MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

ESCUELA PROVINCIAL DE PUERICULTURA DE MALAGA
Director: Dr. SALVADOR MARINA

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE SÍFILIS CONGÉNITA PRECOZ, DEDUCIDAS DE SU ESTUDIO EN MALAGA

POR EL DOCTOR

GREGORIO MARINA BOCANEGRA

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NUMERO 98

ABRIL 1946

Algunas consideraciones generales sobre sífilis congénita precoz, deducidas de su estudio en Málaga

POR EL DOCTOR

GREGORIO MARINA BOCANEGRA

Al Dr. Salvador Marina,
mi hermano y maestro.

EL AUTOR

A MANERA DE PROLOGO

Mucho se ha escrito sobre sífilis congénita, y raro será el pediatra que no se haya interesado en su estudio, del que constantemente se obtienen grandes progresos; pero nada más que la gran envergadura del problema social que esta enfermedad constituye, hará que siempre sea un tema de actualidad que servirá de estímulo para que cada cual aporte su grano de arena, que no por modesto, como en este caso, debe ser despreciado.

Pues bien: el alto interés de la enfermedad, y las consideraciones a que antes aludo, me hacen ser yo el que ahora, con voluntad y entusiasmo, me enfrente con el tema.

El presente trabajo es consecuencia del estudio sistemático de las sífilis congénitas en los lactantes por nosotros asistidos en Málaga durante el año de 1945, en el D. H. I. número 1 del Estado y en la O. M. I. del Instituto Nacional de Previsión.

Los datos obtenidos en ambos Centros pertenecen a unos 500

niños, cuyas historias clínicas no hicieron tener la menor sospecha de la enfermedad, aunque posteriormente en todos no fuera confirmada, y los correspondientes a todos los niños en ellos inscritos durante el presente año, con el fin de así sacar, de unos y otros, deducciones generales y conclusiones prácticas.

La sífilis. Su historia

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el espiroqueta o treponema *palidum*, descubierto en el año 1905 por Schaudin, en colaboración con Hoffmann, de sintomatología muy polimorfa, de evolución muy crónica, con períodos de actividad y de latencia, y de un pronóstico la mayor parte de las veces favorable, por la eficacia que tiene el tratamiento específico bien llevado.

La sífilis ha recibido múltiples denominaciones, debido principalmente a que cada nación ha querido imputar a otra el origen de esta enfermedad; así, vemos que los napolitanos la llaman «mal francés», en tanto que los franceses la denominan «mal napolitano»; «mal de Castilla» para los portugueses, y «mal portugués» para los indios de Portugal.

La enfermedad fué llamada sífilis por primera vez hacia el año 1530, en un poema de Jerónimo Fracastoro, publicado en Verona y titulado «Syphilis sive morbus gallicus». En esta obra, considerada como el poema latino más notable del Renacimiento, se exponen las vicisitudes de un joven pastor llamado Sifilo, rico y bello, que insulta a Apolo, y éste, para vengarse, le inflige una enfermedad terrible, de la que se describen, en versos elegantes, los fenómenos más característicos. La denominación de lúes (venérea) significa, sencillamente, azote del placer.

Con respecto a la época en que apareció la sífilis en Europa están muy divididas las opiniones; la más difundida es la de que su aparición siguió al descubrimiento de América por Cristóbal Colón, y que, precisamente con el regreso de éste de su primer viaje, en 1493, la enfermedad fué importada a España. Sin embargo, otros, contrarios a esta opinión, afirman que largo tiempo antes del descubrimiento de las Américas había existido en Francia y en Italia dicha enfermedad, demostrando, con gran cantidad de documentos históricos, que no existe ninguna relación entre la primera gran epidemia de sífilis en Europa y el descubrimiento de América. Ello nos hace ver que, respecto al origen de la sífilis, sabemos tan poco como del origen de otras enfermedades infecciosas

División de la sífilis

En dos formas o tipos se divide la sífilis: *La sífilis congénita o sífilis del niño*, contagiada antes del nacimiento, generalmente por vía placentaria, y la *sífilis adquirida o sífilis del adulto*, contagiada casi siempre por contacto genital. Como se comprende, esta división no es absoluta, pues aunque sea poco frecuente, el niño puede padecer también sífilis adquirida y el adulto presentar manifestaciones de sífilis congénita; tenemos, como ejemplo del primer caso, cuando la infección del feto tiene lugar a su paso por los genitales de la madre recién infectados y cuando la infección tiene lugar en la boca y faringe al mamar de un pecho afectado de condilomas, o al chupar algún objeto usado por personas sifilíticas. Como en la leche también se encuentra el treponema (Uhlenhuth y Mulzer produjeron sífilis testicular en el conejo por inoculación de leche de mujeres sifilíticas), no es raro que el niño pueda ser contaminado por la leche de una nodriza enferma.

De todas formas, la sífilis infantil adquirida es excepcional, siendo la congénita la que casi siempre se observa en la práctica y la que aquí nos interesa.

El estudio del concepto científico de la herencia y sus leyes nos ha hecho separar las palabras «hereditario» y «congénito», en lo que a sífilis se refiere, que hasta hace poco se consideraban como sinónimas. No obstante, la denominación de sífilis hereditaria, o heredolúes, se encuentra tan arraigada, que no resultará nada fácil hacerla desaparecer, y leemos constantemente artículos,

aun de especialistas, en los que se sigue haciendo alusión a la sífilis hereditaria. A pesar de ello, hay que desechar decididamente este nombre, ya que la transmisión de esta enfermedad no tiene nada que ver con la herencia.

Aunque la denominación de sífilis congénita ha sido aceptada de un modo bastante generalizado, sin embargo, ha sido también rechazada en ocasiones, puesto que acaso pudiera indicar una infección por concepción (lúes *conceptionalis*), para sustituirla por el nombre de sífilis *innata et conatalis*. Hoffmann es partidario de conservar el nombre de sífilis congénita y denominar como lúes innata su forma fetal grave, y como lúes *conatalis* aquella forma que se exterioriza solamente después del nacimiento, por lo general, como enfermedad leve.

Transmisión y contagio

Aunque la transmisión de la sífilis congénita parece ser teóricamente posible en distintas formas y existir discrepancias de opiniones a este respecto, en la actualidad se niega la transmisión germinativa, tanto ovárica como espermática, y nosotros, sin meternos en discusiones, nos mostramos partidarios de la infección posteoncepcional a través de la placenta: vía diaplacentaria. O sea, que la transmisión de la enfermedad a su descendencia no puede realizarla de un modo directo el padre, y que es necesario un contagio previo materno, siendo ésta, y no aquél, la encargada de infectar a la prole por vía placentaria. «La embarazada es la la única portadora del virus responsable de la transmisión de la sífilis congénita», estando aún vigente la famosa frase de Matzenauer de que, «sin madre sifilítica no hay hijos sifilíticos». Hoffmann, fiel partidario de Matzenauer, amplía su doctrina y la moderniza en el sentido de que «la transmisión del virus sifilítico ocurre por la placenta, pero solamente en la segunda mitad de la gestación, y lo más frecuente en el sexto y séptimo mes del embarazo».

La madre luética no contagia con la lactancia al hijo aparen-

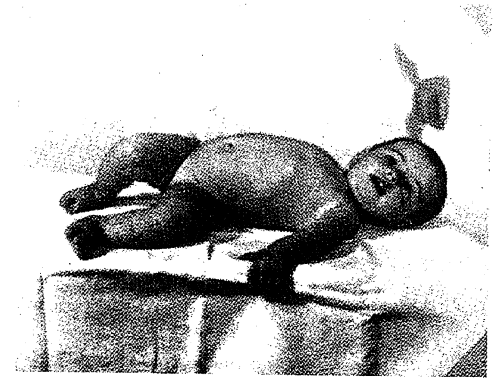

Fig. 1.ª—Sífilides máculopapulosas.

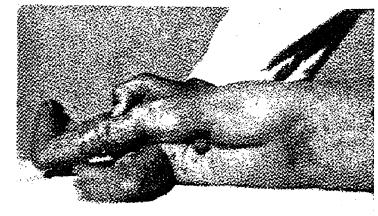

Fig. 2.ª—Sífilides.

Romeo-Lozano, en la Sociedad de Pediatría de Madrid, con motivo de la inauguración del curso de 1931-32, basado en el estudio aproximado de 6.000 reacciones de Wassermann practicadas a las madres lactantes en la Institución Municipal de Puericultura, obtuvo un 11,23 por 100 de afectas de sífilis.

En cambio, Sancho Martínez, en «Notas clínicas sobre heredolúes infantil» nos habla de cifras, incluso consideradas por él como excesivamente bajas para toda España y de la inadmisible media aritmética global de 8,945 por 1.000.

González-Alvarez, en la segunda Ponencia oficial presentada al V Congreso Nacional de Pediatría, celebrado en Granada el año 1933, y titulada «Diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita», nos indica en sus estadísticas el 3 por 100 de lúes congénitas.

Si comparamos nuestras cifras con las presentadas por los otros autores, observamos que, si bien en unos casos nos parecen algo bajas, en otros nos las figuramos excesivamente altas.

La causa tiene una justificación clara:

1.° Estas estadísticas, por haber sido extraídas exclusivamente de un número reducido de casos de la capital de Málaga, no pueden pretender ser la expresión de la sífilis de España, ni aun de la de Málaga, pero sí pudieran considerarse como representación de la frecuencia de la sífilis congénita en las clases pobres de esta capital, que son las que asisten a estos Dispensarios.

2.° Nosotros sólo investigamos las reacciones serológicas en aquellos casos que encontramos sospechosos de la enfermedad, debiendo hacer constar que la menor sospecha nos inclina a realizarlas. De los 847 niños inscritos, sólo en 152 (17,945 por 100) se practicaron; es decir, que, sin más, hemos descartado a 695 niños. No podemos por menos de reconocer que, aunque en pocos casos, en algunos habrá quedado la sífilis ignorada.

3.° Tienen que ser completamente distintas, como puede comprenderse, las cifras que se obtengan con los datos que nos proporcionan a distancia quince o veinte compañeros, que las que obtengamos nosotros mismos en casos en cuyo estudio no haya in-

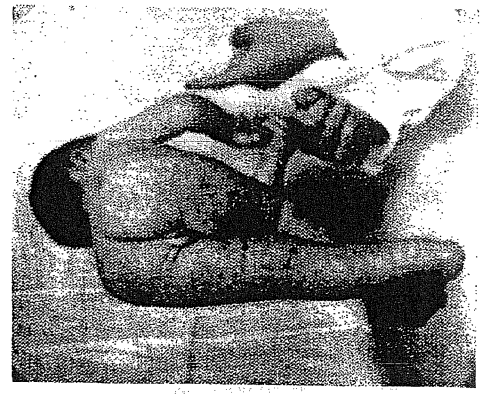

Fig. 3.ª—Exantema máculopapuloso en miembros inferiores

Fig. 4.ª—Sifilítico obeso.

tervenido nadie más; ya que es lógico que la atención que particularmente prestemos a las cosas que nos interesan, no podrán ser superados por el que los demás nos pretendan manifestar.

Diagnóstico

Aunque en ciertos casos un diagnóstico real y científicamente llevado de sífilis congénita precoz resulta sumamente fácil, ya que sólo el estudio de esos síntomas clínicos que se conceptúan como de primer orden —signos de certeza de Marfán— nos es suficiente, en un número de casos aún mayor, el establecer un diagnóstico cierto tropieza con muchas dificultades, ya que una sintomatología vaga e imprecisa nos hace recurrir a otros medios de diagnóstico; pero los inconvenientes que, por parte de todos, para ellos encontramos hacen que la investigación no resulta nada fácil. Los de índole familiar nos imposibilitan dar el primer paso; mas ya que nuestros constantes razonamientos les hacen ver que para bien de sus hijos, y no nuestro, son necesarias tales o cuales cosas y conseguimos que, decididos y con el mejor deseo vengan a nosotros —incluso teniendo que abandonar por varias horas el trabajo—, nos encontramos con la segunda parte: la frialdad e incluso oposición a todo lo que sea estudio e investigación de los que nos rodean, y a los cuales hemos solicitado su colaboración sólo por sernos imprescindibles.

Si bien los antecedentes familiares los consideramos como síntomas de segundo orden —signos de probabilidad de Marfán—, ellos son los que en muchas ocasiones, desde el comienzo de la historia clínica, nos llevan de la mano al diagnóstico o a la sospecha de la existencia de la enfermedad y que hacen que profundicemos más en su estudio. Como, por lo general, es, según antes indicábamos, el padre el que contagia a la madre y ésta quien la transmite a su hijo, en los antecedentes familiares nos interesan por igual los paternos y los maternos.

Sífilis y gestación

Las relaciones morbosas de la sífilis y la gestación forman uno de los capítulos más interesantes de la Obstetricia.

La existencia de abortos, nacidos muertos, partos prematuros y débiles congénitos como síntomas de diagnóstico se pueden valorar viendo en qué proporción se dan en las madres sifilíticas, y así podremos también establecer la influencia que sobre la gestación tiene la sífilis.

Para el estudio de estas relaciones tenemos que examinarlas desde estos dos puntos de vista:

1.° *Influencia de la gestación en la sífilis.*—El embarazo ejerce una acción activadora y agravante sobre una sífilis preexistente. La serie de trastornos endocrinos y metabólicos del embarazo ocasionan una disminución de defensas que reactivan la sífilis y facilitan su diseminación; la sífilis latente la convierten en activa y agravan la sífilis manifiesta.

2.° *Influencia de la sífilis en la gestación.*—La sífilis aumenta la fecundidad, la mortinatalidad y la mortalidad de la descendencia. Numerosas estadísticas hablan en favor de estas afirmaciones. Las nuestras arrojan los siguientes datos:

Las 120 madres sifilíticas, estudiadas detenidamente por nosotros, han tenido 424 embarazos y han perdido 176 hijos.

Es la sífilis la causante de la mayor parte de los abortos y nacidos muertos ocurridos después del quinto mes del embarazo, siendo su influencia tanto más nefasta cuanto más reciente y más próxima sea al embarazo. En esas 120 madres, a que nos estamos refiriendo, ha habido 38 *con abortos* (31,66 *por* 100), 22 *con partos prematuros y débiles congénitos* (*el* 18,33 *por* 100) *y* 17 *con nacidos muertos* (*el* 14,16 *por* 100); en total, han tenido: 68 *abortos*, 22 *partos prematuros o débiles congénitos y* 23 *niños nacidos muertos.*

Con ser grande en número y tanto por ciento en que se dan estos síntomas, no lo es suficiente para que su hallazgo nos haga

Fig. 5.° Sifilítico obeso.

Fig. 6.°—Obesidad. Sífilis congénita

ver con certeza la existencia de la enfermedad. Sin embargo, existen otros datos que, cuando van sobreañadidos a dichos síntomas, nos hacen presumir un diagnóstico real. Me refiero a que el aborto haya tenido lugar después del quinto mes del embarazo, que, repito, es cuando tiene lugar la transmisión del virus sifilítico, o que presente alteraciones orgánicas características que, al alcanzar grados intensos, son incompatibles con la vida, dando lugar a fetos que nacen muertos y macerados, con exantemas pustulosos penfigoideos en las palmas de las manos y las plantas de los pies, y que por la confluencia de las lesiones, la formación de grietas y ulceraciones, pueden tener lugar destrucciones cutáneas, extensas y graves, y que constituyen un dato en la anamnesis de gran importancia.

La sífilis congénita puede, pues, manifestarse, y, por tanto, podemos estudiarla durante el período fetal (s. fetal); nada más nacer o algunas semanas o meses después del nacimiento (s. del recién nacido y del lactante); en los dos a cuatro primeros años de la vida (período de las recidivas) y aun más tarde (s. tardía).

De la sífilis fetal podemos prescindir, ya que en realidad se trata del período de comienzo de la sífilis del recién nacido y del lactante. La infección del niño serán tanto más benigna cuanto más antigua sea la sífilis de la madre o más enérgico haya sido el tratamiento y, a la inversa, cuando el contagio sea reciente o el tratamiento nulo o insuficiente, la sífilis fetal es tan intensa que las probabilidades de vida del feto son muy escasas.

Habían disminuído mucho aquellos síntomas graves, observados con tanta frecuencia por los clínicos antiguos, y el cuadro de la sífilis congénita parecía haberse transformado para hacerse monótono y pobre en síntomas; pero en la actualidad, como si la guerra también hubiera dejado sentir su influencia sobre la sífilis, hemos creído haber dado un paso atrás en este sentido.

Sólo voy a hacer alusión a aquellos síntomas de la sífilis congénita que destacan por su precocidad, frecuencia y constancia. Es regla general que estos síntomas aparezcan ya en el momento del nacimiento o se dejen sentir en los primeros meses. Entre los síntomas que puede presentar ya al nacer el niño afecto de

sífilis congénita, son característicos, de un modo predominante, los tres siguientes: el pénfigo, el coriza sifilítico y el infarto del bazo. Estos tres síntomas constituyen una tríada constante y obligada.

1.° *Pénfigo sifilítico.*—Por su precocidad ocupa el pénfigo el primer lugar; es la manifestación más virulenta, más precoz y más grave. Se distingue del pénfigo contagioso por su localización, ya que al sifilítico sólo afecta a la palma de la mano y a la planta del pie, siendo excepcional su localización en el dorso del pie y pierna o en el de la mano y antebrazo. Aunque hay que hacer constar que con la erupción sifilítica flictenosa, con el ominoso pénfigo sólo alguna vez que otra nacen estos niños, siendo notable que la piel, que toma una parte tan sobresaliente en las manifestaciones de la sífilis del lactante, permanezca generalmente intacta en el feto. Según demuestra la experiencia, y que nosotros hemos tenido ocasión de observar en unos cuantos casos, es indicio de mal pronóstico el que el niño, al nacer, presente esta erupción, ya que, más pronto o más tarde, muere casi sin excepción, debido a la gran impregnación sifilítica en que está todo su organismo.

Las siguientes historias clínicas son unas pruebas más de ello:

M. M. F., de dieciocho días. Prematuro de siete meses. Su madre tuvo otro hijo de ocho meses, que murió al nacer. No abortos.

Exploración.—Peso, 1.270 gramos. Aspecto clásico de sífilis congénita. Hepatoesplenomegalia manifiesta. Pénfigo palmar y plantar. Coriza. Conjuntivitis e impétigo.

A la semana nos comunican su muerte.

M. S. G., dos meses. Wassermann ++ a la madre. No abortos.

Exploración.—Peso, 3.750 gramos. Coriza. Rágades en labios. Sífilides máculopapulosas en piernas. Pénfigo plantar y palmar.

Al mes nos comunican que ha fallecido.

M. C. L., siete días. Padre se ha tratado con Neo. Hijo único. Vómitos habituales.

Exploración.—Peso, 3.120 gramos. Distrofia ligera. Piodermitis con ampollas de pénfigo en palma de la mano y planta del pie. Bazo e hígado palpables. Coriza.

Murió a los tres meses.

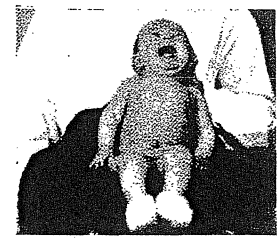

FIG. 7.ª

FIG. 8.ª—Pseudoparálisis de Parrot, bilateral.

No queremos dejar de hacer alusión a esta otra historia clínica, ya que, de su comparación con las tres anteriores, sacamos fructíferas enseñanzas.

D. C. A., trece días. La madre asistió a la consulta de Maternología desde los dos meses de embarazo y se le está haciendo un tratamiento apropiado en la actualidad.

Exploración.—Peso, 2.830 gramos. Distrofia ligera. Pénfigo en el hombro: una sola ampolla. Por lo demás, no se le encuentra nada anormal.

Al hacer el diagnóstico diferencial con el pénfico contagioso nos referimos a su localización, haciéndonos ver por ello que nos encontramos ante un pénfigo no luético y sí contagioso. Este desapareció al poco tiempo, y el niño se encuentra en la actualidad bastante bien de estado general.

Es frecuente en estos casos la coincidencia del pénfigo luético con la osteocondritis sifilítica de Wegner, que es uno de los caracteres más seguros y de más fácil comprobación de la sífilis fetal. Estas lesiones óseas son muy constantes, pero como sus síntomas son escasos y reducidos, pasan desapercibidas si no se las busca radiográficamente, como ya indicaremos más adelante.

2.° *Coriza sifilítico.*—También es un síntoma precoz y muy constante. Aunque en éste nunca se observa la secreción espumosa característica del coriza ordinario, es frecuente que se confunda con él, sobre todo al comienzo. Más adelante, la cronicidad, la secreción purulenta, incluso a veces mezclada con sangre maloliente, la bilateralidad, etc., etc., le dan un sello característico y difícil de olvidar. Este coriza no determina lesiones destructivas, sino sólo de la mucosa.

El coriza sifilítico tardío, que aparece después del primer semestre, sí da lugar a procesos destructivos y ulcerosos, dando toda la gama de conocidas deformidades de la nariz, desde la aplastada o roma hasta el caso extremo de nariz de Bulldog, pasando por la intermedia de en forma de silla de montar. La nariz de Bulldog es debida a una osteocondritis del hueso tribasilar.

Por lo que a nuestra práctica se refiere, con respecto a este síntoma nos interesa aclarar los siguientes puntos: 1.° Entre todos los corizas sospechosos estudiados, ¿cuántos pertenecían a

luéticos? Y 2.° ¿En qué proporción los niños con sífilis congénita tienen este síntoma?

Hemos estudiado con interés 320 corizas, y de ellos sólo 160 pertenecían a luéticos, es decir, justamente el 50 por 100; y en 120 niños con sífilis congénita hemos diagnosticado 67 corizas. Pudiendo contestar al segundo punto diciendo que se los encuentra en una proporción del 55,83 por 100.

¿Es que todo coriza que pertenezca a un luético se le puede catalogar como tal? No, desde luego; pero hay que tener en cuenta que muchos habían sido ya eliminados al conceptuárseles como corizas ordinarios.

De todas formas, como se comprenderá, en muchos casos hemos observado las dos formas a un mismo tiempo y, al desaparecer la aguda, ha continuado con el coriza luético de sello característico.

3.° *Infarto del bazo.*—El infarto del bazo constituye siempre un síntoma altamente sospechoso de la existencia de la sífilis, y más aún si se trata de un infarto congénito.

Lo consideramos como una manifestación constante de la sífilis congénita. Dado el caso de que falte durante los primeros días de la vida, aparece más o menos pronto y casi nunca el clínico atento dejará de observarlo.

Entre todos los niños con bazo palpable sólo hemos sacado el 36,5 por 100 con sífilis congénita, y en los 120 niños con sífilis congénita en que hemos estudiado este síntoma, lo hemos encontrado en 99 casos. La esplenomegalia alcanza, pues, según nuestros datos, el 82,5 por 100.

Con relación al hígado diríamos otro tanto, ya que la hepatomegalia precoz es muy constante, y raro será que a la palpación del bazo en un luético no puede acompañar la del hígado. Nosotros hemos encontrado casi siempre juntas la hepatoesplenomegalia.

Fig. 9.ª

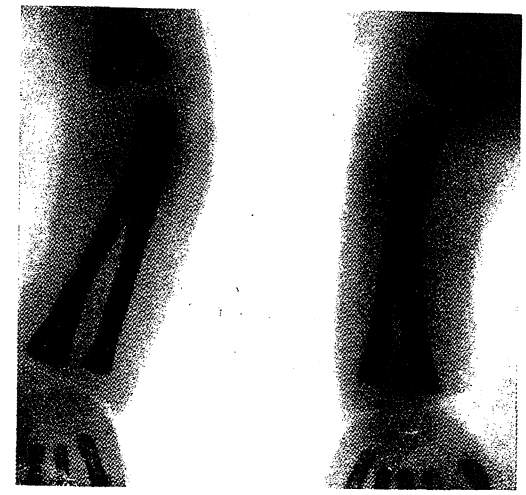

Fig. 10

Manifestaciones cutáneas de la sífilis congénita

Sólo hasta ahora hemos hecho alusión al pénfigo del recién nacido, porque muchas veces el niño nace con él, al paso que los demás exantemas, casi sin excepción, suelen brotar en fecha más avanzada.

Manifestaciones cutáneas de todas clases las hemos encontrado en un 56 por 100 de los casos; claro está que no eran de naturaleza sifilítica

Las sífilides máculopapulosas son las más frecuentes, siendo los miembros inferiores en donde primeramente se instalan (figuras 2.ª y 3.ª), mas luego, en brotes sucesivos, se extienden por todo el cuerpo (figura 1.ª).

Aparte de esa tríada sintomatológica a que principalmente nos hemos referido, existen en el lactante otras manifestaciones de la sífilis, siendo las alteraciones del sistema óseo de las más importantes.

Osteopatías sifilíticas

Ya tuvimos ocasión de hacer alusión a la constancia y frecuencia de estas lesiones, ya que la sífilis ataca al esqueleto de manera preponderante, y también indicábamos que, si no se las buscaba radiográficamente, pasaban muchas veces desapercibidas, por ser sus síntomas escasos y reducidos. Sin embargo, las osteocondritis de Wegner, en su grado más avanzado, dan una sintomatología muy acusada de dolor, espontáneo y provocado por la presión, que el niño manifiesta con el llanto.

Para no extenderme en este asunto, haciendo descripciones de sobra sabidas o fáciles de leer en cualquier libro, sólo voy a hacer alusión, en particular, a los nueve casos de pseudoparálisis de Parrot por nosotros estudiados.

Tres de ellos tuvimos ocasión de publicarlos en el núm. 17

de *Acta Pediátrica* (de donde son las figuras 8.ª y 9.ª) y adonde remitimos al lector. Las historias siguientes corresponden a los demás casos:

1.ª E. G. E., cuarenta y dos días. Hijo único. No abortos. Wassermann a los padres, positivo.

Exploración.—Nutrición normal. Bazo e hígado ligeramente palpables. Pseudoparálisis de ambos miembros superiores. Abultamiento de ambos codos en forma de huso. Exantema máculopapuloso en pies.

Diagnóstico.—Pseudoparálisis de Parrot bilateral.

Radiografía (fig. 10). Osteítis metafisaria o metafisitis. Osteocondritis de segundo y tercer grados.

Al mes nos comunican que falleció.

2.ª F. M. P., dos meses. No abortos. Nada anormal.

Exploración.—Eutrofia. Hepatoesplenomegalia. Coriza. Exantemas de máculas en miembros inferiores. Impotencia funcional brazo izquierdo, con dolor al movimiento. Wasserman + a la madre.

Diagnóstico.—Pseudoparálisis de Parrot.

3.ª J. C. P., dos meses. Prematuro de siete meses. Padres sifilíticos. La madre ha sido sometida a tratamiento durante el embarazo.

Exploración.—1.400 gramos pesó al nacer. Prematuridad y debilidad congénita. Coriza. Bazo palpable. Abultamiento en rodillas. Dolores articulares. Se le manda hacer radiografía.

Diagnóstico.—Osteocondritis de Wegner.

Murió al poco tiempo.

4.ª F. C. A., dos meses y medio. Parto gemelar. Wassermann + a la madre.

Exploración.—Distrofia marcada. Color pálido sucio. Bazo palpable, crujiente. Venas visibles en cráneo. Edemas en miembros inferiores. Coriza. Estira mal las rodillas por dolor. Los brazos, flácidos y dolorosos.

Diagnóstico.—Pseudoparálisis de Parrot cuadripléjica.

En las radiografías (figs. 11 y 12) se ven bastante bien algunas lesiones osteocondríticas.

5.ª R. S. G., dieciséis días. Nada anormal.

Exploración.—Desarrollo normal. Abultamiento óseo en extremidad inferior. Subluxación de ambas manos por desprendimiento epifisario. Wassermann + a la madre.

Diagnóstico.—Pseudoparálisis de Parrot bilateral.

Fig. 11

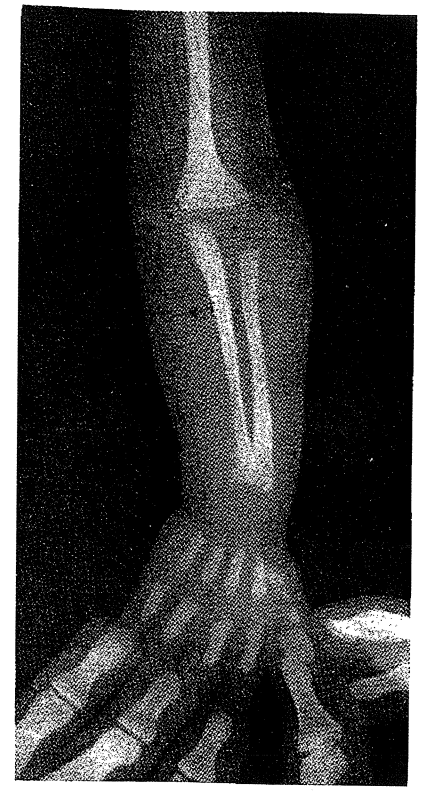

FIG. 12

6.ª A. V. R., dos meses. Madre sifilítica. Un parto de ocho meses.
Exploración.—Palidez. Esplenohepatomegalia. Inmovilidad con dolor en brazo izquierdo.
Diagnóstico.—Pseudoparálisis de Parrot.

Para terminar, no quiero dejar de referirme al problema de sífilis y nutrición.

Parece, según Nobecourt, que la sífilis congénita no juega un papel principal en los estados de desnutrición del lactante; pudiendo existir sifilíticos obesos y sifilíticos atrépsicos. Hemos querido publicar tres de nuestros casos (figs. 4.ª, 5.ª y 6.ª), en los que se destaca una obesidad bien manifiesta.

CONCLUSIONES

1.ª La frecuencia y proporción de la sífilis congénita por nosotros observada es la siguiente: Por cada 100 niños inscritos, hemos encontrado 7,083 con sífilis.

2.ª Si comparamos nuestra cifra con las presentadas por otros autores, la encontramos bastante distinta, ya que, si bien en unos casos nos parece baja, en otros nos la figuramos excesivamente alta. La causa tiene una justificación clara:

A) Nosotros sólo investigamos las reacciones serológicas en aquellos casos que encontramos sospechosos de la enfermedad; la menor sospecha nos inclina a realizarlas. Se practicaron en el 17,954 por 100 de todos los niños inscritos; es decir que, sin más, hemos descartado a gran número de niños, y hay que reconocer que, aunque en pocos casos, en algunos habrá quedado la sífilis ignorada.

B) En esta investigación sólo hemos intervenido nosotros, y es lógico que la atención que particularmente prestamos a las cosas que nos interesan, no podrá ser superada por lo que los demás nos pretendan manifestar cuando solicitemos su colaboración. Por ello nuestra cifra no puede dar lugar a dudas.

3.ª La influencia de la sífilis en la gestación nos la acusan

las siguientes cifras que hemos obtenido : En 120 madres, ha habido 38 con abortos (31,66 por 100), 22 con partos prematuros y débiles congénitos (el 18,33 por 100) y 17 nacidos muertos (el 14,16 por 100) ; en total, han tenido : 68 abortos, 22 partos prematuros o débiles congénitos y 23 niños nacidos muertos.

4.ª Esos síntomas a que, por su precocidad, frecuencia y constancia, hemos hecho alusión, los hemos obtenido en las siguientes proporciones :

Coriza, 55,83 por 100. Esplenomegalia, en el 82,5 por 100. Manifestaciones cutáneas de todas clases, el 56 por 100 de los casos. Osteopatías sifilíticas : Hemos encontrado nueve pseudoparálisis de Parrot.

BIBLIOGRAFIA

ISLA CARANDE (Eduardo) : «La leyenda negra y el mal francés».

ROMEO LOZANO : «Sífilis y tuberculosis». 1921-32

SANCHO MARTÍNEZ : «Notas clínicas sobre heredolúes infantil». 1944.

GONZÁEZ ALVAREZ : «Diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita».

«Libro de Actas del V Congreso Nacional de Pediatría de Granada». 1933.

HOFFMANN : «Progresos importantes en el terreno de la sífilis congénita». *Pediatría y Puericultura*, de Granada.

«Tratamiento de la sífilis innata». *Rev. Inf. Terapéutica*, núm. 11, 1934.

«Sífilis innata». *Rev. Inf. Terapéutica*, núm. 7, 1934.

«Actas del V Congreso Nacional de Pediatría de Granada». 1933.

«Memoria del Centro de la Lucha contra la sífilis congénita de Sevilla». 1945.

ORTIZ DE LA TORRE : «Estudio y valor diagnóstico de la sífilis ósea precoz en el niño». *Acta Pediátrica*.

BOTELLA LLUSÍA : «Sífilis y gestación».

MARINA BOCANEGRA (Gregorio) : «Consideraciones sobre tres casos de pseudoparálisis de Parrot, bilaterales». *Acta Pediátrica*, núm, 17.

GANGOITI (G.) ; «Comentarios sobre la patogenia de la pseudoparálisis de Parrot». *Acta Pediátrica*, núm. 16.

«Consideraciones sobre el estudio radiográfico de algunos casos de heredolúes de los huesos largos del lactante». *Libro de Actas del V Congreso Nacional de Pediatría de Granada*. 1933.

«Sífilis y mortalidad infantil». *Analecta Terapéutica*, núm. 2, 1932.

«El grito de los niños heredosifilíticos». *Analecta Terapéutica*, 1935.

«Manifestaciones de la heredosífilis». *Analecta Terapéutica*, 1935.

«Lúes serológicas congénitas». *Acta Médica Ibero-Americana*, número 5, 1935.

«La importancia del Neo en la sífilis innata». *Rev. Inf. Terapéutica*, número 1, 1936.

«La sífilis congénita«. *Rev. Inf. Terapéutica*, 1937, núm. 9.

«Nicrorreacción para la sífilis». *Gaceta Médica Española*, núm. 5, 1942.

«La heredosífilis en la criba de la maternidad». *Ser*, núm. 12, 1943.

«Valor diagnóstico del síntoma del auricular infantil». *Medicina Española*, núm. 52, 1943.

«Pseudoparálisis de Parrot». *Medicina Española*, núm. 52, 1943.

«Comentarios a un caso de sífilis congénita». *Medicina Española*, número 53, 1943.

«Frecuencia de la sífilis en oligofrénicos». *Medicina Española*, número 59, 1943.

«Microrreacciones : su importancia en Pediatría». *Tocoginecología*, número 13, 1943.

«Tratamiento de la sífilis del lactante». *Colección Española de Monografías Médicas*, núm. 35.

«Sífilis virulenta del recién nacido». *Gaceta Médica Española*, número 11, 1944.

«Lucha contra la sífilis congénita en Alemania». *Gaceta Médica Española*, núm. 1, 1941.

FEER : «Enfermedades de los niños»

DUARTE : «Lecciones de Pediatría».

FINKELSTEIN : «Enfermedades del niño de pecho».

DEGKWITZ : «Tratado de Pediatría».

PFAUNDLER y SCHLOSSMANN : «Tratado de enfermedades de la infancia».

MÜLLER : «Alimentción y tratamiento del niño»