

EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN LAS MATERNIDADES

Por los Doctores

J. ORTIZ PÉREZ
Ayudante graduado.

M. MACHADO ESPINOZA
Adjunto al Laboratorio.

Si los casos de sífilis que observamos, continúan en el paso que van, el día llegará en que toda la Patología interna será tributaria de esta enfermedad.

RICORD.

Desde el año de 1919 en que el Profesor Couvelaire con la colaboración de Marcel Pinard organizó en la Maternidad Baudelocque un "Dispensario para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hereditarias", han venido sucediéndose organizaciones similares en todos los Servicios de Obstetricia, y hoy no existe centro obstétrico alguno, donde al problema del diagnóstico y tratamiento de la sífilis no se le conceda una importancia capital; y es entre nosotros, a nuestro Maestro Prof. Eusebio Hernández a quien corresponde haber organizado en Cuba el primer Dispensario antisifilítico anexo a un Servicio Obstétrico Hospitalario.

Un gran número de sífilis desconocidas llamadas sífilis latentes e ignoradas por sus portadores en número que algunos hacen ascender al 30 por ciento de todos los sifilíticos, es sin embargo diagnosticada, cuando llegada la hora de la especie, esas mujeres concurren

a la consulta de embarazadas o ingresan en alguna Maternidad.

Los sifiliógrafos lo saben bien, así mismo lo saben los médicos generales; unos y otros ven a menudo mujeres portadoras de lesiones viscerales francamente sifilíticas, y esas mujeres no recuerdan haber tenido nunca un chancro ni una roseóla; son sifilíticas cuyos primeros períodos «le su enfermedad evolucionaron tan discretamente que no llamaron la atención; pero investigando, encontrarán seguramente en la historia de esa mujer la existencia de abortos, fetos nacidos muertos y si algún hijo nació vivo y vive aún, los estigmas heredolueticos «le ese hijo vendrán a constituir la base más firme en que asentar el diagnóstico de la sífilis materna. Desgracia-, (lamente todavía se está obligado a realizar mucho diagnóstico retrospectivo de la avariosis, es decir a diagnosticar esta enfermedad en los padres por los de los hijos; cuando ya se han perdido muchos

años para el tratamiento de esos portadores y cuando, lo que es más sensible, no se podrá evitar lo que pudo haberse evitado, esto es, su trasmisión hereditaria.

En la lucha contra la avariosis, las Maternidades ocupan un lugar importantísimo ya que es en estos establecimientos donde se diagnostican un número considerable de sífilis ignoradas, a tiempo todavía no sólo para el tratamiento de sus portadores sino para evitar también la acción que **pueda** tener sobre el producto de la concepción. Pero la obra a realizar en las maternidades sería muy incompleta si antes no se realizara una amplia divulgación de todos estos conceptos. Es curioso observar la ignorancia que existe sobre estas cosas. No hace muchas noches en el Servicio del Profesor Hernández una mujer necesitaba urgentemente una transfusión de sangre. Ávidos los familiares se presentó un sobrino, hombre joven de apariencia saludable, que se prestaba a servir de donante; deseando descartar en él la sífilis y no pudiendo realizar en ese sentido ninguna investigación de **Labor-**

ratorio por la hora y la premura, se le interroga sobre sus antecedentes; confiesa no haber padecido jamás de enfermedades venéreas, siempre ha disfrutado de salud perfecta; pero se le pregunta: es casado? sí, ¿tiene hijos?, y contesta: mi mujer ha tenido dos embarazos pero ha "abortado" en ambos de seis y ocho meses respectivamente, con fetos nacidos muertos, pero quien la asiste dice ser debidos a caídas que ella ha sufrido. Este individuo no fue aceptado como donante y días más tarde se obtuvo de él un Wassermann positivo.

(Orno este caso hay muchos, forman legión en que la sífilis, enfermedad familiar, es despistada gracias a los accidentes obstétricos que determinan, a lo que Couvelaire ha llamado tan gráficamente el reactivo obstétrico de la sífilis.

Pero como se ve por ese mismo caso, es preciso realizar una obra de divulgación intensa, borrar prejuicios y enseñar e ilustrar a todo el mundo para que no siempre se atribuya una interrupción de embarazo a una caída o a algo

semejante y todos en la casa queden tranquilos y confiados; porque existen abortos producidos por traumatismos pero hay otros muchos que están pregonando una sífilis que quienes atienden el caso no saben o no quieren ver. Es preciso buscar la sífilis, despistarla donde quiera que se encuentre, no olvidando que numerosos accidentes muy desagradables para el partero son debidos exclusivamente a esa enfermedad.

Diagnóstico de la sífilis en las maternidades. La mayoría de las sífilis que se ven en las Maternidades son desconocidas para sus portadoras.

En el examen rutinario de toda embarazada debe entrar el interrogatorio directo del marido y el Wassermann de ambos. Una y otra cosa por dificultades de organizacion y recursos, no es posible realizarlas a la hora actual y de ahí que lo más a menudo se llegue al diagnóstico cuando los accidentes sufridos en gestaciones anteriores, obligan a la mujer a consultar y al médico a explorar en ese sentido. Es preciso también no olvidar, que muchos hombres niegan su sífilis y solo lo confiesan bajo la presión del médico y cuando ya ha sido diagnosticada en la mujer.

Por excepción hemos visto algún accidente primario y solo alguna que otra vez observado sífilides secundarias, porque en general no han sido las lesiones cutáneas o mucosas las que nos han colocado en esa senda lo que pu-

diéramos llamar "los accidentes obstétricos de la sífilis".

ES sabido que esa falta de lesiones primarias y secundarias en mujeres que han dado a luz hijos sífilíticos se conoce de antiguo e hizo nacer el concepto de la avariosis concepcional, sífilis decapitadas de Fournier, de la que se ven casos igualmente, en el sexo masculino, por lo que se ha pensado que los accidentes primarios y secundarios han debido pasar desapercibidos. Sin embargo, la sífilis concepcional encuentra de nuevo apoyo en trabajos de Manouelíau, donde cita casos en que la única lesión bien comprobada tanto de parte de la madre como del hijo, residía en el cordón umbilical; fiebitis arteritis; y donde al mismo tiempo hormigueaban los tre-ponemas. ¿No residirá aquí se pregunta el accidente primario de la sífilis concepción al? Esto sin olvidar la importancia de la heredo sífilis materna, cuya influencia sobre el producto de la gestación es nefasta quizás precisamente porque ignorándose a menudo, es más raramente tratada. (88 por ciento de mortalidad fetal por heredo sífilis materna, según Potelune.)

El hecho de la sífilis hereditaria es conocido desde antiguo, ya Palopio decía: "los nacidos de una mujer sífilítica proporcionan la prueba del pecado de los padres porque tienen el aspecto de estar medio cocidos".

Pero estos hechos se interpretaban de distinta manera a como

lo hacemos actualmente, pues por aquel entonces se desconocía la etiología de la enfermedad, parangonando la infección sifilítica a la tuberculosa y considerándolas como estados constitucionales transmisibles por herencia; aplicándole por tanto las mismas leyes que rigen las transmisiones de los caracteres ancestrales.

Después del descubrimiento del *treponema palidum*, numerosas teorías han tratado de explicar el mecanismo de la transmisión hereditaria de la sífilis.

La sífilis concepcional de origen paterno que busca su (justificación en la ley de Baumes-Colles, trata de explicar la infección fetal con indemnidad de la madre, admitiendo que la infección es por vía espermática y la ausencia de síntomas maternos por el paso del feto a la madre no de los gérmenes patógenos sino de productos solubles que provocan en ella una verdadera inmunidad. Las ideas de Fournier tratan de explicar la infección de origen paterno. Las investigaciones de Unlenhuth y Mulzaer que consiguieron inoculaciones positivas en el mono con

esperma de sifilítico demuestran la contagiosidad de dicho esperma, pero estos experimentos solo prueban que el esperma del sifilítico solo puede ser virulento a través de efracciones de los tejidos y no de una manera segura el paso del *treponema* del espermatozoide al ovulo fecundado.

La herencia concepcional de origen materno ovular, ha sido invocada para explicar los casos de hijo sifilítico con padre sano, pero de todos modos hay un principio biológico reconocido según el cual "Toda célula germinativa en fase de segmentación no puede retener cuerpos extraños en su sustancia por que son destruidos o se interrumpe la evolución embrionaria normal". Esto puede explicar los casos de aborto muy precoz o de simple retraso de menstruación que después de algunas semanas vuelve a reaparecer normalmente y que solo puede justificarse por una lisis ovular.

Y como confirmación de todo esto está el alto porcentaje de positividad de los signos serológicos en la madre de hijos sifilíticos que viene a ser un elemento de gran

palor en contra de la sífilis conceptual de origen exclusivamente paterno; y hay aun más: el tratamiento de la madre da la prueba clínica de más valor ya que nos permite obtener hijos vivos y sanos. Hasta tanto otra cosa no se demuestre, la sífilis hereditaria solo debe aceptarse como una sífilis transmitida de la madre infestada al feto a través de la placenta por la espiroqueta misma o por algunas de las formas mutables que pueda presentar este germen.

Síndrome serológico. —La presencia de la espiroqueta en el organismo produce alteraciones de los humores que se manifiestan por dos propiedades fundamentales: antihemolítica y precipitante.

Estas dos propiedades biológicas en la que hallan su fundamento las reacciones de Bordet-Wassermann y Kahn, es muy posible que no respondan a la presencia de verdaderos anticuerpos de carácter inmunológico ya que lo que no especifica del antígeno y la falta de otras propiedades biológicas de los anticuerpos hacen pensar en este sentido. En tal concepto no se puede admitir el carácter inmunológico de las reacciones ya citadas, sino como alteraciones de naturaleza X producida en los humores por la presencia de las espiroquetas. En este sentido siguiendo las ideas de Levaditti se tiende a aceptar que las citadas reacciones son el resultado de fenómenos puramente físicos, y ahondando más el problema podríamos pensar que son el pro-

ducto de verdaderas reacciones coloidales de gelificación en las que las cargas eléctricas de los coloides (suero-antígeno) jugarían el papel primordial.

En lo que a los accidentes obstétricos de la sífilis se refiere, la interrupción de la gestación (aborto, parto prematuro), ocupa el **lugar** de honor, pero es preciso aclarar que la sífilis, más que abortiva, es feticida; en la gran mayoría de casos interrumpe el embarazo a través de la muerte del feto. Mas claramente podrá observarse el aborto o parto prematuro sífilítico con feto vivo, en algún caso de sífilis uterina, bien en forma de sífilis gomosa del útero; o simplemente por metrorragias específicas en relación con una angioesclerosis de los vasos utero-o varicos (Sideroy), lesiones estas pendientes generalmente de la heredo-lúes y que han dado lugar a interesantes investigaciones que demuestran el papel importante que en la producción de muchas esclerosis y fibromatosis uterinas juega la herencia específica (Castaño). También las grandes lesiones placentarias y los hidramnios agudos pueden dar lugar al nacimiento prematuro de un niño vivo sífilítico.

A través de los años, con su envejecimiento, la sífilis actúa sobre el producto de concepción de modo más benigno, la interrupción del embarazo es cada vez más tardía y al fin nace el feto vivo heredo-lúetico; a veces alternan los fetos nacidos muertos y vivos

lo cual no debe extrañar, pues como ha dicho Jeanselme, la sífilis es una treponemiasis a reactivaciones sucesivas y que se manifiesta por períodos de actividad que suceden a períodos de calma o de latencia.

De todos modos, cada vez que aparezca en la historia de un gestante, interrupciones de embarazo que no puedan referirse a causas bien conocidas, (aborto provocado], debemos investigar cuidadosamente la "sífilis, lo mismo que cuando esas observaciones existan en la historia de la madre (heredo--lues.)

CASO I. —J. Z. 36 años. Mexicana.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales. —De su primer matrimonio tuvo un embarazo, que llegó a término, parto fisiológico, feto vivo hembra que tiene actualmente 20 años. (Hado a luz a su vez normalmente.) El esposo murió en un accidente, durando esta unión 3 años. Cuatro años más tarde, nuevo matrimonio, el actual, de cuyo esposo tiene embarazos, todos terminados

en partos prematuros de fetos muertos macerados. Con ese motivo viene a consultarse,

Wasserman positivo en la mujer y el marido. Este confiesa accidentes específicos, que por lo que refiere fueron insuficientemente tratados, creyéndose él sin embarco curado. Tratamiento del matrimonio; a los cuatro meses de iniciada, nueva gestación. Tratamiento de la mujer durante la gestación. Parto a término, fisiológico, feto vivo hembra, saludable tiene actualmente cuatro años y no presenta estigma alguno de heredo lúes. Esta mujer no recuerda haber tenido minen ni chancro ni roséala. No presenta adenitis. Ha gozado siempre de perfecta salud.

CASO II—M. R. Blanca, cubana, de 35 años de edad.

Antecedente familiares.— Madre muerta de cáncer. Padre muerto del corazón.

Personales. —Del primer esposo dos embarazos. Ambos llegan a término, parto fisiológico, fetos vivos saludables que hoy tienen 10 y 15 años respectivamente y gozan de perfecta salud.

Nuevo matrimonio, y **entonces**, los dos primeros embarazos, terminaron en parto.¹; prematuros con fetos muertos macerados; un tercer embarazo llega a término, parto fisiológico, feto vivo con péñfigo palmo plantar y muere pocos días después.

Nos viene 3 ver al inicio de una cuarta gestación, trayendo además, de un laboratorio particular, un Wasserman positivo.

Ella no recuerda chancro, si alpinas "manchas", de las que no quedan rastro alguno. No hay adenitis. En general buena salud.

Se instituye tratamiento.

El **embarazo** Mega a término, parto fisiológico, feto vivo hembra, que es vuelto a ver a los cuatro meses, en perfectas condiciones. **Hasta en** ese momento o no se descubre ningún signo de heredolues.

En estos casos se ve además de un modo claro, la llegada de la sífilis, aportada al matrimonio por el nuevo esposo.

Caso III-M. M. blanca, cubana, 31 años.

Padres vivos y saludables, no ha habido ni abortos ni partos prematuros.

Antecedentes personales.- -Dos embarazos anteriores, terminados en partos prematuros de seis y siete meses, ambos con fetos muertos macerados.

Describe bien que llegó a **sentir claramente** los movimientos activos del feto y que como dos semanas antes del parto, dejaba de percibir estos movimientos.

Viene a la consulta **porque** se cree **de** nuevo una **gestación** y desea ver si puede obtener este hijo.

Embarazo de tres meses. **Wassermann** positivo. **Tratamiento.**

Parto a término fisiológico, feto vivo varón de **3/600 gr.** Placenta **de apariencia** normal H2U gr.

Tres meses después el **niño**, criado por la madre, esta en perfectas condiciones. No se observa en él signo **alguno** de heredolúes.

Esta mujer no recuerda chancro **ni roseóla.** **Goza** de buena salud. Su esposo, como el **del** anterior, no ha podido ser habido.

C*8◊ IV.-G. A. blanca, **España.** 21 años.

Pudres vivos saludables. No abortos.

Historia personal. — Los dos primeros **embarazos, abortos** de 3 y 3 meses respectivamente. El tercer y cuarto embarazo parto a término, de poca duración, pero con fetos nacidos muertos.

Viene a consultarnos en el quinto mes de su quinta gestación. Wasserman positivo. Tratamiento muy incompleto, puesto que solo puede ponerse la primera serie.

Parto a término, fisiológico, feto vivo varón de 2,850 gr. **Placenta** grande **690 gr.** Aspecto **pálido**, friable, surcos profundos. Este niño nace con lesiones de la **palma** de la mano y las plantas de los pies. Es dirigido a un servicio infantil. Mas tarde sabemos que ha muerto.

El tratamiento fue muy incompleto.

Actualmente, fuera de toda gestación, tratamos a la mujer, con vistas a un nuevo embarazo. Como en los casos anteriores no hemos podido localizar al marido. Esta mujer no recuerda haber tenido nunca lesiones ni de la piel ni de las mucosas.

CASO V. —O. H. Mestiza, Cubana. 22 años.

Ingresa departo en el Servicio del Dr. Hernández el 21 de diciembre de 1928, dando a luz un feto muerto macerado de 8 meses de vida uterina. Gran placenta de 750 gr., pálida y friable. Wasserman positivo.

Al ser dada de alta se le recomienda asista a la consulta para ser tratada; pero no concurre hasta la primera falta del período, ocurrida cuatro o cinco meses más tarde. Tratamiento completo durante el embarazo.

Da a luz a término, parto fisiológico, feto vivo de apariencia normal, 3, 200 gr., y placenta de 500 gr. Puerperio fisiológico. Tres meses después, la niña, criada al

pecho, seguía desarrollándose normalmente.

El caso siguiente es también muy ilustrativo.

CASO VI. —E. L. mestiza, Cuba, 30 años.

Tres embarazos anteriores. El primero, parto a término, fisiológico, feto vivo que muere a las pocas horas de hemorragias por la boca. El segundo embarazo, parto a término, fisiológico, feto vivo que muere también horas más tarde de hemorragia umbilical. El tercer embarazo, parto a término, feto muerto macerado (muerto antes del parto).

Con esa historia viene a consultarnos al comienzo de una cuarta gestación. Wasserman negativo, a pesar de lo cual se pone el tratamiento. Se le inyectan la mera y la segunda serie solamente por no haber tiempo para comenzar la tercera (tratamiento incompleto).

Parto a término, feto grande, de 5,300 gr., que hizo necesaria una sinfixiotomía, placenta de 880 gr. Buena proporción de peso feto placentario (sexta parte), líquido

amniótico aumentando, pero en relación a los tamaños de feto y placenta. El feto nace vivo, sano en apariencia, el cordón se cae al sexto día, cicatriz normal y el niño se desarrolla bien, lactado por la madre. Después lo perdemos de vista.

¿Este es el caso de huevo grande (gros-oeuf) de que habla el Profesor Pinard, y al cual le atribuye una etiología específica?

Por otra parte, una sífilis desconocida, puede deslucir la actuación operatoria de cualquier partero. El terreno heredo-sifilítico, tan brillantemente descrito y estudiado por Hutinel, presenta no solamente profundos trastornos endocrínicos, sino importantes lesiones vasculares, que favorecen la producción de hemorragias al menor traumatismo. Y ese niño, en quien se ignora la heredo-lues, va a nacer muerto, va a morir horas más tarde con algún síndrome de hemorragia intracraneal o va a quedar vivo y perennemente imperfecto, cargando a menudo con la culpa de todo esto, el pobre partero que atendió el parto y que tío tuvo más descuido que no investigar a tiempo la posible herencia luética.

Véanse los casos muy demostrativos de este aspecto de la cuestión.

CASO VII.--H. V, negra, Cuba, 23 años.

Primer parto a término, insuficiencia céfalo-pelvina. A poco de esperar se notan signos de sufrimiento fetal en vista de lo cual

se practica una sinfixiotomía y se termina en el parto. Feto vivo pero que muere horas más tarde con fenómenos de hemorragia intracraneal comprobadas en la autopsia. No se hacen otras investigaciones.

Al quedar de nuevo embarazada esta mujer viene a la consulta. Se le practica un Wasserman que resulta positivo. Tratamiento completo durante el embarazo. Parto a término, fisiológico, feto vivo de apariencia normal. Relación de pesos feto-placentario normal.

CASO VIII—C. R. blanca, Cuba, 19 años.

La vemos a la mitad de un primer embarazo, con dolores de cabeza, albuminuria, ligeros edemas, no hay hipertensión. No se sospecha especificidad. El régimen lácteo la mejora poco, persisten los dolores de cabeza y la albuminuria.

Ya en las proximidades del término, aumento brusco del líquido amniótico (hidramnios agudo) que se instala en una-noche, y al otro día comienza el parto. Punción de las membranas y se recogen 4 litros de líquido amniótico. El parto se desenvuelve bien. Foco fetal que se ausculta a menudo, siempre normal. Momento antes de la expulsión del feto, dejan de percibirse los latidos. Expulsión fácil. Feto muerto, en estado de integridad, autopsia, hemorragia intracraneal.

Wasserman en la madre positivo. Se instituye tratamiento y

desaparecen las cefalalgias y la albuminuria.

Actualmente está de nuevo embarazada y continúa en el tratamiento.

En un **trabaja** muy reciente y muy interesante, presentado por Voron y Pigeaud al VI Congreso de la **Asociación de Parteros y Ginecólogos de Lengua Francesa** (Bruxelles, 1929), y publicando en el libro de dicho **Congreso, pagina 652**, llaman la atención dichos autores sobre lo que ellos llaman la hemorragia intracraneal de etiología médica. Para ellos las hemorragias meníngicas, de etiología exclusivamente obstétrica, partos laboriosos, aplicaciones energéticas del fórceps, son los menos frecuentes y no pasan del 25 por ciento de los casos observados. La gran mayoría de las hemorragias meníngicas reconocen como etiología una infección aguda del feto, en primera línea la avariosis.

Y agregaron Voron y Pigeaud: El traumatismo obstétrico, no juega en la patogenia de estas lesiones mortales sino un papel

accesorio de factor ocasional, limitándose a despertar la tara hereditaria, hasta entonces latente y siempre capaz, de crear por ella sola esas hemorragias intracraneales.

El hecho es, que en 40 fetos expulsados entre el tercero y sexto mes del embarazo, fetos pequeños; la mayoría expulsados en block dentro del saco membranoso y por tanto traumatismo, ellos han encontrados un 12 por ciento de lesiones hemorrágicas intracraneales acompañadas de lesiones evidentes de meningo encefalitis sífilítica.

Después de un estudio amplio de la cuestión concluyen que mas del 75 por ciento de los casos, las hemorragias intracraneales de los recién nacidos son debidas a una enfermedad hereditaria, de las que las más frecuente es la **heredo sífilis**.

Y nada de esto debe extrañar, el campo de acción de la luz se extiende cada día, las dudas que quedaban por resolver en el concepto de su transmisión hereditaria se van disipando a la luz de las

Este tratamiento dispuesto así en forma de cuadro ocupa un lugar preferente en la Consultaría Externa del Servicio del Profesor Hernández y ya los asistentes a esta consulta lo emplean de un modo rutinario.

Es bueno señalar que a pesar de haber encontrado mujeres gestantes clínica y serológicamente con sífilis en período de franca actividad este tratamiento arsénical (sin previo otro tratamiento) jamás ha sido seguido de manifestaciones de intolerancia, a no ser algunos vómitos que por los demás se observan en cualquier período de la sífilis en que se instituya el tratamiento de esta naturaleza. En cambio 16 mujeres que habían tenido accidentes obstétricos reputables a sífilis en sus embarazos anteriores y que observaron durante una nueva gestación este tratamiento de una manera regular, obtuvieron gracias a él hijos que por lo menos en apariencia **estaban** perfectamente sanos y todos estos niños que hemos vuelto a ver a los cuatro o cinco meses han seguido desarrollándose dentro de perfectas condiciones de salud, algunos (caso I) hasta de tres y cuatro años. Los casos que tenían alguna particularidad han sido descritos a lo largo de este trabajo, no describimos las observaciones clínicas de los demás porque siendo similares a los mencionados constituirían una repetición innecesaria.

Al terminar queremos consignar **nuestro** agradecimiento a todos los que con nosotros colaboran al lado del profesor Hernández. Este trabajo no es solo nuestro, es de todos los que allí trabajan y ha requerido una verdadera dedicación, tanto en la busca y diagnóstico de los casos como en su tratamiento consiguiente, lo que constituye una verdadera obra **médica** y social, de la cual nuestra mejor retribución la constituyen esos 16 que hubieran nacido niños muertos o francamente tarados.

Y esto es solo el esbozo de cuanto pudiera hacerse, si se unificase la acción de los tres elementos que deben entrar en la lucha anti-luética: los dispensarios anti-venéreos, las **maternidades** y las consultas de niños; todo bajo la alta dirección de algún organismo que bien podría llamarse "Liga de defensa Social contra las enfermedades hereditarias" y cuyos resultados en la profilaxis de la sífilis congénita, no se harían esperar. No pecamos de vista los resultados que acaba de publicar Couvelaire.

Sobre 10.000 nacimientos murieron en el claustro materno por sífilis 11 fetos en 1921; esa cifra en 1927 ha descendido a 35. Por sí solos los números de esas estadísticas obtenidas en la Clínica Baurlelocque son más elocuentes que ninguna otra cosa.

(Revista de Medicina y Cirugía de la Habana)