

hoja de sable (Fournier); los huesos de los miembros se encorvan, el tórax tiene forma de quilla y el raquis se deforma.

Cicatrices de la piel y mucosas. — Parrot ha insistido en el valor de las cicatrices para el diagnóstico retrospectivo de la sífilis hereditaria. Aunque no se les dé una importancia extraordinaria, deben ser consideradas como un signo probable de sífilis hereditaria las cicatrices extensas, muy superficiales, de contornos festoneados mal definidos, que ocupan las regiones lumbo-sacra y crural posterior, y sobre todo las comisuras labiales y la nariz. Las de las amígdalas y velo del paladar, que serán descritas al tratar de la sífilis de la faringe, son indicios de dicha enfermedad.

Lesiones oculares. — Forman con los trastornos del oído y las deformaciones dentarias, la *triada de Hutchinson*, llamada así en honor de quien ha hecho conocer el gran valor semeiológico de esta asociación de síntomas. En los antecedentes se da cuenta de flegmasías oculares, intensas por lo general, bilaterales y de duración larga, habiendo ofrecido los caracteres de la queratitis intersticial, que en la mayoría de los casos es sintomática de la sífilis hereditaria. En los que padecen ésta existen nefelios, albugos y leucomas.

Lesiones y trastornos del aparato auditivo. — Muchas veces se consigna en los antecedentes, que ha existido otitis purulenta; pero el hecho capital es la existencia de sordera que aparece de un modo repentino, sin que la acompañen síntomas de otitis, adquiere pronto una gran intensidad y persiste sin lesiones ostensibles.

Deformaciones dentarias. — Hutchinson ha descrito, como especial de la sífilis hereditaria, una deformación de los dientes, que ataca exclusivamente á los incisivos medios superiores de la segunda dentición, produciendo en ellos una escotadura semilunar del borde libre, adelgazamiento de su parte superior y redondez de los bordes laterales. Este tipo, para el cual debe reservarse el nombre de diente de Hutchinson, es muy poco frecuente. Más veces se ven en los dientes surcos transversales, depresiones (atrofia cupuliforme de Parrot) ó atrofia general (micro-odontismo); pero en estas deformaciones tan solo existe indicio de trastorno de la nutrición general en el momento del desarrollo de los dientes de la segunda dentición, y aunque Parrot afirme lo contrario, no son exclusivas de la sífilis.

Lesiones testiculares. — Muchas veces los testículos aparecen pequeños, indurados, irregulares, á consecuencia de orquitis sífilítica desarrollada en la infancia. En otros casos, aquellos son pequeños por detención de desarrollo, pero no están deformados.

Hipertrofias ganglionares. — Las adenopatías atónicas, de evolución lenta y larga fecha, que tienen su asiento en las partes laterales del cuello, y á veces las ingles ó axilas, se observan en la sífilis hereditaria, y suelen ser atribuidas á la escrófulo-tuberculosis.

Artropatías. — Hidrartrosis crónicas ó deformaciones articulares, en tumor único ó tuberosidades aisladas, existen algunas veces, y difieren de las artropatías tuberculosas, con las cuales se las suele confundir.

Detención del desarrollo intelectual. — Los que padecen el mal que nos ocupa, son á veces de inteligencia muy limitada; son niños atrasados, y en muchos casos casi son imbeciles ó idiotas.

Polimortalidad de los niños en las familias. — Los abortos repetidos en las sífilíticas y la muerte prematura de los niños contaminados, puede, en muchos casos, servir de base ó de sospecha al diagnóstico de la sífilis hereditaria en los niños que sobreviven. Por causa del habitual decrecimiento de la gravedad de las consecuencias hereditarias de la sífilis, los niños que nacen después son los que tienen más probabilidades de presentar los síntomas de la tardía, mientras que los que les preceden sucumben cuando tienen poco tiempo ó mueren dentro del claustro materno, produciéndose el aborto en los primeros embarazos.

Investigación en la familia. — Es, como indica Fournier, el mejor elemento de diagnóstico. En la mayoría de los casos, con solo ella se averigua si la sífilis es heredada ó contraída en la juventud.

TRATAMIENTO

La profilaxis de la sífilis, problema social de la mayor importancia, corresponde á la higiene y á la policía sanitaria, por lo cual nos limitamos á encauzar su estudio.

La destrucción ó la extirpación del chancro ha sido considerada por ciertos autores como medio abortivo de la sífilis. Intentada por Ricord, estudiada últimamente por Unna, Auspitz, Leloir, Jullien, Pontoppidan, Haslund y Ehlers, la excisión del chancro ha parecido á algunos que sirve para detener la infección sífilítica, con tal que se practique extensamente y en época muy primitiva; es decir, en las primeras horas, ó, por lo menos, en los primeros días del chancro, antes que los ganglios linfáticos próximos sean afectos. Según Jullien, atenúa la infección, si no paraliza la marcha. Fournier y otros muchos sífilígrafos no consideran como probados estos buenos éxitos. Hay derecho de preguntar si todas las lesiones excindidas en las primeras horas de su desarrollo eran chancros infectantes: ciertos casos, citados para defender el método, no han sido observados todo el tiempo que se necesita para considerar como confirmada la falta de accidentes sífilíticos posteriores; además, en los casos comprobados es preciso atender á que la sífilis puede manifestarse tan sólo por un chancro (sin otro accidente), por lo menos durante muchos años. Todos los autores, aun los que se envanecen con sus buenos resultados, reconocen que la excisión no es aplicable más que á un número limitado de chancros, á aquellos que por su situación en el prepucio ó en la piel del pene se prestan á la excisión completa sin grandes mutilaciones, y afirman que es necesario que el chancro sea reciente, lo cual disminuye el número de las intervenciones posibles. Cuando se intenta la excisión, es preciso decir al enfermo cuál es el éxito probable, é indicarle que lo único que puede darse como absolutamente cierto, es la curación rápida de una molestia que puede sanar por sí sola en algunas semanas.

El tratamiento del chancro, como lesión local, ha sido expuesto antes; por lo que en este capítulo hablaremos del de la sífilis.

Se reduce al uso del mercurio y ioduro potásico.

El primero se administra en diversas formas (mercurio metálico, sublimado,

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

calomelanos, proto-ioduro, bi-ioduro, tanato, salicilato, fenato, formiato, etc.), y por diversas vías: cutánea (fricciones, baños), subcutánea (inyecciones de sales solubles ó insolubles), estomacal (disoluciones, jarabes, píldoras), cuyas indicaciones se fundan en el estado de las vías digestivas, tolerancia del enfermo y aun en su debilidad. Así pues, en los casos de manifestaciones intensas y gravedad de las localizaciones, se usan las unturas con pomadas mercuriales, que producen rápidamente la saturación. Las unturas y las inyecciones subcutáneas convienen á los enfermos que no pueden absorber el mercurio por el estómago, por el mal estado de sus vías digestivas. Las inyecciones se emplean en los hospitales, donde los enfermos se sustraen á otros medios de tratamiento.

Los compuestos iodurados consisten, en primer término, en disoluciones y en jarabe de ioduro potásico, y algunas veces del de sodio, cuyas propiedades antisifilíticas no son tan evidentes como las de su congénere. Con frecuencia se los asocia á las preparaciones mercuriales: el jarabe bi-iodurado de Gibert es el tipo más aceptado de este *tratamiento mixto*, que también se pone en práctica por el empleo simultáneo de los compuestos de iodo y de cualquiera de los modos de administración del mercurio.

Este se administra contra las afecciones superficiales y resolutivas de los períodos iniciales, mientras que los compuestos iódicos se destinan á combatir las manifestaciones de tendencia esclerósica en los períodos tardíos. La asociación de los dos tratamientos suele estar indicada lo mismo en los períodos precoces que en los tardíos, y debe ponerse en práctica siempre que la enfermedad resiste á una sola medicación ó cuando las localizaciones constituyen un peligro, que necesita ser combatido con rapidez y energía.

El tratamiento debe empezarse, según la mayoría de los autores, Ricord, Fournier, E. Besnier y Mauriac, entre otros, desde que se hace el diagnóstico del chancro duro y se reconoce la existencia de la sífilis. Según Diday, Sigmond, Zeissl, Kaposi y Leloir, tal proceder no ofrece ventaja alguna y no modifica la intensidad de la sífilis que ha de venir, si es que no la agrava.

La necesidad de combatir todas las manifestaciones sifilíticas, precoces ó tardías, superficiales ó profundas, es reconocida por todos los autores; pero mientras que unos (con Diday, Mauriac, Kaposi) limitan el tratamiento á los períodos de actividad de la infección y le suspenden al desaparecer los accidentes ostensibles, otros lo continúan aunque la sífilis no se manifieste por ningún síntoma. Ricord usaba el mercurio por espacio de seis meses, y después el ioduro potásico por tres. Fournier prescribe los preparados mercuriales durante los dos primeros años, con intervalos de reposo, que siguen á períodos de tratamiento activo de dos meses, de seis semanas ó de un mes; más tarde usa el ioduro potásico, dándole en intervalos separados por épocas de descanso. Este método de tratamientos sucesivos le ha parecido que libra de los accidentes terciarios con más seguridad que el que consiste en suspender la medicación desde que la sífilis no da lugar á accidentes activos, y también con más seguridad que el uso continuo y prolongado de los remedios.

El tratamiento antisifilítico puede y debe ser prescrito á las sifilíticas embarazadas y también á los niños que presentan síntomas precoces ó tardíos de sífilis hereditaria.

La medicación específica no contraindica el empleo de medios que son reclamados por el estado general de los enfermos. Los tónicos, la hidroterapia, baños de mar, etc., están indicados por la anemia engendrada por la infección ó existente desde épocas anteriores. En algunos individuos afectos de sífilides malignas precoces, el tratamiento específico, prescrito desde luego, es menos activo que cuando se usa precedido de una medicación tónica y reconstituyente.

Insistimos en que no basta la prescripción común de mercurio y ioduro potásico; es menester adaptar el tratamiento á las condiciones particulares del enfermo y, si es preciso, asociarlo á otras prácticas terapéuticas, cuyos detalles no son de este lugar.

BIBLIOGRAFÍA: Para las indicaciones de los innumerables trabajos que tratan de la sífilis, consúltense los índices bibliográficos contenidos en el *Traité des maladies vénériennes*, de Jullien, 2^o édit., Paris, 1886; en la obra de Prosch, *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten*, Bonn, 1891, t. III, y para los trabajos posteriores á 1889, los *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, années 1889, 1890 et 1891.

CAPÍTULO II

CHANCRO SIMPLE

DEFINICIÓN. — Con los nombres de chancro simple (Fournier), chancro blando, chancro no infectante, chancrillo (Diday), chancroide (Clerc), se describe una úlcera que ocupa siempre los órganos genitales externos, es reinoculable, suele ir acompañada de adenopatía y no produce fenómenos de infección general.

Fué confundido con el chancro infectante por mucho tiempo, durante el caos de las enfermedades venéreas, y ha sido separado de aquél por Ricord y Bassereau. Esta opinión dualista fué adoptada al momento en Francia por la inmensa mayoría de los médicos, y todavía encuentra enemigos en otros países.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.—Consiste el chancro simple en una úlcera de extensión variable, de forma circular y de la de grietas en ciertas regiones, por ejemplo, los pliegues del ano. Sus bordes son sinuosos, de aspecto dentado cuando se los examina con lente, ó aparecen como si se formasen con un sacabocados ó si fuesen cortados á formón, y algunas veces desflecados. La piel de alrededor suele estar roja y tumefacta; el límite de la úlcera se marca por un pequeño cerco de color amarillo claro. El fondo de la llaga es irregular, como carcomido (Fournier), de color gris, de aspecto pultáceo, por existir en la superficie un detritus de tejido que forma una especie de falsa membrana, infiltrada de pus, en la cual pueden encontrarse fibras elásticas. El pus es más ó menos abundante (siempre lo es más que en el chancro sifilítico), menos trabado que el flegmonoso y con frecuencia existe mezclado con sangre, sanies y detritus orgánico.