suma importancia en la cuestión del amamantamiento de los heredo-específicos, y que se conoce con el nombre de ley de Colles ó de Baumés.

Pero, como decíamos mas arriba, lo común es presenciar la trasmisión de la afección á la madre, bastando como se sabe una simple erosión, una pequeña solución de continuidad á veces mínima, en personas cuidadosas, aún en profesionales que se consideraban curados. En estas circunstancias la madre contrae la sífilis y luego infecta á su vez al producto de la concepción, produciéndose en él todos los trastornos que estudiaremos más adelante. Es lo que se ve en las observaciones siguientes. En la observación I una mujer sana contrae un chancro específico, se embaraza y contagia al feto que muere y es expulsado antes de término lo cual se repite en sus dos embarazos subsiguientes. En la observación II tenemos una mujer casada en segundas nupcias; de su primer marido ha tenido un hijo que vive sano en la actualidad mientras que de su segundo esposo, específico, contrae la afección teniendo un aborto de tres meses y luego un parto á término pero con feto muerto y macerado.

OBSERVACIÓN I

Maternidad del Hospital Rivadavia

Felipa B. 18 años, italiana, mucama.

Antecedentes hereditarios.—No revelan nada de particular.

Antecedentes personales.—No recuerda enfermedades de la infancia ni la época de su primera menstruación. Confiesa haber tenido un chancro duro en la horquilla, cefalalgias nocturnas y alopecía después de lo cual abortó dos veces consecutivas á los 5 y 4 meses de embarazo respectivamente. Hay pléyade ganglionar en el cuello axilar é ingles.

Ingresa á la maternidad con dolores, un dedo de dilatación, bolsa íntegra posición O. I. I. A. Dilatación completa á las 11 a. m. del día siguiente; se rompen las membranas á las 12 y es expulsado un feto macerado de 5 meses. Placenta sumamente friable, se desgarra con facilidad.

OBSERVACION II

Maternidad del Hospital Rivadavia

Lucía de L. 22 años, argentina, multípara.

Antecedentes hereditarios.—No ofrecen nada de particular.

Antecedentes personales.—Refiere que ha sido sana en su niñez. Sus reglas han sido siempre normales. Se ha casado dos veces; de su primer matrimonio tuvo un hijo que vive sano en la actualidad; en su segundo matrimonio ha tenido dos embarazos, el primero abortó á los tres meses, el segundo es el actual que ha llegado á término. Sospechada la sífilis se investiga en este sentido, encontrándose que esta mujer sufre actualmente cefalalgias nocturnas y dolores osteoscopos, refiriendo que al poco tiempo de su segundo matrimonio, sufrió una abundante caída del cabello y cejas, tuvo llagas en la boca y dolores de cabeza nocturnos.

Desde hace 15 días ha notado la pérdida de aguas de olor desagradable. No hay latidos fetales,

presentación pelvis completa. Feto macerado con enfisema subcutáneo.

II.—Puede suceder que el padre no presente ninguna manifestación, ninguna lesión transmisible, aún más, que se le considere curado y que efectivamente no contagie á la madre; sobreviene entonces un embarazo y durante su curso ó poco tiempo después del parto, le aparecen á ésta los accidentes secundarios, sin haber sufrido los primarios, sin chancro, sin pleyade ganglionar.

En esta circunstancia, la infección ha sido trasmitida del feto, que presenta siempre lesiones ó estigmas, á la madre, razón por la cual se la ha llamado *sífilis por concepción.*

Està sífilis por concepción, lo mismo que el nacimiento de un niño sifilítico de madre sana, suponen la contagiosidad del esperma, cuestión que ha preocupado siempre á los que se han dedicado al estudio de la afección.

Admitida por Astruc (1736), fué negada por Hunter (1786), vuelta á admitir por Porter (1857) y Diday (1864) hasta que Mireur inoculando á cuatro personas con esperma de un sujeto de 26 años, en pleno período secundario, sin obtener resultado alguno después de una observación de seis meses, concluyó negando rotundamente la contagiosidad del esperma. Pero últimamente Finger y Landsteiner

(1905) han conseguido trasmitir la sífilis á los monos inoculándoles esperma extraído por expresión de las vesículas seminales de un específico secundario sin ninguna lesión de los órganos genitales, lo que prueba la presencia del treponema en el líquido espermático.

Ahora en cuanto á cual es la vía por medio de la cual se hace la trasmisión de la afección, nada se ha resuelto todavía. Es probable que el treponema penetre en el óvulo, penetración favorecida por la del espermatozoide, y luego cuando se establece el intercambio sanguíneo entre el producto de la concepción y la madre, pase á infectar á esta. También puede ser que el agente patógeno, invada la madre por el útero, las trompas ó la cavidad peritoneal, (lo que explicaría la ausencia de ganglios externos en la sífilis concepcional), para luego á su vez infectar al feto. Pero según Neisser la inoculación en el peritoneo da siempre resultados negativos y no confiere inmunidad, y según Wolters, Hoffmann, Levaditi y Sauvage los treponemas son capaces de invadir las células germinativas, puesto que los han encontrado en el ovario y en el óvulo humanos, datos que abonan en favor de la primera hipótesis.

En la observación siguiente tenemos un caso que se presenta en las condiciones antedichas; mujer sana con anterioridad, llega al 8º mes de su embarazo sin haber tenido ninguna lesión visible,

y en ese momento, sin causa apreciable, su útero trata de expulsar el contenido, lo que es impedido por la rigidez del cuello; el feto extraído presenta signos evidentes de sífilis, pero sólo un mes después del parto, sobrevienen en la madre los accidentes secundarios, sin haber tenido siquiera la pléyade ganglionar.

OBSERVACION III

Maternidad del Hospital Rivadavia

María B., 18 años, argentina, sin profesión.

Antecedentes hereditarios.—No ofrecen nada de particular.

Antecedentes personales.—Sana en la infancia. Interrogada al respecto, no da ningún antecedente de especificidad y al examen no se encuentra ningún estigma; no se tocan ganglios infartados.

Nulípara; edad del embarazo 8 meses. Ingresa á la Maternidad con dos dedos de dilatación, presentación cefálica. Como hay una rigidez invencible del cuello se practican en éste, dos incisiones á la Dürhsen y se extrae por versión podálica un feto con lesiones en las palmas de las manos y plantas de los pies, que murió á las dos horas.

Al mes vuelve al hospital, presentando una erupción pupulosa en todo el cuerpo y placas mucosas en ambas amigdalas. Hay también alopecia.

CAPITULO III

Sífilis anteconcepcional.—Influencia del embarazo sobre los accidentes especificos.—Influencia de la sífilis sobre la evolución del embarazo.—Sífilis contemporánea del embarazo.—Sífilis post concepcional.—Observaciones.

I.—Es conocida la influencia agravante que ejerce el embarazo sobre la sífilis. Suelen observarse sifilomas primitivos voluminosos, reblandecidos, con frecuencia complicados de fagedenismo y de una persistencia á veces de varios meses (observación XI). En las sifilides cutáneas y mucosas se nota una gran exuberancia, á gran base infiltrada, con tendencia á las formas ulcerosas de carácter destructivo por necrosis de los productos de infiltración, cosa que se observa sobre todo en las mucosas nasal faríngea y laríngea; una lesión de esta última especie es la de la observación IV.

En cuanto á la sífilis terciaria, aunque rara por

que en la edad en que la mujer se embaraza generalmen aun no ha llegado al terciarismo, hemos observado un caso relatado en la observación V, en el que la preñez indudablemente ha sido una causa agravante y ha acelerado el desenlace fatal.

OBSERVACION IV

Maternidad del Hospital Rivadavia

María Elena L.; Primípara. Ingresa al servicio con sifilides en la boca y laringe de carácter ulceroso, una cuerda vocal completamente destruída.

Se le practican inyecciones intramusculares de calomel, modificándose favorablemente las manifestaciones y efectuándose el parto á término, presentación pelvis, modo nalgas, con feto vivo sin lesiones visibles, de 3.400 gramos de peso. La placenta pesaba 800 gramos.

OBSERVACION V

Maternidad del Hospital Rivadavia

Raquel D., 25 años, italiana.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sana en la infancia; regló á los 16 años por primera vez, regulares, dolorosas, de 3 á 4 días de duración.

Se casó á los 18 años apareciéndole un chancro duro en uno de los grandes labios, dos meses más tarde, lo que fué seguido de cefalalgias nocturnas y artralgias; no da datos de roseola. Se embaraza y á los 7 meses tuvo un parto prematuro con feto vivo que murió á los dos días; durante el puerperio tuvo apolecia de las cejas y cabeza. Después de éste tuvo dos partos á término con fetos vivos y que actualmente son sanos. Ingresa luego al hospital con una hepatitis específica que cede después de un tratamiento de dos meses y medio. Se vuelve á embarazar y á los tres meses es atacada de hemiplegia derecha y parálisis facial izquierda que cede á un tratamiento intenso (inyecciones de calomel y iodu-

ro á altas dosis); pero tres meses y medio más tarde ingresa al servicio en estado comatoso con convulsiones tónicas sobre todo del lado izquierdo, en el intervalo había contractura en los miembros del mismo lado, 38 grados de temperatura y 120 pulsaciones por minuto. Se instituye el tratamiento conveniente pero la enferma fallece. En la autopsia se encuentra un hígado sifilítico con cicatrices estrelladas. En el cerebro un goma del tamaño de un huevo de paloma en el hemisferio izquierdo ocupando las circunvoluciones parietales y que había destruído la lámina interna del parietal. Utero grávido con un feto de 7 meses sin lesiones aparentes.

II—Las perturbaciones de la nutrición que origina la sífilis tienen que repercutir sobre la evolución del embarazo de una manera más ó menos activa, dependiendo esto de varios factores, pero casi siempre grave, sobre todo para el feto, traduciéndose en dos maneras: 1º Por la muerte del feto dentro del útero á diversas edades del embarazo con producción consecutiva del aborto ó parto prematuro á feto generalmente macerado por su permanencia más ó menos larga en el útero antes de su expulsión; 2º por el parto prematuro á feto vivo pero comunmente no viable con lesiones específicas ó sin ellas.

Uno de los factores agravantes es la conjugación de la sífilis paterna con la materna y esto se

comprende puesto que á la trasmisión de la tara hereditaria paterna se agrega la continua influencia de la madre por medio de la circulación placentaria. Según Fournier la sífilis paterna exclusiva da una morbosidad de 37 por ciento y una mortalidad de 28 por ciento; la materna exclusiva una morbosidad de 84 por ciento y una mortalidad de 60 por ciento; y la mixta una morbosidad de 92 por ciento y una mortalidad de 68,5 por ciento.

El otro factor es la edad de la sífilis materna cuya acción nociva decrece á medida que envejece.

Por esto, en una infección reciente se produce la muerte del feto y su expulsión consecutiva al poco tiempo de la concepción, lo que es seguido de una serie de abortos cada vez de más edad, luego de partos prematuros, y por fin, á término con feto específico ó no.

Naturalmente que esto es algo esquemático; en la práctica se pueden observar varios abortos entre los cuales ha habido partos á término con feto sano, sin lesiones específicas pero, como propiamente se les ha llamado, faltos de vitalidad que mueren inmediatamente después de nacer ó al poco tiempo, sin causa aparente.

En resumen, en una sífilis anteconcepcional la evolución del embarazo está tanto menos comprometida cuanto más antigua sea la afección. He aquí algunas observaciones al respecto.

OBSERVACION VI

Maternidad del Hospital Rivadavia

Angela C.; 33 años, italiana, multípara, sin profesión.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Sarampión en la infancia. Regló por primera vez á los 13 años, siendo irregulares el primer año, después se le regularizaron; le duran 3 á 4 días.

El único antecedente específico que da son dolores osteóscopos, pero presenta en ambas piernas, sobre la cara anterior de la tibia varias cicatrices típicas. Ha tenido ocho embarazos que evolucionaron de la manera siguiente:

1º Parto prematuro; feto muerto.

2º Parto prematuro; el niño murió á los 3 años.

3º Parto á término; el niño murió á los 6 meses.

4º Parto á término; feto muerto.

5º Parto á término; feto muerto.

6º Parto á término; el niño murió al mes y medio.

7º Parto gemelar; los niños murieron uno al mes y medio y el otro á los 7 meses.

El 8º es el actual que ha llegado á término; presentación tronco AID dorso anterior.

Por versión podálica se extrae un feto vivo de 3620 gramos de peso, sin estigmas visibles. Alumbramiento normal. Placenta ídem.

OBSERVACION VII

Maternidad del Hospital Rivadavia

Magdalena G., 31 años, española, sin profesión.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Siempre sana. Menstruación normal, comenzó á los 15 años. Da antecedentes específicos anteriores á su primer embarazo. Ha tenido cuatro embarazos: el 1º terminó á los 6 y medio meses, con feto vivo que falleció enseguida; el 2º y el 3º terminaron también prematuramente con expulsión de fetos muertos y macerados. A los 7 meses y medio de su 4º embarazo, ingresa á la maternidad con dolores y principio de dilatación del cuello, dando á luz poco después un feto vivo de 1550 gramos de peso, con gran ascitis que fallece poco después. Placenta de 600 gramos de peso, se desgarra con facilidad.

OBSERVACION VIII

Maternidad del Hospital Rivadavia

Regina G., 25 años, alemana, modista.

Antecedentes hereditarios.—Ignora.

Antecedentes personales.—Infancia sana. No recuerda la edad de su primera regla. Hace dos años ingresó al servicio de piel y sífilis, con manifestaciones secundarias de la piel y mucosas y fué tratada por medio de inyecciones intramusculares de salicilato de mercurio.

Ingresa á la maternidad sin lesiones visibles con un embarazo de 8 meses, dando á luz un feto de 2100 gramos de peso y 47 centímetros de longitud con pénfigo diseminado por todo el cuerpo, pero especialmente en la palma de las manos y planta de los pies. Se le ordenan baños de bicloruro y licor de van Swieten al interior, yéndose á los 9 días con la piel completamente sana.

OBSERVACION IX

Maternidad del Hospital Rivadavia

Enriqueta C.; Primípara. Presentación pelvis completa, no se oyen los latidos fetales. Da á luz un feto macerado de siete meses.

No da ningún antecedente de importancia pero en la parte interna del muslo derecho y parte anterior de la pierna del mismo lado se notan dos cicatrices redondeadas, bien limitadas del tamaño de una moneda de 10 centavos de coloración negruzca.

III.—Cuando la sífilis se contrae al mismo tiempo de la concepción, es siempre grave para el feto y en regla general, en los casos en que falta el tratamiento, el feto muere. Esto no quiere decir, que siempre se puede salvar la vida del niño puesto que muchas veces aun con una medicación bien llevada es expulsado muerto y macerado como se observa en el caso siguiente:

OBSERVACION X

Maternidad del Hospital Rivadavia

Verónica M.; Ingresa en trabajo de parto remitida del pabellón 1º arriba, donde ha sido sometida al tratamiento específico por medio de inyecciones. Presenta condilomas planos en la región anal y pleyade ganglionar en la ingle izquierda.

Primípara. Examinada se constata una presentación de vértice, bolsa rota, dilatación completa, teniendo lugar el parto pocos minutos después con expulsión de un feto macerado de 6 meses. Placenta con degeneración fibrograsosa.

IV—La sífilis contraída después de la concepción puede ser transmitida al feto en cualquiera época del embarazo, aun en el último mes según Bergh, lo que se puede admitir puesto que en la sangre de los específicos se encuentra el treponema pocas semanas después de la infección. Ahora bien, el feto tiene más probabilidades de escapar á ella cuanto más avan-

zada es la edad del embarazo, sobre todo en los dos ó tres últimos meses, mientras que en los primeros su contaminación es casi segura. Y digo casi, porque los antitóxinas ó anticuerpos específicos pasando al feto por la circulación placentaria pueden conferir á éste cierto grado de inmunidad, hecho que se designa con el nombre de ley de Profetà, según la cual un hijo de padres específicos presenta una inmunidad absoluta para la sífilis ó si llega á adquirirla, ésta es de corta duración y de carácter muy benigno.

Después de los últimos conocimientos adquiridos, en materia de sífilis la palabra inmunidad tiene solamente una significación relativa (Levaditi et Rochè). Sin embargo, el hecho existe y Fournier, dice, que él no ha visto jamás un niño sano infectado por su madre sifilítica, se comprende, con anterioridad al nacimiento de éste.

La observación siguiente se refiere á un caso de sífilis post-concepcional con feto prematuro vivo con hígado grande é ictericia.

———

OBSERVACION XI

Maternidad del Hospital Rivadavia

Benita R., 25 años, española, cocinera.

Antecedentes hereditarios.—No ofrecen nada de particular.

Antecedentes individuales.—Sarampión en la infancia. Viruela á los 18 años. Menstruación normal. Hace un año tuvo un parto y puerperio normales; vive el niño y es sano.

Su actual embarazo ha evolucionado normalmente, salvo vómitos en los primeros meses y edema de los miembros inferiores, hasta el 4º mes en que contrajo un chancro específico en el gran labio derecho; este chancro ha ido aumentando de volumen, y en la actualidad aun persiste del tamaño de una moneda de dos centavos, reblandecido y sin tendencias á la curación. Ha tenido también una roseola que ya ha desaparecido, cefaleas nocturnas que aun persisten y alopecia. Se palpa pléyade ganglionar en las ingles y axilas; hay también placas mucosas en la boca.

Ingresa en trabajo de parto, embarazo de ocho meses. Presentación de vértice; posición O. I. D. P., dando á luz un feto vivo de 2.230 gramos de peso y 45 centímetros de longitud. Placenta con degeneración fibrograsosa, de 580 gramos de peso.

El niño como única lesión presentaba un hígado grande é ictericia.

CAPITULO IV

Causas mediatas de la interrupción del embarazo.—Lesiones fetales.—Lesiones de los anexos.—Investigación del treponema.

I—La sífilis puede causar la interrupción del embarazo, por la muerte del feto ó por lesiones producidas en éste, en la placenta ó en las membranas ovulares que impiden el desarrollo y la parmanencia del huevo en el útero.

Cuando el feto ha muerto puede ser expulsado inmediatamente, pero lo que es más común permanece todavía en el útero cierto tiempo, término medio quince días. Un feto en estas condiciones sufre naturalmente alteraciones que varían según la época del embarazo. En los primeros meses se produce la disolución ó la momificación; desde el quinto mes en adelante el feto sufre un proceso especial llamado maceración y que es el que casi siempre se observa.

El feto macerado es de consistencia blanda, puesto sobre una superficie resistente se aplasta; los tejidos infiltrados, son de una coloración oscura, los

huesos del cráneo cabalgan unos sobre otros estando á veces completamente separados lo que produce la deformación de la cabeza, la piel está cubierta de flictenas, falta en ciertos sitios ó por completo, en fin, como bien dice Pinard, la descomposición se ha hecho lentamente sin producción de gases y por consiguiente sin olor, sin coloración verdosa, sin repercusión sobre el organismo materno, lo que la diferencia por completo de la putrefacción.

Por lo mismo que este proceso se produce lentamente, varía en sus carácteres según el tiempo de permanencia del feto muerto en el útero. Al principio sólo se observa flacidez, decoloración de los tejidos y ligera infiltración del cordón; luego la piel toma un color parduzco, el tejido celular subcutáneo se infiltra y la epidermis se levanta hasta que al cabo de ocho días se desprende con facilidad, salvo en el cráneo y en la cara donde todavía está adherente hay líquido en la cavidad peritoneal, los huesos de la bóveda craneana se hunden, las costillas se hacen salientes, el tórax se aplana, la córnea y los humores del ojo, escepto el cristalino toman una coloración rosada. A los doce días más ó menos, la infiltración se ha generalizado, los tejidos han sufrido un completo reblandecimiento, la piel de la cara se desprende con facilidad y el cuero cabelludo está infiltrado con una serosidad espesa de color rojo oscuro.

Las vísceras también sufren alteraciones que se

distinguen macroscópicamente. El hígado se hace blando friable y toma una coloración amarillenta; el intestino, aplastado es de un color gris.

Hay derrame en las cavidades pleural, pericárdica y craneana. El pulmón y el corazón toman una coloración oscura, pierden su consistencia desgarrándose con facilidad; el cerebro se transforma en una papilla rojiza. La misma infiltración invade á los anexos del feto.

El líquido amniótico puede ser verdoso teñido por el meconio, rojizo teñido por el líquido serosanguíneo, procedente de los flictenas, y á veces de coloración negruzca y de consistencia espesa.

A todo esto, pueden agregarse las lesiones específicas que describimos en seguida.

II—Si el feto nace con vida, aun en el caso en que no presente lesiones, su nutrición se suele encontrar muy alterada; de talla pequeña aunque sea de término, piel arrugada cubierta de vello, panículo adiposo escaso ó ausente, voz débil, etc., á lo que se agregan á menudo ciertos estigmas como el ozena que dificulta la respiración y la alimentación, aumentando con ello el marasmo y disminuyendo notablemente la ya comprometida aptitud para la vida, causa de la gran mortalidad que se observa en estos casos.

Las lesiones sifilíticas del feto pueden encontrarse en todos los órganos.

En la piel las sifílides maculosas, papulosas y pustulosas tienen cierta predilección por las palmas de las manos y la planta de los pies, luego el contorno del ano y de la boca; en general revisten una forma idéntica á la sífilis adquirida. Una lesión muy común es el *pénfigo sifilítico de los recién nacidos*, variedad de sifílide pustulosa que comienza con unas manchas de coloración oscura que luego se transforman en pústulas blandas de dimensiones variable llenas de pus y rodeadas de un reborde saliente rojo oscuro; estas pústulas se desecan ó bien se extienden á la periferia en forma de ampollas que por acción mecánica, se abren, quedando una erosión rojiza, húmeda. Su sitio de preferencia es la palma de las manos y plantas de los pies, y es lo que lo caracteriza. El estudio histológico, ha revelado que las vesículas se forman en la epidermis por la vacuolización de las células epiteliales que se funden; los elementos córneos vecinos se descaman y caen en la flictena mezclándose á los leucocitos; hay además una infiltración de linfocitos alrededor de los vasos de las papilas. Los treponemas se encuentran en gran cantidad en la cavidad de las ampollas de pénfigo, entre éstas y el dermis, en las papilas á lo largo de los vasos y en las glándulas sudoríparas

y sebáceas dunde invaden el protoplasma de las células epiteliales.

En las mucosas la lesión más frecuente es el coriza ó catarro de la mucosa nasal con supuración y ulceraciones á marcha rápida que pueden quedar limitadas ó extenderse al periostio y al hueso deformando la nariz. Bab dice haber encontrado el treponema.

En los órganos de la circulación, se pueden observar las mismas lesiones de sífilis adquirida. La endarteritis y la endoflebitis de los vasos del cordón pueden producir la muerte del feto por obliteración.

Si la arteritis se generaliza tomando las vísceras, las serosas, el tejido subcutáneo y la piel, se producen hemorragias extendidas caracterizando la llamada *sífilis hemorrágica*.

En el pulmón la lesión más frecuente es la *neumonía blanca*. Se encuentra el pulmón hipertrofiado, hepatizado y de color blanquecino; los tabiques alveolares infiltrados aumentan de espesor de manera que los alveolos pueden llegar á desaparecer, encontrándose en su interior un exudado con abundantes glóbulos blancos y también hematies; los vasos están dilatados, llenos de sangre, observándose focos hemorrágicos en el tejido conjuntivo perivascular. Los treponemas se encuentran á lo largo de los vasos y de las fibras conjuntivas; en el interior de

los alveolos por un fenómeno de fagocitosis se les ve englobados por los grandes mononucleares, dentro de los cuales se deforman sus ondulaciones, se producen hinchamientos, concluyendo por fragmentarse y convertirse en granulaciones.

En el hígado las lesiones sifilíticas pueden presentar dos aspectos.

Cuando la infección es de forma aguda, como en los fetos muertos antes del nacimiento, las alteraciones toman un carácter difuso, sin producirse la esclerosis de la glándula; mientras que en el caso contrario, las alteraciones son profundas. Las variedades que afecta la sífilis hereditaria son: la *hepatitis intersticial difusa* á hígado grande de coloración amarillenta, el *hígado silex* en el que se produce una esclerosis completa del órgano, la *periflebitis sifilítica* descripta por Schuppel á hígado hipertrofiado de color pardo verdoso, de consistencia blanda, en el que la esclerosis se hace alrededor de los gruesos vasos porta y de los canalículos biliares, y por último, la *hepatitis gomosa*. En la forma aguda los treponemas se encuentran de preferencia alrededor de los vasos, en la pared y aun libres en la luz de éstos. En el *hígado silex* la abundancia de treponemas es notable; se encuentran alrededor de los vasos, en las bandas del tejido esclerosо y en el protoplasma de las células hepáticas.

A las lesiones del hígado suelen acompañar la ascitis y la ictericia.

En el bazo, salvo su aumento de volumen y un espesamiento de la túnica interna de los vasos de los folículos, no se observan lesiones y los treponemas se encuentran en escaso número alrededor de los vasos, lo que indica el origen de la invasión y el rol destructor del bazo respecto del parásito.

En los huesos se observa con relativa frecuencia una lesión de las epífisis conocida con el nombre de *osteocondritis específica de los recién nacidos*, caracterizada por una proliferación irregular de la zona de osificación que forma saliencias irregulares en la porción cartilaginosa trayendo la separación completa de la epífisis y la diáfisis.

Es debida á la localización del treponema en el periostio y médula ósea de la región epifisaria.

Más raramente son asiento de lesiones específicas, los músculos, el riñón, el sistema nervioso, donde se prodría señalar la hidrocefalia, y los órganos de los sentidos.

En las cápsulas suprarrenales de los fetos heredo-específicos, la riqueza en treponemas es notable, y se observan formas de fagocitosis, habiéndose encontrado también el parásito en el testículo y en el ovario.

III—La placenta sifilítica tiene un carácter muy importante y que sirve muchas veces para descubrir la afección á falta de otra manifestación anexial ó fetal, es el aumento de su peso con relación al feto; macroscópicamente también se observan degeneraciones fibrosas ó fibrograsosas que no son exclusivas de la sífilis. En cuanto á las lesiones histológicas se observan en las vellosidades coriales arteritis y flebitis que pueden traer la obliteración de los vasos, hipertrofia de las vellosidades con infiltración de células embrionarias, y alteración del epitelio de revestimiento; en la porción corial se observan también lesiones de esclerosis alrededor de los vasos, y en el estroma conjuntivo infiltración embrionaria. Lo mismo sucede en la placenta materna, pudiéndose encontrar además pequeñas gomas que no hay que confundir con los infartos blancos y los focos de degeneración grasosa que se encuentran fuera de la sífilis. Los treponemas abundan en las vellosidades de la placenta fetal, en el tejido mucoso y en los capilares; también se encuentran en la pared de los vasos placentarios procedentes del cordón, á veces en contacto con el endotelio. En la placenta materna se encuentran, pero en escaso número, no habiéndose visto en las lagunas; esto parece indicar que el parásito se distribuye por los vasos del cordón y sus ramificaciones, es decir, que es de origen fetal, y que los treponemas que se en-

cuentran en la caduca serotina, son transportados por las células migratrices de las vellosidades.

En las membranas ovulares, se observan muy raramente espesamientos fibrosos pero no se ha logrado encontrar el treponema. El hidramnios es muchas veces de origen sifilítico.

En el cordón se observan lesiones de arteritis y flebitis que conducen á la esclerosis de las arterias y de la vena umbilicales ó bien, á la obstrucción de dichos vasos provocando la muerte del feto; la hiperplasia del tejido mucoso y en fin, por disolución de este tejido, la disociación de los vasos funiculares.

El treponema se encuentra preferentemente en los vasos, sobre todo en la vena umbilical; abunda principalmente en la capa adventicia de esta vena produciendo una infiltración leucocitaria. Se puede encontrar libre en el interior de los vasos.

IV—Para la investigación del treponema en los fetos heredo-sifilíticos, se puede utilizar la sangre, el líquido céfalo-raquídeo, la serosidad extraída por expresión, raspaje, escarificación ó vesicación de las lesiones, el jugo ganglionar extraído por punción, los frotes de tejidos y por último, los cortes de los mismos tejidos preparados convenientemente.

Como en la sangre de los heredo-específicos los

treponemas se encuentran en gran abundancia, basta para descubrirlos extenderla en el porta-objeto y previa desecación expontánea y fijación al alcohol metílico ó absoluto colorearla con la mezcla de Giemsa. De la misma manera se procede con los frotes y serosidades, teniendo cuidado de extenderlos en capa delgada y uniforme. En el caso en que el parásito se encuentre en muy pequeña cantidad en la sangre es necesario disolver los hematies con una solución de ácido acético al tercio por ciento, centrifugar é investigarlo en el depósito de la misma manera.

Para el estudio del treponema en los tejidos de los fetos heredo-específicos, un procedimiento que da excelentes resultados es el de Levaditi.

Deben tomarse trozos de uno á dos milímetros de espesor, se fijan en formol al 10 por ciento y se endurecen en alcohol á 96º durante 24 horas; después de un abundante lavaje con agua destilada se colocan en una solución de nitrato de plata al 3 por ciento durante tres días á 38 grados y al abrigo de la luz, al cabo de los cuales se lavan abundantemente y se colocan en el líquido reductor:

Acido pirogálico	4
Formol	5
Agua destilada	95

A las 24 horas se retiran, se lavan y se in-

cluyen en parafina previa deshidratación. Se pueden examinar los cortes así ó colorearlos por medio del Giemsa ó de otros colorantes; el parásito debido á la impregnación del nitrato de plata aparece de color negro.

CAPITULO V

Caracteres del aborto y del parto prematuro específico desde el punto de vista obstétrico.—Distocias causadas por la sífilis.

I—Muerto el feto, ó producidas en él cualquiera de las lesiones más arriba enumeradas, que impidan la prosecución normal de la gestación se produce el aborto ó el parto prematuro.

En el primer mes, el aborto reviste la forma de una hemorragia acompañada ó no de dolores y el huevo es expulsado entero, siendo muy difícil el verlo, pasando desapercibido entre los coágulos. En el segundo mes, el huevo es expulsado también entero, aunque algunas veces el aborto se haga en dos tiempos, pero es generalmente desde el tercer mes que esto último sucede; por las contracciones uterinas el huevo se encaja en el cuello, éste se entreabre, se rompen las membranas y el feto es expulsado siguiéndolo la placenta. Sin embargo, un carácter especial del aborto específico es la expulsión del huevo íntegro, hasta de cuatro meses como

hemos tenido ocasión de observarlo en el servicio del doctor Ghiso.

Otra cosa que caracteriza el aborto y el parto prematuro de origen específico, es la rapidez y la facilidad con que se producen, abstracción hecha de los casos de feto macerado, en que la poca consistencia de éste prolonga la dilatación y á veces dificulta la extracción.

II—Pero la sífilis de múltiples maneras puede ser causa de distocia por las diferentes malformaciones fetales y maternas que es capaz de originar. Mencionaremos solamente las más comunes y las que hemos tenido ocasión de observar.

En primer término el hidramnios, que si no siempre, la mayoría de las veces es de origen específico, produciendo una sobredistensión del músculo uterino, puede impedir su contracción, causar la inercia y ser necesario la extracción instrumental del feto.

La ascitis que se encuentra á veces en los fetos específicos y que puede ir acompañada de hidrotórax ó de anasarca, puede ser causa de distocia aumentando el volumen del feto, pues, la cantidad de líquido contenida en el abdomen puede ser de uno á cinco litros ó más. Su diagnóstico es muy difícil durante el embarazo, cuando más si el líquido es muy abundante, se observan del lado de la madre

signos de compresión que hacen sospechar algo de anormal, pero que no permiten precisar nada.

Durante el trabajo las cosas cambian; si después de la expulsión de la cabeza ó de la pelvis se nota una resistencia invencible á las tracciones, se reconoce inmediatamente la causa introduciendo la mano profundamente, la que toca un vientre distendido anormalmente. Por medio de la punción que debe hacerse en la vecindad del ombligo en cuanto sea posible, se disminuye el volumen del feto y se facilita su extracción, como se ve en la observación siguiente.

OBSERVACION XII

Maternidad del Hospital Rivadavia

Manuela Q., 24 años, española, mucama.

Antecedentes específicos.

Primípara pelvis normal.—A las 12 horas de iniciado el trabajo se desprende la cabeza en O S y hace procidencia el cordón. Se practican tracciones sin resultado cesando de latir el cordón. Se introduce entonces la mano profundamente y se toca un vientre enorme y tenso que se punza dejando salir una gran cantidad de líquido citrino después de lo cual el feto sale con facilidad. Este último tenía un hígado pequeño y duro.

Es de notar que esta mujer no sintió durante su embarazo nada de particular, fuera de los trastornos comunes á ese estado.

La hidrocefalia en cuya etiología tan múltiple también tiene su parte la sífilis, obra como la ascitis au-

mentando parcialmente el volumen del feto y dificultando ó impidiendo su pasaje por la hilera pelviana, si bien es cierto que á veces aunque muy raras, el parto se ha efectuado expontáneamente ya sea porque el líquido por las presiones que recibe la cabeza durante el trabajo pasa á través de las fontanelas y se esparce debajo del cuero cabelludo, ó se infiltra por el tejido celular del cuello del tórax y del vientre, ó bien en casos de fuertes tracciones sobre la pelvis, como lo ha observado Depaul el líquido pasa á la pleura por la disyunción de las vértebras cervicales, ó en fin por ruptura de la base del cráneo que da salida al líquido por las fosas nasales, la boca, el conducto auditivo y la órbita, en cuyos casos la cabeza disminuye de volumen haciéndose posible su salida.

Cruveilhier ha dividido las hidrocefalias en tres clases: la hidrocefalia propiamente dicha en la cual el líquido exagera el volumen de la cabeza, la hidrocefalia con cráneo de volumen normal en la cual el líquido ocupa una porción del cerebro que falta y la hidrocefalia con cráneo pequeño en la cual el líquido reemplaza también gran parte del cerebro. De estas tres variedades la que más interesa evidentemente desde el punto de vista obstétrico es la primera.

El líquido es de composición casi idéntica á la de los otros trasudados caracterizándose por su poco

tenor en albúmina, 0,015 por mil según Baruel. Este líquido puede ocupar los ventrículos, el espacio subaracnoideo, la cavidad aracnoidea ó estar situado entre la dura madre y el hueso. El caso más frecuente es el primero y en estàs circunstancias el líquido distiende los hemisferios cerebrales ya sea respetando el tàbique interventricular, ya sea destruyéndolo de manera que el encéfalo forma un vasto quiste cuya pared constituída por la sustancia cerebral puede estar reducida á algunos milímetros de espesor.

La cabeza toma una conformación característica, los frontales salientes, las arcadas superciliares elevadas, en fin un cráneo enorme rodeando la cara que ha quedado de tamaño normal y que resulta pequeña en proporción.

Los huesos del cráneo se adelgazan á medida que la distención aumenta, de manera que á veces al tacto da la sensación del pergamino. Debido á la misma distención se separan dejando grandes espacios entre sí, sobre todo al nivel de la sutura sagital y las fontanelas, espacios que pueden ocupar mayor superficie que la de los huesos. En fin la distención y el desgaste pueden causar la perforación ó la ruptura de los huesos de la bóveda dando lugar á lo que antiguamente se designaba con el nombre de hidrocefalia externa.

Sin embargo sucede, aunque raramente, que se conserva el espesor de los huesos y aún puede en-

contrarse el cráneo completamente osificado y resistente lo que dificulta la intervención.

A veces la hidrocefalia haciéndose en un solo ventrículo origina una forma asimétrica por la distención de un solo hemisferio.

Si se cumpliera estrictamente la ley de acomodación de Pajot el feto hidrocefálico debería presentarse siempre de pelvis; pero si esto no sucede, tenemos en cambio que las presentaciones de pelvis son más comunes en este caso, así en la estadística de Poullet sobre 106 casos de hidrocefalia 30 fueron de pelvis y 8 de hombro, lo que también es elevado é indica que el tamaño exagerado del polo cefálico puede influir en la acomodación.

El diagnostico antes del trabajo tiene sus dificultades. En las presentaciones cefálicas, Blot ha señalado como un buen signo diagnóstico la localización del foco de auscultación al nivel ó por encima del ombligo, siempre que la pelvis sea normal. Esto acompañado de la palpación, la medición de la cabeza y luego el tacto, contribuye á afirmar el diagnóstico. Al tàcto se siente una superficie plana, fluctuante cuya tensión no aumenta con las contracciones uterinas, cubierta de cabellos (aunque á veces no se reconocen aumentando las dificultades), de consistencia no homogénea dando distinta sensación los huesos, sus bordes, las fontanelas y suturas.

En las presentaciones de pelvis es más difícil

puesto que á la palpación siempre parece un poco exagerado el volumen de la cabeza. Después de la salida de la pelvis, la dificultad para la extracción de la cabeza pone sobre la vía del diagnóstico y entonces el tacto, que á veces por la contracción uterina es imposible, ayuda á resolver la cuestión.

Un buen signo es también la gran elevación de los brazos y cabeza, cosa que solamente puede ser causada en una pelvis normal por el tamaño enorme de la cabeza.

La observación siguiente se refiere á un caso de hidrocefalia, madre específica, que fué punzado dos veces; á la punción primera con trocart fino se sacaron 150 gramos de líquido y en vista de que no progresaba se volvió á punzar profundamente, extrayéndose gran cantidad de líquido que no se midió dandose por muerto al feto cuyos latidos acelarados irregulares y casi imperceptibles así lo presagiaban. Sin embargo á las ocho horas se produce el parto expontáneamente, el feto nace con vida y siguió viviendo por espacio de ocho meses.

OBSERVACIÓN XIII

Hospital Rivadavia.—Servicio del Dr. A. Zabala (Sanidad)

María O., 26 años, italiana.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló por primera vez á los 11 años; le duran 4 días, regular cantidad, indoloras. Da antecedentes específicos.

Primípara.—Altura del utero 33 centímetros. Latidos fetales normales. Pared abdominal tensa. Utero longitudinal.

Pelvimetría externa: S P 21—B E 25—B I 29—B T 33. Pelvimetría interna: no se toca el promontorio.

Al practicar la palpación se nota que la excavación está ocupada por el polo cefálico llamando la atención su volumen exagerado que sobrepasa el estrecho superior para invadir parte de la excavación pelviana. Practicado el tacto se comprueba que la cabeza está en O I D P, y los bordes parietales de la sutura sagital separados por dos traveses de dedo diagnosticándose hidrocefalia.

Hecho el diagnóstico y en vistà de que el trabajo no avanza se procede á hacer la punción de la cabeza con trocart fino. Se extrae 150 gramos de un líquido citrino de aspecto turbio, dejando por sedimentación un precipitado rojizo muy escaso. Los latidos del feto normales hasta ese momento se aceleran, se hacen irregulares y luego imperceptibles. Como no hay ningún progreso se punza de nuevo extrayéndose gran cantidad de líquido produciéndose entonces el parto expontáneamente y el niño nace con vida.

Duración del período de expulsión: 4 horas. Alumbramiento á los 20 minutos, por la cara fetal. Placenta de forma irregular, 560 gramos de peso con infartos blancos y degeneración calcárea; friable.

Duración total del parto: 39 horas.

III.—Por parte de là madre la sífilis puede ocasionar en la vagina, en el utero y aún en la pelvis malformaciones que dificulten ó impidan la salida normal del feto. En la sífilis hereditaria se observa la estrechez de las dimensiones transversales, ó bien una detención de desarrollo de la pelvis.

Nos detendremos solamente sobre la rigidez del cuello de origen específico de lo que hemos observado un caso que trascribimos á continuación.

La rigidez puede ser debida á cicatrices del ac-

cidente inicial ó de gomas, ó bien á una esclerosis generalizada como la que se observa en otros órganos. De esta última naturaleza es la relatada en la siguiente observación.

OBSERVACIÓN XIV

Maternidad del Hospital Rivadavia.

María B., 18 años, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sífilis.

Primípara.—Pelvimetría externa: B T 30—B I 28 B E 23—S P 19. Pelvimetría interna: promontorio inaccesible.

El abdomen presenta un volumen más pequeño que el que corresponde á la edad del embarazo; el útero se encuentra fuertemente contraído y los dolores se suceden á cortos intérvalos. Latidos del feto acelerados; hay pérdida de meconio.

Al tacto se toca un cuello duro, rígido que da la sensación del cuero y con una dilatación del tamaño de una moneda de dos centavos. Posición O. I. I. A.

Hace tres días que está en trabajo y que se rompió la bolsa de las aguas.

En vista de que el cuello no es dilatable se prac-

tican incisiones en la parte media de ambos labios superior é inferior, lo que da campo para la introducción del forceps y la extracción del feto, suturándose después las incisiones.

———

CAPITULO VI

Feto heredo—especifico vivo -Lesiones que presenta—Lactancia del heredo especifico—Su faz medicolegal—Indicaciones generales.

I.—El niño heredo-específico en el momento del nacimiento puede encontrarse ya sea con todas las apariencias de una perfecta salud, ya con las manifestaciones de la afección heredada, anteriormente descritas, ya sin ellas pero con ciertos estigmas que la caracterizan y á los que Founier llama estigmas distróficos para señalarles su carácter especial que consiste en que no son propios de la sífilis sino que ésta los produce como cualquier otra enfermedad infecciosa, impidiendo ó perturbando el desarrollo de uno ó de varios órganos, ó del organismo en general.

En primer lugar tenemos los que nacen en un estado de miseria orgánica, inaptos para la vida y que mueren inmediatamente, á las pocas horas ó dentro de unos días. Esa inaptitud para la vida se encuentra también en los que nacen con un aspecto bueno ó aun floreciente y que de repente empiezan á des-

mejorar y sucumben ya sea rápidamente, ya sea en un estado caquéctico, pero en la mayoría de los casos sin lesiones anatómicas que expliquen la muerte.

En esos casos de debilitamiento orgánico, de caquexia, el niño tiene un *habitus* característico, la *facies* sifilítica; su aspecto es el de un viejo, la cara arrugada, la piel terrosa, flácida, los labios surcados de fisuras; á veces más se asemeja á un mono por la desproporción de la boca y de los ojos con las otras partes de la cara; no puede mamar, su voz es casi apagada y su llanto toma un carácter particular, *llanto sifilítico* (Sixto). De estos los que logran escapar á la muerte están condenados á los retardos. é imperfecciones del desarrollo orgánico, crecen lentamente, la erupción de los dientes, la marcha, la palabra, y la aparición de las reglas se efectuan tardiamente; en ellos es frecuente la falta de desarrollo de los testículos, útero, ovario, senos y regiones pilosas; no representan la edad que tienen (infantilismo), su talla es pequeña (nanismo). Muchos casos de raquitismo son debidos también á la influencia de la heredo-sífilis.

En otros casos las distrofias son parciales, mono sistemáticas ó mono-orgánicas.

De parte del sistema nervioso es muy común en los heredo-específicos las convulsiones sin causa apreciable y de las cuales á menudo sucumben, y las meningitis ya sea verdaderamente sifilíticas ó

de naturaleza parasifilítica. De parte del sistema vascular son también comunes en ellos las onfalorrafias, hematemesis, melenas y hemorragias subcutáneas con la misma característica de siempre, esto es, sin causa apreciable que las produzca. Se encuentran asimismo en el recién nacido específico, toda esa serie de malformaciones craneanas, aunque no con tanta frecuencia; el cráneo *natiforme* caracterizado por un surco central y dos hinchamientos laterales que lo asemejan á las nalgas, la *frente olímpica* debido á la prominencia de los frontales, frente en carena debido á una saliencia mediana al nivel de la sutura medio frontal, exageración de las saliencias frontales y parietales, ensanchamiento transversal del cráneo, sinostosis craneana, asimetrías, micro ó macrocefalias. Un signo muy importante es la circulación craneana suplementaria, que se nota en las venas temporal superficial, angular, al nivel del ángulo interno del ojo y venas frontales; se las vé ingurgitadas, dibujarse netamente en los tegumentos de la frente y del cuero cabelludo en cabezas de tamaño normal.

La seudo parálisis sifilítica que se desarrolla en los recién nacidos sifilíticos es debido á una lesión ósea sobre todo del húmero y que afecta diversos grados desde el desprendimiento de las epífisis hasta una simple hiperostosis al nivel de las epífisis.

De parte de la piel no se puede negar la evidente

influencia de la sífilis en esas ictiasis y esclerodermias de los heredero-específicos aunque dichas lesiones no sean propiamente sifilíticas.

Se culpa también á la sífilis, y con justa razón, de toda esa multitud de malformaciones congénitas en las cuales obra como enfermedad *distrofiante*; esto se ha deducido de la observación paciente y metódica, y lo han confirmado las memorables experiencias de Gley y Charrin quienes inoculando toxinas microbianas en animales han reproducido los abortos y distrofias exactamente como sucede en la sífilis. De esta naturaleza pueden ser el labio leporino, las malformaciones palpebrales y pupilares, la disimetría ocular, las malformaciones del pabellón de la oreja; en los miembros las imperfecciones de desarrollo, las asimetrías, la elongación, la amputación, las anomalías de los dedos, la luxación congénita de la cadera, el pie bot; las malformaciones del aparato genital, las monstruosidades.

Un niño nacido con la herencia sifilítica, si no es tratado puede correr una suerte diversa: ó bien muere en un estado de caquexia y atrépsico, principalmente cuando es criado con biberón y en condiciones higiénicas deplorables, de bronconeumonía, de meningitis, de convulsiones, de sífilis cerebral, ó bien cura aparentemente pero más tarde en la segunda infancia ó mucho después todavía le sorpren-

den los accidentes de la afección que muchas veces puede haber quedado ignorada hasta ese momento.

II.—La lactancia del heredo-específico es una cuestión de suma importancia no sólo por el peligro de trasmisión que implica, sino por las responsabilidades civiles y penales que puede originar tanto al padre del niño como al médico que está moral y legalmente obligado á evitar dicha transmisión.

La cuestión se nos puede presentar bajo dos aspectos: 1º que el niño sea manifiestamente sifilítico; 2º que aunque hijo de padres específicos no revele ninguna lesión, que sea sano.

En el primer caso es evidente que debe prohibirse en absoluto la nodriza, pues como lo ha comprobado la experiencia, cualquiera que sea la lesión que presente el niño, aquella correría todos los riesgos de la infección; la lactancia será hecha por la madre quien aunque sea sana, como puede darse el caso, no corre ningún peligro de ser infectada, hecho tan positivo que se ha convertido en ley (ley de Colles ó de Baumés).

En el segundo caso deben también prohibirse: la nodriza sana puesto que podría la sífilis, como sucede amenudo, estar latente, y repentinamente hacer su aparición en el niño, sobre todo bajo la forma de lesiones bucales, antes de que fuera posible evitar el contagio; y la nodriza sifilítica puesto que puede

tratarse de un niño que ha escapado á la infección y que vendría á adquirirla del seno mercenario. Sólo la madre puede amamantar en este caso al niño, aunque sea sifilítica, desde que es otro hecho comprobado la inmunidad innata de este último (Ley de Profeta). A falta de la madre no queda otro recurso que la lactancia artificial, habiéndose también obtenido éxito con el empleo de cabras y burras como nodrizas.

Muchas veces por ignorancia, otras por egoismo, el niño específico es confiado á una nodriza sana; es necesario en esos casos suspender inmediatamente la lactancia si la nodriza ha quedado indemne.

Aquí el médico se encuentra con un conflicto de deberes, ante el cual puede quedar muchas veces perplejo por la infinita variedad de formas que puede afectar el problema, sin saber que partido tomar. Por un lado el secreto profesional que le impide comunicar á un tercero la afección que ha conocido en el ejercicio de su profesión y que casualmente es de las menos revelables, hasta el punto de llamarse Secreta; si bien es cierto que en el artículo 7º de la Ley de Ejercicio de la medicina se esceptua los casos en que puede resultar peligro para la salud pública como sería este caso, el artículo 265 del Código Penal no hace ninguna escepción. He aquí los artículos mencionados:

Art. 7º (Ley de Ejercicio de la Medicina). Ningún

profesional podrá revelar secretos que se le confíen en el ejercicio de su profesión *exceptuándose los casos en que pueda resultar peligro para la salud pública* y aquellos en que deba hacerlo por las leyes penales.

Art. 265 (Código Penal). Los que ejerciendo profesión que requiera título revelasen secretos que por razón de ella se les hubiere confiado, sufrirán la pena de suspensión de seis meses á un año y multa de 25 á 300 pesos.

Por otro lado la conciencia y la misma ley, le obligan á evitar el daño inmenso que puede causar su silencio, puesto que la nodriza infectada al volver á su hogar contagiará á su esposo, á sus hijos, á los que la rodean, y éstos transmitirán la afección á su vez á otros tantos, de la manera más inocente, lo que quiere decir, con suma facilidad, y que ha hecho que el gran sifilógrafo llamara á la afección de que tratamos la menos venérea de las enfermedades venéreas. Todos esos males está obligado á evitarlos el médico, á lo menos por las obligaciones que le imponen las leyes como se desprende de los artículos que transcribimos.

Artículo 5º (Ley de ejercicio de la medicina). El profesor es responsable de los hechos de su práctica toda vez que incurra en falta grave ó *negligencia* culpable.

Además, «todo el que por su culpa ó *negligen-*

cia ocasiona un daño á otro, está obligado á la reparación del perjuicio» (Código Civil).

Puede conciliarse todo esto advirtiendo á los padres el peligro y las responsabilidades en que incurren, y dando por escrito en la misma receta en que se prescribe la medicación á seguir, la prohibición absoluta de la nodriza, lo que servirá de salvaguarda para el médico en el caso en que no fueran seguidos sus consejos y el asunto tuviera ulterioridades ante la justicia (Fournier).

Respecto de la nodriza, sobre todo en el caso en que ella consultara, se debe proceder del mismo modo prohibiéndole la lactancia del niño específico sin necesidad de violar el secreto profesional. Pero infinidad de veces la ignorancia ó el deseo del lucro que predominan en ese medio inculto en que se reclutan las nodrizas, hacen que caigan en terreno estéril las advertencias del médico; por esta razón muchos niegan en estos casos la obligación de mantener el secreto profesional, que dicen, custodia el bien de uno en detrimento de la salud de muchos, mientras que en todo caso sería lícito cometer un mal menor para evitar otro mayor.

CARLOS COLLS.

Buenos Aires, julio 15 de 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor Enrique Bazterrica, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Ricardo S. Gómez, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, julio 31 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2056 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza en vigencia.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Lesiones sifilíticas de la placenta.

BAZTERRICA.

II

¿Las lesiones sifilíticas pueden presentarse algún tiempo después del nacimiento en el niño?

MOLINA.

III

¿La sífilis, figura en la etiología de la pelvis raquítica?

R. S. GÓMEZ.

BIBLIOGRAFIA

Deguy.—Heredo-syphilis cardioaortique.

Fieux et Mauriac.—Transmision mortelle au fœtus d'une syphilis post-conceptionelle tardive.—(Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, XII-1908).

Finger.—La syphilis.

Fournier.—Syphilis et mariage.

Fournier.—Stigmates dystrophiques de l'heredo-syphilis.

Fournier.—Les affections parasyphilitiques.

Founier. — Nourrices et nourrissons syphilitiques.

Franceschini.—Le malattie veneree.

Jullien.—Heredo-syphilis.

Leduc.—La syphilis a la Maternité de l'Hôpital Tènon.

Levaditi et Rochè.—La syphilis.—Experimentation.—Microbiologie.—Diagnostic.

Poullet.—L'hydrocephalie fœtale.

Queirel.—Syphilis placentaire (Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, XII-1904).

Ribermont-Dessaignes et G. Lepage.—Precis d' Obstetrique.

Sixto.—Llanto sifilítico.