

sas, de las cuales padecen y en particular de la tuberculosis, á la que están muy predispuestos particularmente (Fournier).

El producto de la concepción sometido á la influencia de la sífilis hereditaria es expulsado antes de llegar á la época normal; los abortos repetidos en série son una de las manifestaciones más constantes de este mal en la mujer; se producen sin causa ostensible, son más tardíos á medida que crece su número, por la influencia favorable y atenuante que el tiempo ejerce sobre la gravedad de esta herencia.

Los fetos expulsados pueden no presentar más lesión tegumentaria que la piel macerada; en los que nacen en el octavo mes se encuentran afecciones análogas á las que se ven en los de todo tiempo, entre las que sobresalen las viscerales por su frecuencia y gran desarrollo. En estos casos, la placenta ofrece lesiones complejas y mal determinadas y también otras análogas á las gomas por su aspecto y estructura. El hidroamnios es frecuente en las sífilíticas (Fournier, Bar).

SÍFILIS HEREDITARIA PRECOZ

Sus manifestaciones tienen indudable semejanza con las de la sífilis adquirida. Mas por las condiciones de estructura de las vísceras, nutrición y desarrollo del niño, ofrecen caracteres especiales, que obligan á describirlas aparte. Ciertas localizaciones son casi desconocidas en la sífilis adquirida, mientras que en la hereditaria se conoce su sitio de elección, resultando de esto un dato de primer orden para el diagnóstico.

Dichas manifestaciones suelen existir en la época del alumbramiento, empiezan, por punto general, en los tres primeros meses de la vida extra-uterina, rara vez después de esta época y excepcionalmente después del sexto mes. Alguna vez se han visto empezar á los siete meses (Trousseau, Kjellberg, J. Simón); pero estos hechos imponen gran prudencia al hacer el diagnóstico de la sífilis hereditaria precoz, porque la aparición tardía de ésta ha sido origen de la mayor parte de los desgraciados hechos de sífilis vacunaria.

Los niños afectados de este mal tienen apariencia de perfecta salud hasta que brotan las dermatosis, y aun después de existir éstas.

La *facies* considerada por Trousseau como característica de la sífilis hereditaria, es de gran valor diagnóstico cuando existe; pero hay que tener presente que no siempre se observa; la cara parece de un mendigo, la piel está como tiznada con hollín ó es de un color amarillo de maíz muy especial; faltan las pestañas, son escasos los cabellos, entre los cuales se aprecian islotes alopecicos; excepción hecha de la última época, los rasgos fisonómicos no acusan enflaquecimiento, no son salientes, á la manera de los de un viejo, como en los niños atrépsicos.

La anemia, indicada por el color de los tegumentos, existe en realidad; como demuestra la palidez y el escaso número de glóbulos rojos (Cuffer).

El hígado está voluminoso y ocupa gran parte del abdomen. El bazo se encuentra también abultado.

Las lesiones cutáneas presentan distintos caracteres y ofrecen casi todos los

tipos observados en la sífilis adquirida. Algunas son exclusivas de la hereditaria y otras lo son de la adquirida.

La roseola falta en la hereditaria ó, por lo menos, es muy excepcional (Parrot). Mas se observan manchas de un rojo más ó menos oscuro, tirando al amarillo ó recordando el color de jamón ó de salmón, que se nota en las sífilides del adulto; empiezan por las nalgas y muslos, continúan por la cara y terminan en el tronco; presentan una eminencia perceptible, por lo que forman verdaderas pápulas más ó menos anchas (eritema máculo-papuloso de Zeissl).

En algunas regiones, particularmente en las palmares y plantares, el eritema aparece en forma de red de color rojo escarlata ó cobrizo; al mismo tiempo, la piel se cubre de escamas blancas y secas, que después se desprenden del todo, no dejando más que una línea en su periferia. Estas sífilides psoriasiformes suelen ocupar grandes segmentos de los miembros.

Alrededor de los orificios naturales, los eritemas van acompañados de fisuras más ó menos profundas, que ocasionan verdaderas úlceras, origen de cicatrices indelebiles; grietas dispuestas en forma de radios de círculo, situadas en los labios, y más veces en la barba, dan á la fisonomía de los niños sífilíticos un aspecto característico.

Las gomas y los verdaderos tubérculos aparecen rara vez en los períodos precoces de la sífilis hereditaria.

Con mayor frecuencia se forman placas, lo mismo que en el adulto, en los puntos en que dos porciones de tegumentos están en mútuo contacto, como la región perianal, el surco interglúteo, la región genital y la genito-crural; éstas, que en el niño están expuestas al contacto de la orina y materias fecales, son los sitios de predilección de las manifestaciones de la sífilis hereditaria. Las placas se observan en otras regiones de la piel; pero con menor frecuencia que en la sífilis del adulto.

En la hereditaria se nota una afección que no tiene su análoga en la adquirida y se designa con el nombre de pénfigo sífilítico; se manifiesta en las regiones palmares y plantares, es de las más precoces y aparece al nacer el feto, sea ó no de todo tiempo; consiste en ampollas de 2 á 3 milímetros á 1 centímetro de diámetro, llenas de líquido turbio ó purulento, se rompen y dejan en su lugar una epidermis arrugada, de modo que es difícil conocer si queda el resto de una ampolla penfigoide ó el resultado de la maceración de la epidermis que cubre á una pápula sífilítica. A consecuencia de la ruptura de las ampollas pueden sobrevenir úlceras profundas y rebeldes. Esta forma de sífilide es siempre grave y sintomática de una sífilis de un fin próximo y fatal.

Las úlceras de alrededor de las uñas son muy frecuentes.

En las mucosas existen placas análogas á las del adulto; entre éstas merecen mencionarse las de la boca. En los labios existen grietas, que ocupan las comisuras ó cualquier punto del borde libre de aquéllos, siendo un peligro inminente para la nodriza. Parrot atribuye á la sífilis hereditaria la lesión llamada glositis exfoliadora marginada ó liquenoides lingual; por el contrario, Caspary, Vanlair y últimamente Fournier, han demostrado que esta afección no depende de la sífilis hereditaria.

La mucosa nasal se encuentra afectada en la sífilis hereditaria; el coriza, caracterizado por la salida de líquido sanioso ó seroso, da origen á costras, que impiden la respiración por la nariz, y por tanto, la lactancia del niño, comprometiendo su nutrición. La nariz aparece roja y hendida. Estas manifestaciones preceden á las dermatosis.

Los ganglios linfáticos, aunque algunas veces son asiento de lesiones generalizadas (Doyen), no suelen ser atacados por la sífilis hereditaria, ocurriendo lo contrario en la adquirida.

En aquélla se alteran los huesos, como demuestra Parrot. Sus lesiones consisten en una hiperplasia, que termina por osteofitos. En el cráneo se manifiestan por el desarrollo de eminencias que ocupan preferentemente el frontal y forman dos eminencias laterales (cráneo natiforme, *nates*, nalgas). En las extremidades pasan inadvertidas, hasta que se produce una solución de continuidad en el punto en que se unen la diáfisis y el cartilago epifisario; entonces se observa una *pseudo-parálisis*, que Parrot ha descrito, y es debida á que el niño inmoviliza su miembro, para evitar el dolor que provocan los movimientos; esta pseudo-parálisis existe antes de romperse el hueso y se cura con tanta más facilidad cuanto más pronto se diagnostica su naturaleza y el estado general del enfermo está menos deprimido. Las infecciones de otro orden determinan la supuración de estas lesiones óseas y conducen á una muerte inevitable.

Las vísceras son atacadas por esta forma del mal, principalmente el hígado, bazo, testículo, pulmones, sobre todo los intestinos (esto será estudiado al tratar de las enfermedades de estos órganos). Las lesiones que aparecen en éstos ofrecen los caracteres anatómicos de las sífilíticas: proliferación celular con tendencia á la esclerosis y atrofia parenquimatosa ó á la producción de gomas; pero difieren de las propias de los adultos por el terreno infantil en que se desarrollan y por la evolución anatómica de los órganos en esta época de la vida. La mayor parte de estas lesiones no tiene síntomas característicos: los vómitos y diarrea que acompañan á las intestinales y la disnea que existe con las del pulmón no podrían ser relacionadas con su verdadera causa, si las afecciones cutáneas y mucosas no hubieran hecho que antes se diagnosticara la sífilis.

Las manifestaciones oculares no son frecuentes en la sífilis hereditaria precoz; cuando existe la iritis, ocasiona la ceguera.

Abandonada á sí misma la sífilis hereditaria precoz, sus lesiones cutáneas y mucosas son cada vez más graves y extensas, el color de la piel continúa alterándose, el niño se pone flaco, decae y concluye por sucumbir por caquexia, acompañada de vómitos y diarrea ó de convulsiones y otros trastornos nerviosos alguna vez. Las enfermedades intercurrentes, una diarrea debida á indigestión ó la brónco-neumonía, suelen ser causa de la muerte.

El tratamiento antisifilítico consigue la curación, si el estado caquético no ha progresado.

La gravedad del mal decrece á medida que la sífilis de los padres es más antigua: los primeros hijos son víctimas de manifestaciones intensas, mientras que los siguientes presentan accidentes ligeros ó están sanos.

DIAGNÓSTICO. — El de la sífilis hereditaria precoz es fácil, cuando existen

dermatosis bien caracterizadas con lesiones de las mucosas, particularmente el coriza, ó lesiones óseas ó viscerales, clínicamente apreciables. Queda alguna duda si las afecciones se observan en un solo sistema, cutáneo, óseo ó mucoso; en tal caso hay que atender á los síntomas objetivos y á los antecedentes hereditarios del niño.

El coriza de los recién nacidos debe despertar la sospecha de sífilis, porque puede ser la única manifestación que haya por mucho tiempo. Su resistencia á los tratamientos del coriza simple y su duración larga, bastan para relacionarlo con su verdadera causa y justifican el empleo de la medicación específica, que pronto conduce á buen término.

Las *fisuras de los labios*, aun sin la coexistencia de otras manifestaciones cutáneas ó mucosas, hacen pensar en la sífilis hereditaria, cuando los antecedentes son sospechosos, y aun cuando éstos sean desconocidos, siempre que se trate de ciertos niños, como por ejemplo, los incluseros. Merecen fijar la atención porque son el origen del contagio de las nodrizas.

Las *erupciones cutáneas* no ofrecen dificultad de diagnóstico, si ocupan gran extensión ó forman esa máscara peri-bucal, característica de la sífilis hereditaria, ó bien tienen aspecto psoriasiforme ó penfigoideo las localizadas en los extremos de los miembros, antes ó un poco después del nacimiento. La dificultad es grande cuando las dermatosis ocupan las regiones anal ó genital; pues éstas son el asiento de predilección de las erupciones sífilíticas y de las comunes de los recién nacidos.

Los *eritemas simples* que en los niños sanos ocasiona el contacto de la orina y heces fecales, lo mismo que su envoltura en ropas demasiado calientes, y que se manifiestan también en los niños atrepsicos ó afectos de diarrea, son difusos, de color más vivo que las diversas sífilides, no van acompañados de infiltración de los tegumentos, así como tampoco de erosiones ni eminencias análogas á las de las placas mucosas. No obstante, por una influencia desconocida, puede producirse una erosión que va seguida de infiltración dérmica limitada, constituyendo una verdadera pápula; este eritema ha sido estudiado por Sevestre y Jacquet con el nombre de *eritema papuloso post-erosivo* ó de sífiloide post-erosivo; ha sido confundido con las sífilides, entre otros por Parrot, que le consideró como una sífilide lenticular; se distingue por dejar íntegros los pliegues naturales, mientras que son invadidos hasta su profundidad por las lesiones sífilíticas; además, las pseudo-pápulas tienen en su periferia un plegado epidérmico en forma de radios muy finos (Jacquet), que jamás existe en la sífilis.

E. Besnier y Fournier han descrito últimamente una afección que ha recibido los nombres de *vaccino-sifiloide*, herpes vacciniforme, etc., que ocupa los pliegues cutáneos de la región genital y anal; está formada de papulo-vesículas iguales entre sí, redondas, umbilicadas, de color rojo ó gris y difteroide, que dejan trasudar líquido y se encuentran reunidas en grupos más ó menos numerosos. Difiere de las sífilides por la multiplicidad de aspectos que ofrecen las lesiones al evolucionar en forma de brotes sucesivos y por la presencia, en medio de elementos papulosos, de otros elementos más nuevos y todavía en estado vesiculoso.

La impotencia funcional de un segmento de miembro manifestada en un

niño cierto tiempo después de nacer, y que no puede atribuirse á un traumatismo obstétrico, despierta la sospecha de una pseudo-parálisis sífilítica, pues en esa edad son raras las *parálisis de origen periférico*; la comprobación de un desprendimiento dia-epifisario ó de una tumefacción de la epífisis pueden autorizar por sí solas para afirmar la existencia de una osteopatía sífilítica, y justificarían de todos modos (aun no conociéndose los antecedentes y sin que hubiese otra manifestación ostensible) el tratamiento antisifilítico que, en caso de éxito, probaría el diagnóstico.

En muy pocos casos se manifiestan las lesiones viscerales por síntomas que permitan diagnosticarlas y no suele comprobarse su existencia hasta después que las lesiones superficiales han dado á conocer la naturaleza de la enfermedad; por consiguiente, aquellas, por sí solas, no ponen en camino de conocer la infección del niño, por lo menos por lo que á la sífilis hereditaria precoz se refiere. Hay que hacer una excepción en favor de las lesiones testiculares, bien estudiadas por Hutinel, las cuales consisten en una orquitis con vaginitis exudatriz, terminan por la atrofia esclerótica del órgano, y al aparecer en un recién nacido despiertan la sospecha de sífilis.

No siempre es heredada la sífilis del niño, pues éste puede también adquirirla desde la más tierna edad; la vacuna, las lesiones bucales y gingivales infectadas por los objetos de limpieza y de mesa, la pederastia, la violación de las niñas, etc., son los principales medios de contagio. La existencia del chancro infectante, muchas veces fácil de comprobar, distingue la *sífilis infantil adquirida* de la hereditaria. Además, aquella suele empezar mucho después, presenta la roseola y no ofrece el coriza y las lesiones óseas tan frecuentes en ésta. Este diagnóstico diferencial no es del mayor interés, porque en igualdad de condiciones de resistencia vital y en una misma edad, el pronóstico es idéntico, pues si en la mayoría de los casos la sífilis adquirida es menos grave que la hereditaria, se debe á que aquella se manifiesta en niños mayores y mejor desarrollados que los invadidos por la última.

SÍFILIS HEREDITARIA TARDÍA

La influencia hereditaria de la sífilis no se limita á los primeros meses, ni aun á los primeros años de la vida. Muchas afecciones consideradas como propias de la escrófula ó de la sífilis adquirida, por aparecer en los adolescentes, se atribuyen hoy á la herencia de la sífilis. Las investigaciones de Hutchinson, Horand y Chaboux, Jackson, Coupland, Augagneur y, sobre todo, las de Parrot y los profesores Lannelongue y Fournier, han dado á la sífilis la porción que le toca en el reparto del desmembramiento de la escrófula.

Los síntomas de la sífilis hereditaria tardía pueden existir durante toda la adolescencia y aun en la edad adulta; Fournier consigna, como límite observado por él, la edad de veintiocho años; pero eso no obsta para que se admita que ese límite pueda avanzar en observaciones ulteriores, puesto que la sífilis adquirida conserva toda su actividad al cabo de un tiempo más largo.

Las manifestaciones son de muy diversos órdenes y reproducen casi exacta-

mente las de la sífilis adquirida del adulto. Se desarrollan, por lo común, lo mismo que las de la terciaria, mediante un proceso gomoso ó escleroso, y ocupan todos los sistemas de la economía, pero con cierta predilección hacia algunos. Las estadísticas de Fournier colocan en primera línea las afecciones oculares, después las óseas, cutáneas, de la garganta, las cerebrales y las perturbaciones auditivas. La nariz, hígado, bazo, riñones, testículos, pulmones, médula y lengua, son atacados con menor frecuencia.

Estas diversas lesiones serán descritas, con todo el detalle debido, en los capítulos dedicados á los órganos que aquellas invaden. En este sitio tan sólo indicamos sus caracteres generales y los elementos de diagnóstico de la sífilis tardía, considerada en general.

Las afecciones cutáneas y mucosas ofrecen los mismos caracteres que en la sífilis adquirida; por lo que choca que hayan podido ser confundidas, con el nombre de escrófulides, con las manifestaciones de la tuberculosis, de las que tanto difieren en la mayoría de los casos. Caracterízanse por una infiltración destinada á sufrir la degeneración gomosa ó bien la alteración molecular que acaba en úlcera, evolucionan con lentitud, dan origen á pérdidas de substancia difíciles de reparar y á cicatrices indelebles y manifiestan tendencia á formar grupos circulares. Se distinguen de las afecciones de la escrófula-tuberculosis por su menor duración, mayor facilidad de formarse cicatrices, la presencia de éstas, por los vestigios de lesiones curadas, el aspecto menos tórpido, la mayor dureza de las granulaciones de las sífilides en actividad y la influencia ostensible y rápidamente curativa del tratamiento específico.

Las lesiones óseas de esta forma del mal difieren de las que se encuentran en la escrófula. Parrot, que ha estudiado con gran talento estas osteopatías, considera al raquitismo como consecutivo á la sífilis. Esta opinión ha sido combatida por Fournier y se encuentra totalmente abandonada.

El diagnóstico de la sífilis hereditaria tardía, se funda en la existencia de lesiones cutáneas, mucosas, óseas ó viscerales, que dan á conocer á aquella ó la hacen sospechar, y también en una serie de signos y antecedentes que el profesor Fournier clasifica del modo siguiente:

Constitución, hábito exterior, facies. — Los enfermos de sífilis hereditaria están delicados, enaguados y flacos, y tienen la piel de color obscuro, gris sucio, casi térreo.

Atraso y paralización de desarrollo físico, deformidades. — Presentan los caracteres del infantilismo: cuerpo delgado, testículos rudimentarios, barba escasa, etc.

Deformidades craneanas y nasales. — Su frente ofrece muchas veces un desarrollo enorme ó eminencias laterales (cráneo natiforme; *nates*, nalgas) ó una depresión media, ó bien hay eminencias en distintas partes del cráneo, que es alargado transversalmente, asimétrico y aun hidrocefálico. La nariz está deformada por la depresión de la parte superior ó de la inferior de sus huesos (nariz en lente), ó por la irregularidad de sus alas.

Deformidades óseas del tronco ó de los miembros. — Existen tumefacciones en los huesos largos, principalmente en las tibias, cuyo borde anterior se halla hiperostósico y transformado en una cara, y toma una forma parecida á una