

el tratamiento de la sífilis materna, — capaz de interrumpir la serie de abortos y de nacimientos de heredo-sifilíticos—debe ser realizado y mantenido en la medida necesaria para curar en absoluto la infección, con una firme resolución que falta demasiado a menudo. Todo embarazo en estas circunstancias debe ser motivo de un mayor rigor en el tratamiento, a fin de prevenir en lo posible la transmisión hereditaria.

XXII.—El diagnóstico de la heredo-sífilis con manifestaciones precoces, como el diagnóstico general de la sífilis adquirida, está regido por el conocimiento de los hechos que la constituyen y la caracterizan.—Deben tenerse en cuenta las formas variadas de manifestarse el heredo-contagio, desde el aborto ovular hasta las sífilis absolutamente silenciosas que podrán revelarse por manifestaciones tardías,—y que la reacción de Wasserman habría podido talvez denunciar desde el primer momento de la vida extrauterina.—Ha de tenerse bien presente que en el heredosifilítico las manifestaciones cutáneas o mucosas de tipo secundario son ricas en treponemas, lo que se puede comprobar fácilmente para afianzar el diagnóstico.—De los ganglios linfáticos y del bazo se puede obtener serosidad en la cual el examen compruebe la existencia de treponemas.—El examen de la orina y del exudado broncopulmonar puede revelar localizaciones viscerales, y hasta el examen de las materias fecales ha permitido comprobar la naturaleza treponémica de trastornos intestinales. — La reacción de Wassermann afirma siempre o casi siempre el *terreno sifilítico* en estos casos. — La prueba de un buen tratamiento puede demostrar por sus resultados que se está en presencia de lesiones específicas. — Si al conjunto de los hechos clínicos reconocidos se agregan las pruebas de laboratorio positivas, el diagnóstico de heredo-sífilis tendrá fundamentos bien sólidos, y afirmará al propio tiempo en forma categórica la existencia

de *sífilis materna, con o sin sífilis del padre*. — La investigación de la *sífilis de la madre* puede ser necesaria para el diagnóstico en algunos casos dudosos de heredosífilis. Es muy común la *sífilis ignorada en la mujer*, y más común la *sífilis disimulada*. Por eso el examen clínico prolijo tiene que prescindir a menudo de todo dato anamnésico y completarse por los resultados de la sero-reacción, repetida una o más veces si fuese necesario. — Cuando en la madre y el hijo la *duda* clínica y más aún la *negatividad* clínica son apoyadas por exámenes serológicos negativos, la existencia comprobada de una *vieja sífilis paterna* no debe hacer vacilar el criterio médico.—Es frecuente observar *antiguos sifilíticos*, con o sin manifestaciones terciarias superficiales o profundas, que han tenido y pueden seguir teniendo *hijos sanos* porque *la madre no ha sido infectada*. — Los *abortos repetidos* no son un signo infalible de infección sifilítica materna: pueden producirse accidentalmente o por alteraciones uterinas no sifilíticas, o ser provocados. — El examen de los hermanos de un niño sospechado de heredosífilis puede ser ilustrativo si se comprueba en ellos estigmas o lesiones residuales de sífilis heredada. — Bien estudiado el caso ocurrente, de todo punto de vista, y persistiendo una *duda de buena ley*, será prudente tratar al niño como si fuese sifilítico, y observarlo largo tiempo clínica y serológicamente, para ajustar la conducta ulterior a los resultados de esa observación. — En todos los casos no olvidar que el heredosifilítico confirmado, o el sospechoso de serlo, no debe ser confiado a una nodriza que no sea la madre.

El **pronóstico** de la sífilis hereditaria es gravísimo. Ella figura entre las causas más importantes de la disminución del aumento vegetativo de las poblaciones. Fuente profusa de abortos y de poli-mortalidad infantil, lanza a la vida niños que van a tener un desarrollo precario físico y mental, siempre condenados a una inferioridad

irremediable. — Cuando no mata en el período intrauterino de la vida, la sífilis hereditaria puede matar después en los primeros días, en los primeros meses, en los primeros años, a veces a pesar de los cuidados más tenaces e inteligentes. — Salvados de la muerte precoz por un buen tratamiento, o por sus propias fuerzas defensivas, o porque su infección se ha hecho cuando la sífilis materna ya vieja había creado defensas comunes contra la difusión de los treponemas, los heredosifilíticos que sobreviven conservarán estigmas distróficos de la herencia, y marcas o signos de las lesiones sifilíticas sufridas.

Estigmas de la heredosífilis

XXIII. El heredosifilítico que ha llegado a la pubertad o a la edad adulta conserva a menudo definitivamente, o puede conservar, signos reveladores de la herencia. Estos signos son los llamados *estigmas de la heredosífilis*. Algunos de ellos, los *estigmas distróficos puros*, pueden depender de otros procesos, y muy particularmente de la tuberculosis y del alcoholismo; pero la sífilis los realiza más frecuentemente. — Así, eliminada la acción posible de otras causas, la acción dominante de la sífilis de los padres quedaría como causa casi indiscutible de esos estigmas distróficos puros. — Los otros son *estigmas sifilíticos verdaderos* y proceden de lesiones sifilíticas.

Los estigmas distróficos pueden provenir de anomalías de las células germinativas materna o paterna determinadas por las toxinas sifilíticas. Las observaciones del doctor Widakowich han establecido la gran frecuencia de las deformidades del espermatozoide en los sifilíticos. Las toxinas sifilíticas maternas pueden evidentemente influenciar el pronúcleo hembra en el sentido de perturbar en cierta medida el desarrollo armó-

nico embrionario o fetal. Pero una buena parte por lo menos de las distrofias y deformidades del heredosifilítico hay que atribuir las a las alteraciones de las glándulas endocrinas producidas por la infección treponémica fetal.

Estigmas distróficos. — Gigantismo y enanismo. — Hipertrofias e hipotrofias faciales, armónicas o inarmónicas. — Malformaciones y asimetrías faciales y craneanas. — Labio leporino. — Prognatismo. — Deformaciones de los arcos dentarios y gran ojiva de la bóveda palatina, con o sin distrofia dentaria. — Hipoplasias genitales. — Luxaciones congénitas, sobre todo de la cadera. — Pie zambo. — Distrofias cutáneas del tipo de la xerodermia o del mixedema, vinculadas más directamente a lesiones tiroideas. — Estados acromegaliformes. — Síndromes endocrinos, mono y pluri-glandulares. — Alteraciones cardio-vasculares: estecheches valvulares, malformaciones cardíacas, hipoplasias arteriales, ectasias venosas craneanas en el niño, y de regiones diversas en el adulto. — Deformidades teratológicas de las extremidades (sindactilia, polidactilia, ectrodactilia, ectromelia, hemimelia, etc.), del tronco, de la pelvis, del raquis. — Malformaciones cerebrales, medulares, viscerales. — Monstruosidades cefálicas: anencefalia, exencefalia, proencefalia, hernias cerebrales por el agujero orbitario o la línea bi-frontal. — Monstruos en general.

Todas estas distrofias, malformaciones o monstruosidades pueden existir fuera de la influencia hereditaria de la sífilis. — Adquieren una significación patológica mayor cuando coexisten con verdaderos estigmas sifilíticos, — algunos de los cuales a menudo aparecen como secuelas de lesiones sifilíticas capaces todavía de reavivarse, o de retroceder bajo la acción del tratamiento específico. — Otros estigmas de esa clase, — como las malformaciones craneanas producidas por hiperostosis, — son

a veces discutibles del punto de vista de su origen propiamente sifilítico o distrófico.

La tríada de Hutchinson.—Comprende estigmas dentarios, oculares y auriculares. — En conjunto comporta un fundamento decisivo para el diagnóstico de la heredosífilis.

Estigmas dentarios. — Corresponden a la segunda dentición y son de carácter trófico.

El diente de Hutchinson. — Diente en destornillador. — Atrofia de la cúspide de los primeros gruesos molares, que se hacen cortos y de superficie plana. — Distrofias dentarias múltiples sistematizadas, que respetan en general los premolares y los dos últimos gruesos molares: *erosiones coronarias* en cúpula, en surcos horizontales simples o en escalinata y en placas; — erosiones de las *cúspides*, en capitel, en lámina atrófica, en serrucho, en borde desgastado. — Microdontismo y amorfismo dentario.—Vulnerabilidad dentaria.—Mala implantación y desorientación dentaria.—Distanciamiento anormal de los dientes. — Ausencia permanente de dientes. — Dientes supernumerarios. — Mal engranaje de los arcos dentarios.

Estigmas oculares. — Si los estigmas dentarios, sobre todo los más específicos, — dientes de Hutchinson y primeros molares desgastados y planos,—pueden y deben llevar a la investigación de la heredosífilis, ciertos estigmas oculares la afirman de una manera decisiva: son *vestigios* de lesiones sifilíticas de la córnea, el iris y el fondo de ojo. — Investigación de antecedentes sobre lesiones oculares que han podido producirse en la primera y segunda infancia. — Queratitis intersticial. — Deformaciones de la pupila y sinequias por iritis, con o sin depósitos pseudomembranosos en la cámara anterior. — Corio-retinitis central o peripapilar y placas pigmentarias consecutivas. — Signos rudimentarios de fondo

de ojo: tinte apizarrado, pigmentación granulosa, manchas pigmentarias estrelladas, leve atrofia o atrofia parcial de la papila, apigmentación difusa de la corioide.

Estos estigmas oculares adquieren mayor valor diagnóstico cuando coexisten varios de ellos, y sobre todo si se encuentra al propio tiempo estigmas dentarios o auriculares. — Se debe agregar algunas alteraciones funcionales, como consecuencia de lesiones del ojo: ambliopía congénita, hemeralopía, nistagmus, estrabismo. — La *miopía* ha sido señalada como un hecho muy frecuente en los heredosifilíticos. — Las malformaciones o deformidades oculares de orden teratológico o resultantes del mal desarrollo fetal son innumerables, y no tienen caracteres verdaderamente específicos.

Estigmas auriculares. — Entre los antecedentes o conmemorativos se comprueba padecimientos de los oídos, breves o prolongados. — El examen puede revelar cicatrices y perforaciones del tímpano, o trastornos del oído interno acompañados de perturbaciones más o menos acentuadas de la audición. — La *sordera rápida*, total, definitiva, no acompañada de otra sintomatología local o cerebral, es un estigma casi seguro de heredo-sífilis. Cuando se produce en la primera infancia trae como consecuencia la mudez. Más tarde determina insuficiencias más o menos considerables de la expresión hablada y de la emisión de las palabras.

La tríada de Hutchinson, agrupando uno o más estigmas dentarios, oculares y auriculares, es como un certificado de heredosífilis digno de fé.

Estigmas craneanos.—Cráneo natiforme, caracterizado por una gran ampliación esferoidal de la región occípito-parietal, con depresión central ántero-posterior de la bóveda simulando el surco interglúteo. Es la deformación craneana más característica de la heredosífilis. — Cráneo a gran diámetro transversal, con parietales pro-

minentes hacia afuera. La cara parece muy pequeña con relación al volumen del cráneo. — Gran cráneo de hidrocefalo. La hidrocefalia es frecuentemente de origen sifilítico, pero los niños rara vez alcanzan a la pubertad. — Cráneo microcefalo, dolicocefalo y acrocefalo o en alta cúpula. — Frente olímpica o ventruda. — Frente con exageración de las prominencias frontales. — Frente en quilla o pechuga.

Estigmas faciales. — Las asimetrías faciales y las irregularidades de implantación y de forma de las orejas pueden ser consideradas como signos distróficos. — Más significativas son ciertas *deformidades congénitas* de la nariz: aplanamiento y ensanche de la base, y dorso hundido y cóncavo. — Las *deformidades nasales adquiridas* que constituyen estigmas sifilíticos seguros o casi seguros, son los *hundimientos que crean la nariz en silla de montar, en lorgnette, en pico de loro y en dedo de guante invertido*. — No es raro que la familia o el mismo enfermo prefieran atribuir esta deformación a supuestos traumatismos sufridos en la primera o segunda infancia.

Estigmas cutáneos y mucosos. — Son siempre cicatrices o atrofas cicatriciales provenientes de lesiones sifilíticas. Reproducen la forma y la extensión de las lesiones originarias. — De ellas se puede decir que hablan elocuentemente a los que conocen las formas orbiculares, macrocíclicas, festoneadas y serpiginosas de las manifestaciones cutáneas tuberculosas, tubérculo-ulcerosas, gomosas y esclero-gomosas de la sífilis adquirida. — Son cicatrices ovales o circulares, de diámetro variable entre algunos milímetros y dos, tres y más centímetros; o placas cicatriciales de contornos festoneados, grandes como la palma de la mano; o napas cicatriciales a veces muy extensas, que denuncian irradiaciones serpiginosas tubérculo-gomosas, y cuyos contornos son a pequeños o grandes arcos de circunferencia. Su fondo es

generalmente liso o muy ligeramente irregular, con poca tendencia a las retracciones o a las bridas fibrosas. — Acrómicas, hipocrómicas o pigmentadas, comunmente muy superficiales, revelan su antigüedad por su color sobre todo, siendo tanto más blancas cuanto más viejas. Así, en las placas o napas derivadas de formaciones serpiginosas sifilíticas, la parte más antigua de la cicatriz puede ser acrómica, la parte intermedia hipocrómica o levemente pigmentada, y la parte de cicatrización final francamente parda. Y aun sucede que el borde de la cicatriz, límite de la lesión sifilítica extinguida, es a menudo fuertemente pigmentado, siendo el resto hipocrómico. — Estas cicatrices son regionales y no profusas. Pueden tener la disposición en ramillete o en corimbo de las lesiones terciarias conglomeradas. — *Las cicatrices anetodérmicas blandas, como huecas, son más bien excepcionales que comunes en la sífilis.*

Las *cicatrices radiadas labiales y bucales* derivan de lesiones fisurarias de la heredosífilis con manifestaciones precoces: tienen una significación casi patognomónica. — En cambio las llamadas *cicatrices lumbo-glúteas de Parrot*, indecisas de forma y de contorno, mereciendo más bien el nombre de máculas que de cicatrices, — si alguna vez pueden derivar de lesiones realmente sifilíticas, en la enorme mayoría de los casos parecen proceder de lesiones de gratage o de inoculaciones piógenas en procesos pruriginosos vulgares más o menos crónicos.

Los *estigmas sifilíticos de las mucosas* deben ser buscados en la mucosa labio-buco-faríngea. — Proviene sobre todo de lesiones ulcerosas que han dejado perforaciones, cicatrices o retracciones cicatriciales del velo del paladar, del istmo de las fauces y de la faringe. — El examen de la mucosa nasal y naso-faríngea puede hacer revelaciones categóricas: perforaciones del tabique, cicatrices o estrecheces cicatriciales. — La lengua es a menudo también reveladora, mostrando las secuelas de

glositis esclerosas y esclero-gomasas superficiales o profundas. — La leucoplasia bucal precoz es rara como estigma de heredo-sífilis. Aparece de preferencia en plena edad adulta, y manifiesta su identidad con la leucoplasia de la sífilis adquirida haciéndose a veces punto de partida de degeneraciones epiteliomatosas.

Estigmas óseos y articulares.—Los huesos, sobre todo los largos, son a menudo denunciadores de la heredo sífilis con manifestaciones tardías. — Ostealgias prolongadas, con exacerbación nocturna, atribuidas a menudo al reumatismo o al crecimiento. — Hiperostosis y exostosis diafisiarias y epifisiarias. — Aumentos masivos de volumen y acortamientos. — Secuelas de osteo-periostitis gomosas necrosantes con cicatriz cutánea adherente al plano óseo. — **La tibia** es el hueso más a menudo revelador de la sífilis heredada. — Su deformidad en *hoja de sable corvo* es un certificado de heredosífilis. — Es común comprobar en la cresta y cara interna de la tibia tumefacciones circunscritas dolorosas a la presión, que acusan procesos ósteo-periostóticos en actividad, o relieves convexos duros de hiperostosis, o saliencias irregulares osteofíticas. — El raquitismo está muy a menudo relacionado con la sífilis heredada, pero depende más directamente de las alteraciones específicas de las glándulas endocrinas que rigen el desarrollo del esqueleto. — Las deformaciones raquílicas pueden afectar total o parcialmente todos los segmentos del esqueleto: cráneo, miembros, tórax, pelvis, raquis; pero las alteraciones óseas no presentan los caracteres de los *verdaderos estigmas directamente sífilíticos*.

Las *hidartrosis crónicas* aflegmáticas, indolentes, de las rodillas y codos sobre todo, figuran entre los estigmas articulares de la sífilis heredada.—Las artritis y periartitis heredosifilíticas son comunes.—Artropatías deformantes con esteófitos e hipertostosis yuxta-articulares.

—Es perfectamente admisible la existencia de un *reumatismo deformante crónico heredo-sifilítico*: la infección treponémica puede revelarse así, como lo hacen otras infecciones. En general una alteración previa de las glándulas tiroides, determinando hipo-tiroidismo, prepara el terreno para el desarrollo del reumatismo deformante. — Este presenta o parece presentar ciertas características especiales: aparición en la juventud y aun en la niñez; — falta de antecedentes reumáticos gotosos en los padres; — falta de infecciones adquiridas (blenorragia, fiebre tifoidea, etc.); — comienzo frecuente por las grandes articulaciones y no por las extremidades; — existencia de sífilis comprobada en los padres o de heredosífilis en colaterales, — y, sobre todo, coincidencia de estigmas heredo-sifilíticos con el reumatismo deformante.

Estigmas nerviosos.—Entre los antecedentes ilustrativos para el *diagnóstico de la sífilis hereditaria tardía* pueden figurar a la manera de *estigmas* los dolores de cabeza prolongados, continuos, con intermisiones, paroxísticos, a menudo exacerbados por la noche. — Estas cefaleas pueden durar meses, y aun años sin complicarse con determinaciones meningo-encefálicas, — y ceden rápidamente a la acción del tratamiento antisifilítico, y muy particularmente del *ioduro de potasio*. Casos de esta especie son resistentes a la acción del tratamiento iodo-mercurial intensivo, — y se modifican casi instantáneamente con el neosalvarsán.

Las *convulsiones* en la primera y segunda infancia constituyen un antecedente no raro en la sífilis hereditaria tardía.—Dolores fulgurantes y reflejos tendinosos y pupilares pre-tabéticos. — *Tics* y defectos en la articulación de las palabras. — Incontinencia de orina prolongada. — La enfermedad de Little. — Formas completas o frustras de tabes y parálisis general. — Estados

mentales muy variables, desde la simple *rareza de carácter* hasta la *demencia precoz* y la excitación y depresión maníacas, — o desde el leve retardo de desarrollo intelectual hasta la imbecilidad y el idiotismo, coincidiendo o no coincidiendo con alteraciones del desarrollo corporal, parálisis o paresias, epilepsia, disartria, etc.

En la familia heredo-sifilítica abundan los *estigmas morales*: hay originales, ruidosos, expansivos, fantásticos, desequilibrados, o *locos de verano*; — torpes, desmemoriados, impúdicos, *patoteros* o *camorristas*; — amorales, apáticos, impulsivos o melancólicos; — asténicos, abúlicos, incapaces de todo esfuerzo; — degenerados criminales, inconscientes, suicidas, etc., etc.

Los signos o estigmas heredo-sifilíticos tienen tanto más valor para el diagnóstico cuanto más evidentemente representan vestigios de lesiones sifilíticas. — Algunos de esos signos encontrados en la investigación diagnóstica son a veces focos sifilíticos en actividad o susceptibles de avivarse: las lesiones de la tibia, por ejemplo, o las adenopatías generalizadas o regionales. — Algunas visceropatías, no sospechadas sifilíticas, y reconocidas después específicas por un examen más detenido o por la acción del tratamiento, pueden apoyar el diagnóstico como estigmas heredo-sifilíticos en actividad: lesiones del hígado, del bazo, gastro-intestinales, renales, etc. — Muy a menudo la presunción diagnóstica de sífilis hereditaria tardía recibe así de los estigmas encontrados una confirmación categórica. — Otras veces, por su significación puramente distrófica, o por no estar francamente acentuados, los estigmas existentes pueden dejar el juicio clínico vacilante. — Y no es raro que falte todo estigma antecedente, aun tratándose de manifestaciones actuales tardías de heredo-sífilis. La comprobación de antecedentes en la madre y de hechos coincidentes en los colaterales, los caracteres

clínicamente específicos de las lesiones examinadas y las reacciones serológicas positivas pueden apoyar decididamente el diagnóstico presuntivo de sífilis heredada. — No habiendo fundamentos irrecusables para la afirmación de la herencia *es de buena ley* no hacer la afirmación, y admitir la posibilidad de un contagio accidental extra-uterino, — en la niñez, en la pubertad o en plena edad adulta. — *Son desconcertantes la facilidad y la tranquilidad con que algunos clínicos cargan a cuenta de los padres o los abuelos la infección sifilítica que sus clientes no tienen o no han adquirido por cuenta propia, o han podido adquirir inocentemente en cualquier momento de su vida.*

La sífilis hereditaria tardía

XXIV.—**La sífilis hereditaria tardía** comprende las manifestaciones tardías de la sífilis heredada. — En muchos casos estas manifestaciones han sido precedidas de lesiones sifilíticas que han dejado *estigmas sifilíticos*, —o son acompañadas de hechos de distrofia, o *estigmas distróficos*, que por lo menos hacen presumible la infección hereditaria sifilítica. — En otros casos, bastante numerosos, las manifestaciones tardías no se acompañan de *estigmas* de heredosífilis, y el diagnóstico de transmisión hereditaria tiene que apoyarse en la observación de los *genitores* y *colaterales*.—Faltando ésta, o siendo negativa, se deberá pensar en la posibilidad de un contagio accidental extrauterino. — Las manifestaciones tardías sifilíticas, en tales condiciones, corresponderían a una *sífilis adquirida ignorada*. — Así considerados los hechos, es absolutamente indiscutible que la *sífilis hereditaria tardía* es una heredosífilis que a menudo se diagnostica o se revela tardíamente.

Las manifestaciones tardías de la sífilis congénita.