

# SIFILIS INFANTIL

---

## TESIS

del Doctorado de Medicina, leída y sostenida

EL DÍA 6 DE DICIEMBRE DE 1909 EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID POR

**Eduardo Pérez Cano**

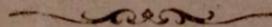
Ex-interno por oposición  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN CÁDIZ

Médico por oposición del  
HOSPITAL PROVINCIAL DE ALMERIA

Del Cuerpo de Médicos Titulares

*Discutida y aprobada por el Tribunal constituido de:*

PRESIDENTE: Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal.  
                  "          Sr. D. Manuel Alonso Sañudo.  
VOCALES: {          "          Sr. D. Franc.º Criado Aguilar.  
                  "          Sr. D. Ramón López Prieto.  
SECRETARIO: Sr. D. Emilio Loza y Collado.



**ALMERIA**

*Tip. de Nicolás Cordero*

Travesía de la Palma, 1.

—  
1909.



# TESIS

del Doctorado de Medicina, leída y sostenida

EL DÍA 6 DE DICIEMBRE DE 1909 EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID POR

**Eduardo Pérez Cano**

Ex-interno por oposición  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN CÁDIZ

Médico por oposición del  
HOSPITAL PROVINCIAL DE ALMERIA  
Del Cuerpo de Médicos Titulares

*Discutida y aprobada por el Tribunal constituido de:*

PRESIDENTE: Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal.  
VOCALES: { " Sr. D. Manuel Alonso Sañudo.  
              " Sr. D. Franc.º Criado Aguilar.  
              " Sr. D. Ramón López Prieto.  
SECRETARIO: Sr. D. Emilio Loza y Collado.



ALMERIA  
Tip. de Nicolás Cordero  
Travesía de la Palma, 1.

1909.



## Dedicatoria.

*Dedico este trabajo á mi padre el Excelentísimo Sr. D. Eduardo Pérez Ibáñez, Decano del Cuerpo Médico del Hospital Provincial de Almería.*

El Autor.



## INTRODUCCIÓN

SEÑORES:

Difícil tarea es la elección de un tema que pueda cumplir las exigencias de la ley para alcanzar la honrosa investidura de Doctor en nuestra Facultad, la amplitud considerable de las cuestiones de nuestra ciencia, la serie de trabajos realizados en todas ellas, los problemas de investigación manejados continuamente por las primeras figuras de la Medicina, empuñan mi ánimo, me inspiran miedo, al tener que exponer á ustedes mis creencias, mis doctrinas, mis investigaciones.

Aumenta aún más esta dificultad, el tener que juzgar esta Memoria, la representación más docta y culta de nuestra Facultad, la que por su extensa ilustración y su constante estudio, han de merecer un trabajo de máxima perfección, para poder ser digno de estimular vuestra atención.

Si todas estas circunstancias deprimen mi ánimo, en cambio me lo exalta el amor á mi ciencia, la creencia en mis convicciones, la afición á mis estudios y la esperanza de la benevolencia del sabio con el principiante, del fuerte con el débil.

La Policlínica de mi ejercicio me ha ofrecido á los niños como mayor contingente de enfermos, esos

niños cuya pobreza de clase social, se extiende también á sus organismos; niños entecos, mal nutridos, abandonados de los cuidados costosos de la Higiene Infantil, sin recursos necesarios á su desarrollo, y á llenar en su mayor parte las estadísticas de mortalidad.

En estos niños, en estos seres desgraciados, es donde mi atención más se ha dirigido, son los que más preocupan mi ánimo, son con los que luché en mis investigaciones y en mis estudios, no sin momentos desesperantes, por carecer de medios por los que pueda hacer vigorizar esta raza, que poco á poco va cayendo en el estrago y en la miseria.

Hé aquí como he tenido que decidirme hacer mi tesis tomando los niños como materias de observación; ya tengo fundamento para ella, veamos cual ha de ser su nombre.

Todos estos niños que la Políclínica me ofrece, son descendientes de una clase pobre, en la que sus enfermedades no se tratan debidamente, en la que sus recursos no alcanzan á poder regimentarse rigurosamente, en donde quizás su misma incultura, haga descuidar su tratamiento, y esas enfermedades, esos estados, se prolongan, persisten y se transmiten á sus sucesores, ayudados aun más por la falta de medios y cuidados que esas circunstancias exigen.

De todo este conjunto de niños, el carácter general de ellos, hemos dicho lo era la endeblez, la pobreza orgánica, influida considerablemente por la transmisión de los caracteres de los padres, y claro, que según esto, nuestras investigaciones ha de dirigirse á las causas que han de constituir en la infancia tales consecuencias.

La herencia es principal factor de estos estados; los organismos pobres han de engendrar organismos de igual clase, sus condiciones morbosas, han de in-

fluir en la degeneración de su descendencia, y por esto nuestro principal cuidado en estos niños, ha sido investigar su procedencia, sus antecedentes.

En los abortos que he tenido ocasión de asistir, en los partos prematuros, en el interrogatorio de los padres, en la observación personal de ellos mismos y hasta en el conocimiento de la moralidad de su vida, he fundado los antecedentes y he podido llegar á ordenar estos de manera que puedan darme base para una deducción explicativa de mis investigaciones.

De todas ellas he podido sentar, que las sífilis de los padres, ha sido la causante principal de esos estados que en los niños he referido, viendo como la sífilis produce la degeneración de las familias y el envilecimiento de la raza.

Siendo esto así, he aquí como mi trabajo diario me ha ofrecido asunto para mi tesis; en estos niños está el material de observación, en la calidad de sus síntomas y de sus antecedentes el nombre de mi tesis; la sífilis es la culpable de sus miserables estados. Ya tengo nombre para mi trabajo: SÍFILIS INFANTIL.

Hé aquí el por qué de nombrar así á mi tesis, estimarla más que en su mérito científico, en mis afeciones al estudio de estas cuestiones, que si bien no las presento con la perfección de que vuestra cultura es merecedora, á ello encaminará, las objeciones atinadas, que en el curso de la lectura de mi tesis, tengan á bien hacerme los ilustres jueces del tribunal.

# HISTORIA

---

La sífilis, como diatesis hereditaria había sido entrevista por los autores anteriores á siglo XIX, si bien tan solo se encuentran en sus obras algunas reflexiones relacionadas con esta cuestión, irregularmente esparcidas acá y allá, pero sin constituir un cuerpo de doctrina ni mucho menos formar capítulo aparte en esta materia. Para poder este juzgarlo así, echemos una rápida ojeada entre las obras de los sífilígrafos que han precedido al siglo XIX.

En 1498 Terella escribía á propósito del contagio: "Los niños de pecho en los que aparece la primera infección en la boca ó en la cara, proviene de tener las amas de leche dañadas las mamas ó la cara. Suelen también las amas besar á los niños, y he visto muchas veces que el niño infeccionado de este mal, ha contagiado á las amas de leche."

En 1595 Jacobo de Gafanie, enumerando las causas de la sífilis, dice: "La quinta causa es dormir por mucho tiempo con una persona infectada, aunque no se cohabe con ella; así hemos visto muchos niños que tenían esta enfermedad contagiar á sus amas."

En 1535, Paracelso aúncia claramente la herencia de la sífilis. "Es una enfermedad hereditaria como la lepra, y más lejos, una enfermedad venérea que se adquiere también por herencia."

Se encuentran igualmente textos que se refieren á este asunto en Benedictus Victorius (1551) en Fallepe (1553) y en 1500 Roudélet en su capítulo de contagio, dice: "Esta enfermedad puede contraerse ó por las amas de leche ó por los padres, y más lejos

los niños contraen este mal tomando la leche de las amas si están contagiadas."

En 1561 Ambrosio Parao, conocía perfectamente la sífilis hereditaria, dice: "Frecuentemente se ven salir los niños fuera del vientre de su madre teniendo la enfermedad, é inmediatamente tener muchas pustulas sobre su cuerpo". Conocía igualmente los contagios entre las nodrizas y el amamantado, y hace comentario de gran mérito en las causas que pueden influir en el niño para padecer la enfermedad.

En los fines de los siglos XVII y XVIII, los autores tratan la sífilis infantil con más orden y amplitud, teniendo conocimientos más extensos. Los trabajos de Boerhave, de Astruc, Leuret y otros varios lo demuestran así, en ellos se sienta la influencia de la herencia en las sífilis infantil, los motivos de esta herencia, y sobre todo empieza á reconocerse la importancia que la sífilis tiene en las sucesiones familiares; en todos estos trabajos abundan datos y doctrinas sobre la adquisición y desarrollo de la sífilis en los niños y hasta empieza á vislumbrarse algo de las consecuencias que esta enfermedad pueda traer en la evolución orgánica.

Pero desde donde arranca verdaderamente ya el estudio de la sífilis infantil, dedicándose con material de observación propia y ya con trabajos exclusivos sobre los niños, es el año 1780 cuando Lenoir, jefe de la administración del Hospital General de París, creó un Hospicio exclusivo para los niños sífilíticos; para esto fué escogida una casa en Vaugirard, y en ella se recibieron mujeres en cinta infectadas, nodrizas que amamantaban sus niños, niños abandonados y otros que habían nacido de padres pobres, todos ellos atacados de sífilis.

El año 1793 este Establecimiento se amplió con una evacuación en el arrabal de Saint-Jaqués, y al-

gunos años después se creaba un Hospital para niños sífilíticos, Hospital Luurcine, aumentando así el material de investigación y aduciendo al estudio nuevas observaciones que ampliaban cada vez más el estudio de la sífilis infantil.

Desde entonces se extendió la creación de estos asilos, y ya los médicos empezaron á ocuparse del estudio de la sífilis infantil, aduciendo detalles, discutiendo cuestiones, sentando doctrinas, redactando publicaciones en las que se exponían sus pareceres sobre el asunto, llenando el mundo científico de una porción de memorias.

Entre todas estas merece especial mención la gran obra de Bertin, publicada en el año de 1810, en que á pesar del retraso ocasionado por la gran revolución, hubo de ser testimonio del avance grandísimo en aquel tiempo en el estudio y conocimiento de la sífilis infantil, su obra se tituló "Sífilis de los recién nacidos, de las mujeres embarazadas y de las nodrizas"; es la primera obra que aparece sobre la materia, en ella vino á exponer la recopilación de todos los trabajos hechos en aquella época y á establecer los principios en que se fundaba el desarrollo de la sífilis en los niños.

Desde la publicación de esta obra el estudio de la sífilis infantil hizo rápidos progresos, sucediéndose una porción de autores dedicados á esta cuestión, como las memorias de la Sociedad de Cirujía en 1857, sobre la herencia de la sífilis. La obra de Bouchut en 1862, en su tomo tratado de enfermedades del recién nacido, etc., etc., todas las que están llenas de interesantes relatos y consecuencias, que comprueba el avance científico de esta materia y el impulso que le han dado para llegar á nuestros días, en que ha de brillar en su apogeo, con los estudios de Fournier (padre é hijo), Diday, Parrot, Sevestro, Grancher, etc.

## Concepto de Sífilis infantil

La sífilis es una enfermedad que determina en el organismo gran número de lesiones, ocupando siempre un puesto en la Etiología de muchas afecciones. En la infancia tiene una intervención tan importante, que su estudio está íntimamente relacionado con una serie de cuestiones tan amplias y tan numerosas, que pudiéramos considerarla como la demás relieve entre las materias de la Patología infantil.

El organismo del niño atraviesa en sus etapas de desarrollo por diferentes fases, en las cuales la sífilis interviene, produciendo grandes estragos, degeneraciones y trastornos nutritivos, que se manifiestan en los períodos de la vida infantil, constituyendo en cada uno de ellos la modalidad de sífilis característica, y en relación con las etapas evolutivas del organismo.

Dentro de este criterio los autores clasifican la sífilis en: Sífilis congénita (período intrauterino); Sífilis hereditaria del recién nacido (accidentes de la sífilis heredada de los padres y manifestada en el acto del nacimiento); Sífilis hereditaria precoz (accidentes de la sífilis heredada de los padres manifestada en los cuatro ó cinco primeros meses); Estigmas de la sífilis infantil; Sífilis hereditaria tardía (trastornos y degeneraciones determinadas por la sífilis, significadas con más carácter en el período de la segunda dentición á la pubertad.)

Analizando esta manera de actuar la Sífilis, deduciremos nuestra opinión sobre lo que entendemos por sífilis infantil.

La sífilis congénita tiene su fundamento en la fecundación, es una cuestión de calidad de los agentes

fecundantes y del medio en donde se desarrolla el embrión, es la herencia sifilítica y el heredo-contagio sifilítico, y claro es que debemos considerar su estudio dentro de la sífilis infantil, por ser su principio y constituir su especial etiología.

La sífilis del recién nacido y la hereditaria precoz, son las que padece el niño con mas frecuencia son las que constituyen la sífilis infantil propiamente dicha, y por tanto su estudio entra de lleno en el de la sífilis infantil. No así con la sífilis hereditaria tardía, pues teniendo sus manifestaciones significado caracter específico, en el período de la segunda dentición á la pubertad, formando las estigmas de la sífilis infantil, consideramos que estos mas bien de constituir sífilis infantil propiamente dicha son sus consecuencias.

Segun esto la sífilis hereditaria tardía no entra en el concepto de sífilis infantil, puesto que sus manifestaciones pueden presentarse en todas las épocas, y no son de tanto caracter hasta la adolescencia, prosiguiendo sus manifestaciones aun en la edad adulta.

La adquisición directa de la sífilis por el niño es muy rara, generalmente es la herencia la causa de su producción, pero al tratar de la sífilis adquirida por el niño, hemos de señalar hasta cuando esta sífilis debe conceptuarse como infantil.

Fijándonos en las circunstancias anteriormente expuestas, vemos que en lo que fundamos la apreciación, para conceptuar la sífilis infantil, son los períodos de la vida en que se presenta, y persistentes en esta idea, en ella hemos de fundarnos también para la consideración de la sífilis adquirida infantil.

Si la adolescencia ha servido de término para la sífilis hereditaria infantil, tomamos también este período para limitar la sífilis infantil adquirida, pues todo lo que de especial puede tener esta sífilis en la infancia está representado en los primeros años de

la vida, por las condiciones del medio y las circunstancias del organismo, y teniendo en cuenta estas consideraciones conceptuamos la sífilis infantil adquirida limitada en los siete años, período desde el cual la sífilis entra en las mismas condiciones que en el adulto y no merece calificativos especiales.

De todo lo expuesto deducimos que la sífilis infantil es la sífilis congénita, más la sífilis hereditaria precoz, más la sífilis adquirida antes de los siete años.

### **Etiología.**

Dos causas principales resumen la etiología de la sífilis infantil, ambas se fundamentan en la doble puerta de entrada que en el organismo tiene el virus sífilítico; la una la debe al traumatismo, la otra á una vía indirecta por donde penetra el dicho virus. En el primer caso el niño adquiere la sífilis, en el segundo la hereda.

PRIMERO. *El niño adquiere la sífilis.* La adquisición de la sífilis por el niño directamente, tiene varios orígenes, estos se refieren á contagios verificados de diferentes formas, que se reducen: al contagio por las mamadas, por lactancia mixta y relaciones del niño, por atentados venéreos y por la intervención del médico.

El contagio por las mamadas se verifica por los accidentes de la nodriza en el pecho (chancro, placas mucosas) estos accidentes pueden ser propios de la nodriza y debidos á una infección suya, ó son producidos por haber sido infectada por otro niño con accidentes contagiosos, que infectan al mismo tiempo la nodriza y el hermano de leche, teniendo entonces éste las mismas manifestaciones primitivas que la nodriza.

El contagio por la lactancia mixta y relaciones

del niño es debido á las prácticas de alimentación y á las caricias imprudentes; los biberones, las cucharas, los recipientes, etc., que sirven á niños sífilíticos, descuidando su esterilización, las personas sífilíticas que tienen la costumbre de probar la leche antes de darla á los niños, el beso de las que tienen en sus labios chancros ó placas mucosas, y aún los mismos juguetes que han tenido contacto con sífilíticos, son motivo de contagio.

El contagio por atentados venéreos se hace generalmente por aberraciones monstruosas, ejecutando actos de violación, con la creencia vulgar de curarse la sífilis dándola á un sujeto virgen y determinando estos casos intervenciones médico-legales de gran importancia en investigación de la criminalidad.

El contagio médico se hace por cateterismos con instrumentos usados en sífilíticos y descuidada su esterilización, por contacto directo de accidentes del mismo médico en maniobras determinadas (hemorragias del cordón umbilical), por la vacunación de brazo á brazo, etc., etc. todas las intervenciones realizadas en estas condiciones motivan la adquisición de la sífilis por el niño y se comprende la importancia que esto tiene en la Etiología de la sífilis infantil.

De todo lo expuesto se deduce que la adquisición directa de la sífilis por el niño, tiene como causa general el contagio, y que éste se realiza en las condiciones que al niño rodeen, tomando de ellas las oportunidades para producirse, reuniendo en sí todos los orígenes de la adquisición.

SEGUNDO. *El niño hereda la sífilis.* La sífilis heredada por el niño tiene su fundamento causal en la calidad de los agentes fecundantes. A tres causas hemos de referirlo. 1.º Padre sífilítico. 2.º Madre sífilítica. 3.º El padre y la madre son sífilíticos.

*El padre es sífilítico.* En esta causa pueden suceder dos casos: ó que el padre tenga accidentes contagiosos, ó que no los tenga; en el primer caso, la sífilis del padre se transmite á la madre y de ésta al hijo, estando por tanto reducido á la segunda causa (madre sífilítica); en el segundo caso, el padre transmite directamente su sífilis al producto de la fecundación por intermedio del agente fecundante masculino.

Esto lleva consigo la idea de que el esperma de un sífilítico es contagioso y nada más lejos, pues experimentalmente se ha comprobado la ineficacia virulenta de dicho líquido, lo que sucede es que el espermatozoide, contagia al mismo tiempo que fecunda, es decir; que el esperma no es contagioso como líquido, pero sí como agente fecundante.

Esta sífilis del producto de la fecundación, así constituida, es la sífilis hereditaria primitiva de Balzer, y es una sífilis que pudiéramos llamar espermato-ovular, y ella puede transmitirse á la madre por intermedio de las relaciones vasculares del huevo con la placenta, y en este caso se constituye la sífilis concepcional, por infección sanguínea.

En el mecanismo de transmisión de la sífilis espermato-ovular á la madre, no se encuentran de acuerdo los autores, pues unos buscan su génesis en la infección sanguínea por relaciones vasculares, no admitiendo la sífilis concepcional si no cuando se establecen estas relaciones, es decir, hasta que el huevo está en el utero y se forma la placenta (2.º mes) considerando que la madre se encuentra indemne, el tiempo que el producto de la fecundación permanece en las trompas. Por el contrario otros aseguran que la sífilis concepcional existe aún en las primeras semanas del embarazo antes aun del segundo mes, antes de que puedan existir relaciones vasculares algunas entre el huevo y la placenta.

Estos aducen á su favor los accidentes sifilíticos presentados por mujeres que en sus antecedentes no tienen accidentes iniciales y dicen no haber tenido embarazos y sí sífilis del marido sin accidentes contagiosos. En estos casos lo explican, porque la sífilis se hizo con el producto de la fecundación que fué abortado en las primeras semanas con el farsímil de una regla, que hizo pasar desapercibido el embarazo. Esto se lo explican porque el ovulo fecundado segregaría un virus contagioso capaz por sí solo de contaminar la madre (sífilis por impregnación).

Sea de una manera ó de otra, lo cierto es que la sífilis concepcional existe y que así lo expresa la ley de Baumes-Colles, una madre que ería á un hijo sifilítico cuya infección es debida al espermatozoide del padre, no infecta á la madre como si lo hace á cualquier nodriza, la causa de esto se explica porque la madre ya se ha hecho sifilítica, y esta sífilis es la que adquiere por el hecho de la fecundación.

En resumen podemos decir que al ser el padre sifilítico el niño hereda su sífilis por intermedio de la madre por infección sanguínea ó directamente del padre por sífilis espermato-ovular, según presente ó no el padre accidentes contagiosos.

*La madre es sifilítica.* En esta causa pueden suceder dos casos, la madre se hace sifilítica en el embarazo, ó se hace sifilítica antes del embarazo. En el primer caso la sífilis es transmitida á la madre por un hombre con accidentes contagiosos, y de esta al niño. El mecanismo de esta transmisión es determinado en su principio por un chanero genital ó extra genital materno producido por contagio, siguiendo la contaminación del feto por intermedio de la circulación utero-placentaria.

De esto resulta que para producirse esta sífilis infantil es necesario que pase la sífilis de la madre al feto, y por consiguiente que la sífilis materna tenga

tiempo de generalizarse, para que la infección sanguínea se realice y establecese la circulación utero-placentaria que asegure la transmisión.

Segun esto antes de la circulación utero-placentaria, no puede transmitir la madre al feto, la sífilis contagiada durante el embarazo, es decir que antes del segundo mes (epoca en que no se forma la placenta y sus relaciones uterinas) no puede ser esta sífilis causa de contaminación fetal, pero como hemos dicho anteriormente que para que se produzca esta es necesario tambien que la sífilis materna sea generalizada, produciendo infección sanguínea, tiene necesidad de haber tiempo desde la época del contagio á la constitución de esta sífilis hereditaria.

Precisamente por estas razones no siempre es causa de sífilis infantil hereditaria este caso que estudiamos, pudiendo considerar que cuanto mas tarde se haga sifilítica la madre en su embarazo, menos se transmite su sífilis al feto.

Algunos autores fundados en esto, han dividido el embarazo en tres períodos, en la relación con la intervención que pueden tener en la transmisión de la sífilis materna. El primero lo fijan del segundo mes al quinto en el cual el niño tiene la sífilis de la madre. El segundo del quinto al septimo en el que puede escapar de la sífilis, y el tercero, del septimo al noveno en el que el niño nace sano.

Esta transmisión de la sífilis materna al niño, puede verificarse en diferentes grados de intensidad, en relación con la virulencia de la sífilis contraída por la madre, y la época del embarazo en que se verifica el contagio; de aquí que los niños nacidos sanos de mujeres sifilíticas de este caso, unos adquieran la sífilis no sólo de su madre sino de otra cualquiera persona sifilítica, y otros no la adquieran de ningun origen.

Esta diferencia de conducirse la sífilis para el ni-



no es debida á que en el primer caso la sífilis no ha sido heredada por el feto, y en el segundo á que una sífilis atenuada materna, ha producido una vacunación en el niño que habiendo nacido sano, no adquiere la sífilis de ningun origen.

Esto nos trae á considerar que no es cierta en toda su extensión la ley de Profeta que dice "que una madre sífilítica no infecta su niño nacido sano, lo que equivale á decir que el niño nacido de una madre sífilítica es sífilítico y este se somete á las condiciones y circunstancias referidas.

En el segundo caso (sífilis materna antes del embarazo) la transmisión de la sífilis al niño es más segura, pues á habido mas tiempo para generalizarse la infección y su mecanismo es la circulación utero-placentaria.

En resumen la sífilis infantil por sífilis materna, es una sífilis de contaminación por infección congénita, es el heredo-contagio por infección in-utero de Besnier y Doyen; es la sífilis secundaria de Balzor.

*El padre y la madre son sífilíticos.* Cuando coinciden sífilíticos el padre y la madre, entonces el mecanismo de transmisión es una infección sanguínea al mismo tiempo que una sífilis espermato-ovular. En este caso la transmisión de la sífilis al niño se hace más cierta, pues según vemos los mecanismos de transmisión se refuerzan y doblan y es más difícil que el feto escape á sus resultados.

La sífilis constituye en los organismos de los padres unos caracteres adquiridos por la virulencia de la enfermedad, caracteres que se transmiten á los niños, determinando tipos de degeneración más marcada en los casos de herencia mixta (sífilis de ambos padres) en donde el producto de la concepción ha de sumar los caracteres adquiridos por el padre y la

madre. Esto explica en el niño tanto los accidente sífilíticos como para-sífilíticos.

En resumen:

|                                |                            |  |   |
|--------------------------------|----------------------------|--|---|
| El niño hereda la sífilis por: | Sífilis paterna.           | Con accidentes contagiosos.                        | Por intermedio de la contaminación materna.                                   |
|                                |                            | Sin accidentes contagiosos.                        | Por sífilis espermato-ovular  |
|                                | Sífilis materna.           | Durante el embarazo.                               | Por infección sanguínea, contagio utero-placentario. Sífilis congénita fetal. |
|                                |                            | Antes del embarazo.                                |   |
|                                | Sífilis paterna y materna. | Contagio espermato-ovular<br>Id utero-placentario. | Transmisión de los caracteres de los padres.                                  |

Sífilis hereditaria precoz tardía. Afecciones para-sífilíticas.

## SINTOMAS

Las manifestaciones de la sífilis en la infancia, tienen en su conjunto dos formas principales, una en la que evoluciona con los períodos clásicos del adulto, y otra que constituye una sífilis decapitada, falta de accidentes iniciales, cuyas manifestaciones forman desde un principio accidentes de gran intensidad que se presentan aún en los primeros momentos de la vida. Los de la primera forma corresponden á la sífilis

adquirida por el niño, los de la segunda á la sífilis heredada por él.

*Sífilis adquirida por el niño.* Esta sífilis se manifiesta idénticamente que en el adulto, por sus tres períodos evolutivos y con sus accidentes en cada uno de ellos, solamente indicaremos aquí aquellas particularidades que pueden fijar nuestra atención, en lo que al niño se refiere.

En los accidentes iniciales (chancro y bubón sintomático) existen algunas particularidades que hemos de anotar, son estas en primer lugar al sitio donde se presenta el chancro, que casi siempre es extragenital y lo vemos residir en la boca, en los labios (mamadas) en la cara, en el cuello (besos) en el periné, abdomen, suele ser pequeño y pasar desapercibido á confundirse con cualquier ulceración de otra índole, y que luego mas tarde por la presencia en síntesis de los demás accidentes, hacemos referencia á su especificidad: en el segundo lugar la adenopatía y bubón sintomático es también mas pequeño que en el adulto, menos marcado y mas difícil de observarlo y de referirle su verdadera significación.

En los accidentes cutáneos, su interpretación suele tomarse por manifestaciones escrofulo-tuberculosas y solamente después de referirlo á accidentes iniciales anteriores, fueron atribuidas á distintas causas, podemos enjuiciar su caracter específico, y considerarlos como manifestaciones secundarias de una sífilis adquirida por el niño

Durante el período secundario, el niño, sufre trastornos más graves que en el adulto, su organismo se desnubre más, y suele caer en un estado de atrofia y de marasmo, que sin pasar de este período termina con la vida del enfermito. Esto es debido á que las manifestaciones cutáneas fijándose en las comisuras labiales, ventanas de la nariz etc., impiden que el niño haga las mamadas con regularidad, y por

consiguiente su nutrición va siendo más escasa, acabando por ir á una atrepsia que lo mata en poco tiempo.

Esto nos lleva á afirmar la mayor gravedad de esta sífilis en los niños, y cuanto más pequeños son más aumenta esta, pudiendo decir que la sífilis adquirida del niño produce trastornos gravísimos en su organismo aún desde las primeras manifestaciones, cosa que no sucede en los adultos pues generalmente estas no determinan esas perturbaciones tan profundas en la nutrición orgánica.

*Sífilis heredada por el niño* Las manifestaciones de esta sífilis son de diferentes formas y en relación cada una de ellas con las clases de sífilis hereditaria admitidas en los distintos períodos de la vida del niño, así pues hemos de dividir su estudio en síntomas de la sífilis congénita embrionaria, de la sífilis congénita fetal y de la sífilis hereditaria precoz.

*Sífilis congénita embrionaria.* El síntoma más principal de esta sífilis es el aborto. Este sobreviene en los primeros meses del embarazo, cuando la sífilis actúa sobre el producto de la concepción desde el mismo acto de la fecundación (sífilis espermato ovular), en estos casos el aborto puede sobrevenir en el primer mes simulando una regla y pasando por tanto desapercibido. Generalmente sobreviene el aborto del 4.º al 7.º mes, época en que la sífilis ya generalizada en el organismo materno, puede actuar sobre el embrión por infección sanguínea.

El aborto va acompañado algunas veces de manifestaciones sífilíticas cutáneas y viscerales de la madre y constituye por su repetición un sintoma muy característico de esta heredo-sífilis.

*Sífilis congénita fetal.* Sus síntomas son maternos, fetales y de su anexos. En los síntomas maternos, tenemos, en primer lugar el parto prematuro, sobreviene á partir del 7.º mes, con un feto generalmente

muerto ó que muere á los pocos momentos del nacimiento, suele presentar deformaciones de varias clases, monstruosidades etc., frecuentemente el feto nace sano, pero en un estado de debilidad congénita que lo hace inepto para la vida. Otro síntoma que han fijado los autores ha sido el hidro-amnios, sobre viene del 5.º al 7.º mes del embarazo y la madre experimenta los síntomas propios de esta lesión, exageración del volumen del vientre, edemas de los pies, dolores hipogástricos, debilidad de los ruidos fetales etcétera etc., este síntoma se cree debido á lesiones vasculares de la placenta, con flebitis de las venas umbilicales y la consiguiente alteración circulatoria.

Los síntomas de anexos se reducen á un aumento considerable de volumen de la placenta, pesando la cuarta parte del feto en vez de la sexta, es más friable, se presenta cubierta de grasa, sus cotiledones son deformes y suelen presentarse gomas, lesiones vasculares, trombosis degeneraciones de todas clases etc, el cordón aumentado de volúmen, rojo y también muy friable; todas estas alteraciones se extienden á las membranas constituyendo modificaciones histológicas que influyen notablemente en la evolución y desarrollo del feto.

Los síntomas fetales son muy característicos, ya hemos dejado dicho que el feto generalmente nace muerto, y entonces presenta los fenómenos de la maceración, principal caracter de los síntomas que nos ocupan.

El feto se presenta con el tórax deprimido achata-do, el vientre hundido y aplanado en forma de batracio, los huesos de la cabeza son sumamente móviles, la cabeza está aplastada, la epidermis está levantada y arrugada desprendiéndose con facilidad, existen vesículas y flictenas que contienen serosidad y el tejido celular se encuentra edematoso, principalmente en la superficie abdominal. Los miembros

son delgadísimos y adoptan toda clase de posturas.

Se ha visto estar al feto revestido de una envoltura cascariosa negruzca sobre su cuerpo, síntoma que se ha denominado ictiosis fetal y que va acompañado muchas veces con deformaciones y monstruosidades muy frecuentes en los casos de heredo-sífilis. La apertura del feto nos hace observar una infiltración sanguínea de los tejidos y derrames sanguinolentos en las cavidades viscerales. El feto que presenta todos estos caracteres de la maceración despiende un olor fétido desde los primeros momentos del nacimiento. En conjunto todo este estado de maceración, se reduce á un reblandecimiento excesivo de todos los tejidos orgánicos, hasta el punto que se citan casos de verdadera disolución fetal.

*Sífilis Hereditaria Precoc* En esta sífilis infantil, los síntomas se presentan de varias maneras, y sus variedades constituyen las formas que de esta sífilis se observa. La sífilis del recién nacido se manifiesta presentándose en el momento del nacimiento alteraciones viscerales graves que en pocos momentos acaban con el niño nacido á termino por una lesión de gran importancia diagnóstica, cual es el penfigo. Las lesiones viscerales se refieren á deformaciones del corazón, hemorragias cerebrales, degeneraciones hepáticas y esplénicas, infiltraciones vasculares de las mucosas, hemorragias múltiples etc. que producen la muerte prematura al recién nacido.

El penfigo es una lesión cutánea vexicular que se presenta principalmente en la palma de la mano y en la planta de los pies. Estas vexículas contienen un líquido sanguinolento verdoso, purulento, su disposición es más ó menos confluyente, de aspecto varioliforme y con dimensiones variables. Las vexículas terminan rompiéndose, produciendo ulceraciones más ó menos extensas sangrantes, y que con el tiempo se cubren de una costra, rodeada de una piel resque-

brajada y escamosa; cuando las vexcilas son muy confluentes se forman rodeando á las costras una verdadera dermitis exfoliativa y por el aspecto y conformación de las costras un estado ictiosico de las manos y de los pies Aparece el penfigo hacia el 6.º ó 7.º mes del embarazo existiendo generalmente en el acto del nacimiento, puede presentarse hacia el final de la tercera semana, considerando que después de esta época es muy dudoso su origen sífilítico.

En la sífilis infantil latente, el niño nace á termino con accidentes sífilíticos de sus padres, y en el momento del nacimiento no manifiesta ningún accidente, su desarrollo es normal su aspecto sano y continúa en este estado durante los primeros días, las primeras semanas y aún los primeros meses, y los accidentes se presentan en el tercer ó cuarto mes, pasado el cual podemos considerar al niño fuera del contagio. Esta manera de conducirse la sífilis se ha explicado por ser este caso expresión de una sífilis atenuada ó de una sífilis de los últimos tiempos del embarazo, en los que no ha tenido lugar para desarrollarse y transmitirse al niño con la suficiente intensidad, y entonces el niño nace sano persistiendo como tal, ó al cabo de cierto tiempo (lo más al cuarto mes) presenta los accidentes como expresión de una sífilis latente, iniciada en sus primeros períodos in-utero y manifestada consecutivamente hacia la primera dentición.

Generalmente no sucede así con los de hijos sífilíticos. estos presentan desde los primeros días del nacimiento trastornos generales, y ya en la primera semana se han desarrollado una porción de accidentes de aparición brusca, que perturban grandemente la nutrición del niño sellando el tipo heredo-sífilítico Esta marca heredo-sífilítica, se representa por la caquexia, la endeblesz, el enflaquecimiento, el es-

tado de los tegumentos, que como dice Doublet, representa la miniatura de la decrepitud.

El niño nacido presenta una fisonomía especial, está su tez empañada, cobriza como aculatada por el humo, tiene un aspecto asiático, esta coloración se nota en los sitios mas salientes de la cara (nariz mentón párpados, cejas, frente, etc.) Se ha explicado por una desigualdad de la materia colorante, depositándose irregularmente y acumulándose principalmente en los sitios y regiones mencionadas.

Otras veces la piel presenta un tinte ajamonado parduzco, marcado en las mejillas y alrededor de los ojos, está plegada sobre sí, encojida y sumamente adelgazada, deslizándose facilmente, y como si sobrara piel para cubrir su cara.

Aparte de este caracter fisonómico del niño nacido sífilítico, existen transtornos generales de nutrición revelados por una diarrea profusa, y fétida, por una debilidad del grito, por la poca fuerza de succión en las mamadas, por la intolerancia de estas, por la pérdida continua de peso, por el decaimiento, la inacción, la atrepsia en que se encuentra, todo lo que revela una caquexia que imposibilita la vida ó la arrastra en medio de una serie de alteraciones que la hacen pobre, miserable y esmirriada.

Este niño con su cara arrugada, amarillo-parduzca, sus ojos hundidos en las órbitas, su barba afilada sus pómulos salientes, su nariz obstruída por coriza, sus fisuras labiales y conjuntivales, sus accidentes cutáneos, mucosos y viscerales unidos todos estos á las alteraciones nutritivas y caquexicas que hemos detallado, constituyen el tipo del heredo-sífilítico precoz maligno.

Esta sífilis infantil, es en sus manifestaciones mucosas donde suele presentarse primeramente con el coriza, las fisuras labiales, ulceraciones y sífilis anogenitales, accidentes laringo pulmonares, todas las

cuales alteran la fisiología de los órganos y favorecen y conducen al desarrollo de los estados referidos.

*Coriza sífilítica.* Este síntoma de gran importancia en la sífilis infantil, el que buscamos siempre que tenemos sospechas de la sífilis del recién nacido, se presenta casi constantemente en los primeros momentos después del nacimiento, el niño está agitado duerme intranquilo, roncando, suelta el pecho en seguida de tomarlo, está fatigoso y lo creen resfriado; segrega un flujo nasal de aspecto seroso, claro, de olor fétido, que baña continuamente el labio superior, las ventanas de la nariz y por su continuo acceso sobre estas partes, determina escoriaciones que se transforman en úlceras, que se cubren de una capa costrosa dura, que cuando se arranca dan lugar a hemorragias, las que se sitúan dentro de la nariz hay necesidad de quitarlas frecuentemente pues producen un estado de tirantez y sequedad de la mucosa que aumenta la dificultad de respirar, y al verificar estos desprendimientos de las costras, sobrevienen epistaxis abundantes. El flujo nasal acaba por organizarse haciéndose purulento, y entonces sus infiltraciones corroyen y destruyen el tabique hasta comunicar los conductos, determinando bridas cicatriciales que conducen a una verdadera atrepsia nasal.

*Fisuras labiales y conjuntivales.* Por la acción irritativa de los flujos nasales del coriza sobre los labios, se producen fisuras que se sitúan sobre las comisuras, ó dispersas sobre los labios, todas estas fisuras a la larga constituyen una serie de cicatrices indelebles más ó menos extensas que son un buen estigma de heredo sífilis tardía (cicatrices de Parrot). Las fisuras comisurales se hacen profundas, y están cubiertas por costras de la misma índole que las ulceraciones de las fosas nasales en el coriza sífilítico.

Estas costras al desprenderse se conducen de la misma manera que aquellas, y dejan un fondo rosado con un rodete grisáceo. Las fisuras sobre el labio superior son tan largas y profundas, son fusiformes su fondo es rojo, no sangran tanto como las de las comisuras y terminan endureciéndose. Además existen fisuras dispersas por los labios irregularmente distribuidas, estas fisuras suelen ser muy dolorosas pues por su situación impiden la succión y durante esta acarrea dolores agudos que hacen romper en gritos al niño, todas estas fisuras acaban en su cicatrización por producir una retracción de toda la piel de la boca, frunciéndola y dándole un aspecto ridículo por su pequeñez y arrugas que afea grandemente al niño. Las fisuras de la conjuntiva son consecutivas á la de la piel de los párpados, y se extienden al ojo produciendo accidentes de conjuntivitis, queratitis y oftalmias purulentas que complementan la visión del niño. Todos estos accidentes son debidos á la formación de las costras fisurales, con las ulceraciones ó infecciones consecutivas á sus desprendimientos.

*Fisuras ano-genitales.* Estos accidentes fisurales no tienen tanta importancia como los anteriores, se encuentran con menos frecuencia, y se explica poderse producir por la acción irritativa de los flujos diarreicos que acompañan al sífilítico recién-nacido; estas fisuras se encuentran en las márgenes del ano adoptando una disposición radiada, y que se comportan de la misma manera que las fisuras labiales y conjuntivales referidas, produciendo á la larga cicatrices que pueden acarrear un fruncimiento del ano y hasta una atrexia que haga precisa la intervención. En el escrote suelen presentarse mas raramente fisuras de esta clase, que siguen esta marcha descrita, produciendo raras veces ulceraciones y vegetaciones consecutivas.

*Placas auriculares.* Sevestre describe con este nombre ciertos accidentes papulo erosivos situados en el pabellon auricular principalmente en la cara posterior y en la parte superior de la oreja. Estas placas se extienden y van avanzando hasta ganar la entrada de los conductos, en donde producen otorrea y placas mucosas.

*Accidentes laríngeos y pulmonares.* Estos accidentes pueden llegar á tomar gran incremento y colocar al niño en un estado de gravedad con peligro inminente de muerte, producido por aparición de un síncope ó de un alarmante afixia. Generalmente los accidentes laríngeos no son muy frecuentes, se suelen presentar con una disfonía y voz apagada, los gritos del niño son de un timbre ronco, se presentan accesos de sofocación, que nos recuerda una laringitis estridulosa, y todo esto se termina con una cianosis intensa, manifestación de una edema de la glotis que determina la muerte por afixia.

Los accidentes pulmonares se les ha dado gran importancia por Balzer y Grandeme, son dicen, más graves que los accidentes laríngeos y nasales, estando en los niños sífilíticos con más frecuencia que estos últimos. Tienen diferentes formas y evolucionan lentamente en un organismo empobrecido y decadente, se presentan como bronco-pneumonias con síntomas de congestión pulmonar, y de spleno-pneumonia, como bronco-pneumonias á focos conglomerados con la marcha de bronco-pneumonias infecciosas, como bronco-pneumonias con hepatización gris sin lesión ninguna bronquial, constituyendo la spleno-pneumonia con degeneración fibro-caseosa ó gomosa y en fin como bronco-pneumonias con lesiones manifiestas bronquiales. A mas de estas formas de accidentes toracicos, se pueden presentar raramente lesiones pleurales señalándose raramente la supuración de la glandula timo. Todos estos accidentes no

son frecuentes en el niño sifilítico, pero cuando se presentan casi siempre tienen una terminación fatal pues van acompañadas de una porción de accidentes que aniquilan en poco tiempo al enfermito.

En las manifestaciones cutáneas de la sífilis que nos ocupa reina en los autores una gran confusión, por querer adoptar un tipo descriptivo que responda á las diversas formas que la sífilis presenta, nosotros tomamos como tipo descriptivo las lesiones elementales que las sífilides tienen, considerando como transformaciones de estas la diversidad de formas que los autores consideran.

De conformidad con este criterio consideramos como manifestaciones cutáneas elementales, la sífilide oritematosa, la maculosa, y la papulosa.

*Sífilide eritematosa.* Esta se presenta en manchas rosadas, pálidas que se sitúan principalmente en las nalgas, muslos y piernas, son fácilmente perceptibles frotando la piel ó haciendo llorar al niño. Estas sífilides tienen una evolución, manifestada ó por una desaparición, sustituyéndose por manchas amarillas, ó por desecación por resquebrajamiento de la piel y exfoliación descamativa, constituyendo por esta transformación el eritema escamoso sifilítico que describen los autores.

Esta exfoliación afecta gran extensión hasta el punto que en el enfermito se produce una descamación á grandes rasgos, que hace mudar la piel al niño, y constituye un aspecto pitiriasico en que degenera la lesión.

Estas sífilides eritematosas sufren las transformaciones indicadas siendo secas casi siempre y rara vez se vexciculizan, humedeciéndose por secreción intravexicular ampulándose y hasta rompiéndose sus vexculas, para constituir de este modo las sífilides eritemato-vexiculosas, las que al romperse se transforman en erosivas y ulcerosas.

*Sifilides maculosas.* Estas se manifiestan por unas manchas rojo-vinosas que generalmente se presentan en la cara rodeando los párpados, orificios nasales, comisuras labiales; cuando aumentan de extensión estas manchas se reúnen y forman todas ellas un conjunto que le dan aspecto de una máscara rojiza que presenta la fascies del niño; estas manchas por acción de los flujos salivares y lagrimales se grietean y llegan á sangrar, rompiéndose la epidermis, descamándose y ulcerándose, formando las variedades de sifilides, maculo descamativas y maculo-ulcerosas.

Las sifilides maculosas, suelen presentarse también como manchas rosadas de más ó ménos extensión, en las piernas nalgas y tronco; estas manchas sufren también transformación, secándose y rompiéndose la epidermis, formando las sifilides maculo-descamativas, ampulándose por elevación de la epidermis, formando la sifilides maculo-vexiculosa, ó rompiéndose formando la maculo-ulcerosas.

*Sifilide papulosa.* Esta sifilide son placas que se presentan en la piel del niño, en el tronco y extremidades inferiores principalmente en las regiones maleolares; forman relieve en la superficie y descansan en una base de epidermis endurecida y blancuzca, formando un rodete que la limita del resto de la piel. Estas sifilides no son admitidas por Jaquet quien las considera como transformación de las maculosas, pero Parrot dice que son bastante frecuentes.

Estas sifilides sufren transformaciones por las cuales se convierten en papulo-escamosas, cuando la epidermis se adelgaza y forma una fina cutícula que se desprende, y en papulo orosivas cuando el desprendimiento de la cutícula epidérmica no se regenera, formando pequeñas erosiones, que cuando estas se ablandan y llegan á romper la papula forman las sifilides ulcerosas.

*Síntomas viscerales.* A más de las lesiones cutáneas descritas en la sífilis que nos ocupa, existen manifestaciones viscerales de más ó ménos intensidad que no guardan ningún carácter especial, manifestándose con los síntomas propios de cada uno de los estados viscerales, y que por estas circunstancias no merece ocuparnos con gran detenimiento, sin más que hacer una ligera mención de ellos.

El sistema óseo presenta alteraciones manifestadas principalmente en la cabeza, por ulceraciones (frontales parietales; ú occipitales) ú osteófitos, dando las primeras perforaciones más ó ménos extensas, y las segundas abultamientos de distinta forma y disposición que le dan á la cabeza del niño, variados aspectos. En los huesos largos se encuentran periostosis, gomos, fracturas, etc., etc. que forman la variedad de lesiones más importantes en el sistema óseo del niño sífilítico.

Al tratar de estas lesiones óseas de carácter sífilítico infantil no debemos de dejar de consignar aquí los estudios de Parrot sobre la pseudo-parálisis sífilítica del recién nacido, ya que la opinión de aquel célebre paidiópata, es atribuirle á una lesión ósea de los miembros inferiores, constituida por un desprendimiento de la epífisis en una osteitis yusta-epifisaria.

La enfermedad en sí se manifiesta por una impotencia funcional más ó ménos completa de los miembros inferiores, análoga á la que producen las fracturas, luxaciones etc. para apreciarla basta suspender al niño de la axila y se nota que sus extremidades inferiores cuelgan del tronco, sin moverlas, y pellizcando los muslos sus músculos se contraen debilmente, y se separan muy debilmente siguiendo el impulso dado por el observador. Todas estas maniobras van acompañadas de dolor pues el niño grita á cada intento de los movimientos y las articulaciones se presentan tumefactas ó deformes.

En las lesiones del sistema nervioso merecen especial mención la diplegia cerebral infantil; tabes dorsal espasmódica de los niños, la que tiene su origen sífilítico y fué dada á conocer por Little en cuyo honor le llaman enfermedad de su nombre. La lesión consiste según Little en una suspensión del desarrollo del fascículo piramidal consecutivo á una lesión superficial y simétrica de la corteza cerebral al nivel de las zonas psico-motrices. Se manifiesta por una rigidez espasmódica localizada generalmente á los miembros inferiores y rara vez extendida á los demás músculos del cuerpo, sin parálisis ni trastornos de la sensibilidad, con ó sin trastornos de inteligencia, exageración de los reflejos tendinosos y tremulación epileptoidea.

Las lesiones medulares de la sífilis hereditaria han sido detenidamente estudiadas por Gilert el que hace una división de la sífilis hereditaria medular en 4 períodos, de su existencia en la vida intrauterina, en los primeros años, en la adolescencia y en la edad adulta. O sea en la sífilis congénita, en la precoz y en la tardía.

En la primera forma, como el niño generalmente muere en los primeros momentos del nacimiento ó nace muerto, se hace difícil la observación de estos casos, Gilert señala suspensiones y vicios de desarrollo medular, con meningo-mielitis difusas. En la sífilis medular restante no ofrece lesiones especiales, pues se presentan focos de esclerosis medulares asociados posteriormente á lesiones cerebrales que se manifiestan por trastornos intelectuales, idiotismo, crisis epileptoideas etc.

El niño heredo-sífilítico presenta toda clase de alteraciones viscerales, bronco-pneumónicas, digestivas, genito-urinarias, etc. no deteniéndose en su estudio por lo ofrecer caracteres especiales y adaptarse su síndrome á la forma particular de cada una

de las lesiones habidas. Todas estas lesiones viscerales unidas á los grandes trastornos nutritivos que en el organismo infantil sella la sífilis, contribuyen á la caquexia sífilítica que en poco tiempo á de acabar con la vida de los enfermitos.

### Diagnóstico de la sífilis infantil.

Es de gran dificultad el diagnóstico de la sífilis en la infancia y de una transcendencia importante para la situación del médico de familia, el que ha de sellar con su dictamen la estirpe de una generación, manchada quizás tan solo por las apariencias, pero si llevando á nuestro ánimo dudas y sospechas, que nos colocan en situaciones difíciles y de gran responsabilidad.

Claro que cuando en el niño se presentan los síntomas que hemos referido anteriormente y están desarrollados todos ellos en una base de antecedentes precisos, el diagnóstico de la sífilis infantil es fácil y pronto, y pronto podemos asegurar su existencia con la observación de estos síntomas y sus relaciones etiológicas. Pero cuando así no sucede, cuando las lesiones se presentan aisladas, cuando los accidentes no guardan relación, cuando los antecedentes son oscuros, entonces las dificultades son insuperables y el diagnóstico de la sífilis infantil se presenta erizado de grandes perturbaciones y graves responsabilidades.

Aumentan mas estas dificultades las modalidades de sífilis infantil que ya hemos considerado, pues el diagnóstico debe abarcar el descubrimiento de cada una de ellas y muy especialmente de las formas adquiridas y hereditarias, teniendo que consignar en este estudio los caracteres más precisos de distinción y señalando lo más exacto posible la naturaleza de los accidentes.

En armonía con esta manera de pensar é de divi-

dir el estudio del diagnóstico de la sífilis infantil en:  
1.º Diagnóstico de la sífilis congénita. 2.º Diagnóstico de la sífilis adquirida. 3.º Diagnóstico de la sífilis hereditaria precoz.

*Diagnóstico de la sífilis congénita.* El diagnóstico de esta sífilis infantil se funda en la apreciación de los síntomas que los padres puedan presentar y muy principalmente la madre, para que la sífilis pueda ser transmitida al producto de la concepción, podemos considerar este diagnóstico de presunción.

Los distintos casos que hemos expuesto al ocuparnos en la Etiología, tienen una gran intervención en el diagnóstico que nos ocupa pudiendo hacer esto con mas seguridad según la calidad de los accidentes presentados por los padres y la época del embarazo.

Los accidentes presentados por la madre desde los primeros meses del embarazo, la historia de los abortos sufridos, la existencia de hidro-amnios, la maceración fetal ya tratada etc, etc., son síntomas que nos llevan al diagnóstico de la sífilis congénita; claro es que según la coincidencia de estos síntomas se hace el diagnóstico más ó ménos difícil, á ellos hemos de referirlo y en su interpretación hemos de fundarlo.

*Diagnóstico de la sífilis hereditaria precoz.* Este diagnóstico se hace fácil cuando observamos en el recién nacido el pénfigo, las fisuras faciales, coriza, manchas maculo-escamosas, la enfermedad de Parrot etc. etc. y todo esto descansa sobre una base de antecedentes bien conocidos y bien comprobados y entonces no tenemos obstáculos á la formación del diagnóstico, pero cuando así no sucede, cuando el niño no presenta á su nacimiento estos síntomas, este diagnóstico se hace difícil y para hacerlo hemos de fundar su estudio primero en el diagnóstico diferencial de esta sífilis con las afecciones que la si-

mulan. Segundo, en el de esta sífilis con la adquirida.

El diagnóstico con las afecciones que lo simulan se hace muy difícil, pues sabido es que la sífilis no tiene lesiones propias y que tan solo en su asociación y en el conmemorativo patológico se funda su diagnóstico. Parrot fija principalmente el diagnóstico diferencial de los accidentes mas importantes y establece el diagnóstico diferencial del pénfigo sifilítico con el simple; dice este autor "el pénfigo simple no existe nunca en el momento del nacimiento y no aparece antes del 2.º día, no empieza nunca por la planta del pie ó por la palma de la mano, afecta especialmente la parte superior del torax y del cuello, las vexículas en vez de ser purulentas son reemplazadas por una serosidad transparente más ó menos lechosa que evoluciona en pocos días y su analisis químico demuestra la nucleína en el sifilítico".

Las demás afecciones que simulan la sífilis se hace difícil diferenciarlas, por regla general ninguna de ellas se presentan asociadas y no guardan relación de antecedentes ni de evolución; estas son, las fisuras labiales producidas por el frío, el impétigo de las comisuras, el herpes, el coriza catarral, el supurado, las afecciones de piel como eritemas de la dentición, de la atrepsia, las lesiones pustulo-ulcerosas del impétigo, el extigma de la vacuna, de la variocela etc. etc. todas ellas de naturaleza parasitaria y los abscesos subcutáneos del recién nacido debidos á infecciones vulgares que simulan gomas, á más de una porción de lesiones difíciles de enumerar, las que por su aspecto clínico se hace difícil diferenciarlas de los sifilíticos. Podemos decir con Sevestre que el aspecto objetivo de los accidentes no nos llevará al diagnóstico diferencial, teniendo que rodearnos de sus relaciones y antecedentes conmemorativos que nos especifiquen las lesiones.

El diagnóstico diferencial con la sífilis adquirida lo fundamenta Fournier en las condiciones siguientes: 1.º Epoca de invasión. 2.º Modalidad de los síntomas iniciales. 3.º Lesiones y síntomas propios de heredo-sífilis. 4.º Contraste entre la edad del enfermo y la calidad de los accidentes.

*Epoca de invasión.* Según hemos ya dicho la sífilis hereditaria precoz se presenta en el mismo acto del nacimiento ó en los tres primeros meses pasados los cuales ya es difícil que se presenten los accidentes, mientras en la sífilis adquirida no guarda estas reglas en su presentación, y lo hace después del nacimiento, que es el tiempo indicado próximamente á la incubación del chancro.

*Modalidad de síntomas iniciales.* En la sífilis hereditaria el niño presenta desde el principio accidentes generales, su aspecto es de un niño enfermo, débil y desnutrido y no existe el chancro; en la sífilis adquirida el niño tiene buen aspecto, está nutrido y se observa el chancro con gangliomas.

*Lesiones y síntomas propios de heredo-sífilis.* De estas tienen importancia diagnóstica en favor de la heredo-sífilis, las deformaciones craneanas, nasales, aspecto de varias sífilides en placa, papulosas ó papulo-costrosas que se producen sobre la cara y ocupan el menton y los labios con una coloración cobriza y con escamas. En la sífilis adquirida no existen deformaciones de craneo ni cara, ni penfigo ni pseudo parálisis de los miembros y el aspecto cruptivo es de la sífilis del adulto.

*Contraste entre la edad del enfermo y la calidad de los accidentes.* Las lesiones de la hereditaria son de apariencia terciaria desde un principio en los primeros días de la vida, no habiendo lesiones de naturaleza primaria; en la adquirida existen lesiones primarias (roseolas placas mucosas) lesiones secundarias.

Todas estas circunstancias que hemos de tener presente para el diagnóstico de sífilis infantil, como vemos son de difícil interpretación patognomónica, por lo cual comprueba lo ya indicado al principio de este enunciado, de lo erizado y escabroso que es el camino para llegar positivamente á diagnosticar la enfermedad, cuando esta no descansa en una base de antecedentes y conmemorativo, que puedan dar naturaleza específica á las lesiones y accidentes observados, por esto hemos de rodearnos de todos los medios é investigar todas las circunstancias que concurren al estado del niño enfermo para asegurar nuestro dictamen y no comprometer nuestra reputación.

### **Pronóstico de la sífilis infantil.**

La sífilis en la infancia produce grandes estragos, pues no solamente termina con una porción de vidas á penas empezadas, si no los organismos que escapan á la muerte, son débiles entecos, desprovistos de fuerzas, formando la legión de seres enfermizos é inútiles que en todas las clases sociales constituyen la escoria y la degeneración de las familias.

La heredo-Sífilis matará una porción de seres antes de nacer, pues ya hemos dado como manifestación de uno de sus principales síntomas el aborto, y claro que su gravedad es de tal calidad que no permite llegar á la vida, muchos niños aun nacidos á término mueren en los primeros momentos ó en los primeros días por debilidad congénita, por ineptitud de vida, porque la sífilis lleva en sí al transmitirse por herencia, la falta de vida al ser engendrado, es una modificación tan profunda é íntima la que imprime á los elementos celulares que su biología se trastorna grandemente, dando á los organismos el sello de la debilidad y de la miseria.

Vemos pues que el porvenir de los niños sífilíticos es de lo más fatal, creando en las familias una zozobra y una angustiosa situación al contemplar como las descendencias degeneran ó desaparecen, pagando inocentemente los estravios de los antepasados, los que purgan sus culpas con el dolor moral, de la pérdida é ineptitud de sus hijos.

Fournier considera en sus estadísticas que el 70 ó el 83 por ciento de niños sífilíticos sucumben por el hecho de su infección hereditaria, Parrot valua en un 68 por ciento la mortalidad por sífilis infantil hereditaria, atribuye gran importancia en la mortalidad á la intervención bilateral de la sífilis (sífilis de ambos conyuges) considerando que cuando son sífilíticos el padre y la madre en 208 embarazos se ven 148 muertos, (abortos partos prematuros, muertos en el mismo acto del nacimiento) y 60 supervivientes; cuando el padre es sólo el sífilítico la mortalidad puede elevarse á un muerto por cada 4 nacimientos, diciendo que en terminos generales corresponde esto á de 100 nacimientos 28 muertos.

Todas estas notas estadísticas de autores de gran nombre, nos hace comprender la gravedad de la sífilis infantil hereditaria, pero hemos de hacer constar que no podemos tampoco sugetar á una regla invariable los resultados de los niños nacidos de sífilíticos, pudiendo decir que la sífilis hereditaria no es fatal absolutamente, y que los sujetos sífilíticos no siempre han de tener una descendencia en las condiciones antedichas, pudiendo hasta procrear niños sanos.

Fournier dice á propósito de esto: Por mi, debo decir que la sífilis de los padres no siempre se transmite á los hijos aunque aquella sea un gran factor de propagación, al efecto conozco 57 observaciones relativas á sujetos sífilíticos (maridos) que no han comunicado á su mujer el menor fenómeno sospechoso.

ni á sus enjendros, hacen un total de 156 niños indemes.

Esto demuestra que la sífilis de los padres no siempre es nociva para la descendencia, y estas condiciones que intervienen en estos casos, para la propagación de la infección, consiste en el grado de virulencia de las sífilis conyugales, en la calidad de los accidentes en el tiempo en que se verifican los contagios, en el oportunismo de los tratamientos etc. etc., que como ya hemos indicado al tratar de la etiología influencian considerablemente la propagación.

En resumen el pronóstico de la sífilis infantil es de bastante gravedad pues aunque suceda lo expuesto en el párrafo anterior la mayoría de las veces las descendencias son atacadas de accidentes de sífilis hereditaria, que cuando estós no producen la muerte, dejan las mas de las veces huellas de su paso, consecuencias de su presencia, que constituyen los estigmas de la heredo-sífilis que se producen en el curso de la adolescencia ó en la edad adulta.

Hasta en la sífilis adquirida del niño se presenta el pronóstico más grave que en el adulto, pues la rapidez con que los accidentes se suceden hacen llegar pronto al terciarismo, aniquilando bien pronto los organismos con la anemia, la caquexia, la atrepsia, y claro es que al llegar á estas frases, poco se distinguen de las que ya hemos referido en la heredo-sífilis.

La sífilis es gravísima en la infancia, es culpable de una mortalidad extrema, lleva en si los estragos y degeneraciones de las familias, y representa por sus mermas á la infancia el azóte mas expresivo de destrucción infantil.

## Tratamiento de la sífilis infantil

La terapéutica de la sífilis en la infancia, ha de empezar por ser profiláctica, pues ya hemos visto en los capítulos anteriores las graves manifestaciones que la infección produce y lo difícil que es en estos periodos el poder combatir la enfermedad; por esto la profilaxis de la sífilis infantil constituye un capítulo de gran importancia en su tratamiento, evitando por todos los medios de nuestro alcance el que en la infancia se constituya esta enfermedad, produciendo los estragos ya conocidos.

Siendo dos las formas que la sífilis tiene en la infancia y según hemos visto producidas por la herencia ó el contagio, la verdadera profilaxis ha de abarcar los medios y consejos por los cuales hayamos de evitar el que la sífilis se transmita á las descendencias y que los contactos imprudentes puedan ser motivos de inoculación.

Según esto ha de abarcar este estudio, la profilaxis hereditaria y la adquirida por el niño.

*Profilaxis de la Sífilis infantil hereditaria.* Ya hemos referido en varias ocasiones las causas que intervienen en la transmisión de la sífilis de los padres al producto de la concepción y hemos analizado todas las circunstancias que pueden intervenir en la contaminación, la profilaxis ha de dirigirse á evitar que aquellas causas puedan influir en su papel etiológico, y por tanto aconsejar los medios destinados á este fin.

Fournier considera que el principal medio de prevenir la sífilis infantil hereditaria, es la profilaxis de la sífilis anterior al matrimonio, pues llevando con escrupuloso cuidado los consejos á los sífilíticos antes de tomar estado, se evitará grandemente el que puedan las descendencias llevar desde los primeros

momentos de la vida, la inclusión de la herencia sífilítica.

A este fin considera el sabio maestro, la admisión en el matrimonio con sujeción á las siguientes condiciones: 1.º Ausencia de accidentes específicos actuales; peligrosa para la madre (contaminación directa, sífilis concepcional) y para el niño (aborto, sífilis hereditaria); 2.º La edad avanzada de la sífilis; cuando más antigua es, menos peligro hay en el matrimonio (contaminación de la madre y transmisión al hijo.) 3.º Un cierto período de inmunidad absoluta, consecutivamente á las últimas manifestaciones específicas, es decir que todo accidente debe haber cesado pasado tres meses al menos. 4.º El carácter menos amenazante de la enfermedad, en una sífilis que ha sido grave al principio, en los períodos evolutivo puede ser menos temible en el matrimonio. 5.º Tratamiento específico, suficiente, 3 años, 2 al menos de tratamiento mercurial, 1 en tratamiento mixto.

Como se ve todas estas condiciones se refieren á evitar los contagios de la madre, pues el caso más frecuente es que la sífilis sea de origen masculino, al que hemos de referir las condiciones antedichas y aplicarlas principalmente á la observación del hombre.

Pero no solamente en la profilaxia que nos ocupa hemos de limitarnos á los consejos para la admisión en el matrimonio, si no que hemos también de ocuparnos cuando la sífilis se presenta en este. Entonces las probabilidades de la contaminación del producto de la fecundación dependerá de las circunstancias expuestas en la etiología y la profilaxia debe consistir en el tratamiento de ambos conyuges sobre todo de la madre en cintas, si esta ha sido contagiada por una sífilis paterna reciente que como ya hemos hecho constar tiene más probabilidad de la transmisión al producto de la fecundación.

*Profilaxia de la sífilis adquirida.* Los consejos destinados á esta profilaxia están en relación con las causas de contagio de la sífilis en el niño y á estas son las que hemos de referirlos; vigilar las nodrizas atentamente, explorarlas detenidamente para su admisión, convenciéndonos que no padecen la enfermedad, reconocer al niño de la nodriza, convenciéndonos de su estado de sanidad, aconsejar que eviten el beso al niño fuente de grandes peligros, dar los biberones con todas las condiciones de aseo y desinfección evitando que lo prueben y alejándolos de toda intervención sospechosa; cuidar de que no tenga el niño contacto con objetos (juguetes, etc.) que hayan sido ó sean entretenimiento de otros niños sospechosos, en una palabra guardar todas las reglas encaminadas á evitar el contagio por la intervención de las mamadas, por lactancia mixta, por relaciones del niño etc. etc.

*Tratamiento curativo de la sífilis infantil.* La medicación antisifilítica en la infancia se basa en las mismas indicaciones que en el adulto, y sus formas de aplicación son también las mismas, representando el mercurio la medicación principal de esta terapéutica y los métodos de ingestión, balneación, fricción é inyecciones mercuriales las vías de penetración del mercurio en el organismo.

Mucho se ha discutido sobre la forma más conveniente que el mercurio se ha de administrar en la infancia, y las opiniones de los autores no se encuentran de acuerdo en esta cuestión, reinando en ella una anarquía de autorizadas opiniones que hacen dudar grandemente del método efectivo en la terapéutica anti-sifilítica infantil; expondremos las formas de aplicación del tratamiento y reseñaremos finalmente nuestra opinión sobre la elección de método.

*Via digestiva.* La preparación generalmente usada en este método es el licor de Wan Sviten; Pa-

rot aconseja cuando el recién nacido es robusto, comenzar inmediatamente á administrar 10 gotas en una cucharadita de leche ó jarabe dos veces por día; Gaucher aconseja el siguiente tratamiento: X gotas tres veces por día durante el primer mes, XX gotas durante el segundo XXX gotas durante el tercero y al llegar á un año puede durse 4 ó 5 gramos de licor por día. Claro es que esta medicación tiene que estar sometida á una vigilancia del aparato digestivo, observando los fenómenos de intolerancia para modificar la dosificación.

Este método terapéutico tiene inconvenientes bastante grandes que hacen de él un método poco constante en el tratamiento de la sífilis infantil; sabido es que el organismo del niño sífilítico se encuentra en un estado de desnutrición, necesitando conservar sus aptitudes digestivas para renovar sus pérdidas y fortalecer su estado, la constancia que implica el tratamiento que nos ocupa, hace frecuente, los vomitos enteritis y perturbaciones gastro-intestinales que hacen precisos la suspensión de la medicación y llevan consigo los trastornos de la intolerancia y la presentación brusca de fenómenos atrepsícos. Este método es de gran dificultad manejarlo en la infancia y expuesto á resultados graves para la nutrición de los niños, por lo cual es un método lento insuficiente y muy comprometido.

*Fricciones.* Comby es un gran partidario de este método de tratamiento, en su comunicación presentada al Congreso de Edimburgo (1898) dice que es el mejor tratamiento en la sífilis hereditaria.

Estas fricciones se hacen con unguento napolitano, 2 gramos en cada fricción, he aquí el método que recomienda Grancher:

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1.º dia... lado derecho del torax    | 6.º dia... cara interna muslo izquierdo |
| 2.º " ... lado izquierdo " "         | 7.º " ... pantorrilla derecha           |
| 3.º " ... lado derecho del vientre   | 8.º " ... " izquierda                   |
| 4.º " ... lado izquierdo " "         | 9.º " ... brazo derecho                 |
| 5.º " ... cara interna muslo derecho | 10.º " ... " izquierdo                  |

Esta medicación es continuada durante dos semanas. En los casos de sífilis intensa se recomienda durante 1 y 2 años, haciendo dos series de fricciones por mes.

A este método de fricciones mercuriales se apuntan varios inconvenientes en su empleo, para que el mercurio se absorva es necesario que las fricciones sobre la piel se hagan energicas y continuas, tiene que atravesar la materia sebácea del epidermis, y este grado de energía en la ejecución de la fricción se hace muy difícil, pues si es débil no hay absorción y si demasiado fuerte pueden venir trastornos de intoxicación por una absorción rápida.

La piel de los niños tan sumamente fina y delicada, es prontamente irritada y complicada de eritemas, eccemas y hasta pústulas, que complican grandemente el estado del niño, este método es además sumamente sucio y hace que el niño esté molesto é incómodo, por estar sometido continuamente á la acción de una envoltura grasosa y á las presiones dolorosas de las fricciones ejecutadas.

*Balneación.* Se emplean los baños de sublimado al 1 por 2.000 ó al 1 por 5.000, diarios ó cada dos días, aconsejando M. Gaucher adicionar al sublimado igual cantidad de cloruro de sodio. Generalmente se formulan paquetes de: cloruro de sodio, sublimado  $\frac{1}{1}$ , 2, 3 gramos según la edad, para echar un paquete en un baño de 10, 20 ó 30 litros de agua tibia. El baño durará de 5 á 10 minutos.

Parrot considera este método como infiel y muy peligroso, dice que la absorción por la piel es casi nula, favoreciéndose por las soluciones de continuidad de los tegumentos, siendo imposible dosificar la cantidad de mercurio introducida en el organismo.

M. Mauriac, considera que este método es peligroso en los casos en que existen grandes ulceraciones pues la absorción del sublimado es rápida y trae

consigo una intoxicación; á más es fácil que el niño al menor descuido tenga ingestión de agua del baño, con las consecuencias propias de ella, por todo lo cual hace difícil de manejar este método y peligroso su empleo.

*Inyecciones mercuriales.* Este método ha sido poco usado en la infancia pues los inconvenientes que le han sido apuntados han hecho á los autores huir de su empleo en esta época de la vida; sin embargo de esto en la época actual, con los cuidados de la asepsia y las experimentaciones habidas sobre la rapidez y seguridad de sus efectos, han determinado que sea un método de tratamiento bastante usado en la terapéutica de la sífilis infantil.

Los inconvenientes que le han sido señalados, son tan valiosos que tengan que postergar la ejecución del método, se han fijado: en el dolor, en los abscesos, en las induraciones nodulares, y en los fenómenos de reacción general que en los niños despertaban las inyecciones, pero todas estas complicaciones son fáciles de obviar, con el masaje, la asepsia, y la dosificación y elección del preparado, pues cumpliendo fielmente estas circunstancias nos vemos libres de tales inconvenientes.

Se ha visto que lejos de estos inconvenientes este método traía las ventajas de moderar la nutrición, habiéndose experimentado un aumento de los globulos rojos, aumento en el peso del niño y mayor coloración de sus tegumentos, á mas este método hace que la dosis medicamentosa sea más exacta, la absorción más segura, y la vigilancia del médico más directa.

Por todo esto el método de las inyecciones mercuriales, ha sido aplicado en la infancia con éxito y con una gran ventaja sobre los demás que hemos enunciado.

Las preparaciones mercuriales usadas han sido

varias, y cada autor defiende fervorosamente su preparado, pudiendo reunir los recomendados en dos grupos: de preparaciones solubles é insolubles: Entre los primeros se usan principalmente el bicloruro de mercurio, Benzoato de mercurio, Biyoduro de mercurio etc; y entre los segundos el calomelano y el aceite gris.

Monti ha usado el sublimado en niños de un mes á cinco años en inyecciones de uno á dos miligramos, dice que ha obtenido grandes resultados y que se declara partidario de este método con observación del estado del niño: El Doctor Fedchenko, del hospital de niños de Moscow, defiende grandemente las inyecciones de Benzoato de mercurio, y utiliza la siguiente fórmula:

|                      |  |       |
|----------------------|--|-------|
| Benzoato de mercurio | <u>a</u> <u>a</u> 0'15 gramos.             | } Ms. |
| Cloruro de sodio     |  |       |
| Glicerina            |  |       |
| Agua destilada.      | <u>a</u> <u>a</u> <del>0</del> '15 gramos. |       |

Inyecta 2 divisiones de la jeringuilla de Pravaz, ó sea un milígramo de substancia activa en los niños de un mes, tres divisiones en los de 2 ó 3 meses (2 miligramos) 4 á los de 4 á 6 meses, y 5 divisiones entre 7 meses y un año; las inyecciones eran repetidas cada 3 ó 4 días, y hace una gran apología de su método creyéndolo de los más eficaces.

El biyoduro de mercurio, ha sido una sal muy usada en este método de tratamiento y Prokhorow del hospital de niños de Zemstvo recomienda eficazmente las inyecciones de este cuerpo, inyectando 1 milígramo por kilo de peso del niño, hace relación de los resultados obtenidos en su clínica, y defiende

grandemente la eficacia de este método en el tratamiento de los niños sífilíticos.

El calomelano es recomendado por M. Jullieu quien trata con este cuerpo los niños sífilíticos del servicio de Lanelongue, inyecta en los primeros días 1 centígramo y aumenta prudencialmente la dosis á 2, 3, 4, y 5 centigramos según la edad del niño, las inyecciones las repeta cada 8, 10 ó 15 días según las indicaciones, refiere casos de caquexia sífilítica y pseudo-paralisis de Parrot, notablemente mejoradas por este tratamiento.

Balzer y Mancorvo y Ferreira, hacen uso del aceite gris en los niños sífilíticos, ensalzando sus cualidades y comentando sus beneficiosos resultados, dicen es muy bien tolerado, apenas presenta ninguna reacción local; inyectan un centígramo ó medio, cada 8 días, separando las inyecciones según la tolerancia y edad del niño, usando la fórmula de Vigier, y utilizando la jeringuilla de M. Bartelemy.

Todos los métodos expuestos de mercurialización en el tratamiento de la sífilis infantil, son como vemos aplicación de los métodos generales de administración de los medicamentos, y claro es que todos son útiles y todos tienen sus especiales aplicaciones, en todos ellos aparecen ventajas é inconvenientes, y creo que las circunstancias son las que demandan la elección de método, por esto creo que no debe desecharse ninguno, y desde este punto de vista soy eclecticico, reuniendo estos diferentes métodos, para establecer una terapéutica capaz de llegar á conseguir los resultados que nos proponíamos, sin perturbar por ella los organismos sometidos á nuestros cuidados.

Lo que nos parece más peligroso en todos los métodos, es la persistencia en la forma de administrar el mercurio, pues al tener que dar este continuamente siguiendo un tratamiento tenaz y encamina-

do al fin de la curación, hemos de procurar, variar en lo posible la manera de hacer la medicación, huyendo de este modo de las complicaciones que nos pueda traer la persistencia del método, y sosteniendo la mercurialización sin que aquellas nos agraven el estado.

Consecuentes en estas ideas acepto como principal método de mercurialización el llamado *método intermitente*, consistente en la combinación de todos ellos, impuestos por las circunstancias, prefiriendo la combinación de las inyecciones con las fricciones, iniciando el tratamiento por aquellas y continuando por estas otras; sólomente convino con los dos métodos dichos el de ingestión, en los niños ya mayores del año, en que sus aptitudes digestivas son mas fuertes, y cuando por las circunstancias no se pueden seguir los métodos de inyecciones y fricciones alternadas.

Se comienza por inyectar intramuscularmente en la región glútea, un centígramo ó medio de aceite gris de Vigier, según la edad del niño, y á los seis dias se continúa el tratamiento de fricciones en la forma ya indicada, otros seis días de descanso y nueva inyección. Estas curas se disponen de la siguiente manera: Primer mes, 3 curas. Segundo, 2. Tercero, descanso; á continuación el tratamiento en esta forma durante el primer año, haciendo 4 series de mercurialización. El segundo año se disponen 3 series en la misma forma, y durante el tercero y cuarto se hacen dos series de mercurialización, con una cura yodurada que indicaré seguidamente. El quinto año y siguiente se disponen 3 curas yoduradas.

Claro es que este método se tendrá que modificar según las circunstancias y sobre todo por la observación de la marcha del padecimiento, y las épocas en que nos encarguemos de la dirección del tratamiento; todo se encuentra dependiente y sometido

á las imposiciones de la clínica y al buen juicio del médico.

*Tratamiento yodurado.* Ya he dicho en la exposición del método intermitente la época de indicación del tratamiento yodurado; es útil sobre todo cuando han desaparecido los accidentes agudos, en las manifestaciones nerviosas, y en los accidentes para-sifilíticos. Es generalmente mejor soportado que en el adulto, no suele dar coriza ni erupción. Se da á la dosis de 20 centígramos de yoduro potásico por año, dando en los niños menores de un año de 10 á 20 centígramos. Las curas del método intermitente comprenden 6 semanas de medicación, sujeta como es natural á las circunstancias expuestas en el párrafo anterior.

## Observaciones Clínicas

### NUMERO 1

*M. P. de 2 días, presentado el 7 Febrero de 1906.*

*Antecedentes.*—Padres sífilíticos, insuficientemente tratados, madre contagiada antes del embarazo, manifestado por abortos anteriores en número de 2, de parto prematuro "octavo mes," normal.

*Estado actual.*—Niño intensamente enflaquecido, de 1.460 gramos, coloración terrea, piel y cuero cabelludo rugosos, ojos hundidos, barba y pómulos salientes, pecho abultado, inspiración profunda, rosario costal y espinoso pronunciado, vientre deprimido, piel de los dedos (manos y pies) arrollada con dermis al descubierto y sangrando, coloración de mucosas pálidas.

Consulta por la delicadeza del niño, por haber tenido una hemorragia intestinal en aquel día, por no mamar y dar conocimiento de su estado á fines de obtener la certificación de defunción en su debido tiempo.

*Diagnóstico:* Sífilis congénita fetal.

*Pronóstico:* Gravísimo, muerte próxima.

*Tratamiento:* Conservación de calor por botellas con agua caliente, y alimentación por cucharadas de leche con mitad de agua bicarbonatada.

*Diario de observaciones:* Defunción á otro día de la consulta.

### OBSERVACION NUMERO 2.

*Niño de 1 mes de nutrición regular, de peso de 3.800 gramos, presentado el 30 de Agosto 1907.*

*Antecedentes.*—El padre presenta rosario Fournier, alopecia é infartos submaxilares, la madre no pre.

senta síntomas sospechosos es primipara y de aspecto sano.

*Estado actual.*—Nariz deprimida, paladar orgivado y coriza. Redean sus labios costras rojizas, grietas en las comisuras. Detrás de las orejas se descubren úlceras en supuración. En la región genital y parte interna de las piernas se pueden observar una gran cantidad de manchas de un diametro de 3 á 5 milímetros de una coloración ajamonada marrón.

En la región del ano se ven pequeñas placas mucosas, la piel de los talones tiene una coloración rosa, como si el tegumento de estas partes se hubiera frotado continuamente.

*Diagnóstico:* Sífilis infantil hereditaria precoz.

*Pronóstico:* Grave.

*Tratamiento y diario de observación:* 21 de Agosto, inyección intramuscular de aceite gris en la región glútea, 1 cg.

22, nada de anormal en el punto inyectado, ningún fenómeno de reacción.

23, peso 3.730 gramos, no existe induración, la erupción maculosa ha desaparecido.

24, las costras se han caído dejando la piel sana.

28, las ulceraciones de las orejas han cicatrizado las placas del ano, han desaparecido.

1 de Septiembre. La coloración del talón persiste.

6, 27 Septiembre y 8 Octubre se le hace la segunda, tercera y cuarta inyección (1 cg.) entonces pesaba 3.860 gramos. 4.000 y 4.140 gramos, no ha presentado ningún fenómeno de reacción.

El 20 de Octubre es presentado con enteritis aguda, se le disponen unas irrigaciones con una infusión de tanino, y una fórmula de bismuto con ratania; las deposiciones disminuyen, el niño enflece y muere el 27 de Octubre por atrepsia.

## OBSERVACION TERCERA.

*Niño nacido prematuramente á los 7 meses.*

*Antecedentes:* Padres sífilíticos (la madre ha sido tratada durante el embarazo por inyecciones de aceite gris) ha padecido placas mucosas en la garganta y fenómenos secundarios, tiene infartos submaxilares y pléyade inguinal.

Al nacimiento no presentó ningún síntoma de lesión específica. A los 3 meses el niño palidece, disminuye de peso solicitando asistencia el 29 de Enero de 1907.

*Estado actual.*—El niño presenta una coloración pálida, desnutrido, con vientre abultado de volúmen, circulación colateral acentuada, hígado grueso, testículo derecho aumentado de volúmen y duro y sobre la cara externa del escroto algunas erosiones. Las venas superficiales de la cabeza están muy pronunciadas. El niño es afecto también de un coriza con narices obstruidas de costras y respiración difícil.

*Diagnóstico.*—Sífilis hereditaria con manifestaciones viscerales

*Pronóstico grave. Tratamiento y observaciones.*—

Practicamos el mismo día una inyección de 1 ctg. de mercurio, empleamos el tratamiento intermitente en la forma indicada.

El veinte de Febrero la mejoría es notable, el vientre ha disminuido, la circulación colateral del abdomen ha desaparecido, la nariz se hace permeable, el hígado ha disminuido de volúmen, el testículo ha ido tomando poco á poco su volúmen y consistencia normal.

El niño ha sido reconocido varias veces después de esta época no habiendo sobrevenido ningún accidente específico, el tratamiento lo ha continua-

do tres veces en la forma intermitente, con alimentación conveniente y cuidados esmerados de higiene.

#### OBSERVACIÓN NUMERO 4.

*J. K. de 21 años, reclama asistencia urgente por metrorragia.*

*Accidentes.*—Embarazo de tres meses, primi-para, marido sifilítico, con accidentes secundarios.

*Estado actual.*—Dolores uterinos, cuello entreabierto y un poco borrado, abundante metrorragia, percepción por el tacto digital, de las partes fetales al través de las membranas y de los coagulos, se disponen irrigaciones vaginales de agua caliente, enemas laudanizados, é inyecciones hipodermicas de morfina. Continúan los dolores uterinos, la hemorragia y entre coagulos se percibe el huevo, continua el orificio entreabierto, aumenta la metrorragia y está la placenta en el cuello, desprendida, que se extrae en el momento.

*Diagnóstico.*—Aborto por sífilis congenta embrionaria.

#### OBSERVACIÓN NÚMERO 5.

*Niño nacido.*—A término en la maternidad del Hospital Provincial (Almería).

*Antecedentes.*—Madre sifilítica, en el embarazo ha presentado una sífilide pigmentaria del cuello muy intensa, placas mucosas en la garganta y cicatrices de sífilides antiguas en ambas piernas.

El niño á su nacimiento pesa 2310 gramos, padece un penfigo intenso generalizado, las vexículas son confluentes en la planta de los pies y palmas de las manos, existen sobre las piernas, los brazos y los muslos. El hígado es voluminoso, el coriza marcado.

*Diagnóstico.*—Sífilis hereditaria precóz. Sífilis del recién nacido.

*Tratamiento y diario de observaciones.*—Comenzamos el tratamiento por inyecciones de biyoduro. En este momento (seis días después del nacimiento) pesa 2310 gramos. El niño respira mal y mama debilmente por el coriza. Hacemos los tres primeros días cuotidianamente una inyección de medio milígramo de biyoduro.

Después las inyecciones son continuadas á la dosis de 1 milígramo, se hicieron diariamente hasta 7, después se ponen 4 más (cada dos días una).

En total se pusieron 11 inyecciones de milígramo y 3 de medio milígramo de biyoduro.

Tuvo el niño dos abcesos en la región glútea, que se ulceraron y curaron á los ocho días de tratamiento antiséptico.

Se continuó el tratamiento por fricciones; las lesiones cutáneas cedieron, el hígado disminuyó de volúmen el coriza era menos tenáz y á la salida del hospital, al alta de la madre, el niño estaba en buen estado, habiéndole recomendado el tratamiento de fricciones en la forma expuesta en el método.

#### OBSERVACIÓN NUMERO 6.

*Niño G de la Casa cuna Provincial (Almería)*

*Antecedentes.*—Fué depositado de dos días según inscripción de registro, pesando 2700 gramos. Endeble desde su ingreso sometido á nuestra intervención el 2 de Agosto de 1907 á los cinco meses de su ingreso.

*Estado actual.*—Presenta los caractéres siguientes: Peso 3340 gramos, nariz aplastada, paladar orgivado, coloración cutánea terrosa, alrededor de la boca costras extensas, algunas de ellas dejan al

descubierto por su caída superficies ulcerosas, la piel de las manos en la eminencia tenar é hipotenar es de una coloración rosada y brillante, el talón y la punta de los dedos del pié presentan igual coloración, en el ano hay pequeñas placas mucosas.

*Diagnóstico.*— Sífilis infantil hereditaria propiamente dicha.

*Tratamiento.*— El 3 de Agosto se le hace una inyección de 1 centígramo de mercurio (aceite gris, una división de la jeringuilla de Bartelemy) durante los días siguientes no se han observado ningún síntoma de intoxicación, no se observa ninguna induración ni tumefacción, el 16 de Agosto nueva inyección de la misma dosis, sin complicación posterior. 17 de Agosto fricción mercurial con arreglo á método. 1 de Septiembre licor Tan-aviten al interior, con arreglo á método. 5 de Septiembre pesa 3300 gramos.

Las comisuras labiales se han desprendido, el tinte rosa de las manos ha desaparecido. 10 de Septiembre las placas mucosas del ano no existen. 25 de Septiembre pesa 3840 gramos, han desaparecido por completo los accidentes presentados

El niño ha continuado el tratamiento intermitente, es dado de alta á los trece meses para pasar á otro departamento no presentando ningún accidente, aunque si el aspecto desnutrido de su estado.

#### OBSERVACION NUMERO 7.

*Niño nacido en la Clínica de Maternidad, (Hospital provincial, Almería).*

*Antecedentes.*— Madre sífilítica, laringitis con afonía, durante el embarazo, alopecia y cicatrices cutáneas de las piernas y tronco, pleyade inguinal en

el acto de exploración (recien parida); es enferma procedente del Servicio de Higiene de Prostitución.

*Estado actual*.—Recien nacido de peso 2,800 gramos presenta penfigo plantar y palmar, enflaquecido, y con circulación complementaria colateral epigástrica, al segundo día de su nacimiento, hemorragia intestinal, muriendo á las dos horas.

*Diagnóstico*.—Sífilis hereditaria precoz con alteraciones viscerales. La autopsia descubre un hígado voluminoso y blando

#### ORSERVACION NUMERO 8.

*Niño de 18 meses de la Casa-cuna Provincial (Almería). Procedente de la Maternidad.*

*Antecedentes*.—La madre ocupa una cama en la Clínica de Cirugía General de mujeres, es afecta de sífilis terciaria, con gomas en la región frontal y parietal. El parto de termino y fué contagiada antes del embarazo, El niño nació al parecer sano entregándole á la Casa-cuna, pues su estado impedían cuidarse de él.

*Estado actual*.—Aspecto desnutrido, no anda, sus piernas están delgadas no pueden mantener su cuerpo, aparecen colgantes á la suspensión por la axila, articulación de las rodillas tumefactas, raiz nasal aplastada, prognatismo.

*Diagnóstico*.—Pseudoparalisis de Parrot.

*Tratamiento*.—Este niño fué sometido á un tratamiento intermitente, no habiendo conseguido adelanto en su estado, salió del Establecimiento al alta de su madre después de 6 meses de tratamiento.

OBSERVACION NUMERO 9.

*Niño de 8 semanas de la Clinica de Obstetricia del  
Hospital Provincial*

*Antecedentes.*—De parto á termino. La madre ocupa un número en la Clinica, ha tenido tres embarazos, su primer niño de otro marido y nacido en buenas condiciones. El segundo embarazo es terminado á los seis meses por la expulsión de un niño muerto y macerado. El tercero es llegado á su termino. Tuvo en el segundo embarazo sífilides maculosas, placas mucosas en la garganta, en el acto de la exploración presenta pleyade ganglionar y alopecia, Sometiéndose á tratamiento desde el segundo embarazo.

*Estado actual.*—Pesa 3.400 gramos, se percibe el ombligo rojo, sangrando, ulcerado, la nariz obstruida por coriza, la cabeza es grande.

A los tres días la ulcera umbilical toma las dimensiones de una moneda de cinco pesetas es superficial y supura, ha desaparecido el rojo del principio, los bordes son tallados á pico, la piel es rosada alrededor, el coriza es aumentado y existen costras con pus y sangre.

La ulceración umbilical toma más adelante un aspecto de forma triangular con la base en alto y el vertice abajo, acabando en una fistula de fondo infractuoso, con exereción de serosidad.

Despues de varias semanas, existe erupción escamosa sobre los brazos y las piernas, y algunas papulas sobre los muslos.

*Diagnóstico.*—Sífilis del recién nacido (hereditaria precoz).

*Tratamiento y Diario de observaciones.*—Se le hace una cura antiséptica húmeda en la lesión umbilical, se espolvorea despues con almidon ictiolar-

do, á las tres semanas la retraación de la lesión umbilical es manifiesta y tiende á desaparecer, y se introduce un pequeño dren en el trayecto, á los pocos días (4 ó 5) el dren es expulsado y la lesión cicatrizada.

Se instituye un tratamiento intermitente, el niño es dado de alta á los tres meses por petición de la madre, con modificación de sus accidentes cutáneos y nasales, recomendándole la continuidad en el tratamiento.

#### OBSERVACIÓN NUMERO 10.

*Mujer de 23 años, ingresada en la clinica de obstetricia del Hospital Provincial (Almería)*

*Antecedentes.*—Secundipara, con accidentes sifilíticos, secundarios de sífilide maculosas, laringitis y alopecia, instituyéndole tratamiento de inyecciones intramusculares de aceite gris.

Parto espontáneo á término, naciendo un feto muerto edematoso, con homatoma cefálico voluminoso, extensas ulceraciones por arrollamiento de piel, principalmente en la región umbilical, vexcilas ampuliformes en las regiones dorsal y glútea, miembros delgados con arrollamiento de piel, principalmente en la palma de las manos que aparecen despellejadas y sangrientas.

*Diagnóstico.*—Sífilis congenital fetal.

La mujer fué dada de alta á los 20 días, recomendándole la persistencia en el tratamiento antisifilítico.

#### OBSERVACION NUMERO 11.

*Niño de 2 meses de la consulta externa del Hospital Provincial (Almería).*

*Antecedentes.*—Nacido de madre que presenta durante el embarazo, papulas en los grandes labios y

alopécia, fué tratada convenientemente en la Clínica de Obstetricia en donde dió á luz, lleva el niño á la consulta por no querer mamar y tener catarro intestinal.

*Estado actual.*—Niño débil, mal nutrido, de color pálido, reconocido no presenta ninguna lesión específica, cada día adelgaza mas y pierde su peso, vomita y rehusa el pecho. Se instituye por sus antecedentes un tratamiento antisifilítico, de forma intermitente, el niño aumenta de peso, se nutre mejor y á los cinco meses presenta su estado general mejorado, y al mismo tiempo su nutrición es perfecta.

*Diagnóstico.*—Anémia con Caquexia sifilítica.

#### OBSERVACION NUMERO 12.

*Niño de 4 meses de la Casa-cuna Provincial  
(Almería).*

*Antecedentes.*—Se desconocen sus padres, el niño fué depositado en el establecimiento, recién nacido y sin historia de ninguna clase.

*Estado actual.*—Se presenta á la consulta con un coriza pertinaz que le impide tomar el pecho, el niño es de aspecto desnutrido, tiene su piel arrugada, y su voz es ronca, señalándose grandemente el rosario costal. Desde el mismo dia de la consulta se le instituye un tratamiento mercurial intermitente, prescribiendo labados nasales, y cuidados higiénicos.

A los dos meses de tratamiento el niño había mejorado grandemente, la obstrucción nasal había desaparecido, su nutrición era mas perfecta, y la disfonía se había modificado.

*Diagnóstico.*—Sífilis hereditaria precoz.

### OBSERVACION NUMERO 13.

*Niño nacido en la Maternidad Provincial (Almería), de madre manifestamente sifilítica (accidentes secundarios) tratada en los últimos meses del embarazo.*

Al nacimiento pesa 3,700 gramos, no presenta ningún estigma aparente de sífilis y es alimentado por el pecho de la madre. El niño enflaquece á los siete días de su nacimiento y va progresivamente desnutriéndose, hasta el punto que á los 15 días pesa 3,575 gramos, sin que haya tenido ningún trastorno en su alimentación. Se le instituye un tratamiento específico, al mes el niño pesa 3,860 gramos, y el día que sale de la Clínica al alta de la madre pesa 3,875 gramos, 5 días después de la anterior pesada.

### OBSERVACION NUMERO 14.

*Niño de 2 meses de la consulta externo del Hospital Provincial (Almería).*

*Antecedentes.*—Nacido á término, ni erupción ni penfigo, á su nacimiento, pero á los pocos días se aperciben de un coriza sanioso con mucosidades sanguinolentas, la madre ha tenido dos embarazos terminados por aborto, se comprueba pléyade inguinal, y alopecia é infartos submaxilares y dice haber padecido de la garganta.

*Estado actual.*—La madre lleva al niño á la consulta, por la persistencia del coriza que no desaparece apesar de los remedios empleados (lavados y embrocaciones). La cara del niño es de color cobrizo, la nariz achatada cubierta de costras sus ori-

ficios, la frente prominente, el bazo y el hígado aumentados de volumen, hay un endurecimiento notable en el testículo derecho.

*Diagnóstico.*—Sífilis hereditaria precoz con lesiones viscerales.

*Tratamiento.*—Método intermitente de mercurialización. El niño es muerto á los dos meses de tratamiento por una bronco-pneumonia, que complicó las lesiones viscerales de su estado.

#### OBSERVACION NUMERO 15.

*Niño de 4 meses de la consulta externa del Hospital Provincial (Almería).*

*Antecedentes.*—De parto á término, madre sífilítica tratada durante el embarazo, y con manifestaciones secundarias antes de la concepción.

*Estado actual* —Niño con una erupción psoriasisica, en el dorso y brazos, ingle y región glútea, blefarítis también con costras descamativas en el borde libre de los párpados, hay un poco de prognatismo y la frente abultada.

*Diagnóstico.*—Sífilis hereditaria precoz, psoriasis sífilítico.

*Tratamiento.*—Método de mercurialización intermitente, desaparece la erupción á los dos meses de tratamiento, á la edad de 5 meses el niño está mas nutrido y de mejor aspecto.

## Consideraciones clínicas.

Todas las observaciones presentadas se hacen como vemos en antecedentes ciertos, y la interpretación de sus síndromes constituyen diagnósticos de sífilis infantil dentro de los límites propuestos. He tenido ocasión de observar una porción de casos, cuyos antecedentes no han podido ser tan claros, ni sus síndromes se han presentado con los detalles precisos para hacer un diagnóstico de certeza, y muchos de ellos á pesar de esto, los he tratado con método de mercurialización principalmente aquellos niños que sin presentar síntomas como los narrados, tan solo por su estado de nutrición, nos ha inducido á un diagnóstico sífilítico de presunción.

En estos casos, he visto modificar el estado de nutrición de la mercurialización, como es ejemplo la observación 13, en la cual vemos como el niño sin accidentes sífilíticos manifiestos, por sus antecedentes y su tratamiento nos confirman el diagnóstico de su tara heredo-sífilítica.

Quizás estos niños al llegar á su adolescencia, presentan síntomas manifiestos de sífilis hereditaria tardía, pues su organismo lleva en si las modificaciones íntimas de la nutrición, para que en su desarrollo se vayan señalando los estigmas de la heredo-sífilis.

Así he comprobado los grandes estragos orgánicos que la sífilis hace en su herencia, aun cuando esta no se presenta con accidentes clínicos ciertos, y desprovistos de caracteres sintomáticos que nos conduzcan á un diagnóstico de certidumbre.

Los demás casos observados, comprueban las manifestaciones expuestas en la sintomatología de la afección, viendo como los accidentes se reúnen en algunos, constituyendo tipos diversos de la heredo-sí-

flis, en unos con caracteres mas precisos de la debilidad congénita, como en la observación primera, en el que su aspecto de conjunto nos ofrecía la ineptitud para la vida, como se comprobó al poco tiempo de la observación.

Otros casos comprobamos, en sus manifestaciones, con sus caracteres fisonómicos y accidentes cutáneos, la heredo-sífilis precoz, observaciones 2, 6, 9, 15, en donde sus lesiones se han presentado con los caracteres clínicos en medio de una base de antecedentes bien manifiestos.

En la observación tercera tiene como caracter las lesiones viscerales que en este caso solo dominan el cuadro sintomático, basado también en una base cierta de antecedentes, y una terapéutica de mercurialización que ha modificado considerablemente el estado del enfermo.

La observación cuarta es una sífilis embrionaria que se manifiesta por el más principal de sus síntomas (el aborto) con antecedentes de sífilis del marido, á quien venía tratando en la época en que asistí el caso, sirviéndome esto de una base cierta para el diagnóstico de la observación.

La observación quinta es un caso de sífilis del recién nacido, en donde compruebo lo dicho en el tratamiento por las inyecciones continuadas, con la presentación de accidentes, que hacen no persistir en la forma de administración mercurial, poniendo de relieve la mejor tolerancia de las demás observaciones con el método de mercurialización intermitente.

La observación séptima es un caso de sífilis del recién nacido con erupción penfigoidea tipo y con lesiones viscerales, comprobadas en la autopsia, todo esto basado en una etiología de antecedentes sífilíticos manifiestos por parte de la madre.

En la observación octava el estado de debilidad é impotencia funcional de las extremidades inferiores,

unido á la tumefacción de las rodillas y la base de antecedentes sífilíticos, me ha hecho diagnosticar la Pseudo-paralisis de Parrot, considerando un caso curioso de esta afección.

La observación décima por lo típico del feto y los antecedentes maternos es un caso de sífilis congénita fetal bien distinguido, su aspecto en conjunto de maceración es un síntoma á quien hemos dado gran importancia en esta clase de sífilis infantil.

En los casos 11 y 12, vemos que sus síntomas no presentan por su aspecto clínico, ninguna lesión de carácter específico, pero su estado de nutrición y de conjunto, nos hizo instituir un tratamiento mercurial que nos confirmó el diagnóstico por sus beneficiosos resultados.

Ultimamente los 14 y 15, son casos de sífilis hereditaria precoz; el primero manifestado con lesiones viscerales con infarto hepático y esplénico, unido á la fisonomía que el enfermito presentaba y todo esto con una base de antecedentes ciertos.

El segundo es un caso de manifestación cutánea psoriasisica, con antecedentes maternos, y por tanto dentro de condiciones básicas de un diagnóstico específico

## Conclusiones.

*Primera.*—La sífilis infantil es la sífilis congénita, más la sífilis hereditaria precoz, más la sífilis adquirida antes de los siete años.

*Segunda.*—El niño padece la sífilis por herencia ó por adquisición directa.

*Tercera.*—El niño adquiere la sífilis por contagio, siendo los más principales, los producidos por las mamadas, por lactancia mixta y relaciones del niño, por atentados venéreos y por la intervención del médico.

*Cuarta.*—El niño hereda la sífilis por sífilis paterna, materna ó por paterna y materna.

*Quinta.*—La sintomatología de sífilis adquirida por el niño tiene de especial; el sitio del chancro (extragenital casi siempre) y la mayor gravedad de los accidentes secundarios.

*Sexta.*—En la sífilis congénita embrionaria el síntoma principal es el aborto.

*Séptima.*—La sífilis congénita fetal se manifiesta por síntomas maternos, fetales y de anexos, siendo los primeros, el parto prematuro, de los segundos la maceración fetal, y de los terceros el aumento de volúmen de la placenta.

*Octava.*—La sífilis hereditaria precoz se manifiesta en el acto del nacimiento, por el penfigo y lesiones viscerales graves.

*Novena.*—La sífilis infantil latente (hereditaria) se manifiesta, por un estado de decrepitud infantil (miniatura del viejo) con coriza, fisuras labiales, ulceraciones y sífilides ano-genitales, cutáneas, accidentes viscerales etc. etc. etc.

*Decima.*—El diagnóstico de la sífilis infantil hereditaria se fundamenta en los antecedentes y observación de los padres, relacionado con la interpre-

tación específica de las lesiones presentadas por el niño.

*Undécima.*—El diagnóstico diferencial de la sífilis infantil hereditaria con la adquirida en el niño se fundamenta en: Época de invasión, modalidad de síntomas iniciales, lesiones propias de heredo-sífilis, y contraste entre la edad del enfermo y calidad de los accidentes.

*Duodécima.*—La sífilis es gravísima en la infancia, es culpable de una mortalidad extrema, lleva en sí los extragos y degeneraciones de las familias y representa por sus mermas á la infancia el azote mas expresivo de destrucción.

*Decimo-tercera.*—La profilaxia de la sífilis infantil abarca, los consejos y terapéutica de los conyuges sífilíticos y los cuidados destinados á evitar el contagio de los niños.

*Decimo-cuarta.*—En el tratamiento curativo de la sífilis infantil, es el método intermitente de mercurialización el mas tolerado por el niño.

*Decimo-quinta.*—El método terapéutico en todo momento, se subordinará á las imposiciones de la Clínica y al buen juicio del médico.

Bibliografía.

Fournier.—La herencia sífilítica; influencia de la sífilis sobre la mortalidad infantil; Tratamiento de la sífilis, (1902.)

Berdal.—Tratado de sífilis y venéreo.

Parrot.—Lecciones sobre sífilis hereditaria (1886)

Violet.—Estudio práctico de la sífilis infantil (1974)

Balzer.—Sífilis hereditaria.

Bouchut.—Tratado de enfermedades del recién nacido.

Comby.—Tratado de enfermedades de los niños.

Berre.—Estudio clínico sobre heredo-sífilis del recién nacido

Blanchet.—Contribución al estudio de la sífilis en el recién nacido. (1902)

Mancorvo y Ferreira.—Tratamiento de la sífilis infantil por inyecciones mercuriales.

Monol.—Anemia sífilítica. (Tesis, Paris 1900),

Vidal y Solarés.—Tratamiento de la sífilis hereditaria en los niños recién nacidos. Barcelona (1880).

Tronchón.—Heredo sífilis del recién nacido, Paris (1907).

Meyer.—Relaciones de la sífilis con las afecciones nerviosas de la infancia.

Cailliat.—Sífilis adquirida del niño, Paris (1904).

Martínez Vargas.—Enfermedades de los niños. Barcelona.

Perales.—Enfermedades de la infancia. Granada.

Vallejo Lebon.—(Explicaciones de Cátedra Cádiz)

Cordero Ferrer.—Sífilis y venéreo.



