



Año 1915.

Núm. 3025.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Mi. G. 1915

HEREDO = SIFILIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HONORIO HANISQUIRY

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL RAWSON

EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR DEL H. NUEVA POMPEYA



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070. CÓRDOBA. 2080 - BUENOS AIRES

HEREDO-SIFILIS



Año 1915.

Núm. 3025.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEREDO=SIFILIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HONORIO HANISQUIRY

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL RAWSON
EX PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR DEL H. NUEVA POMPEYA



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO ÚBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA.

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINE
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

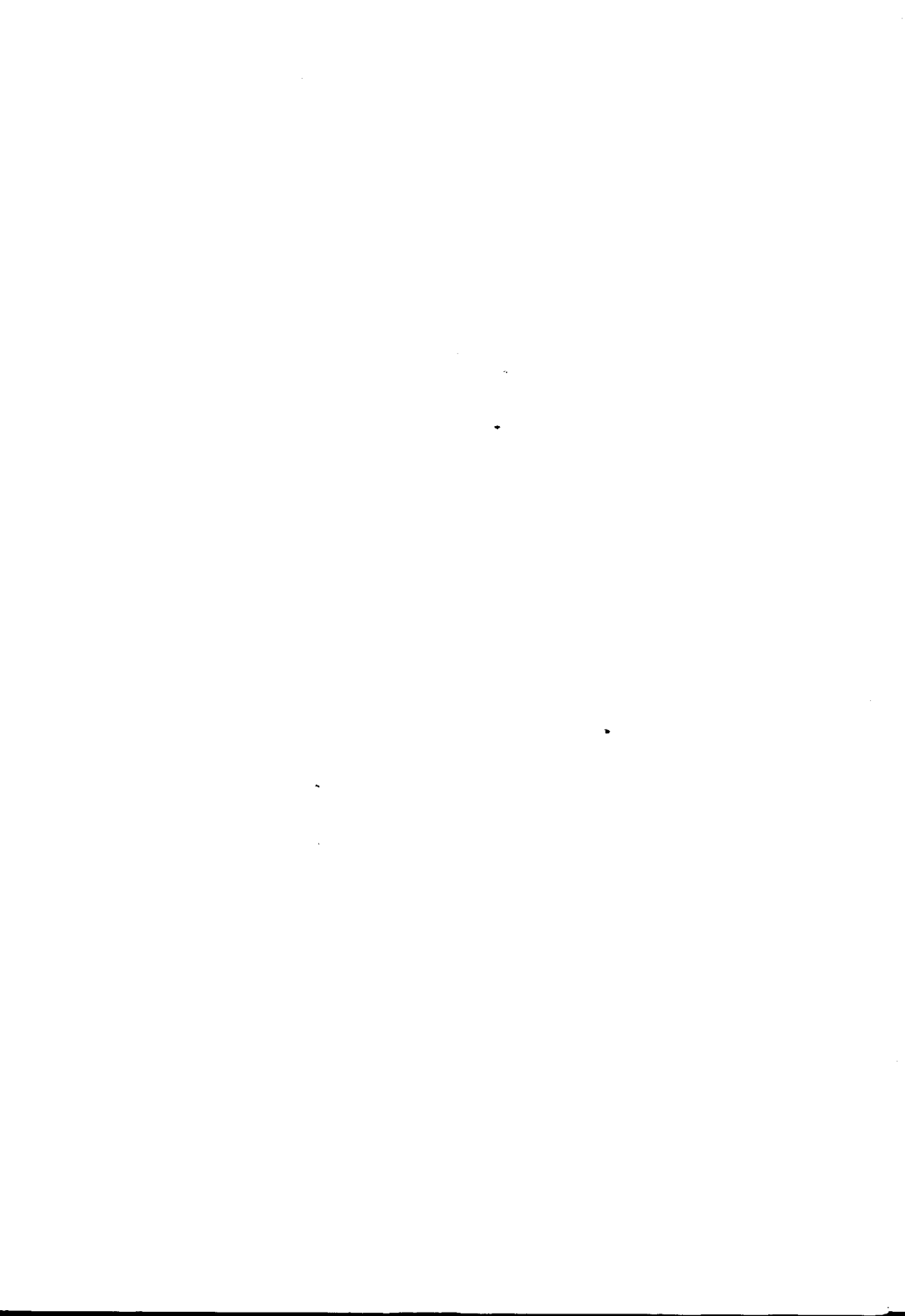
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

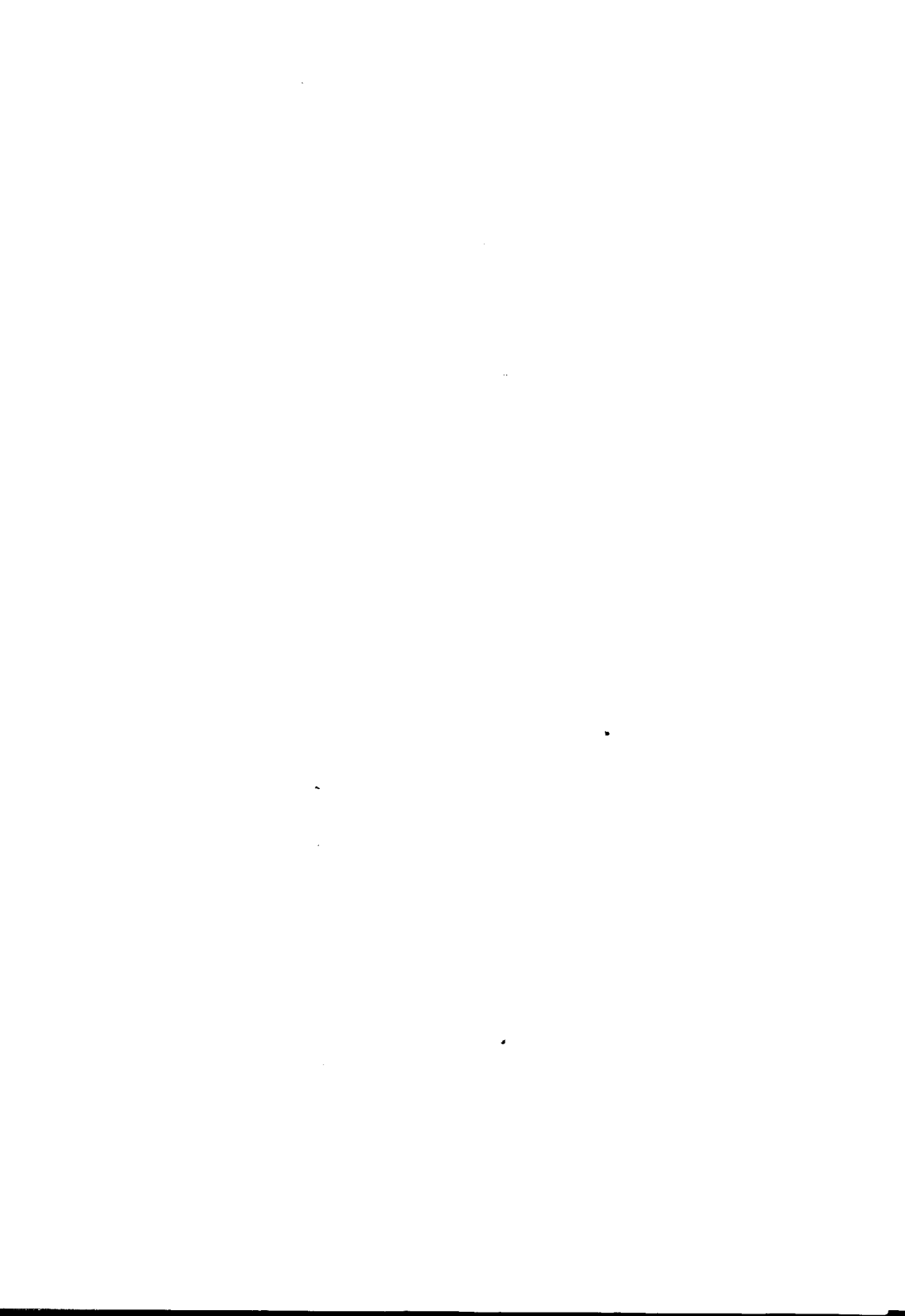
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

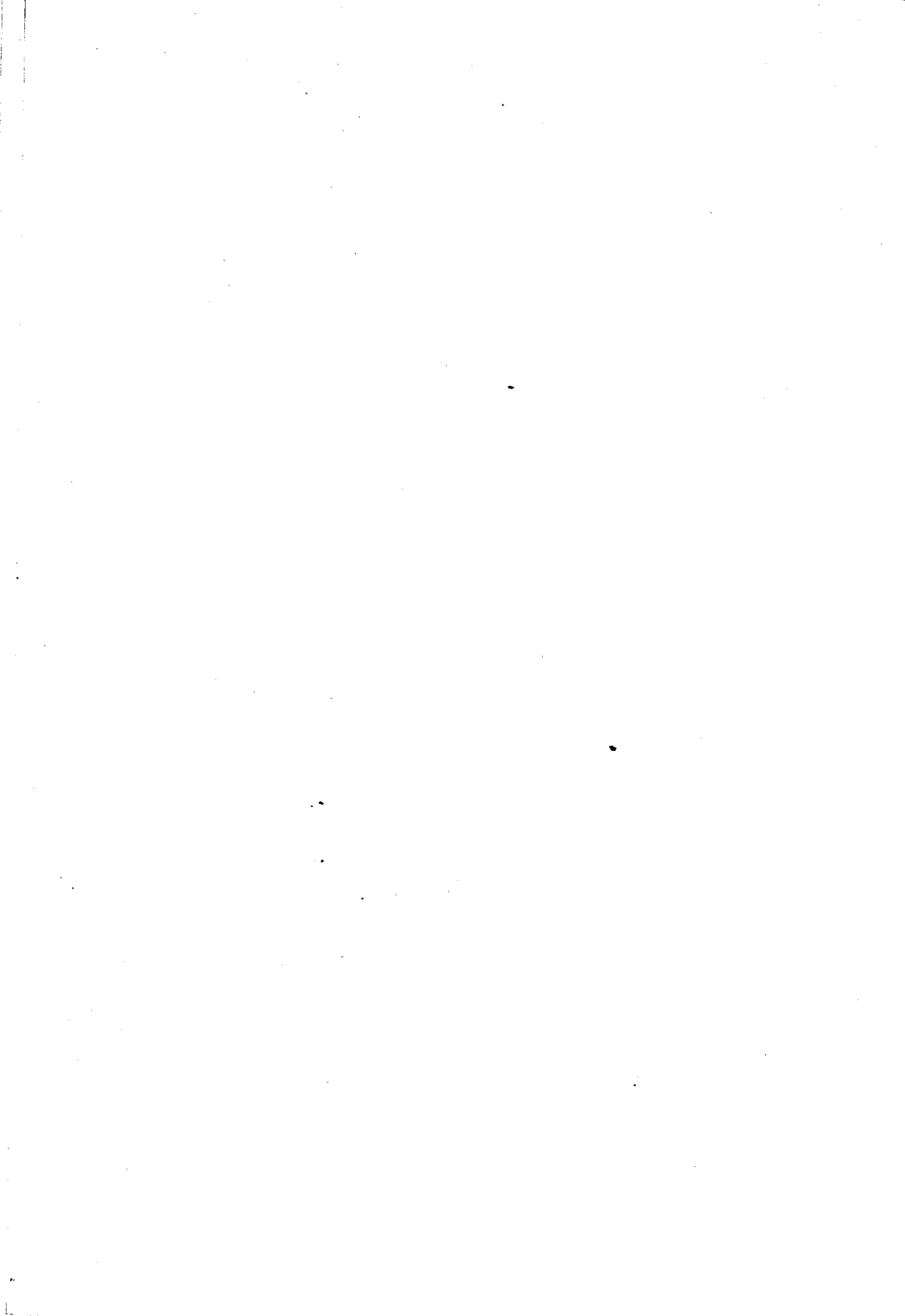
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
	.. LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	.. JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
	.. MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	.. BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	.. ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	.. FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	.. RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	.. ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	.. JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

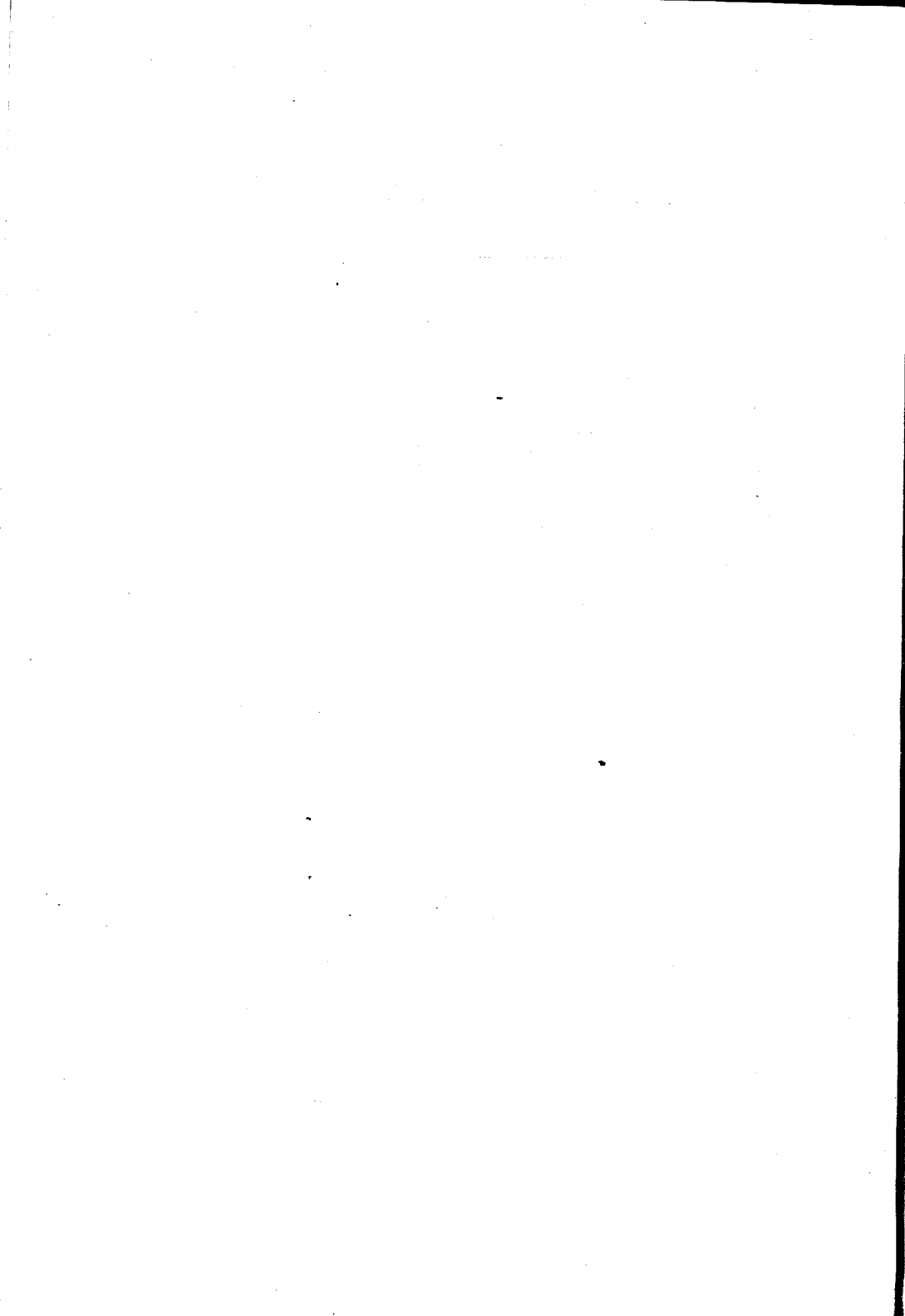
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Histología.....	" JULIO G. FERN NDEZ
Anatomía Descriptiva.....	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOSE MORENO
Medicina Operatoria.....	" ENRIQUE FIAOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
» Dermato-sifilográfica.....	" NICOLÁS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
	" JOAQUIN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
Clínica Oftalmológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
Clínica Oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
» Quirúrgica.....	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" JOSE ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JUAN JOS. VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
Clínica Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
Clínica Pediátrica.....	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JAIME SALVADOR
Clínica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
Clínica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
Medicina legal.....	" V. JOAQUIN GNESCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL ERIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de árgas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA " PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	} SR. PEDRO J. MESIGOS " LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ " ANGEL SABATINI

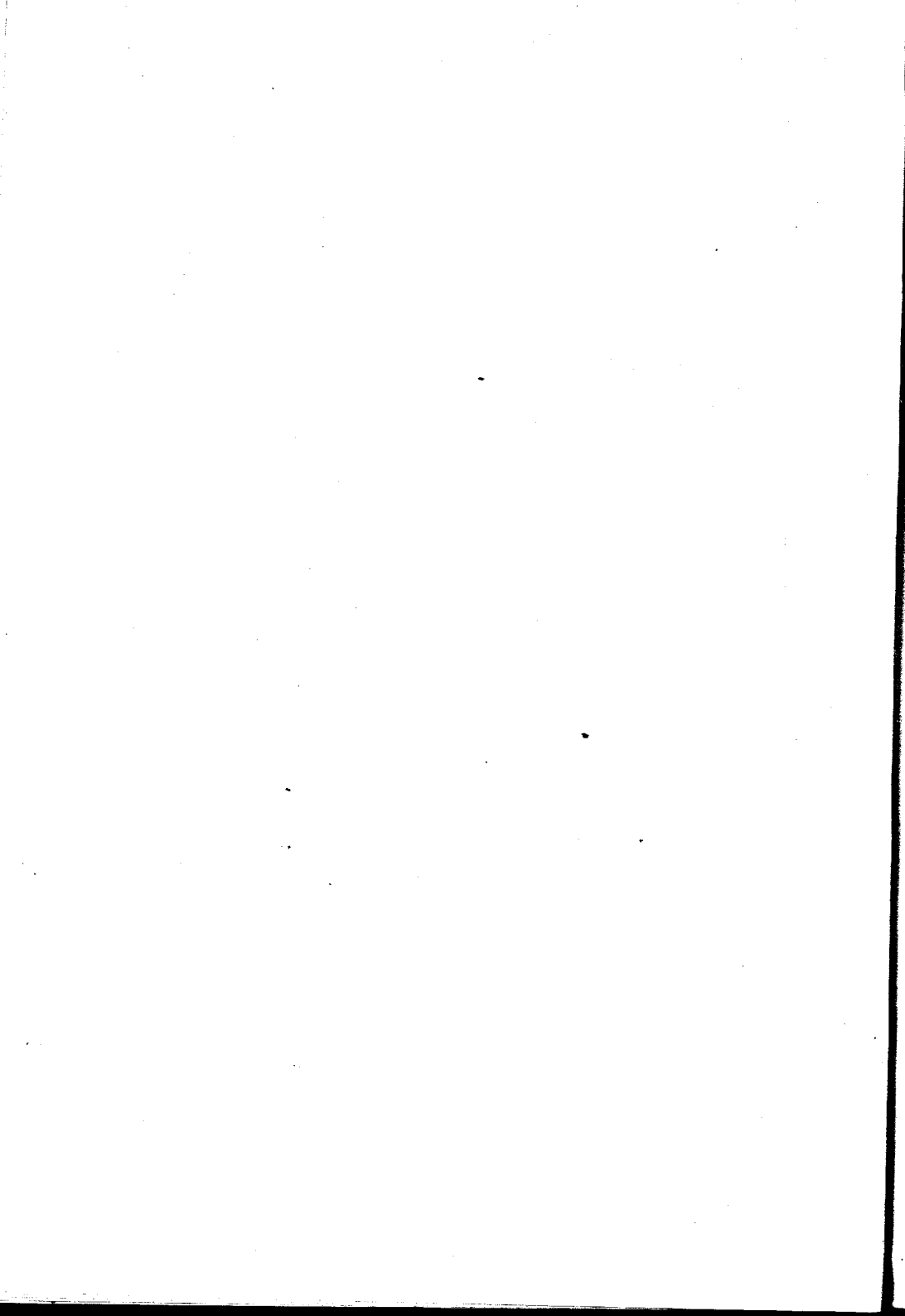


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREIRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

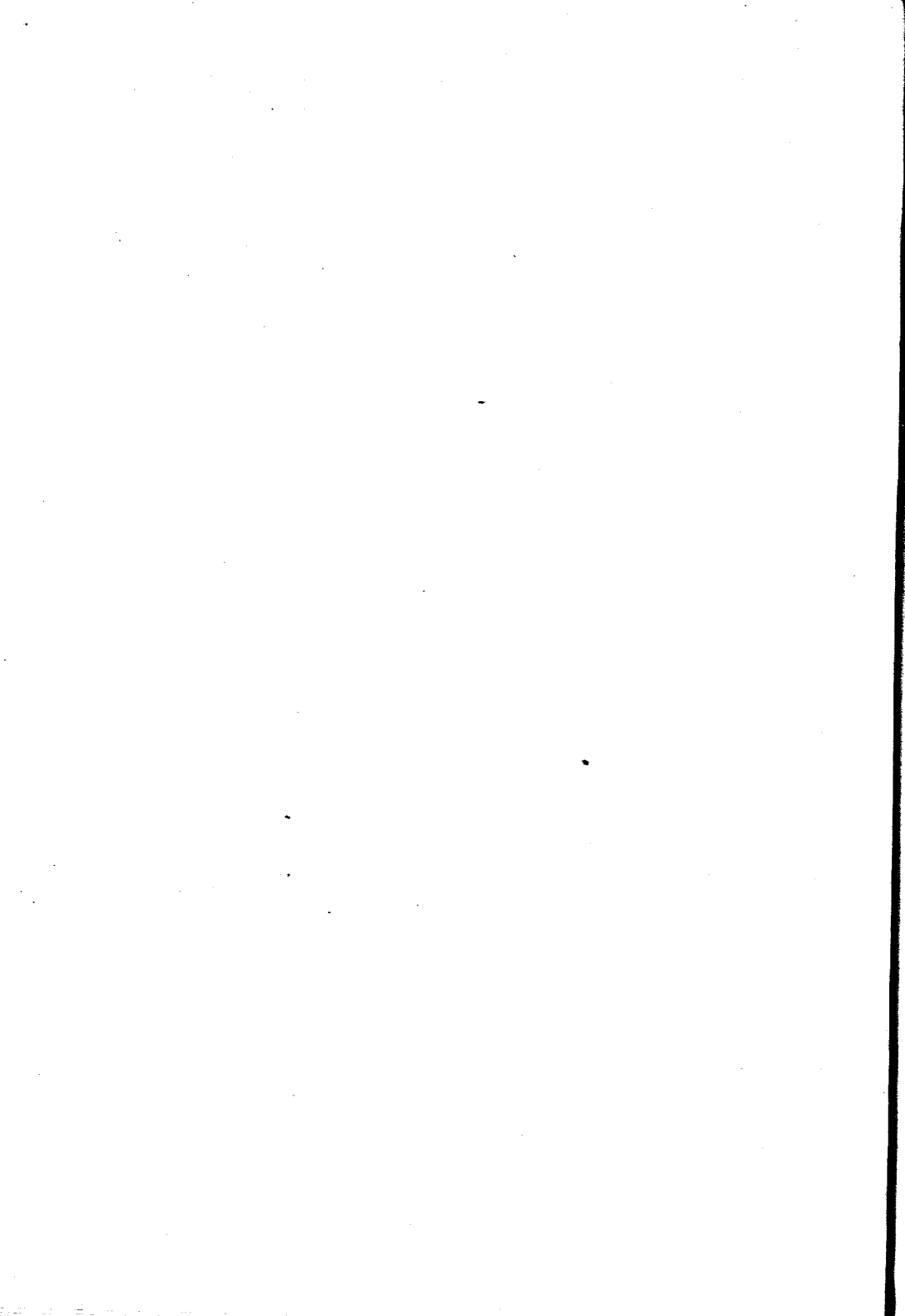
DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

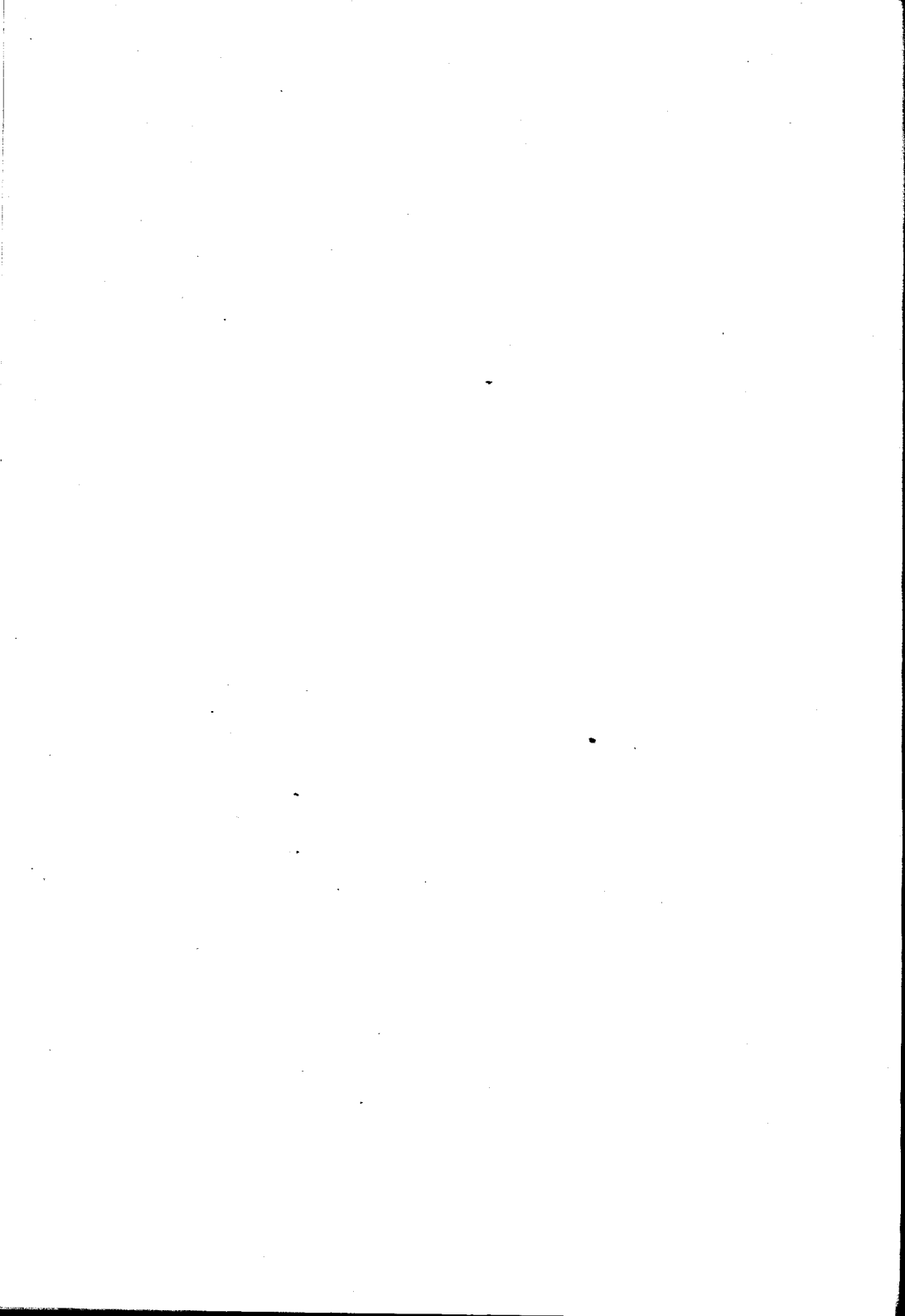
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clinica Obstétrica.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
" "	* UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura.



Padrino de tesis:

Dr. ALFREDO L. SAPERE

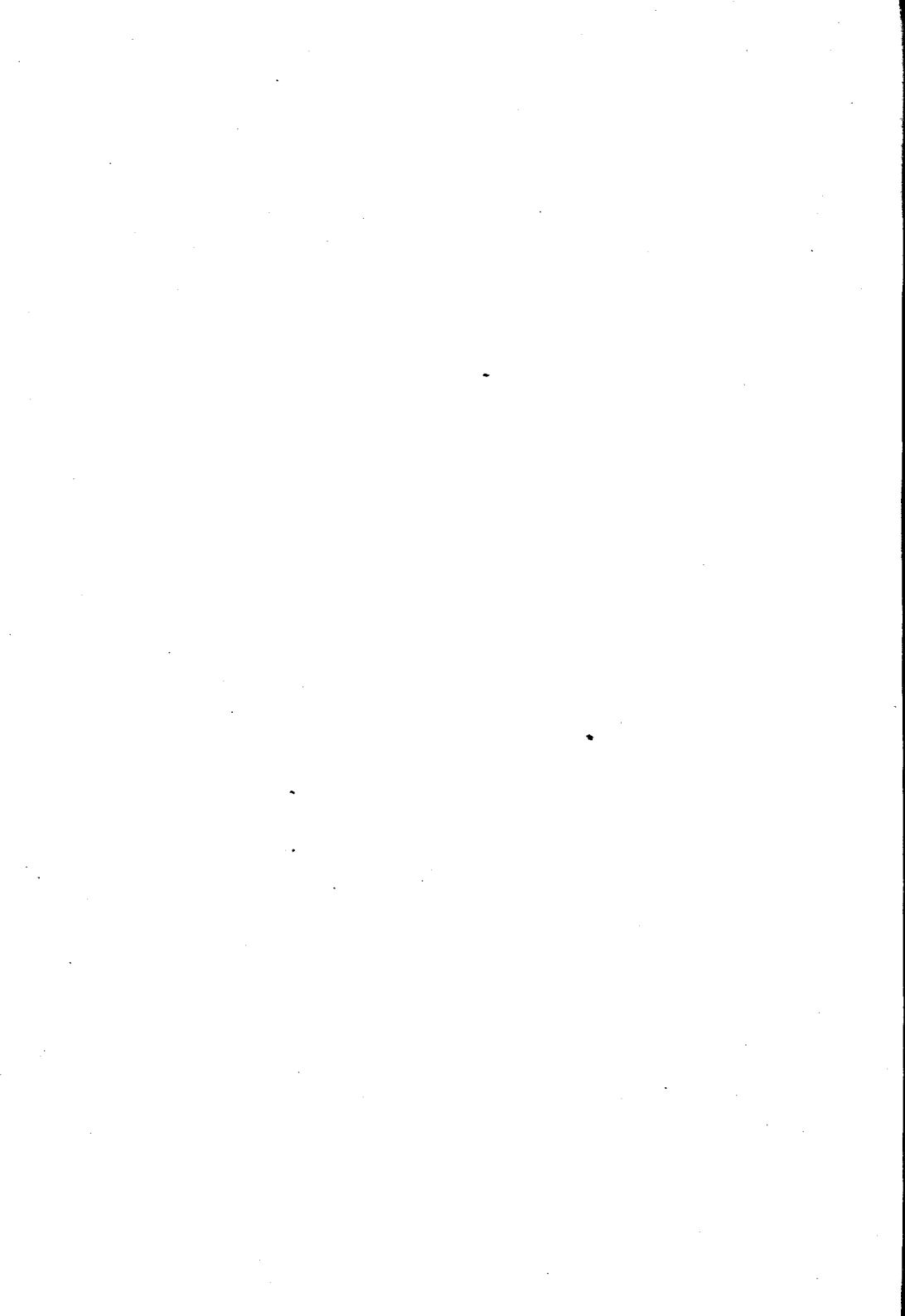
Cirujano del Patronato de la Infancia



A LA MEMORIA DE MI PADRE

A quien todo lo debo

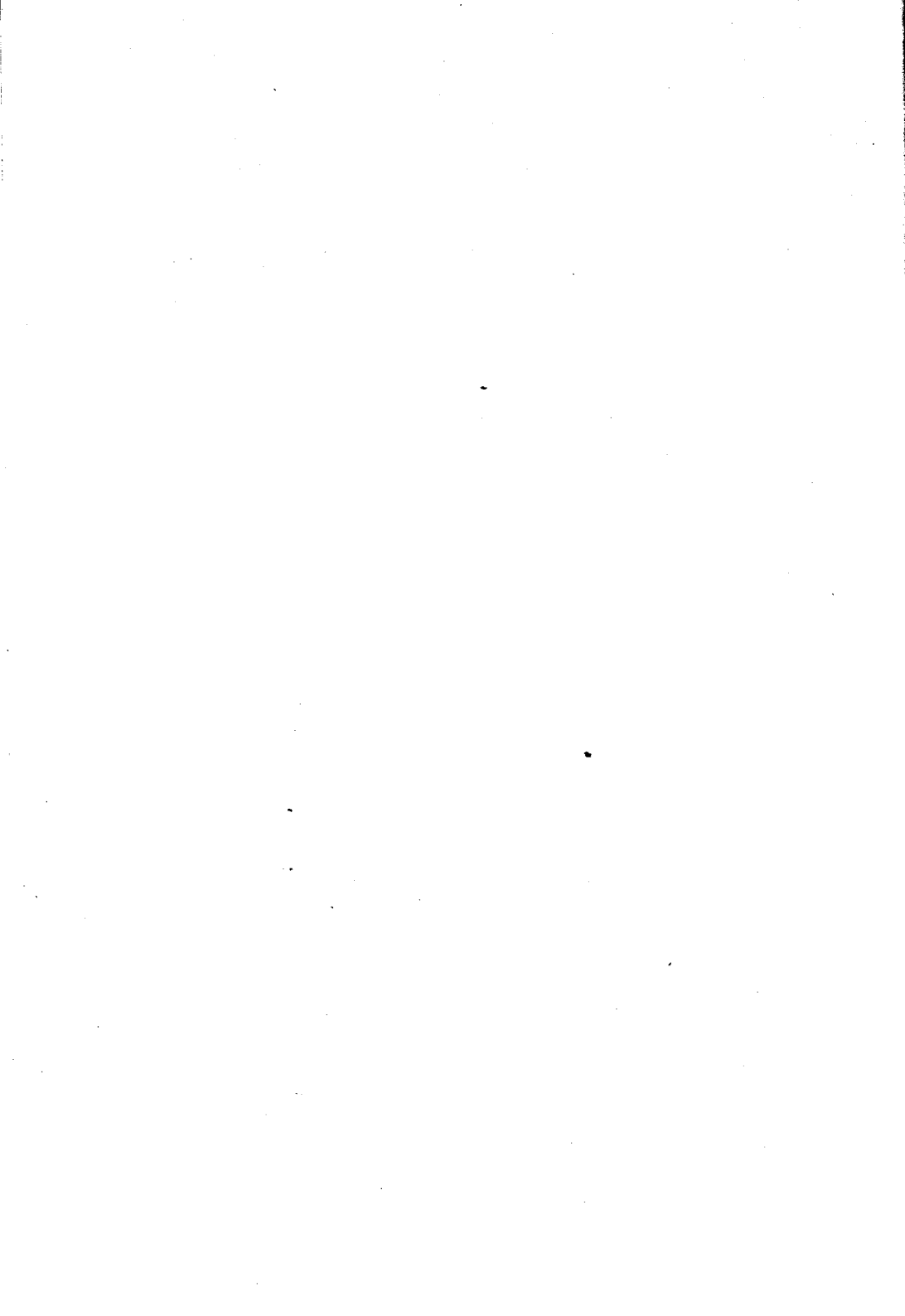
ETERNA GRATITUD



A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS



Señores académicos,

Señores consejeros,

Señores profesores:

Someto a vuestra consideración este modesto trabajo que presento para optar al doctorado, según lo establecen las disposiciones reglamentarias de la Facultad.

No me impulsa al escribirlo ninguna pretensión de hacer algo inédito, ni de aportar ideas nuevas; la gran cantidad de chicos con esta afección, que se ven diariamente desfilan por los consultorios de niños, me ha seducido a elegir tal tópico.

Tema muy discutido, ampliamente iluminado por talentos superiores, sobre todo en Francia, y a la cabeza de los cuales se destaca el genial Fournier, he tratado de ordenar los conocimientos y darle forma de tesis para satisfacer así la última exigencia reglamentaria.

Al abandonar la Facultad, quiero hacer constar mi gratitud a los señores profesores, quienes me

han guiado en todo momento con sus prácticas lecciones y sus sabias enseñanzas.

Al Dr. Alfredo L. Sapere, mi sincero agradecimiento por el alto honor que me dispensa acompañándome en este acto.

Al Dr. Abel Zapata, mi profundo reconocimiento, por las atenciones que me ha dispensado durante mi permanencia como practicante en el Hospital Vecinal de Nueva Pompeya.

Un recuerdo cariñoso para mis compañeros de internado.

SÍFILIS HEREDITARIA

CONSIDERACIONES GENERALES

Sífilis hereditaria, es la sífilis recibida por el niño, de sus padres afectados de sífilis en el momento mismo de la procreación.

No es preciso colocar en la sífilis hereditaria los casos en que el niño recibe la enfermedad de la madre, cuando esta última ha sido infectada después de la concepción.

Esta distinción no es solamente teórica, pues las sífilis hereditarias verdaderas, es decir, provenientes de padres infectados antes de la concepción son mucho más graves que las sífilis post-concepcionales.

ETIOLOGÍA

La herencia sifilítica puede tomar origen del padre y de la madre juntos (herencia mixta), de

la madre sola (herencia materna exclusiva), del padre sólo (herencia paterna exclusiva).

Herencia mixta. — La herencia mixta, es decir, herencia proveniente de los dos progenitores infectados, es la que tiene más probabilidad de adquirirse; es ésta a la cual el producto de la concepción tiene más dificultad para escapar.

Herencia materna exclusiva. — La herencia materna exclusiva es la que se ejerce de la madre al feto, cuando el padre es sano. Como la herencia mixta ella es casi fatal.

Herencia paterna exclusiva. — La herencia paterna exclusiva es la que se ejerce del padre al feto, cuando la madre no es infectada en el momento de la concepción. Este modo de transmisión de la sífilis ha dado lugar a discusiones numerosas, y la cuestión tiene un gran interés práctico, pues si fuera demostrado, como lo han pretendido ciertos autores, que la sífilis no se transmite del padre al niño, cuando la madre es sana, se podría permitir el matrimonio a todos los hombres cuya sífilis se ha hecho latente; es decir, amenudo en una época muy aproximada del principio de la infección, algunos meses o un año después del chanero. Se admite hoy que la influencia de la herencia sifilítica puede ejercerse

del padre al producto de la concepción, aunque la madre no sea infectada.

Cuatro órdenes de testimonios, dice el profesor Fournier, establecen que la herencia sífilítica puede ejercerse de un padre a su niño.

1.º Las pruebas directas, demostrando la sífilis en el niño salido de un padre sífilítico y una madre sana.

2.º La frecuencia excesiva de abortos en un matrimonio, donde el padre solo es afectado de sífilis; y se dice que la herencia paterna exclusiva se traduce lo más amenudo por abortos o por partos de niños muertos o moribundos, que por la transmisión de la sífilis en natural.

3.º El criterio terapéutico, que establece que en estos matrimonios la tendencia al aborto se hace mucho más rara por el tratamiento específico del padre.

4.º Prueba indirecta deducida de la sífilis concepcional, es decir, de la contaminación de la mujer por el feto, sífilis caracterizada por la ausencia del período primario.

Es necesario reconocer que la herencia paterna exclusiva, es menos fatal que la herencia mixta o la herencia materna. Está lejos de ejercerse en todos los casos; pero como es lo más frecuentemente el padre que aporta la sífilis al matrimonio la he-

rencia paterna alcanza numéricamente lo que falta en nocividad.

Digamos una palabra de la herencia sifilítica de la segunda generación. Un hombre sifilítico hereditario, puede transmitir la sífilis a sus hijos, de modo que la sífilis del abuelo, por ejemplo, serviría a veces de origen a la sífilis del nieto. La sífilis puede, pues, transmitirse de abuelo a nieto quedando latente en una generación intermediaria.

GRADO DE NOCIVIDAD DE LA HERENCIA MIXTA, MATERNA Y PATERNA

El grado de nocividad es variable, según la clase de herencia.

1.° En primer lugar es la herencia mixta la más nociva, es decir, la que se ejerce más frecuentemente y que produce al mismo tiempo más mortalidad. La nocividad es de 92 o|o y la mortalidad de 65 o|o.

2.° En segundo lugar viene la herencia materna exclusiva, que se ejerce en 84 o|o de los casos y produce el 68 o|o de muertos.

3.° En fin, la herencia paterna exclusiva viene en tercer lugar con una inferioridad numérica notable. Se ejerce en el 67 o|o de los casos producidos con un índice de mortalidad de 28 o|o.

De esto resulta una indicación práctica muy

importante: que en un matrimonio sifilítico es preciso insistir sobre el tratamiento de la mujer, contrariamente a lo que se hace por lo general, siendo necesario tratar toda mujer sifilítica en estado de embarazo.

El tiempo y el tratamiento ejercen una acción manifiesta sobre la influencia hereditaria de la sífilis.

El tiempo atenúa, disminuye y concluye por anular la influencia hereditaria de cualquier procedencia que sea.

Se puede establecer la acción atenuante de este factor en la siguiente forma:

- 1.º embarazo: aborto precoz.
- 2.º " aborto más tardío.
- 3.º " parto prematura de un niño que muere rápidamente.
- 4.º embarazo: parto a término de un niño sifilítico que vive.
- 6.º embarazo: parto a término de un niño que no tiene el tiempo que sigue a su nacimiento, pero que presentará más tarde accidentes de sífilis hereditaria.
- 7.º embarazo: parto a término de un niño sano y que quedará sano.

Así después de cuatro años la influencia hereditaria sifilítica se encuentra tan reducida que en la

práctica corriente se puede considerarla como nula y permitir el matrimonio a condición de que se haya puesto en práctica durante estos cuatro años, el otro factor de atenuación, el tratamiento.

Hay siempre excepciones a las reglas de atenuación por el tiempo, tanto más temibles que es imposible preverlas, pues en ciertas circunstancias se ha visto la influencia heredo sifilítica transmitirse en pleno período terciario a los 6, 8, 10 y aún 20 años.

Se deduce de esto como conclusión práctica que el tiempo no es un factor de atenuación suficiente y que para permitir el matrimonio a un sifilítico, es necesario, al mismo tiempo hacer intervenir otro factor de atenuación el tratamiento.

El profesor Fournier ha mostrado que un tratamiento prolongado e intensivo puede disminuir o hacer desaparecer completamente la heredo sifilítica.

He aquí la elocuente estadística del profesor Fournier sobre la mortalidad por herencia paterna:

Tratamiento nulo	59 o o
” corto	36 ”
” mediano	21 ”
” prolongado	3 ”

El tratamiento constituye pues un correctivo neutralizando la influencia hereditaria de la sífilis.

¿ CÓMO SE TRADUCE LA INFLUENCIA HEREDO SIFILÍTICA ?

Examinemos lo que pasa con la madre cuando esta es sana y lleva un niño sifilítico de parte del padre solamente y lo que sucede al producto de la concepción cualquiera que sea la proveniencia de la herencia, mixto materna o paterna.

CONSECUENCIA DE LA HERENCIA PATERNA CON RELACION A LA MADRE.—SÍFILIS POR CONCEPCIÓN

Un hombre afectado de sífilis fecunda una mujer sana y engendra un hijo sifilítico. La madre es entonces infectada por su hijo y la enfermedad se desarrolla en ella de una manera particular, en el sentido que empieza por accidentes secundarios y que no hay ni chancro, ni ninguna incubación reglamentario. Es a esta sífilis que se da el nombre de sífilis por concepción.

Aparece generalmente desde el segundo, tercero o cuarto mes del embarazo, aunque puede hacerlo mucho antes a los 20 o 30 días o más tarde al quinto mes y más aún.

Ahora bien, esta sífilis puede manifestarse por accidentes secundarios entre los cuales se destaca, la cefalalgia, que tiene una importancia consi-

derable, los trastornos generales y desórdenes nerviosos, predominando sobre las manifestaciones objetivas. Otras veces se ve aparecer sífilides (eritematosas, papulosas), alopecías, sífilides acneiformes del cuero cabelludo, placas mucosas, etc.

Puede también esta sífilis concepcional traducirse por sífilis latente, absolutamente silenciosa, no manifestándose por ningún sufrimiento y revelándose solamente por la resistencia de la mujer a una nueva infección sifilítica o después de un número más o menos largo de años (18 o 20) manifestarse por accidentes terciarios.

Así la mujer infectada por concepción puede presentar una de las tres variedades de sífilis siguientes:

1.ª Una sífilis concepcional precoz, traduciéndose inmediatamente desde el embarazo, por accidentes secundarios.

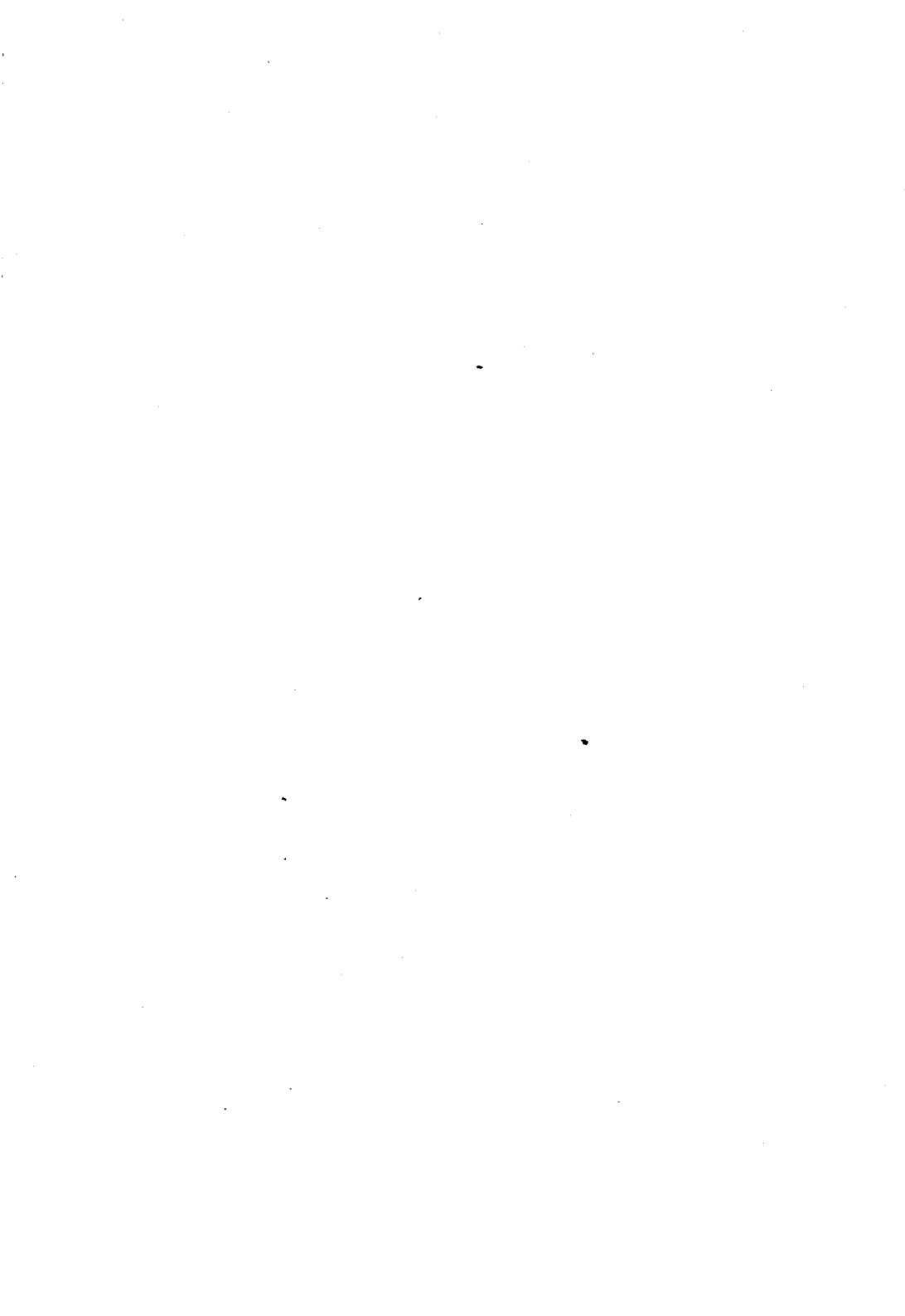
2.ª Una sífilis concepcional tardía, que queda latente los años que siguen al embarazo pero que se traduce ulteriormente, al cabo de algunos años por accidentes terciarios.

3.ª Una sífilis definitivamente latente, especie de vacunación de la mujer, que se hace rebelde a toda nueva infección sifilítica, sin haber presentado y sin presentar jamás accidentes sifilíticos.

El conocimiento de esta sífilis concepcional no

explica la verdad de la ley de Colles-Beaumes y la de Profeta.

“Un niño sifilítico procreado por un padre sifilítico, no infecta jamás su madre sana” e inversamente “una madre sifilítica no infecta jamás su niño sano a menos que ella no haya contraído la enfermedad durante los dos últimos meses del embarazo”.



SÍFILIS HEREDITARIA PRECOZ

Para hacer más cómodo su estudio vamos a considerar la sífilis hereditaria precoz de la manera siguiente: sífilis intrauterina, sífilis del recién nacido y sífilis infantil precoz.

I.—SÍFILIS INTRAUTERINA

La sífilis intrauterina puede ser embrionaria y fetal.

a) *Sífilis embrionaria*.—Se traduce por un aborto que en la mayoría de los casos se hace del 4.º al 7.º mes, pero puede producirse a los 2 o 3 meses y aún a las 6 semanas.

El aborto es de una frecuencia extrema, se hace generalmente en serie, siendo este hecho un buen recurso para diagnosticar la sífilis de los generadores.

b) *Sífilis fetal*.—Después del 7.º mes la infección hereditaria puede traducirse por un parto prematuro. A veces el feto sale muerto y macerado, otras vive algunos instantes después del nacimiento.

Suele presentar lesiones específicas tales como el penfigo, lesiones viscerales, anomalías de desarrollo.

El parto prematuro es generalmente consecuencia del hidramnios, que se muestra hacia el 5.º o 6.º mes con sus signos habituales (desarrollo exagerado del abdomen, adelgazamiento de las paredes uterinas, fluctuación, vómitos, demacramiento, dolores lumbares, y algunas veces edema de los miembros inferiores, ascitis, etc.

La placenta y sus anexos presentan alteraciones macroscópicas que pueden hacer pensar en la sífilis, (aumento de volumen de peso, en lugar de representar $\frac{1}{6}$ del peso del niño, alcanza $\frac{1}{4}$). El cordón es duro, rojo, de volumen doble o triple que el normal. Los cotiledones son deformados, aislados y amarillentos.

II.—SÍFILIS DEL RECIÉN NACIDO

Se entiende por recién nacido el niño que acaba de nacer hasta la caída del cordón.

La enfermedad ha evolucionado en el feto durante la vida intrauterina, pero este ha resistido y nace a término. La infección se traduce aquí por la muerte rápida o por una erupción específica, el penfigo.

a) *Muerte*.—La muerte sobreviene rápidamente, sea inmediatamente después, sea algunas horas o un día después. Se produce ora sin lesiones apreciables, ora a consecuencia de lesiones viscerales graves (equimosis, petequias, hemorragias múltiples) al nivel del cordón después de su caída o en ciertas mucosas (nariz, boca), o al nivel de las serosas o de ciertos órganos.

b) *Penfigo sífilítico*. — Es una variedad de sífilides que se encuentra solo en el recién nacido, como consecuencia de la calidad de sus tejidos. Aparece en el momento del nacimiento o algunos días después, teniendo como sitio de predilección la palma de la mano o la planta del pie.

Sus elementos eruptivos están formados por manchas de color vinoso, anchas de 2 milímetros a 1 centímetro, manchas a cuyo nivel la epidermis está levantada por un líquido primero seroso, luego lactecente, haciéndose más tarde verdoso y de apariencia hemorrágica. La piel en el intervalo de las ampollas es violeta más o menos intensa

III.—SÍFILIS HEREDITARIA PRECOZ

El niño nace sano en apariencia, pero después de algunas semanas o pocos meses las lesiones específicas aparecen y consisten en: coriza, placas mucosas, accidentes cutáneos, lesiones óseas y manifestaciones viscerales.

a) *Coriza*.—El coriza tiene un gran valor diagnóstico por su precocidad y su frecuencia; la mucosa está tumefacta, con secreción sero-purulenta o sanguinolenta de olor fétido. La piel al nivel de los orificios nasales es lisa, tensa, como tirada hacia el interior de la nariz; las lesiones son superficiales y no se propagan al esqueleto como lo hacen las lesiones nasales de la heredo sífilis tardía.

b) *Placas mucosas labiales*.—Estas son también lesiones muy significativas, se ven bajo forma de fisuras más o menos profundas, situando generalmente en el labio superior o el inferior, interesan la mucosa y respetan la piel, son dolorosas e impiden considerablemente el amamantamiento.

Las placas mucosas de la cavidad bucal son muy raras.

c) *Accidentes cutáneos*.—Pueden tener diversos aspectos; roseola, sífilides maculosas, papu-

losas, escamosas o erosivas, que asociándose a veces, constituyen el tipo de sífilis eritemato-papulosa polimorfa, localizadas sobre todo en la cara, en el mentón, la región ano-genital, glúteos y muslos.

Otro accidente cutáneo es constituido por las úlceras, que se hacen sobre todo en los niños caquéuticos, al nivel del sacro, del glúteo y del ombligo.

d) *Lesiones óseas.* — Periostitis, exostosis, hiperestosis, gomas, necrosis, el cráneo natiforme de Parrot, la frente olímpica, el desprendimiento epifisario con pseudo-parálisis de Parrot son las principales manifestaciones heredo-sifilíticas precoces sobre el esqueleto.

e) *Lesiones viscerales.* — Las lesiones viscerales son frecuentes pero desprovistas del carácter clínico que nos permita atribuir las a la sífilis, siendo a veces un hallazgo de autopsia.

He aquí las más comunes:

1.º Lesiones del aparato respiratorio: Son frecuentes y pueden atacar todo el árbol laringo-traqueal o los pulmones. Atacando la laringe puede simular el erup, produciendo alteraciones del grito y de la tos. Esta es frecuente y angustiosa; la respiración es difícil, con accesos de sofocación que pueden producir la muerte.

Las lesiones pulmonares son graves y dan los signos clínicos de una bronconeumonía.

2.° Lesiones del aparato digestivo y sus anexos: Un gran número de chicos heredo-sifilíticos presentan trastornos gastro-intestinales que a veces son atribuidos a la atrepsia.

Regurgitaciones, vómitos, diarrea, hinchamiento del vientre, repulsión por el seno o el biberón son las primeras manifestaciones que concluyen por producir en estos chicos una verdadera atrepsia sifilítica.

Las lesiones del hígado y del bazo son apreciables muchas veces en la vida de estos enfermitos, bajo la forma de una hepatitis comparada a la ictericia grave, y que da hemorragias múltiples, siendo el bazo tumefacto y doloroso. Hay caquexia con aspecto especial terroso de la piel.

3.° Lesiones sanguíneas: Se observa una anemia ligera, con leucocitosis poco marcada y reacción mieloidea.

4.° Lesiones del sistema nervioso: No tienen nada de especial y suelen observarse hidrocefalia, hemorragias meníngeas, meningitis, encefalitis con crisis epileptiformes generalizadas o parciales, parálisis parciales, idiocia, sordera con otitis media o interna con sordo-mudez consecutiva.

SÍFILIS HEREDITARIA TARDÍA

La sífilis hereditaria tardía se caracteriza por dos órdenes de síntomas: 1.° Los estigmas de la heredo-sífilis, signos particulares que revelan la tarea hereditaria, no son patognomónico; pueden faltar y no dan generalmente sino una probabilidad más o menos grande; y 2.° las manifestaciones propias de la heredo-sífilis tardía que son lesiones terciarias.

ESTIGMAS DE LA SÍFILIS HEREDITARIA

Se les puede agrupar, como lo hace Berdal, de la manera siguiente: 1.° La triada de Hutchinson. 2.° Deformaciones craneanas y nasales. 3.° Deformaciones óseas y de los miembros. 4.° Estigmas cicatriciales de la piel. 5.° Lesiones testiculares. 6.° Constitución del sujeto.

I.—TRIADA DE HUTCHINSON

Está constituída por las deformaciones dentarias, las lesiones oculares y los trastornos del oído, que pueden observarse aisladamente o reunidos denunciando en este último caso, casi seguramente la influencia hereditaria de la sífilis.

La deformación dentaria es una alteración embriogénica, alteración de formación del diente que todavía encerrado en su alveolo presenta lesiones que se observan cuando es adulto; puede hacerse sobre las dos denticiones, pero se observa mucho más frecuentemente sobre la segunda y son habitualmente simétricas. La más común de estas deformaciones es la erosión dentaria, que se produce en la vida intrafolicular del diente y se manifiesta por una alteración particular de la corona, que parecè gastada, taladrada sobre cierta extensión del diente.

El diente de Hutchinson está caracterizado por una escotadura semi-lunar, absolutamente regular, del borde libre de los incisivos medianos superiores, escotadura tallada en bisel a expensas del borde anterior, es decir oblicuamente de la cara anterior del diente a la cara posterior y de arriba hacia abajo.

Vertical y horizontalmente el diente es más pe-

queño que el normal y sus ángulos laterales son redondeados.

Otras deformaciones dentarias son el microdontismo y el amorfismo dentario. El profesor Fournier, sin considerarlos como específicos, le da gran importancia diagnóstica. El microdontismo no es más que una reducción de tamaño del diente, que se ve aislado o asociado a otras deformaciones dentarias, reducción acentuada a veces produciendo dientes muy rudimentarios, enanos.

El amorfismo es una deformación bastante frecuente, parcial, que no ataca sino un pequeño número de dientes y consiste en una desviación simple del tipo dentario, tal que los caninos toman la forma de los incisivos e inversamente; o en deformaciones dentarias que producen verdaderas monstruosidades de los dientes.

Además de estas deformaciones dentarias conviene hacer notar, la vulnerabilidad excesiva de los dientes, que se rompen y gastan fácilmente, son afectados por la carie, la irregularidad de su implantación, la alteración de los maxilares, la ausencia de ciertos dientes y la permanencia de dientes de leche.

Las lesiones oculares afectan sobre todo la córnea y el iris. En la córnea hay modificaciones de transparencia consecutivas a la queratitis intersticial; en el iris se encuentran sinequias, deformacio-

nes variables de la pupila, inmovilización más o menos completa del iris.

Los trastornos del oído son cicatrices y perforaciones del tímpano, o trastornos de audición que pueden llegar a la sordera más o menos completa unio bilateral.

II.—DEFORMIDADES CRANIANAS Y NAALES

Las principales deformidades cranianas son las siguientes:

La frente olímpica, caracterizada por un desarrollo desagerado de la frente en todos sus diámetros.

La frente con abovedamientos laterales caracterizada por una salida exagerada de las eminencias frontales.

La frente llamada en quilla, marcada por una saliencia media frontal, siguiendo el trayecto de la sutura frontal media.

El cráneo hidrocéfalo, que presenta una exageración de todos sus diámetros.

Las deformaciones nasales más comunes son: la nariz llamada en silla (montura) debida a un hundimiento de la raíz del órgano inmediatamente debajo del frontal, y la nariz en anteojo, en que el segmento superior del órgano parece cabalgar sobre el segmento inferior.

DEFORMIDADES DE LOS MIEMBROS Y DEL TRONCO

Una es muy importante, es la de la tibia, llamada tibia en lámina de sable y consiste en que el hueso en lugar de ser recto, describe una curva a convexidad anterior, debido, no al hueso mismo, como sucede en el raquitismo, sino a la hiperostosis de su parte anterior. La tibia es curva en apariencia no en realidad, siendo la hiperostosis que forma la salida anterior. La cresta tibial en lugar de representar un borde cortante, una verdadera arista, está transformada en una cara plana, espesa, desigual y llena de rugosidades.

Se observan también hiperostosis en la diafisis, o en la epifisis del radio, cúbito, húmero y clavícula.

Las lesiones articulares no son menos raras: hidrartrosis crónicas, artropatías deformantes, y pseudo tumores blancos, se ven con cierta frecuencia, al igual que incurvación de los huesos de los miembros, deformaciones del tórax y del raquis que producen jorobas.

IV.—ESTIGMAS CICATRICIALES DE LA PIEL

Algunas cicatrices de la piel tienen en la heredo-sífilis una significación importante por su configuración o por su sitio.

Hay cicatrices perfectamente redondeadas en arcos de círculo, en media luna, que denuncian de una manera casi categórica la existencia de ulceraciones sifilíticas anteriores; otras son cicatrices labiales, lineales, vestigios de fisuras del borde libre del labio superior e inferior.

Igualmente a las cicatrices de la nariz, variables en forma y en dimensiones, como las cicatrices lumbar y glúteas, que tienen cierta importancia, señalando la existencia anterior de sífilides, tan frecuentes en estas regiones, es necesario agregar las cicatrices consecutivas a las mutilaciones del velo, de la bóveda del paladar, de los pilares y de la faringe producidas por gomas.

V.—LESIONES DE LOS TESTÍCULOS

Son lesiones precoces y muy frecuentes. Uno o ambos testículos son atrofiados, de consistencia leñosa, irregulares de superficie modificados de forma y llenos de tuberosidades.

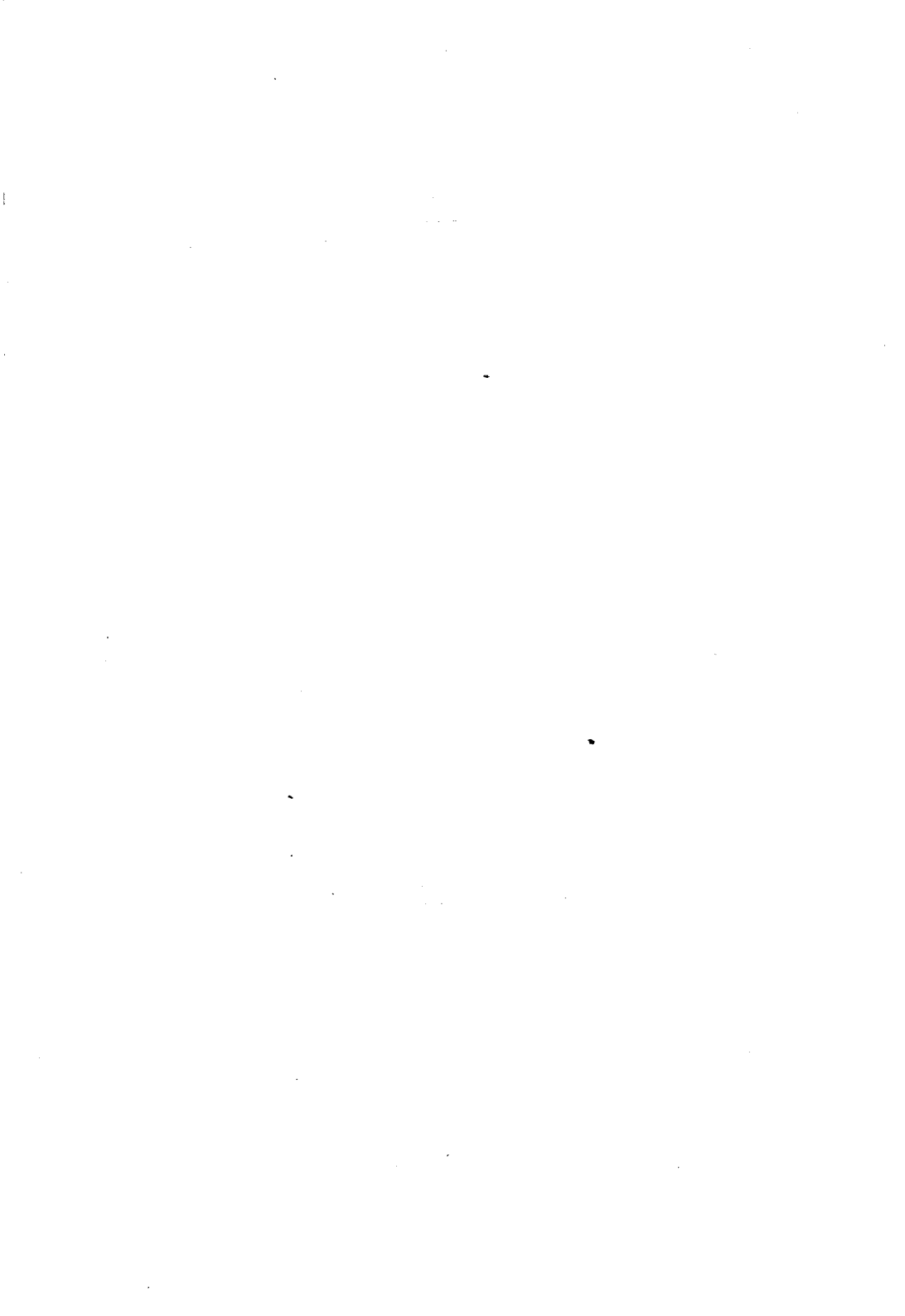
VI.—CONSTITUCIÓN DEL SUJETO

Es habitual observar en los sujetos heredo-específicos un retardo en el desarrollo físico e intelectual.

tual: crecen lentamente, desarrollan tardamente sus dientes y empiezan a marchar y a hablar cuando los niños normales de su edad corren y poseen cierto vocabulario.

La virilidad es tardía, los testículos pequeños, rudimentarios, los pelos genitales y la barba escasa. En la mujer los senos no se desarrollan o lo hacen tardamente y las reglas aparecen a los 18 - 19 años o más tarde.

En el orden intelectual se observa una disminución análoga, quedando en un nivel inferior a la inteligencia normal, otras veces un paro completo, absoluto y definitivo que llega a la idiocia.



MANIFESTACIONES DE LA HEREDO-SÍFILIS TARDÍA

LESIONES CUTÁNEAS

Son muy frecuentes y amenudo se atribuyen a la escrófula, pueden observarse sobre todas las regiones del cuerpo, especialmente sobre la cara y las piernas. En la cara, es la nariz la región más generalmente afectada y el diagnóstico diferencial con el lupus se impone en la mayor parte de los casos, y no es siempre fácil hacerlo. En la pierna es la parte anterior la atacada en la mayoría de los casos y el fagedenismo lesiona y destruye porciones más o menos extendidas de piel.

GOMAS SUBCUTÁNEAS

Sitúan preferentemente en los miembros superiores e inferiores; se encuentra un goma solo o varios reunidos o aislados sobre diferentes regiones.

El diagnóstico de estas gomas es fácil, cuando coexisten con lesiones más específicas (queratitis, sarcocèle), y difícil cuando se presentan como manifestaciones aisladas.

LESIONES DE LA MUCOSA GENITAL Y DEL TESTÍCULO

Se muestran generalmente de los 18 a 20 años bajo la modalidad tubérculo ulcerosa y son más o menos extendidas a la superficie de la mucosa genital.

El sarcocèle común en la sífilis hereditaria precoz, es muy raro en la sífilis tardía.

LESIONES DEL APARATO DIGESTIVO

1.º *Velo del paladar*.—Es atacado con mucha frecuencia y un goma en este sitio es muy generalmente la primera manifestación de la heredo-sífilis; puede fácilmente ser tomada por un lupus, pero en la sífilis la ulceración es precoz y total del tejido gomoso, de dimensiones más grandes, profunda, sus bordes tallados a pico, de fondo amarillento y de evolución más rápida.

Sin embargo, estos caracteres no son a veces muy netos, y en los casos dudosos es necesario re-

currir a la prueba terapéutica para afirmar el diagnóstico.

Estas ulceraciones del velo del paladar pueden también ser confundidas con ulceraciones escrófulo tuberculosas, pero éstas son más pequeñas, menos profundas, muy dolorosas y se acompañan de una disfagia muy acentuada, mientras que las ulceraciones gomosas son indoloras y hay además ingurgitamiento ganglionar que falta en la sífilis.

2.º *Faringe y lengua.*—En la pared posterior de la faringe, sobre los pilares, y sobre la mucosa lingual se observan ulceraciones gomosas, de procedencia hereditaria, como también gomas profundos musculares de la lengua.

3.º *Hígado.*—La sífilis hepática, de origen hereditario presenta una gravèdad muy grande, porque generalmente es desconocida.

La forma esclerosa es la más común.

Tratada a tiempo cura y pueden realizarse curaciones sorprendentes. Hay, pues, un gran interés práctico en todos los casos donde accidentes hepáticos se producen en un niño, un adolescente, y aún mismo en un adulto, en investigar la sífilis en los antecedentes del enfermo o en sus ascendentes.

Aparato respiratorio. — La sífilis hereditaria puede interesar la naríz, las fosas nasales, la laringe, los pulmones.

Las lesiones nasales sitúanse sobre la piel de las alas, la mucosa y el tabique, se encuentran bajo la forma tuberculosa o tubérculo-ulcerosa, recubiertas de costras que obstruyen más o menos completamente los orificios nasales. Cuando un tratamiento no es administrado a tiempo se producen destrucciones más o menos serias, tales como la perforación del tabique, destrucción del sub-tabique (nariz en pico de loro) o de una parte más o menos grande de las alas de la nariz.

Las lesiones de las fosas nasales empiezan con los síntomas de un coriza crónico, más tarde sobrevienen necrosis óseas, denunciadas por el ozena y se constata uno o varios sequestros.

AFFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

Casi todos los tipos clínicos de sífilis cerebral se pueden observar en la heredo-sífilis tardía, y es necesario evitar el error frecuente de atribuir las a meningitis o encefalitis de orden común.

La médula espinal puede ser atacada y se observan paraplegias y parálisis de los cuatro miembros, producidas por lesiones de la médula.

LESIONES ÓSEAS

Se presentan bajo tres formas: gomas osteoperiósticos, gomas profundos u osteo-mielitis gomo-

sas, y osteo-periostitis, que es la más frecuente. Esta última ataca, sobre todo, los huesos largos y con una predilección especial a la tibia, luego los huesos del antebrazo, el húmero, el fémur, la clavícula.

LESIONES OCULARES

Constituyen la manifestación más frecuente de la heredo-sífilis bajo la forma de queratitis intersticial, iritis y lesiones de fondo de ojo.

LESIONES DEL APARATO AUDITIVO

La otitis media supurada que puede producirse en chicos de algunas semanas o algunos meses suele también observarse en la adolescencia. Tiene de muy especial, el producirse de un día a otro, sin fiebre, sin dolor, sin trastornos locales y generales, todo lo contrario de lo que se observa en otitis agudas comunes. Hay un derrame de pus hacia afuera del oído, que viene de la caja a través del tímpano perforado.

La afección, tratada, es susceptible de curación no dejando más vestigios que una cicatriz del tímpano; abandonada al contrario, el derrame purulento se hace crónico, produce alteraciones graves de la caja, destrucción del tímpano y de los huecillos, comprometiendo gravemente la audición.

SORDERA

Como la otitis, la sordera sobreviene bruscamente, sin causa apreciable, en uno o en los dos oídos, sin reacción local y sin fiebre y en algunas semanas se hace tal que el sujeto no oye, cualquiera que sea la intensidad y tonalidad de los ruidos.

AFECCIONES DEL SISTEMA LINFÁTICO

Las adenopatías sitúan en las regiones laterales del cuello, en la región submaxilar, más raramente en las regiones inguinales y axilares. Los ganglios del tamaño de una avellana o una nuez, duros, lisos, movibles e indoloros, persistiendo durante años. Supuran muy excepcionalmente.

La hipertrofia del bazo no es tan común como en la heredo-sífilis precoz, se asocia generalmente a lesiones del hígado y de los riñones.

DIAGNÓSTICO

Fácil el diagnóstico de la heredo-sífilis precoz cuando las lesiones son netamente clara, es a veces muy difícil. Entre los signos característicos hay que señalar: el pénfigo de la palma de la mano y de la planta del pie; el corizo; los fisuras labiales; las sífilides peribucales. Entre las lesiones viscerales el sarcocèle, sin olvidar la hepato y la esplenomegalia.

En los casos dudosos los antecedentes de familia deben ser investigados prolijamente, pues constituyen, como bien lo dice el ilustre profesor Fournier, "el último y supremo recurso del diagnóstico".

Esta investigación debe comprender la sífilis en el padre, en la madre, en otros niños si hay y la polimortalidad anterior (abortos, nacimientos antes de término, muertes producidas poco tiempo después del nacimiento) que frecuentemente nos hace una revelación sobre la sífilis de los ascendentes.

En los casos en que la duda persiste sobre la posibilidad de una infección heredo-sifilítica, el médico debe proceder como si la infección fuera demostrada y hacer amamantar al chico por la madre o el biberón, pues comprometería gravemente su responsabilidad confiándolo a una nodriza sana.

El diagnóstico de la heredo-sífilis tardía presenta grandes dificultades, primero por la frecuencia de lesiones viscerales que no tiene ningún carácter de especificidad, siendo atribuidas a causas comunes, y segundo, por su semejanza más o menos fiel con ciertas lesiones escrofulosas.

El diagnóstico se apoya sobre las consideraciones siguientes:

Examinar los caracteres objetivos o los síntomas de la lesión.

Investigar los estigmas de la heredo-sífilis, que pueden faltar, y cuando existen constituyen una prueba de presunción y no de seguridad.

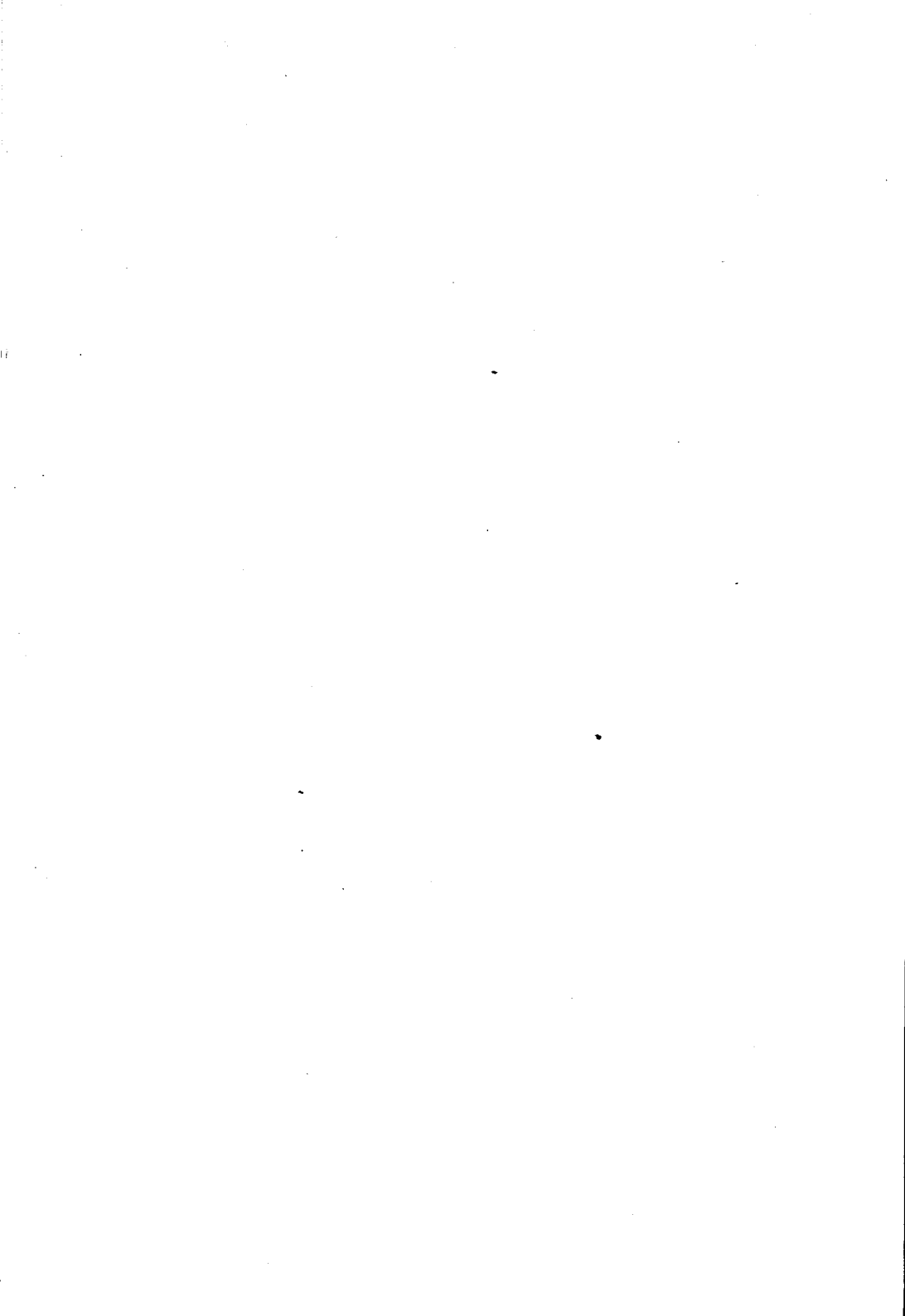
Investigar, por un prolijo interrogatorio, los antecedentes patológicos de la familia, pues son la base de todo diagnóstico que se refiere a la sífilis hereditaria tardía.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la sífilis hereditaria del feto y del recién nacido es muy grave, produciéndose la muerte en un gran número de casos, por aborto, parto prematuro del feto muerto o no viable y la polimortalidad infantil.

La sífilis hereditaria precoz, es de un pronóstico relativamente favorable, cuando se manifiesta tardíamente, y cuando el niño es convenientemente tratado en seguida, alimentado por la madre y que la sífilis de sus padres es ya antigua.

La sífilis hereditaria tardía, menos grave que la precedente, tiene sin embargo un pronóstico serio a causa de las manifestaciones múltiples, de mutilaciones, deformidades, decadencia orgánica que puede producir más o menos tarde.



PROFILAXIA

El médico está moralmente obligado a prevenir a sus clientes sífilíticos que no podrán casarse, mientras los dos gran factores de atenuación de la sífilis, el tiempo y el tratamiento, no hayan sido tenidos en cuenta.

En la práctica no se autorizará el matrimonio a un hombre sífilítico sino al cabo de 4 años, y todavía en las sífilis benignas, bien tratadas y no habiendo tenido manifestaciones desde 18 meses a 2 años, por lo menos.

Es muy conveniente un período de tratamiento intenso antes del casamiento, sin olvidar que la afección debe ser tratada toda la vida y con más intensidad en la mujer, pues el treponema puede persistir en el ovario.

En la sífilis contraída durante el matrimonio, es necesario un tratamiento enérgico y prolongado y evitar la procreación.

Durante el embarazo, la mujer reconocida sifi-

lítica será tratada con cuidado y activamente. Si el padre solo es sifilítico, se hará tratamiento a la madre, cuando haya abortos o partos anteriores malos y en casos en que la sífilis del hombre esté en actividad.

TRATAMIENTO

En la sífilis hereditaria precoz y mientras sea posible el niño será alimentado por la madre o una nodriza sífilítica. Sino se recurrirá a la leche de burra o de cabra, jamás se le confiará a una nodriza sana.

Se hará al chico el tratamiento mercurial; indirecto, haciendo absorber a la madre o a la nodriza el medicamento, o directamente por ingestión, fricción o inyección.

Por ingestión. — Se hace tomar al niño Licor de Van Suvieten xxx gotas por día el primer mes, lx gotas el segundo mes; vc gotas el tercero.

En adelante se administrará 1 a 2 cucharaditas de café, sea de lactato de mercurio, solución al 1 o/oo, sea de calomel 1 a 3 centig. por día.

Fricciones.—Serán hechas con 1 o 2 grs. de pánada mercurial durante 18 o 20 días por mes.

Inyecciones.—Las inyecciones solubles de sublimado, benzoato, biyoduro deben ser hechas por se-

rie de 10, a la dosis de 0.02 centigr. por día, e intercalando un mes de reposo en cada serie.

Entre las inyecciones insolubles, el aceite gris es bien tolerado; se da 1 centig. cada 8 días.

El calomel es recomendado cuando hay que intervenir rápida y activamente, en la misma forma que el aceite gris a la dosis de 1, 2 o 3 centig., según la fuerza y la edad del niño.

El tratamiento al principio continuo, con algunos días de reposo el primer año, se hará más tarde intermitente como en la sífilis del adulto.

El yoduro de potasio será empleado a la dosis de 0.20 centig. por año de edad.

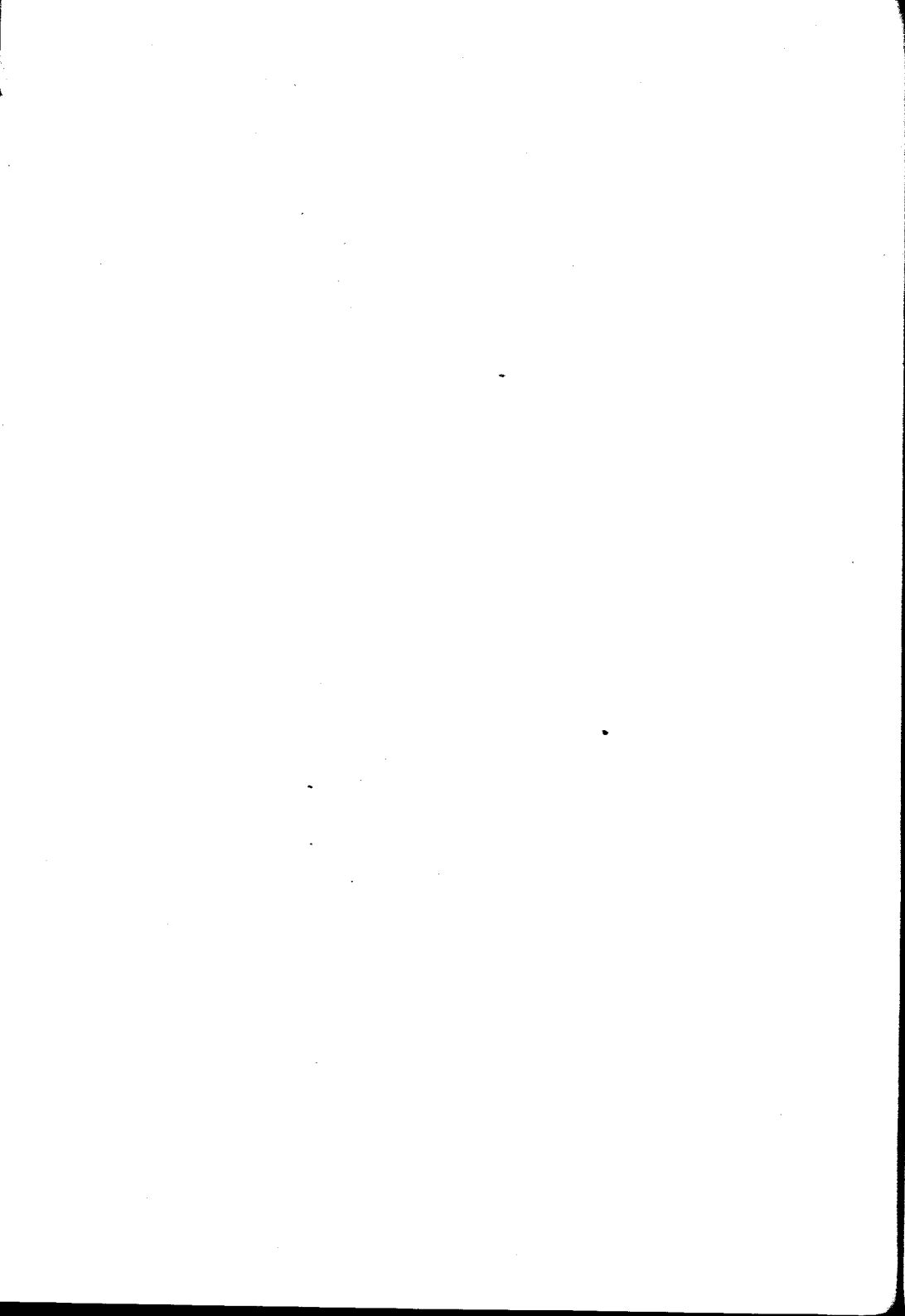
Las lesiones cutáneas y mucosas serán tratadas con lavajes antisépticos, polvos o pomadas con calomel o precipitado amarillo.

El arseno-benzol no está indicado en la heredo sífilis precoz.

En la sífilis hereditaria tardía, el tratamiento es el de la sífilis terciaria, tratamiento mixto (Hg. Yo- arseno benzol) adaptado a la edad del enfermo y a la lesión que lo indica.

La medicación reconstituyente, jarabe de yoduro de hierro, aceite de hígado de bacalao, arsénico, está indicada en todos los casos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Yolanda B., 11 años, argentina. Ingresa al Hospital de Clínicas. Abril 24 de 1915.

Antecedentes hereditarios y familiares.—La madre es sana, se sospecha enfermedades venéreas del padre. Son 9 hermanos. El mayor tiene tibia incurvada y ha sido tratado con fricciones. 2 hermanos han muerto, uno al nacer y el otro a los 7 meses. La madre tuvo un aborto antes de tener hijos.

Antecedentes personales.—Hace tres años, tuvo fatiga, se ponía ronca y dormía con la boca abierta. Al año de esto, sintió una afección del ojo izquierdo que tardó un año en curarse.

Enfermedad actual.—Empieza a mediados del mes anterior, con tos, expectoración y fetidez de aliento.

Estado actual.—Niña bien desarrollada, en regular estado de nutrición, piel blanca, mucosas ligeramente decoloradas, sistema ganglionar superficial normal. El borde anterior de las tibias convexo sobre todo el izquierdo (tibia en lámina de sable). Implantación dentaria defectuosa, cabeza bien conformada, nariz ensanchada en la base; leucoma del ojo izquierdo. Tinte violáceo de las uñas.

Aparato respiratorio.—A la inspección del tórax por delante ligero abovedamiento del lado izquierdo. Por detras normal. Se aprecian venas subcutáneas sobre todo en el hemitórax izquierdo.

A la percusión en el sitio del abovedamiento y en el axila izquierda mayor sonoridad que en el lado opuesto, este siendo normal.

A la auscultación en el hemitórax derecho se oye murmullo vesicular normal; en el hemitórax izquierdo rales brónquicos. En el vértice izquierdo por delante se oye soplo brónquico suave que se percibe con menos intensidad en la parte posterior, y en el vértice derecho por delante. No hay particularidades de vibración ni de voz auscultada.

No hay diarrea. Hay tos grasa. Dificultad en la entrada del aire en las vías aéreas superiores.

Corazón.—Area cardiaca normal. Tonos normales.

Abdómen.—Nada de particular.

Exámen de esputos.—No se observan bacilos de Koch. No hay ganchos de equinococos. Hay cocos piogenos, escaso mucus catarrales y soprofitos.

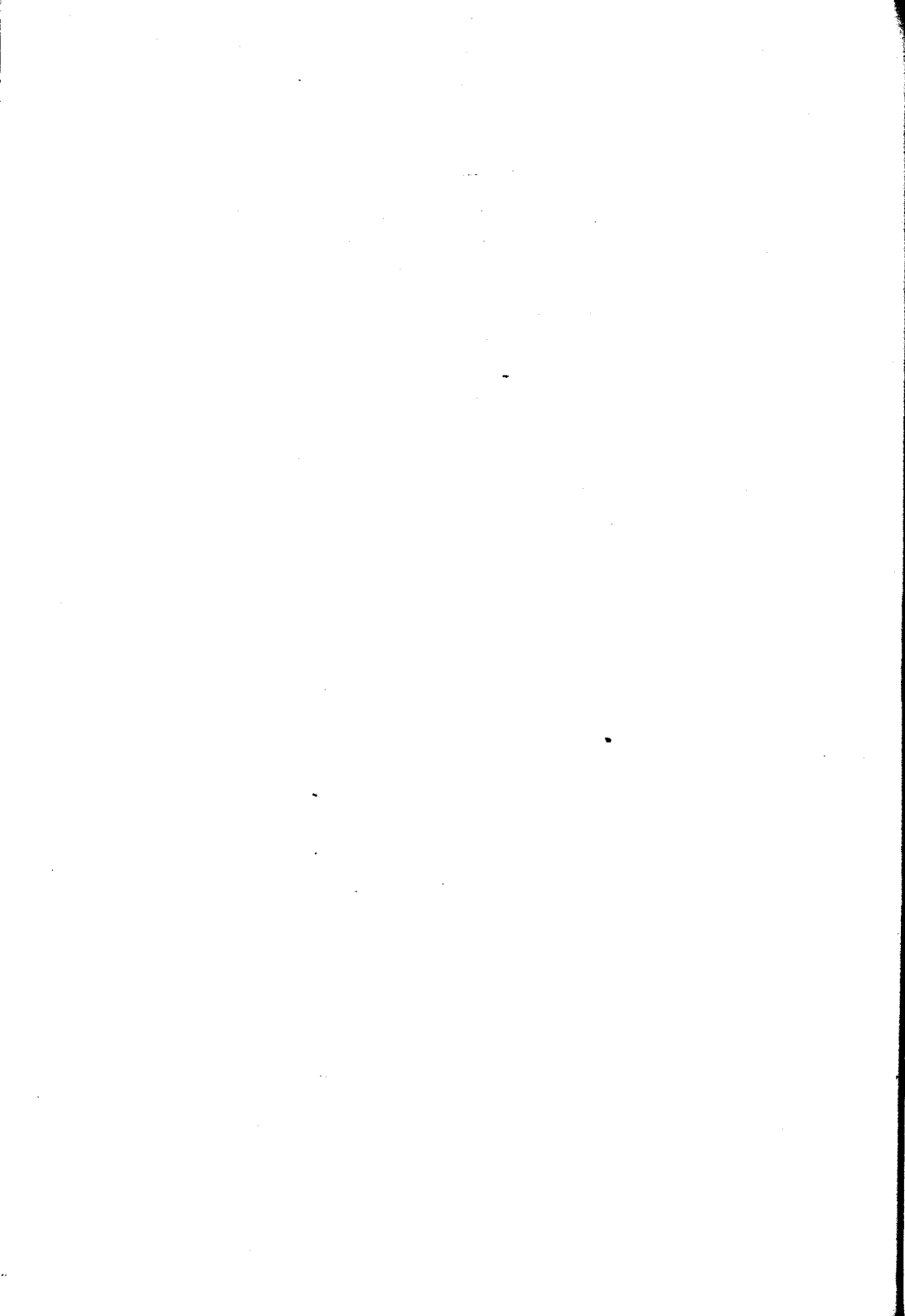
Reacción Wassermann.—Positivo franco.

Radiografía torácica.—Nada anormal.

Tratamiento:

Se han hecho 8 inyecciones de 0:04 centig. de aceite gris, sobreviniendo ligera estomatitis.

Mayo 27 de 1915.—LoIs fenómenos pulmonares han desaparecido. Hay muy poca tos. Estado general bueno.



OBSERVACION II

L. Bologna, 6 años, argentina.

Antecedentes hereditarios.—La madre es sana. Su primer embarazo terminó con un aborto de 3 meses. Luego tuvo tres hijos que viven. Padre sano.

Antecedentes personales.—Nacido a término y de buen aspecto fué criado 7 meses a pecho y luego con leche de vaca. Al poco tiempo, 15 días de nacer tuvo coriza. Padebió afecciones gastro-intertinales en la primera infancia. A los cuatro sufre una afección febril que duró con su convalecencia 3 meses, habiéndosele diagnosticado tifoidea.

Enfermedad actual.—Hace 6 meses se le nota tumefacción de la tibia derecha y de 20 días a esta fecha se queja de dolores en el hipocondrio derecho.

Estado actual.—Niño de desarrollo inferior a su edad, piel sana, presenta una cicatriz de quemadura en el muslo derecho. Hay micropoliademitis

del cuello. Esqueleto proporcionado presenta tibias engrosadas en las diafisis, más acentuadas en el lado derecho. No hay rosario costal. Prominencias frontales ligeramente marcadas. Dientes pequeños, sanos. Queratitis intersticial ojo izquierdo.

Al exámen del abdómen llama la atención el hígado que sobrepasa el reborde costal de dos dedos al nivel de la línea mamilar pero se nota el epigastro libre. Difícil apreciar el borde anterior, pero se constata fácilmente la cara anterior del órgano muy convexa, dura y algo dolorosa.

Bazo no se palpa; nada hay de anormal en el resto del abdómen.

Tórax.—Nada anormal, pulso 110 pulsaciones igual, tenso, regular.

Reacción Wassermann, resultado francamente positivo.

Tratamiento.—Se instituye el siguiente:

10 inyecciones (día por medio, una) de 0.01 centígramo de biyoduro de mercurio.

A las primeras inyecciones, desaparece el dolor de la tibia, al terminar la serie, el hígado está menos grande, no doloroso.

El enfermo es dado de alta.

OBSERVACION III

José G., 3 años, argentino.

Antecedentes hereditarios.—La madre tuvo 13 hijos, de los cuales viven 7, habiendo fallecido los otros antes de los 2 años. Padre sano.

Antecedentes personales.—Fué alimentado por la madre teniendo en los 4 primeros meses diarrea, vómitos y fiebre, síntomas que desaparecieron cuando por consejo de un médico la madre regularizó las mamadas cada tres horas.

Enfermedad actual.—Data de 5 meses; habiendo notado la madre al bañar al chico algo anormal alrededor del ano.

Estado actual.—Ligera asimetría craneana. En la región lateral derecha del cuello se notan varios ganglios, duros, lisos, movibles, indoloros. Hay pequeños tumores que hacen salida en los pliegues radiados del ano.

Tratamiento.—Noviembre 20 de 1913.

Se inicia un tratamiento mercurial de 0.01 centígramo de biyoduro día por medio. Se dan 10 inyecciones.

Diciembre 18.—Se hace una nueva serie de 10 inyecciones, y después de quince días de reposo terapéutico, se dan 15 fricciones con 3 grs. cada una de pomada mercurial.

Febrero 8 de 1915.—Nuevo tratamiento de 0.03 centig. de biyoduro de mercurio, en igual forma a las anteriores.

Marzo 31.—La adenopatía ha mejorado notablemente. Los condilomas persisten bastante disminuidos.

OBSERVACION IV

E. Fernández, 12 años, argentina. Octubre 19 de 1914.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano, 47 años. La madre tiene 38 años de edad. Ha tenido 15 hijos de los cuales muertos 12. Tres al nacer y los demás antes de cumplir el año.

Antecedentes personales.—Ha sido criada con leche de burra. Hace 2 años ha tenido sarampión.

Enfermedad actual.—Empezó hace 1 año notando un pequeño tumor duro, redondeado, subcutáneo, del tamaño de una aceituna, en el tercio superior lado externo de la pierna derecha. Nota que con el tiempo se hacía más blando y hace 15 días se inflamó, se hizo adherente a la piel y se abrió al exterior dando una pequeña cantidad de líquido color ligeramente amarillento. Se hizo doloroso.

Estado actual (de la lesión).

En el tercio superior, lado externo, de la pierna derecha hay una pérdida de piel, que mide un centímetro de extensión, profunda, de contorno circular, de bordes adherentes, no desprendidos y verticalmente cortados, y rodeados de una aureola inflamatoria en todo su alrededor que mide 5 milímetros.

El borde de esta ulceración, es desigual, irregular, anfractuoso, y se ve en el fondo un líquido cremoso, amarillento, en pequeña cantidad.

Tratamiento.—Se han hecho 4 series de inyecciones de 0.02 centig. por inyección de benzoato de mercurio administrada una cada 2 días, y dejando entre cada serie (12 inyecciones) 2 semanas de intervalo.

Febrero 20 de 1915.—Estado actual de la lesión:

En el sitio de la antigua ulceración, se observa una cicatriz circular, ligeramente deprimida, lisa, sin adherencia, color oscuro pigmentado.



Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor suplente en ejercicio Dr. Fernando Schweizer y al profesor suplente doctor Ubaldo Fernández para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES.

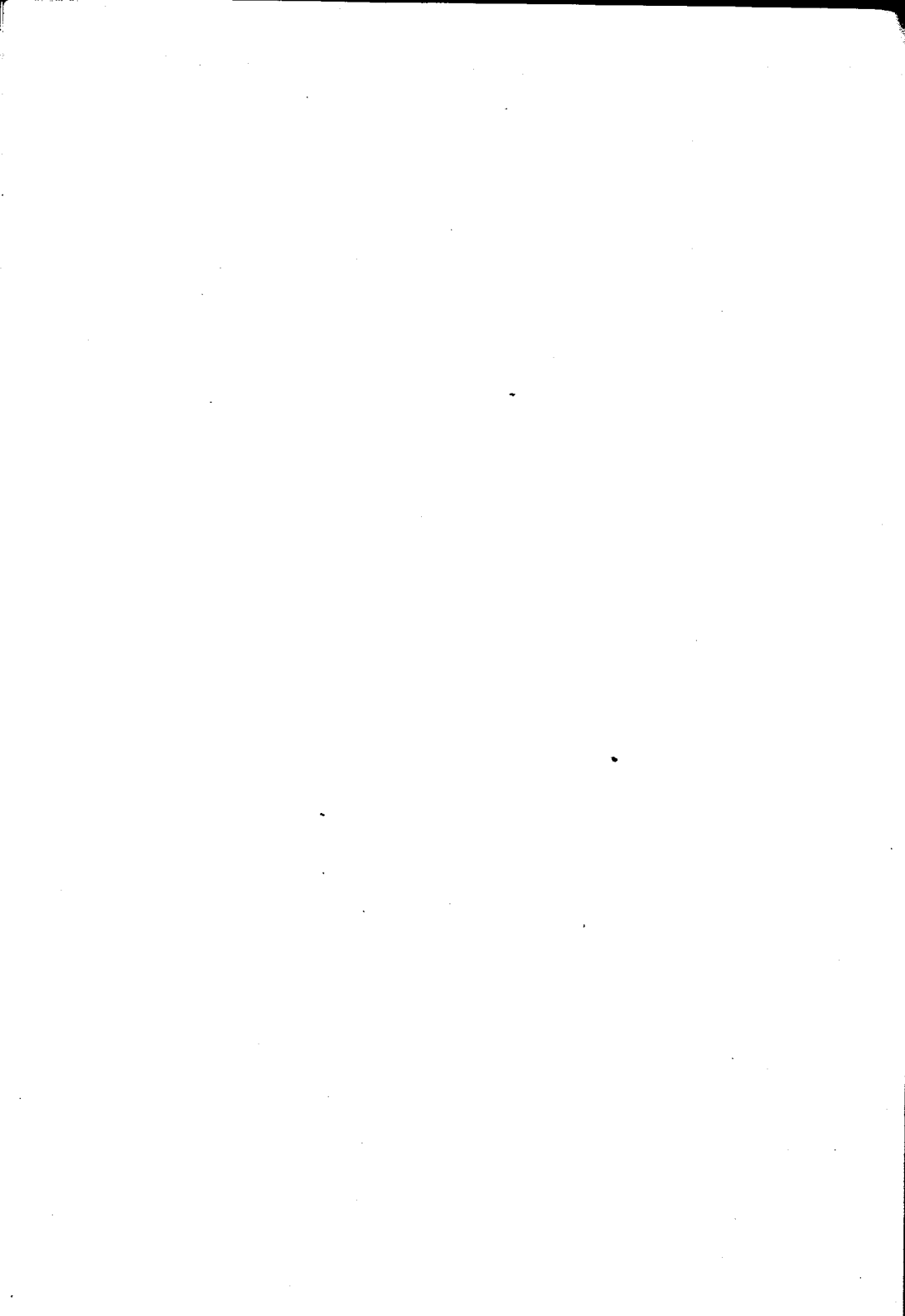
J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Junio 30 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3025 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.^a Los gritos en el mamón y la sífilis hereditaria.

M. Herrera Vegas.

II

2.^a Indicaciones del neoşalvarsán en la sífilis congénita precoz y tardía. Contra-indicaciones.

F. Schweizer.

III

3.^a Mecanismo de la infección específica en los heredo sífilíticos.

U. Fernández.



