

Y la púrpura *primitiva* y *secundaria* ¿son un mismo estado morboso? Esta pregunta encierra un problema nosológico que considero insoluble en la actualidad, porque desconocemos la naturaleza íntima de este proceso. Pero en fin, como las exigencias de la práctica nos imponen el deber de dar solución al problema de una manera provisional, porque el médico necesita tener un criterio formado respecto de este asunto para que sirva de fundamento á su conducta, diré, aunque en hipótesis, que la púrpura debe considerarse como una manifestación sintomática, como los vómitos y la disnea; que las manchas cutáneas y las hemorragias, miradas en sí mismas, son siempre iguales, pero el conjunto patogénico de la enfermedad, su naturaleza propiamente dicha, varía más ó menos en cada caso; por cuya razón nunca debemos satisfacernos con decir «se trata de una púrpura», sino que, desde el punto de vista del diagnóstico y de la terapéutica, debemos prescindir de este nombre y preguntarnos: ¿á qué obedecen estas hemorragias? Y en esta pregunta, que encierra un problema distinto en cada caso, va envuelto el diagnóstico diferencial entre la púrpura y las hemorragias sintomáticas de enfermedades diversas, ya renales, gástricas, intestinales, etc., pues en el fondo se trata de un solo ideal clínico: investigación de la causa ó de las causas de las hemorragias.

Distinguiremos el *escorbuto* por las lesiones que se presentan en las encías y por la luz que arroje la anamnesia respecto de la causa probable del padecimiento.

El diagnóstico diferencial con la *hemofilia* se funda en que ésta es una *diátesis hemorrágica permanente*, casi siempre innata, y en la cual se presentan hemorragias, pero no petequias.

Diferenciaremos fácilmente las manchas debidas á hemorragias intersticiales de la piel, de las *hiperémicas*, en que las primeras no se borran con la presión del dedo, y en su color *sui generis* de sangre, que es de un rojo intenso especial ó violáceo.

PRONÓSTICO.—El de la púrpura simple y primitiva, benigno; el de la hemorrágica primitiva, en relación con el asiento é intensidad de la hemorragia de las mucosas; y el de la simple ó hemorrágica secundarias se funda en las condiciones de las hemorragias y en las de la enfermedad en cuyo curso aparecen.

TRATAMIENTO.—En la *púrpura simple y primitiva* se mandará acostar al niño, porque el reposo en la cama en posición horizontal es muy conveniente para evitar la producción de fenómenos purpúreos y para que se reabsorban los equimosis, pues el ejercicio corporal los provoca; si existe fiebre, se dará como alimento leche aguada, y si hay apire-

xia, una alimentación bastante nutritiva y fácilmente digestible, en relación con la edad del niño.

Para la *púrpura hemorrágica* véase lo que he dicho al ocuparme de la forma hemorrágica de las fiebres eruptivas.

Sífilis infantil.

La *sífilis infantil* comprende las dos modalidades causales de la sífilis: la *hereditaria*, que también suele llamársela *congénita*, y la *adquirida*. Esta última es análoga á la del adulto, y puede ser producida en el momento del nacimiento por hallarse la madre afectada de chancro, ó después, bien sea transmitida por la nodriza, por la vacunación, etc. Según parece, nunca se ha observado la aparición de un chancro primitivo antes de desarrollarse la sífilis constitucional, explicándose semejante hecho por hallarse toda la piel del feto cubierta con un espeso barniz; pues bien: yo he visto, cuando explicaba en la Universidad de Zaragoza la Clínica de Obstetricia, un niño de un mes, hijo de una mujer sífilítica, afectado de un chancro duro en la axila izquierda, sin ninguna otra lesión sífilítica externa.

Estudio aquí la sífilis infantil porque es variable la época en que tienen lugar las primeras manifestaciones sintomáticas.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—La causa es bien conocida en clínica, aunque desconocida en sus caracteres intrínsecos: un elemento específico, que se puede afirmar que es microbiano por tratarse de una enfermedad contagiosa. Como la sífilis no respeta condición individual alguna, ni influencia externa de ninguna clase, todas las investigaciones etiológicas se refieren á la diversa manera de realizarse la infección, la cual puede proceder del padre, de la madre ó de ambos á la vez.

El germen sífilítico procedente del padre puede tener por vehículo el zoospermo y verificar la infección del nuevo ser en el momento de la fecundación, ó bien puede realizarse el contagio en una época variable de la vida intra-uterina, siendó tanto más probable la transmisión del germen, cuanto menos tiempo haga que el padre padece la sífilis; y, por el contrario, será tanto menos probable, cuanto más antiguo y mejor tratado haya sido en él este estado morboso; sin que se pueda decir cuándo desaparece el riesgo de contagio, toda vez que se ha observado en casos en que hacía muchos años que el individuo parecía estar ya curado.

La sífilis materna puede transmitirse al feto en el momento de la concepción por el óvulo, ó en el transcurso del embarazo por el intermedio de la placenta, si bien en este último caso es tal vez rara la infección cuando la mujer se hace sífilítica pasado el quinto mes, y aun Abernethy defendió que, cuando es conta-

minada después del séptimo mes del embarazo, no comunicaba la enfermedad al feto. Aun cuando sea menos probable la transmisión en el octavo y noveno mes, considero prudente el admitirla como posible; y me fundo para opinar así en que no sabemos en qué estado se encontrará el filtro útero-placentario en cada caso, ya que la sífilis puede ocasionar en él alteraciones de más ó menos entidad que favorezcan la infección. Tampoco se sabe con seguridad cuándo desaparece en la mujer el germen infectante, pues puede transmitir la sífilis al feto aunque se halle aparentemente curada.

En el caso en que el padre y la madre se encuentren afectados, la infección del feto será más segura.

Aparte de estos mecanismos, que podríamos llamar directos, de la infección, se observan hechos que con gusto calificaría de *curiosidades científicas*; tales son: el que un feto que padezca sífilis procedentes del padre, puede transmitirla á la madre, que es lo que se ha denominado *sífilis concepcional*, y á lo que llaman los franceses *choc en retour*; y el que á veces permanece indemne la mujer no obstante llevar en su seno un feto sífilizado por el padre; pudiera ocurrir, sin embargo, que la mujer no presentara sino una salud aparente, pero que realmente se hubiera contagiado, sólo que los fenómenos sífilíticos fueran tan ligeros que pasaran desapercibidos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones sífilíticas pueden asentar en la piel, en las mucosas, en el tejido conjuntivo subcutáneo, en los órganos de los sentidos, en los músculos, en las vísceras y en los huesos, de las cuales sólo indicaré ahora las de los órganos profundos, dejando las demás para exponerlas en la patografía.

Hállanse representadas las alteraciones sífilíticas por los tumores gomosos de los pulmones; la llamada *pneumonía blanca*, que es ocasionada por la flegmasia del tejido conectivo intersticial y el acúmulo en las vesículas de gran número de células, lo cual determina la isquemia del parénquima pulmonar; la degeneración amiloidea, los tumores gomosos y la hipertrofia del hígado; la hipertrofia del bazo; el derrame seroso y en ocasiones sanguinolento del peritoneo; la coroiditis; la iritis; la otitis; el hidrocéfalo; la esclerosis ó el reblandecimiento cerebrales; hemorragias musculares; periostitis; necrosis; abultamiento parcial de los huesos; desunión de las epífisis, etc., etc.

PATOGRAFÍA.—La muerte del feto y su expulsión por el aborto es la expresión máxima de la infección sífilítica. En otras ocasiones no se produce el aborto, sino el parto prematuro, naciendo vivo el niño, pero con manifestaciones sífilíticas. Puede, por último, nacer en la época normal, presentando ya estas manifestaciones, ó con buena salud al parecer, y no desarrollándose los síntomas hasta la segunda mitad del primer mes ó en el transcurso del segundo; siendo infrecuente que verifiquen su aparición en los primeros quince días ó después de los tres meses, si bien se ha observado algún caso en que no se han presentado hasta después de los seis. Los niños heredo-sífilíticos suelen

ofrecer el aspecto de un viejo en miniatura; están mal nutridos; la piel aparece marchita y de tinte parduzco sucio; la cubierta epidérmica de las palmas de la manos y plantas de los pies es delgada y reluciente; los cabellos son escasos y las uñas pequeñas. El adelgazamiento se pronuncia más y más, por lo cual las facciones se arrugan y los ojos se hundan; pero á veces se presenta una hinchazón general.

El orden de aparición de los síntomas no es constante, pues mientras en uno se presenta primero una dermatose, en otro son úlceras de las comisuras labiales, y un coriza en un tercero.

Las erupciones adoptan diferentes formas, pues ya son escamosas, papulosas, etc., encontrándose entre ellas el *pénfigo*, cuya fase inicial se caracteriza por manchas rojizas, que pronto se convierten en flictenas llenas de un líquido turbio ó sanguinolento, en número variable, que después se rompen y dan salida á la serosidad que encierran, siendo seguidas de escoriaciones; se desarrollan especialmente en las palmas de las manos y plantas de los pies, pudiendo quedar limitadas ó generalizarse. Esta erupción existe ya en el momento del nacimiento ó aparece algunos días después; es la más maligna de todas, y sólo se presenta cuando existe una grave discrasia; el niño está débil, rehusa el pecho, aumenta el deterioro orgánico y puede morir en pleno marasmo. La *roséola sífilítica* está constituida por manchas parduzcas, cobrizas, cuyo tamaño es desde el de una lenteja al de un céntimo de peseta, desarrollándose principalmente en el tronco y en las pantorriillas; después de cierto tiempo se hacen un poco prominentes, conservándose limpia su superficie ó apareciendo en ellas escamitas blancas. Las *placas mucosas de la piel*, que son pápulas húmedas, pequeñas, aplanadas, de color rojo, que se ulceran fácilmente, y cuyo asiento preferente es en los genitales externos y en las nalgas.

En las mucosas encontramos el *coriza sífilítico*, que se revela por la dificultad del paso del aire á través de las fosas nasales, lo que obliga al niño á abrir la boca para respirar, y siendo también obstáculo para la succión, la cual puede llegar á ser imposible; la secreción de la mucosa nasal, en un principio disminuída, es pronto más considerable y á veces contiene pus y sangre, que condensándose da lugar á la formación de costras en las ventanas de la nariz y en el labio superior; la mucosa está enrojecida, tumefacta y en ocasiones ulcerada, pudiendo quedar denudados los huesos y sobrevenir la necrosis. En la parte media de los labios ó en las comisuras se presentan fisuras—grietas—bastante profundas, que cuando se cicatrizan dan á la parte afecta un

aspecto radiado muy característico, pudiendo también desarrollarse úlceras en la boca y en el ano, y en el tejido conjuntivo subcutáneo se forman abscesos. Las mucosas tienen mucha propensión á catarros.

Además pueden manifestarse perturbaciones funcionales diferentes, expresión de las alteraciones de las vísceras ó de otros órganos, tales como las pseudo-parálisis, ó sea lo escaso de los movimientos ó la completa inmovilidad de uno ó dos miembros torácicos ó abdominales, debido probablemente á las alteraciones de los huesos.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Como el *pénfigo* en el recién nacido puede ser una manifestación de la sífilis ó ser debido á otras causas, y entre ellas tal vez á microbios diversos, cuando se presente este dermatose hay que determinar su naturaleza, para lo cual tendremos en cuenta que será más probablemente sifilítico cuanto más limitado esté á las palmas de las manos y plantas de los pies; cuanto más próximo al nacimiento haya sido su desarrollo; y sobre todo si es congénito, pues el producido por causas comunes se desarrolla también á los pocos días del nacimiento. Tanto para el diagnóstico del *pénfigo* como para el de las demás manifestaciones de la sífilis, es de gran importancia la existencia de otros síntomas sifilíticos y los antecedentes de esta índole en los padres, los cuales han de indagarse con exquisita discreción, para no turbar con nuestras preguntas la paz del matrimonio. Indagaremos también si la madre ha tenido abortos ó partos prematuros, pues en caso afirmativo constituiría un dato, aunque nada más que probable, á favor de la existencia de la sífilis.

PRONÓSTICO.—Grave, pero más ó menos, según la clase, el número y la intensidad de los síntomas, debiendo además tenerse presente que es mayor la gravedad cuanto más próximo al nacimiento se verifica el desarrollo de la sífilis, y, por el contrario, menor cuanto más tarda en presentarse.

TRATAMIENTO.—Es *profiláctico* y *curativo*. El primero consiste en prescribir el tratamiento específico á los padres y en evitar que la nodriza se halle afectada de esta dolencia, así como el contagio por la vacunación ó por cualquier otro procedimiento.

El tratamiento curativo ofrece, desde luego, el difícil problema de la lactancia.

La mujer sifilítica debe criar á su hijo, pero no en todos los casos. Debe criarle si reúne buenas condiciones de fuerzas y de leche, pero

entendiendo que no debe hacerlo si estas condiciones no son aceptables; pues no hay que dejarse obsesionar por la idea de la sífilis, sino valorar con serenidad las condiciones que la mujer ofrece, porque el niño sifilítico necesita una leche tan reparadora como uno sano, con tanto más motivo cuanto que es muy frecuente, según hemos visto, el estado miserable de su nutrición. En el caso de que no pueda lactar la madre á su hijo, lo preferible es dar al niño una nodriza en cuya anamnesia figure la sífilis, pero en la menor proporción posible, y que ofrezcan buenas condiciones su constitución y su leche.

Para el tratamiento curativo se han propuesto tres métodos. El *indirecto*, que consiste en propinar los medicamentos á la mujer ó al animal cuya leche toma el niño. Le creo ineficaz. El *directo* consiste en administrar al niño los medicamentos. Es un buen método, pero bien entendido que la administración no ha de ser por la boca precisamente, sino por la vía que se conceptúe preferible. Y el *mixto*, que consta del directo y del indirecto. Es el mejor y el que yo empleo siempre que es posible.

¿Cómo se debe administrar al niño el *mercurio*? Los baños con *sublimado*—disolviendo uno, dos ó tres gramos de esta sustancia en alcohol y añadiéndoles al agua del baño—los considero de eficacia completamente ilusoria, pues es posible que no se produzca absorción ninguna del medicamento, y además podría acarrear accidentes cualquier descuido que tuvieran los padres en el manejo de esta peligrosa sustancia. La administración por la boca puede determinar alteraciones en el tubo digestivo, las cuales deben evitarse cuidadosamente, por cuya razón no creo en general aceptable este medio y le reservo para aquellos casos en que las *fricciones mercuriales* no produzcan satisfactorio resultado. Se daría el *licor de Van-Svieten* á la dosis de 5 á 10 gotas en los dos primeros meses, y de 10 á 20 en los meses siguientes, en las veinticuatro horas, — por supuesto, convenientemente deluidas según ahora indicaré —, dándole la dosis inmediatamente después de mamar ó mezclada con la leche si el niño está sometido á la lactancia artificial; se comenzará por la dosis mínima y se aumentará paulatinamente, según los efectos que observemos, suspendiendo el medicamento así que se presente la más ligera perturbación en el aparato digestivo. Se formulará así:

Para un niño de un mes.

Licor de Van-Svieten.....	1 gramo.
Agua destilada.....	80 »
Mézelese.	

Divídase en cuatro partes, que se administrarán en cuatro días, dando la parte de cada día en seis dosis, con cuchara de madera. Según los efectos que se observen, se aumentará ó no la dosis. Se emplearán á la vez las fricciones mercuriales.

El tratamiento que yo empleo de ordinario consiste en fricciones al niño con *ungüento mercurial*, terciado ó doble, según la urgencia del caso, y en administrar á la madre ó nodriza el *protoioduro de mercurio*.

La cantidad de unguento que ha de emplearse en cada fricción es de $\frac{1}{2}$ á 3 gramos, según la edad de la criatura y lo urgente del caso; de ordinario se hará una fricción cada día, pero si es preciso se hacen dos ó tres. Los sitios de elección son: el vientre—sobre todo su mitad inferior—, las ingles, la cara internade los muslos y las axilas, escogiendo una región en que la piel esté sana, cambiando de sitio cada vez y lavando la parte en que se ha practicado la fricción con jabón y agua templada cuando hayan transcurrido seis ú ocho horas, todo con el objeto de prevenir el desarrollo de eritema ó de eczema.

A la madre ó nodriza se la prescribirá:

Protoioduro de mercurio..... 20 centigramos.
H. s. a. 20 píldoras.

Para tomar de 2 á 8 al día, según la urgencia del caso y la tolerancia de la mujer, una ó dos cada vez en el momento de las comidas.

No aconsejo que se las adicione opio desde luego, porque como este medicamento quita el apetito y produce astricción de vientre, debe ensayarse si la mujer tolera el protoioduro en la forma que acabo de indicar; pero á la menor manifestación diarreica ó dolor de vientre que experimente, se reemplazará la fórmula anterior por la siguiente:

Protoioduro de mercurio..... 25 centigramos. *
Extracto tebaico..... 5 »
Mézclase y h. s. a. 25 píldoras.

Para tomar en la misma forma, con observación.

El tratamiento antisifilítico se prolongará, intercalando los períodos de descanso convenientes, bastante tiempo, aun después de la completa desaparición de los accidentes, para evitar la reaparición de éstos, pues muestran gran tendencia á reproducirse.

En ciertos casos, por ejemplo, cuando no obtengamos con el mercurio resultados suficientemente satisfactorios, apelaremos al jarabe de Gibert

—que como es sabido contiene ioduro potásico y biyoduro de mercurio—, administrando al niño $\frac{1}{2}$, 1, 2 ó 3 gramos al día, según la edad, y con observación. Se dará disuelto en un poco de agua inmediatamente después de mamar; y si el niño está sometido á la lactancia artificial, se mezclará con la leche.

El tratamiento *local* de las úlceras será según los caracteres de éstas, para lo cual remito al lector á lo que he dicho al ocuparme de las enfermedades del ombligo y de las estomatitis, con la única diferencia de que, si el sitio en que las úlceras se encuentran lo consiente, se lavarán con la solución caliente de sublimado al 1 por 2.000; pero si las irritara, la reemplazaremos por la solución boricada; y para el tratamiento de las *erupciones*, véase lo que he dicho al estudiar las dermatosis.

Atrepsia.

Me ocupo de la *atrepsia*, que ha sido también denominada *paidotrofia*, *atrofia general* y *cacotrepsia*, con el sólo objeto de proponer que sea borrada del catálogo de las enfermedades, toda vez que en el sentido nosológico de la palabra no constituye un estado morboso propiamente dicho, siquiera le describan como tal respetables autores modernos.

Efectivamente; ¿qué es la atrepsia? Su significación etimológica es falta de nutrición, y clínicamente expresa un marasmo de los recién nacidos debido á desórdenes gastro-intestinales. ¿Pero ofrece semejante estado una característica etiológica ó lesional que especialice su naturaleza y le constituya en enfermedad independiente? De ninguna manera. Si pasamos revista á los estados morbosos que por diferentes autores se hacen figurar como causas de la atrepsia, nos encontramos la tuberculosis mesentérica; la infección del aparato digestivo; atrofia de las tónicas gastro-intestinales consecutiva á los procesos flegmáticos; y no falta quien la reconozca existencia independiente. La *anatomía patológica* cuenta con lesiones diversas: proceso úlceroso ó difteroide del estómago; alteraciones irritativas del intestino; ectasia gástrica; esteatosis encefálica, pulmonar y renal; etc.

En las precedentes opiniones y datos, no encuentro fundamento alguno para la existencia de la atrepsia como entidad morbosa *sui generis*.

Las *causas externas* hállanse representadas por el nacimiento prematuro; el estío; el hacinamiento; la escasez de leche de la madre ó no-