

## Lactancia materna en los heredosifilíticos

Por el Profesor GOUGEROT.

Profesor de Clínica de enfermedades cutáneas y sifilíticas de la Facultad de Medicina de París, Médico del Hospital San Luis.

La lactancia de los niños hijos de padres sifilíticos, suscita algunas cuestiones prácticas que conviene resumir.

— *El niño, hijo de padres sifilíticos, no debe ser confiado a una nodriza sana, aun cuando parezca indemne*

El médico no deberá ni dejar discutir este asunto: debe, desde la delantera, prevenir al médico, desaconsejar formalmente una nodriza, poner a salvo su responsabilidad; si el médico no es escuchado, deberá retirarse inmediatamente. En ningún caso el médico debe convertirse en cómplice y consentir en administrar un tratamiento preventivo antisifilítico a la nodriza. Pero si el niño necesita la lactancia materna y si la madre es incapaz de criarlo, es posible tener una nodriza sana, sin dar de mamar al niño, haciéndole aspirar en un recipiente esterilizado cada vez y darle este leche en un recipiente diferente del que ha servido para aspirarla.

— *La madre "sana" ¿puede lactar a su hijo sin peligro, si este niño está infectado?*

Es clásico contestar afirmativamente apoyándose en la ley de Colles-Baumes, que dice así: El niño deberá ser confiado a su madre, a la que no infestará, porque, o bien la madre está inmunizada (teoría anti-

gua), o bien está ya contaminada y su sífilis latente le produce la inmunidad (teoría moderna). En efecto, antes de sostener que la madre de un heredosifilítico está sana, no debemos ya contentarnos con un examen clínico, sino que debemos exigir hoy una suero-reacción negativa, ni principio y al final del embarazo. Ahora bien, en la mayor parte de los casos (en todos, según algunos), la suero-reacción de la madre es positiva; sólo ventajas, tendrá recomendar la lactancia materna.

No obstante, se han citado excepciones a la ley de Colles-Baumes, es decir, la sifilización de la madre por su hijo.

Estas excepciones han sido discutidas y negadas, pero son indudables y por nuestra parte hemos visto dos casos: dos mujeres "sanas" que lactaban a su hijo portador de placas mucosas en los labios han contraído un chancro en el pezón.

¿Cómo interpretar estas excepciones? Caben dos explicaciones.

Unas veces la madre ha tenido sífilis y la ha transmitido al hijo, pero bajo la influencia del tratamiento ha curado o casi curado, en tanto que el feto encerrado en sus membranas, no recibía, por causas desconocidas, los medicamentos o las substancias defensivas. De modo que, después del nacimiento, la madre, de nuevo "normal" o casi normal, es receptiva, por lo cual su hijo pue-

de infectarle: opérase entonces una reinfección o una super-infección.

Otras, excepcionalmente, la madre no ha tenido sífilis, el virus sifilítico en forma de treponema o en cualquier otra forma ha penetrado en el óvulo con los espermatozoides y queda encerrado en el huevo sin penetrar en la madre, al igual que los microbios incluidos en una bolsa de colodión. La madre permanece, pues, sana; el niño nace infectado, no es, pues, extraño que la madre esté contaminada por la boca del niño. Estos casos de heredosífilis de la madre, son excepcionales, pero indudables, y con poco tiempo de diferencia hemos observado dos casos: los dos padres habían tenido sífilis: sus B. W. eran intensamente positivos, cien veces en uno, cuarenta veces en el otro (lo cual quiere decir que su suero diluido cien veces y cuarenta veces más que en la reacción clásica, resultaba aún positivo I. Los dos recién nacidos tenían accidentes heredosifilíticos en actividad, sobre todo en la boca y un B. W. positivo. Ahora bien, las

dos madres estaban indemnes clínica y sueroológicamente, incluso con el **Desmoulières** repetidas veces practicado. Es evidente que si estas mujeres hubieran lactado a su hijo habrían tenido chancros del pezón.

Dadas estas explicaciones, creo prudente, cuando la madre parece sana clínica y suerológicamente, cuando el niño heredosifilítico presenta lesiones sospechosas, creo prudente, repito, no dar de mamar. Pero no por ello privaremos al heredosifilítico de los beneficios de la lactancia materna. Para ello la madre verterá su leche en un recipiente y la dará al niño en un biberón cuya botella y tetina serán hervidas cada vez. De esta manera deparamos al niño los beneficios de la lactancia materna sin hacer correr riesgos inútiles a la madre. Inmediatamente practicaremos las inyecciones de arsenobenzeno en el niño, con objeto de que no sea contagioso y pueda a no tardar tomar el pecho.

. — *El niño sano, hijo de padres sifilíticos v cuya suero-reacción es*

*negativa, ¿corre riesgo de ser contaminado si es criado por una sífilítica?*

Es clásico decir que el niño hereditario, aun cuando esté indemne, está "inmunizado" y no puede ser sifilizado por su madre (Ley de Profeta).

Pero se han citado excepciones a esta ley: sifilizaciones del niño por la madre, especialmente durante el parto; el recién nacido infectado a su paso por la vulva afecta de placas mucosas, presenta, en los plazos clásicos, chancros cefálicos.

¿Cómo explicar estas excepciones? O bien la madre infectada antes del nacimiento no ha inoculado al feto por formar las membranas ovilares un filtro;

O bien la madre infectada antes de la procreación no ha tenido tiempo de sifilizar al niño. En efecto, es clásico decir que en casos de sífilis post-concepcional, que se manifiesta después del séptimo mes del embarazo, la hereditaria es la excepción: este niño sano puede, pues, ser contaminado.

Para evitar estas contaminaciones del niño, la madre debe ser tratada urgentemente con los arsenicales antes del parto, caso de presentar lesiones en actividad, aun cuando tenga que parir el día siguiente, porque en pocas horas los arsenobencínicos obran y disminuyen las probabilidades de contagio.

Si el contagio parece probable, el feto recibirá un tratamiento preventivo arsenical "desde el primer día". Este niño no debe ser criado por su madre, que es virulenta y podría contagiarlo.

Tampoco debe ser confiado a una nodriza, porque puede ser peligro-

so. El niño será, pues, criado con lactancia artificial, o mejor aún, con leche materna aspirada y puesta en biberón que se administra al niño.

La madre será tratada energicamente y con toda regularidad; durante este tiempo se sostiene la lactancia para poder dar el pecho al niño en cuanto la madre esté curada.

Vemos que la situación es más compleja de lo que creían nuestros antepasados: que son de temer superinfecciones de la madre por el feto o del niño por la madre.

Debemos esforzarnos en evitar estas probabilidades de sifilización aplicando las reglas que hemos indicado.

Pero a veces el médico llega demasiado tarde, o bien no es escuchado y entonces cabe discutir los riesgos de contagio.

Sí el contagio no parece verosímil, es preferible no hacer ningún tratamiento profiláctico y contentarse con la expectación armada. Si después de treinta días no aparece el chancro, cabe esperar, pero la existencia de sífilis sin chancro no debe dejarlos completamente tranquilos; es necesario esperar hasta sesenta días, practicar B. W. en espera del chancro o de los accidentes secundarios.

Si el contagio parece seguro, aconsejamos los tratamientos profilácticos; otros prefieren esperar la aparición del chancro, creyendo estar bien armados atacando la sífilis desde el comienzo del chancro, como cuando se interviene, conforme recomendamos, antes de presentarse el chancro. Pero les objetaremos que un chancro puede pasar desapercibi-

do. que la sífilis se generaliza y sólo será diagnosticada una vez generalizada, que ya desde el comienzo del chancro y a veces antes del chancro, existe ya generalización visceral, conforme lo demuestran los experimentos de Schlosberger en la rata, la invasión precoz del cerebro. Por todas estas razones preferimos, cuando el contagio es probable, continuar los tratamientos profilácticos para ver de curar la sífilis antes que se desarrolle y generalice.

No estará de más recordar las reglas de estos tratamientos **profilácticos** con sobrada frecuencia insuficientes o demasiado cortos:

1°- El tratamiento debe ser precoz, empezando el mismo día y no el día siguiente.

2°- Debe ser tan intensivo como si ya existiera el chancro; por consiguiente, salvo caso de intolerancia, deben los arsenobencenos (**914** o **sulfarsenol**), inyectar las dosis "normales" y totalizar una dosis suficiente. Si se calculan las dosis según el peso, no hay diferencia alguna entre el tratamiento de la madre y el del hijo.

En caso de urgencia, después de una dosis de ensayo de tres miligramos por kilogramo de 914 o de sulfarsenol, inyectaremos desde el día siguiente una dosis de quince centigramos.

Si la indicación no es urgente,

podrá seguirse la graduación habitual de 0'003, 0'006, 0'009, **0'012, 0\*015**. Así, por ejemplo, para un niño de cuatro kilos de peso, estas dosis oscilan, pues, entre 0'012, 0\*060.

Se procura alcanzar la totalidad, es decir, si la tolerancia lo permite, llegar hasta 0'100 por kilogramo. Por ejemplo, en un niño de cuatro kilogramos, llegaremos hasta un total de cuarenta centigramos. No deberemos contentarnos con algunas inyecciones, conforme se hacían antes.

3°-Por temor de arsenoresistencia intercalaremos bismuto entre las inyecciones arsenicales en cuanto haya una separación suficiente entre las inyecciones arsenicales; sólo emplearemos bismuto soluble o benzobismuto, que disolveremos en el agua, o canfocarbonato de bismuto **oleo-soluble**: doce inyecciones musculares glúteas dos veces por semana, calculando la dosis según el peso 0'0012 por kilogramo hasta un total de 0'0144 por kilogramo.

4°-Hay que continuar y repetir las curas si hubiese ya chancro: de modo que después de esta primera cura, 21 a 28 días de descanso; segunda cura arsenobenzólica (**con** o sin bismuto I, descanso de 21 a 28 días y tercera cura de bismuto: descanso de 28 días: cuarta cura de bismuto o de mercurio; quinta cura arsenical o mercurial, todo ello en el término de un año aproximadamente.

5° Debe vigilarse durante varios años el niño sospechoso, puesto que los tratamientos profilácticos deforman la sífilis, retardan el chancro, hacen que sea más pequeño y hasta impiden su aparición, lo propio que las adenitis y los accidentes secun-

darios, hasta el punto que muchas veces se presentará después la sífilis en una forma visceral grave tardía. Así, pues, después de este año de tratamiento, practicaremos el examen clínico y suerológico cada tres meses durante el segundo y el tercer año, y después cada seis meses durante el cuarto y quinto año.

Tales son los problemas, cada vez más complejos, que suscita la aplicación de la lactancia materna en los heredosifílicos, los consejos de ortoducencia que debemos dar para **evitar** las dificultades, y las reglas de cura profiláctica cuando los peligros de contagio son indudables.

---

Creemos que en el estado actual de nuestros conocimientos, la sífilis preserológica y algunos otros casos excepcionales que nada permite desintegrar, importa no solamente a los enfermos, sino también a sus compañeros de vida, a sus hijos, a la sociedad entera, que los sífilíticos estén instruidos de la utilidad, de la necesidad absoluta, si quieren protegerse y no perjudicar su familia y sus semejantes, seguir durante 4 o 5 años un tratamiento enérgico y en el porvenir, durante muy largo tiempo, por no decir siempre, un tratamiento de garantía, que pertenecerá al médico tratante instruir según la modalidad, pero que de todos modos no deberá ser descuidada. — *Sicolás*.