

ENFERMEDADES VENÉREAS Y CUTÁNEAS

Por **GEORGES THIBIERGE**
Médico de los Hospitales de París.

Trad. de **BENITO HERNANDO**
Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.

PRIMERA PARTE

ENFERMEDADES VENÉREAS

CAPITULO PRIMERO

SÍFILIS

La sífilis, *lues venerea*, mal francés, mal napolitano, llamada vulgarmente gálico, es una enfermedad general, crónica, producida por la penetración y reproducción, en el organismo humano, de un agente contagioso desconocido en su esencia, que se conoce con el nombre de virus sífilítico.

Excepción hecha de los casos en que la enfermedad se trasmite por herencia ó se comunica á una mujer por el feto hereditariamente infecto por su padre, empieza siempre por una lesión local llamada *chancre*, que se desarrolla, después de una larga incubación, en el sitio del contagio y da lugar á un infarto de los ganglios correspondientes. Después de un período de duración variable, durante el cual solo se nota el chancre y la adenopatía concomitante (período llamado *segunda incubación*), aparecen trastornos generales y en la piel, mucosas y órganos profundos, manifestaciones mórbidas con tendencia resolutive y reproduciéndose en intervalos irregulares, cuyo conjunto constituye la *sífilis secundaria*. Estos accidentes se reproducen por espacio de muchos años, después de los cuales, en los tegumentos y partes profundas, se manifiestan lesiones con tendencia degenerativa y destructora ó proliferante y esclerósica, que constituyen la *sífilis terciaria*.

Esta marcha clásica de la sífilis, de brotes separados por períodos de silencio de duración variable, ofrece muchas excepciones; pero en la mayoría de los casos se presenta según dejamos consignado.

Con la división de la sífilis en secundaria y terciaria se puede poner en pa-

BIBLIOTECA BIBLIO...
FAC. DE MED. U.A.N.L.
FAC. DE MED. U.A.N.L.
FAC. DE MED. U.A.N.L.
FAC. DE MED. U.A.N.L.

rangón esta otra: período contagioso ó virulento (que corresponde á la secundaria) y período no virulento (que, con raras excepciones, corresponde casi exactamente á la terciaria).

Todavía se describen algunas veces, con el nombre de *sífilis cuaternaria*, los accidentes que aparecen muchos años después de la infección y tienen los caracteres anatómicos y clínicos del período terciario; pero ofrecen una localización más circunscrita que los de éste.

Lo mismo que cierto número de enfermedades específicas, la infección sífilítica produce inmunidad contra otro nuevo ataque de la misma dolencia. Los hechos de reinfección sífilítica consignados en una revista general de Hudelo, últimamente publicada (*Anales de Dermatologie*, Mayo y Junio, 1891, pág. 353 y 470) son, en su mayor parte, errores de diagnóstico y lesiones del período terciario que simulan el accidente primitivo. Ninguno presenta garantías suficientes para destruir una ley, cuyas excepciones (si es que existen) deben ser muy raras.

ETIOLOGÍA

La sífilis se halla extendida por todos los países, ofreciendo en algunos mayor gravedad, por condiciones climatológicas ó de otro género. Azota en mayor escala las grandes poblaciones, donde se extiende mucho por gran número de causas, particularmente por no bastar los reglamentos de la prostitución.

Cuando la sociedad se halla expuesta á ciertas causas de infección, puede constituir verdaderas epidemias, algunas de las cuales son célebres en la historia, como la que apareció á la vuelta de los marinos de Cristóbal Colón al descubrir América. Ordinariamente tan sólo se transmite de un individuo á otro.

MANERAS DE TRASMITIRSE. — Por contagio mediato ó inmediato, por herencia ó por la vía placentaria (de la madre al feto ó á la inversa).

1.º Contagio. — Aunque el contagio siempre consiste en la entrada del virus contenido en los tejidos ó secreciones de un sífilítico en un organismo sano, hay muchas maneras de verificarse aquel, según la naturaleza de la materia infecciosa y la vía de introducción.

Por mucho tiempo se creyó que el chancro es la única lesión cuyos productos contienen virus sífilítico. Ricord ha negado hasta 1859 la contagiosidad de los accidentes secundarios. Numerosos hechos clínicos y experimentales (confrontaciones de A. Fournier, inoculaciones de Wallace, del Anónimo del Palatinado, de Galligo, de Gibert, etc.) han probado que las secreciones de los accidentes secundarios (placas mucosas, sífilides cutáneas ulcerosas, etc.), son muy contagiosas y que estas lesiones son el origen del mayor número de casos de sífilis, por su asiento frecuente en los órganos genitales y en el orificio bucal.

En períodos más avanzados deja de haber contagio. Esta regla tiene muchas excepciones porque se ha visto (Landouzy, Fournier, etc.) que ciertos sífilíticos contrajeron su enfermedad, cohabitando con quienes tenían en la lengua ó genitales lesiones terciarias.

La sangre es muy contagiosa, por lo menos durante los primeros períodos del mal; las experiencias del Anónimo del Palatinado, Gibert, P. Pellizari y los hechos de trasmisión de la sífilis á consecuencia de una rozadura de los órganos genitales de sujetos que no presentaban lesiones en éstos, lo prueban cumplidamente. ¿Cuánto tiempo es infecciosa la sangre? A pesar de los resultados negativos de los experimentos de Diday y Profeta, faltan datos precisos acerca de este punto; sin embargo, un hecho reciente, de Landouzy, parece probar que el poder virulento de la sangre no se halla aniquilado al cabo de cuatro años. Es notable que la sangre de los recién nacidos sífilíticos es contagiosa aunque nazcan de padres cuya sangre no es verosímilmente contagiosa.

Se admite que las secreciones normales (leche, saliva, orina, lágrimas, sudor, esperma) no son contagiosas; pero con la condición de que no vayan mezcladas con sangre ó productos de secreción de lesiones sífilíticas virulentas; el pus de las lesiones comunes (blenorragia, vulvitis, vaginitis, etc.) no acompañadas de lesiones sífilíticas, no es virulento. Mas enfrente de esta inocuidad teórica, es preciso colocar la infección práctica que resulta con frecuencia ó que es frecuentemente posible con estos líquidos. Por eso, sería criminal exponer inútilmente á un peligro vacunando de un niño sífilítico, con pretexto de que la vacuna pura, no mezclada con sangre, es teóricamente incapaz de transmitir la sífilis.

Los líquidos virulentos conservan sus propiedades aunque se diluyan en grandes cantidades de un líquido indiferente, como el agua. Se ignora si los antisépticos destruyen esta virulencia. Parece que la desecación la hace cesar; pero no hay que fiarse de ella, porque se ha visto que la sífilis se desarrolla á consecuencia de la vacunación con linfa de cristales.

La trasmisión de la sífilis se verifica, por lo común, de un modo inmediato, por contacto del sujeto que se infecta con el infectante; las relaciones venéreas, normales ó anormales, son el origen principal, por causa del asiento ordinario de las manifestaciones.

Al lado del contacto sexual, debe colocarse una serie de modos de contagio, á los cuales se refieren la mayoría de los hechos que el profesor Fournier designa con el nombre de sífilis inmerecida; los besos, y en particular, los besos de los padres á los niños y los de los niños á los adultos, que son el gran peligro de los niños sífilíticos; las mordeduras, la succión de una herida por un sujeto sífilítico y, sobre todo, la succión de la herida de la circuncisión en los niños israelitas por un operador ó sacerdote circuncidante que tenga placas mucosas bucales; la lactancia de un niño sífilítico que es, con frecuencia, el origen de verdaderas epidemias si van poniéndole sucesivamente al pecho de muchas nodrizas; el tacto vaginal es también la causa ordinaria de la sífilis profesional de los médicos y de las parteras.

La trasmisión mediata puede tener por vehículo todos los distintos cuerpos susceptibles de ser puestos en contacto con órganos ó secreciones de individuos sífilíticos. Citemos, como principales, los utensilios de casa (vasos, cucharas, tenedores, biberones), juguetes de los niños, objetos de aseo (esponjas, cánulas vaginales), escusados, palancanas, instrumentos de música, pipas, navajas de afeitar; instrumentos de cirugía (speculum, depresor de la lengua, es-

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

carificador de ventosas, porta-cáusticos de nitrato de plata, cateter de la trompa de Eustaquio, instrumentos de dentista); se ha visto, en las fundiciones de vidrio, transmitirse la sífilis de boca en boca, por medio de la caña que sirve para soplar; el tatuaje mediante sustancias mezcladas con saliva de un sífilítico, puede ser también origen de contagio; en las vacunaciones en serie, la lanceta puede transmitir al vacunífero ó á varios vacunados la sífilis de uno de éstos.

El simple contacto de una secreción virulenta con el tegumento no basta para transmitir dicha enfermedad. Es absolutamente indispensable que la superficie cutánea ó mucosa sea asiento de una solución de continuidad: cortadura, mordedura, desolladura, erosión, grieta ó excoiación consecutiva al herpes, eczema, balanitis, sarna, etc.

2.º Herencia.—La sífilis puede transmitirse al hijo por sus padres cuando están afectos del mal en el momento de la concepción. Este caso es el de verdadera herencia, la debida á la infección del óvulo ó del esperma, ó de ambos, por el agente patógeno.

Es cierto, y podría suponerse *a priori*, que hay más riesgos de transmisión cuando el padre y la madre están infestados. Los hay en el caso de madre enferma en mayor escala que en el de padre enfermo en el momento de la procreación. Hechos bien observados por E. Vidal, Bassereau, Lancereaux y Fournier prueban, sin dejar duda, que la sífilis del hijo es debida al padre, y que la madre sana puede permanecer libre de manifestaciones sífilíticas durante todo el embarazo.

La transmisión de la dolencia no es fatal, aun cuando ambos padres sean afectos. Cuanto más antigua sea la infección de éstos, tanto más probable es la inmunidad para sus hijos; puede esperarse ésta cuando los progenitores no presenten accidentes de los considerados como contagiosos. Hay, no obstante, numerosas excepciones: los hombres, y en menor número de casos las mujeres, en pleno período secundario, pueden procrear hijos sanos; por el contrario, los que no presentan, hace muchos años, manifestaciones, ó solamente ofrecen las tardías y no contagiosas, procrean hijos sífilíticos. El profesor Fournier ha visto hijos sífilíticos de padres que padecieron el mal hacía dieciocho ó veinte años. Se admite en la práctica que hay probabilidades de no transmisión cuando hace tres ó cuatro años que empezó la enfermedad, si ha sido ésta sometida á un buen tratamiento y muy prolongado, y hace año y medio ó dos, por lo menos, que no hay manifestaciones: estas son las condiciones que exige el profesor Fournier para permitir el matrimonio de los sífilíticos.

Por regla general, cuando un individuo tiene un hijo sano, es poco probable que los siguientes presenten manifestaciones; esto es una consecuencia de la ley de la sífilis hereditaria, según la cual ésta ofrece una gravedad decreciente á medida que es más antigua la de los padres y se aumenta el número de los embarazos.

Es evidente la influencia del tratamiento á que han estado sometidos los padres antes de procrear: los hijos engendrados después de un tratamiento de algunas semanas (tratamiento del padre de familia, como dice el profesor Fournier) pueden verse indemnes, mientras que el producto de un embarazo ulte-

rior, no precedido de un período activo de tratamiento, es más ó menos gravemente infecto.

Se han citado algunas observaciones de sífilis transmitida á la tercera generación: estos hechos son excepcionales y son poco terminantes en su mayoría; algunos, sin embargo, como el de C. Boeck, son casi absolutamente demostrativos. El profesor Fournier, Besnier y Lannelongue se hallan dispuestos á admitir esta herencia á plazo largo.

3.º Sífilis por infección intrauterina.—Con la sífilis de verdadera herencia suele confundirse la que adquiere el feto durante el embarazo; el modo de contagiarse es distinto en ambos casos: en la primera, el nuevo ser es infectado de una vez y totalmente; en la segunda, éste se encuentra insuficientemente protegido por el filtro placentario y recibe una sangre inficionada, lo mismo que ocurría en las experiencias del profesor Strauss y Chamberland, en las cuales los fetos de las hembras hechas carbunculosas, son infestados y contienen bacterias en número escaso para producir inmunidad. El hígado, primer órgano que sufre el contacto infeccioso, es más atacado que las otras vísceras; por lo que á este caso cuadra la expresión metafórica chancro-hepático.

La transmisión por la placenta no parece probable cuando la madre contrae el mal después del sexto ó séptimo mes; desde luego es rara cuando esto se verifica después del quinto mes.

Estas dos categorías de sífilis congénita (la hereditaria propiamente dicha y la adquirida por transmisión materna) caben en una descripción común, porque no se han estudiado lo bastante para exponer sus caracteres diferenciales.

4.º Ley de Baumés y sífilis por concepción.—Cuando una mujer da á luz un hijo con sífilis hereditaria, está libre del contagio de esta enfermedad. Este principio se conoce con el nombre de *ley de Colles*, á cuya denominación debe preferirse, como ha demostrado Fournier, la de *ley de Baumés*, porque el observador lyonés la expuso antes y con más claridad que el inglés. Esta ley, comprobada por la observación clínica y confirmada por una inoculación negativa de Caspary, es preciosa, porque, según ella, una madre puede, sin peligro, lactar á su hijo sífilítico. No se comprende, si no se admite que la madre se ha hecho sífilítica por su hijo; pero su enfermedad no se manifiesta por más síntomas que la inmunidad contra una nueva infección.

En los casos comprendidos en la ley de Baumés no hay manifestación alguna exterior. En los otros se presentan accidentes durante el embarazo ó después de él, siempre que sea sífilítico el producto de la concepción, pero sin que se observe la puerta de entrada de la sífilis: el chancro; por lo cual es necesario admitir que la infección proviene del feto. La realidad de esta *sífilis por concepción*, admitida por Ricord, Diday, Depaul, Hutchinson, Fournier y Zeissl, no es discutible.

Los casos de este género deben compararse con aquellos en que la madre contrae el mal durante el embarazo y lo trasmite al feto por la vía placentaria: representan la serie diametralmente inversa, una especie de sífilis hereditaria al revés, de contragolpe, y demuestran una vez más que la placenta no es un filtro perfecto contra la invasión microbiana, como creía Davaine.

BIBLIOTECA BIBLIO A L D I E L L A P I E L L A
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

AGENTE PATÓGENO DE LA SÍFILIS.—Las investigaciones hechas para averiguar cuál es, no han dado resultados positivos hasta ahora. Los microorganismos coloreados ó cultivados por Klebs, Aufrecht, Birsch-Hirschfeld, Morison, etc., no tienen relación alguna con la sífilis. El bacilo encontrado por Lustgarten (1884-1885) en el chancro indurado y en las gomas (presentando muchas analogías morfológicas y cromofílicas con el de la lepra y el de la tuberculosis) pudo ser considerado, durante algún tiempo, como el parásito de la sífilis; pero su fama duró poco, pues las investigaciones de Alvarez y Tavel (1885) acerca del bacilo del sebo prepucial, demostraron la semejanza, por no decir la identidad, de este saprofito con el bacilo de Lustgarten, lo que es causa de que en la actualidad no se dé á este parásito valor alguno en ninguna parte, ni aun en Viena. Doustrelepoint ha descrito en las lesiones sifilíticas un bacilo que considera como propio de ellas y del cual no ha podido obtener cultivos puros.

De las numerosas investigaciones bacteriológicas hechas, solo resulta este hecho: en las lesiones ó en los tejidos de los sifilíticos, particularmente en los que lo son por herencia (Kassowitz y Hochsinger, Chotzen, etc.), suelen encontrarse micrococos debidos á una infección secundaria, pero sin tener relación de causalidad con la sífilis.

Aun cuando se hubiese hallado siempre en las lesiones sifilíticas un bacilo de forma y demás propiedades bien características y se hubiesen obtenido cultivos puros, se encontrarían muchas dificultades para estudiar todo lo relativo á aquel, porque no se conoce animal alguno susceptible de contraer la sífilis. Las innumerables investigaciones sobre este punto especialmente importante de la sífilis (Turnbull, Velpeau, Auzias-Turenne, Cullerier, Sigmund y Rosner, Horand y Peuch, Mossé, etc.), han fracasado. Ninguno de los hechos de Legros (conejo de Indias), Carezzi (ternera), Klebs (mono), Hänsel (conejo), Martineau (puerco y mono), á los cuales los autores dan una importancia más ó menos grande, produce convicción: las lesiones de diversa extensión demostradas en estos casos, puede ser que provengan de una septicemia, cuyo agente haya sido inoculado al mismo tiempo que los tejidos sifilíticos.

El no poseer un animal reactivo de la sífilis nos priva de un elemento importante para el estudio de ésta, porque la patología experimental podría aclarar ciertos puntos que por la clínica no encontrarán solución.

Cualquiera que sea la naturaleza del agente patógeno de la sífilis, es probable sea muy parecido, desde el punto de vista biológico, al de la tuberculosis y al de la lepra; pues las lesiones que produce el primero presentan, como las engendradas por los otros bacilos, una incubación larga y evolución lenta y por otra parte, todas las lesiones mencionadas ofrecen caracteres histológicos muy análogos.

CHANCRO SIFILÍTICO

Es la primera manifestación ostensible de la sífilis y se desarrolla en el sitio en que se ha verificado la inoculación.

Llámase también chancro infectante, chancro indurado (denominación de-

fectuosa, porque la induración no es propiedad constante, ni es patognomónica), chancro hunteriano, en honor de quien describió el primero con exactitud sus caracteres, pero sin reconocer todo su valor; en Alemania suele llamarse esclerosis inicial, nombre que tiene la ventaja de recordar sus caracteres anatómicos.

El chancro sifilítico ofrece un carácter importante (en especial para el diagnóstico), que es el no aparecer inmediatamente después del contacto infeccioso (venéreo ó común), habiendo, por tanto, un período de incubación, que varía entre quince y treinta días, pero que puede llegar á sesenta, setenta y noventa días ó, muy excepcionalmente, no pasar de cinco ó seis días.

Ocupa el sitio de la lesión, ó lesiones, que han servido de puerta de entrada al virus sifilítico. Por eso, su asiento es muy variable; de aquí resulta una primera división, sin importancia, en: chancro de los órganos genitales (pene, balano, prepucio, uretra, escroto, grandes y pequeños labios, clítoris, vagina, cuello del útero), chancro perigenital (cara interna de los muslos, región anal, monte de Venus), y chancro extragenital, que puede encontrarse en las más diversas regiones; cara y particularmente labios y lengua; miembros, especialmente los dedos (en las sífilis profesionales de los médicos y parteras) y el brazo, sitio habitual del chancro producido por la vacunación, etc.; indiquemos también las amígdalas, los párpados, la nariz, como punto excepcional, las nalgas, recordando que la etiología del chancro situado en ellas se parece á la del genital y las mamas, cuyo chancro es casi exclusivo de las nodrizas. La frecuencia del chancro extragenital, comparada con la del genital, es de 6 por 100, según las estadísticas de Jullien; proporción que, según las de los chancros extragenitales observados en la enfermería del profesor Fournier, es inferior á la que realmente existe.

Desde el punto de vista sintomatológico, el chancro de la piel debe distinguirse del de las mucosas.

El chancro sifilítico ordinariamente es único; en la tercera parte de las veces es múltiple, sea genital ó extragenital; se observan casos de dos, tres y cuatro chancros; pero rara vez aparecen en número mayor; Lailler ha contado 19 en un enfermo. Los chancros múltiples corresponden á otros tantos sitios de introducciones simultáneas ó casi simultáneas del virus sifilítico; tienen su asiento en la misma región; pero alguna vez se han visto chancros genitales y extragenitales en un mismo individuo. Los casos de muchos chancros se presentan cuando la sífilis se ha introducido por lesiones ulcerosas de los órganos genitales, sobre todo las de la sarna.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.—La lesión que ha servido de puerta de entrada al virus sifilítico, desaparece por completo mucho tiempo antes de presentarse el chancro. Cuando otro agente infeccioso se ha introducido al mismo tiempo que el de la sífilis, suele persistir hasta el fin del período de incubación una lesión, como el chancro simple, ó restos de ella, como la pústula de la vacuna, por ejemplo, que enmascaran ó modifican la manera de empezar el chancro infectante. Casi siempre se ve aparecer en el tegumento sano una pequeña pápula redonda, ligeramente elevada, dura, con una ligera erosión en su centro; el chancro sifilítico, en tal estado, no tiene ningún síntoma patognomónico. En los días siguientes progresa, se hace más evidente, más extenso y