

Si los eczemas son fisurarios, (orejas, labios y pier-nas) podrán hacerse toques con soluciones de nitrato de plata al 1 a 5 por 100 y encima pastas ligeramente reductoras.

En las formas hiperqueratósicas (manos y pies) y formas liquinoides hay que asociar a los reductores, los exfoliantes (ácido salicílico del 1 a 5 por 100).

En los eczemas del cuero cabelludo hay que emplear casi siempre excipientes oleosos y reductores suaves (aceite de almendras dulces 25 gr.; aceite de enebro 5 gramos y anís salicílico 0'50 grs.).

En los eczemas tricofitoides de origen parasitario el alcohol yodado al 2 por 100 dá excelentes resultados.

En los niños hay que ser particularmente prudente en las terapéuticas activas.

Gran número de medicamentos en distintas formas y fórmulas han sido empleados en la terapéutica farmacológica de los eczemas, pero es imposible detallarlos en esta breve reseña. Solo repetiremos que pocos medicamentos y bien manejados es la terapéutica más eficaz y que expone menos a complicaciones desagradables e inesperadas.

Los distintos medios que nos proporciona la terapéutica física pueden ser de utilidad en el tratamiento de los eczemas. El radium en aplicaciones cortas de 5 a 15 minutos, sin filtrar y aprovechando las radiaciones blandas obran como sedante y disminuyen rápidamente el prurito interno que producen los eczemas crónicos. Los mismos efectos se pueden conseguir con la alta frecuencia con electrodos condensadores. Igual resultado obtendremos con la Roentgenterapia superficial, pero donde esta radioterapia superficial tiene una indicación precisa es en los eczemas liquenoides, crónicos y con una infiltración notable, así como en los eczemas secos de la región anal o genital, que no ceden apesar de los fármacos locales. Todas estas formas ceden rápidamente y sin molestias para el enfermo con una sola o muy pocas sesiones, de radioterapia superficial, filtradas ligeramente (0,5 mm. de aluminio) para evitar los fenómenos de reacción local.

Quando haya desaparecido un brote de eczema hay que tener en cuenta que siempre el individuo afecto queda sensibilizado para otro brote y por esto hay que apartar de él todas las causas que consideramos hayan influido en su dermatosis.

CRONICA

HEREDOSÍFILIS.- Profilaxia y tratamiento durante la vida intra y extrauterina en sus aspectos individual y social. (1)

por el doctor

JOSÉ M.^a PEYRÍ

De la Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Instituto Municipal de Beneficencia, Cuerpo de Higiene Social, etc.

Un detallado estudio de la heredo-sífilis con los conocimientos que hoy tenemos acerca de la misma. abarcaría el volumen de un libro, y no es éste nuestro plan;

(1) Trabajo premiado por la Real Academia de Medicina de Canarias Año 1927.

nos limitaremos, pues, a recordar algunas ideas por todos sabidas, en relación con la sífilis de los padres y con preferencia nos entretendremos en su profilaxia y tratamiento, única base segura de éxitos.

FOURNIER, en el estudio profundo de la sífilis, admitió que la sífilis podrá transmitirse como tal enfermedad, como a herencia de germen, pasando al producto de la concepción la infección misma, y como herencia de terreno o sea el transtorno que ha aportado la sífilis de los padres en la evolución normal del nuevo ser: en el primer caso los accidentes por los cuales se manifiesta en los hijos, son siempre de naturaleza sífilítica; en el segundo caso se producen taras orgánicas o funcionales, trastornos de la nutrición o del desarrollo, sin caracteres específicos, de donde se deduce que no son propios de la sífilis, presentándose también en la tuberculosis y en el alcoholismo.

Esta clasificación que clínicamente podía tiempo atrás admitirse, hoy, con motivo de un conocimiento mejor de los trastornos endocrinos y de las relaciones de estas glándulas con el crecimiento, desarrollo y anomalías del cuerpo, ha sufrido un rudo golpe, tendiendo a admitirse que casi todos los trastornos que se admitían como resultado de la herencia de terreno, no son más que infecciones luéticas localizadas en las glándulas endocrinas, dando lugar a la disfunción de las mismas y por lo tanto al conjunto de síntomas propios del fisiologismo alterado.

Está comprobado anatómicamente y además es lógico admitir que no hay razón para que órganos tan ricamente vascularizados como son las glándulas endocrinas, escapen a la infección de los treponemas que atacan indistintamente a todos los órganos. Sin embargo, no se ha comprobado aún el hecho importantísimo de que la glándula endócrina atacada por el espiroqueta sea la causa de las diversas distrofias que en la herencia sífilítica se presentan, a pesar de los muchos experimentos que para ello se han hecho.

Pero es muy lógico admitir que estas glándulas enfermas, su producto de secreción tiene necesariamente que ser defectuoso y por lo tanto tienen que entrar en disfunción, la cual al obrar sobre el organismo, producirá necesariamente los fenómenos característicos de tales disfunciones.

El Dr. P. L. GASTON, discípulo de FOURNIER, en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Lisboa en 1906, daba a conocer la manera de investigar la descendencia de los sífilíticos valiéndose del siguiente cuadro:

Cuadro indicando el orden y naturaleza de las investigaciones a hacer para estudiar la descendencia de los sífilíticos, según la fuente, el origen y la naturaleza de la sífilis de los ascendientes (según GASTON):

- I. Hijos sanos.
- II. Hijos con signos o estigmas de naturaleza sífilítica (sífilis hereditaria).
 1. Sífilis inmediata.
 2. " precoz.
 3. " tardía.

4. " probable.
5. " binaria.
6. Reinfección.

III. Hijos con signos o estigmas de origen tóxi-infeccioso sífilítico (herencia sífilítica).

Sistema nervioso.
Osteo articular y muscular.
Vascular.
Cutáneo mucoso.
Génito urinario.
Esplácica (visceras).

IV. Hijos con signos o estigmas de degeneración.

A. Signos o estigmas familiares.

Abortos.
Partos prematuros.
Muertos sanos.
" macerados.
Muerte inmediata.
" precoz.
" tardía.

B. Signos y estigmas infantiles.

Trastornos de desarrollo (infantiles, débiles).
Trastornos de nutrición.
Debilidad mental.
Distrofias generales.
" parciales: ojos.
" " oído.
" " dientes.

Detenciones de desarrollo.
Hidrocefalia.
Monstruosidad.

C. Signos y estigmas obstétricos.

Gemeliparidad.
Hidramnios.
Mola hidatiforme.
Placenta previa.
Distocia.
Esterilidad.

En lucha contra la acción mortal de la sífilis, hemos puesto el tratamiento; pero a pesar de la posesión de medios de acción tan potentes, se ve persistir todavía este peligro social; y es que la profilaxia de la heredo-sífilis se realiza incompletamente debido a la falta de educación del público; sería necesario exigir de los sífilíticos candidatos al matrimonio, tales condiciones, que la transmisión hereditaria de su enfermedad quedase reducida al imposible; sin embargo, como en realidad esto es imposible, sólo podemos hacer un enérgico tratamiento preventivo a la madre durante el embarazo, con lo que ya lograremos una excelente estadística.

Organizar un tratamiento preventivo de la heredo-sífilis es de suma importancia, ya que la parte curativa no constituye más que una parte del problema, debiendo quedar en primer término la preventiva. La educación del público, la reglamentación de la prostitución,

y, por último, la estrecha vigilancia de la familia sífilítica, constituyen el problema en su totalidad.

Hay que tener en cuenta que cuando la sífilis no se ha revelado desde la primera infancia por manifestaciones de naturaleza evidente, cuando no se conocen en los ascendientes defectuosidad específica segura, no se nos ocurre pensar en una herencia sífilítica que es muchas veces la causa y así ocurre la repetición de embarazos con fruto heredo-luético sin que el médico corrija la sífilis ignorada y sigan presentándose accidentes graves que no llevan en sí ningún carácter específico. Conviene hoy en clínica conceder la necesaria importancia a los aspectos diferentes y poco característicos de la lues y saber descubrir la enfermedad donde realmente exista, sin caer en el peligro de ver sífilis en todas partes.

La tendencia moderna es admitir que la infección de la madre es la causante de la sífilis del hijo, comprobándose por la reacción de Bordet-Wassermann, y el concepto antiguo de que el óvulo infectado por el espermatozoide, al desarrollarse, inmunizaba a la madre, ya no es hoy admitido; de manera que la ley de Beaume-Colle, va perdiendo partidarios, así como la ley de Profeta, formulada por DIDAY.

¿En virtud de qué condiciones especiales un hijo queda indemne al contagio, expuesto como está constantemente, mientras otro niño sufrirá fatalmente la infección?

Se atribuyó a una *idiosincracia* especial, pero es inaceptable.

FOURNIER admite que no adquirirían estos hijos la sífilis de su madre, ni éstas de su hijo, porque, respectivamente, ya lo eran.

Y dice que verdaderamente no hay otro modo de resistir a la sífilis que teniéndola, y todavía a esto hay excepciones.

Esto era muy racional, era teóricamente aceptable, pero, ¿cómo poderlo demostrar? No había más que un medio: inocular a estos hijos y madres indemnes, pus sífilítico y así definitivamente sabríamos a qué aternos.

Esto demostraría:

1.º O que quedaría la inoculación estéril. Y en este caso quedaría demostrada la sífilis en posesión.

2.º O que podría desarrollar la sífilis. Y entonces demostraríamos la inmunidad real, por inexplicable que ella sea.

Pudieron hacerse experiencias. Una de las que la bibliografía registra, es la siguiente, debida a NEUMANN:

Una mujer sana hasta la fecha, pare un hijo sífilítico. Lacta a su hijo sin sufrir contagio. Y no obstante, las lesiones son extraordinariamente contagiosas, tanto, que infecta a su abuela que guardaba el bebé cuando la hija tenía trabajo, abrazándole y besándolo como es costumbre. La infección fué un chancro en el labio con exantema consiguiente.

Entonces es cuando NEUMANN hizo sus experiencias. Inoculó hasta 16 veces, durante un mes, ya exudado chancroso, ya el producto de secreción de las pápulas secundarias. Y las inoculaciones quedaron estériles.

Así aceptado, es incontestable este hecho, y dice Fournier que:

Estos niños y estas madres son indemnes, porque poseen la sífilis, tienen la inmunidad que esta sífilis les ha prestado.

Se admite y está perfectamente comprobado que en el esperma de un luético existen treponemas vivos virulentos y en estado libre y que éstos no entran en el óvulo junto con el espermatozoo, sino que se introducen en las vías genitales profundas, donde se desarrollan. Entendiéndolo así el padre no podría transmitir la sífilis al hijo sin haber antes contaminado a la madre, únicamente podría producir las distrofias debidas a una especie de impregnación toxínica del esperma. En cambio, la herencia materna ha adquirido un desarrollo predominante; toda mujer sifilítica antes del embarazo y que presenta lesiones durante el mismo; toda mujer contaminada durante el embarazo, contagia fatalmente al feto por vía placentaria. De aquí se deducen importantes argumentos para la profilaxia de la heredo-sífilis.

El Dr. GASTON, ya anteriormente citado, resume en unas líneas las siguientes leyes en las que cifraba toda la profilaxia.

La sífilis, durante el curso de toda su evolución y en todos sus períodos, produce en los descendientes, ya accidentes específicos, es decir, la sífilis hereditaria, ya accidentes análogos a los que producen las enfermedades tóxicas o infecciosas: alcoholismo, saturnismo, tuberculosis, y estos accidentes llamados taras, degeneraciones y distrofias constituyen la herencia sifilítica.

Bajo el punto de vista de la descendencia, el papel del padre y de la madre, es casi igual en lo que se refiere a la transmisión de la sífilis como enfermedad y a la mortalidad de los hijos; el papel de la madre es, en cambio, predominante, como productor de taras, degeneraciones y distrofias.

El tratamiento mercurial esteriliza la sífilis y destruye su acción nociva sobre la descendencia.

El matrimonio de los sifilíticos y la salvaguardia de la familia están en relación con el tratamiento.

Todo sifilítico que procrea debe ser tratado antes de la concepción.

Toda mujer que concibe de un sifilítico, reciente o antiguo, virulento o no, sea o no ella sifilítica, debe ser tratada durante todo el curso de su embarazo.

Desde que se señalaron estas leyes hasta hoy, han pasado 20 años y estamos casi igual. También hoy en la profilaxia de la sífilis hereditaria es donde debemos apoyarnos, para no tener que lamentar las desgracias de la herencia y esta profilaxia debe ir dirigida a los padres y en general a todos los adultos sifilíticos, capaces de engendrar hijos enfermos.

Según MILIAN, el primer punto es el tratamiento de la sífilis de todas las personas que se hallen afectas de ella. El segundo, es la educación del enfermo, haciendo entender a los individuos atacados la importancia de su mal; un tercer punto, es no permitir el matrimonio a los sifilíticos, hasta la época en que se les considere inofensivos, ya sea curados, ya que puedan ser considerados como tales. Para ello se recurrirá a todos los

medios que actualmente tenemos en comprobación de su curación clínica.

La profilaxia se hará en el matrimonio, durante el embarazo y después del parto.

Están todos los autores conformes en que la profilaxia es la única solución posible para la supresión de la transmisión de la sífilis por herencia. Pero esta profilaxia abarca un conjunto de hechos que por no haberse resuelto aun en ninguna nación, de una manera completa, persiste la enfermedad aunque con caracteres variables en cantidad, según la educación de los individuos y las facilidades que tienen para ponerse en condiciones de no transmitir la enfermedad.

Desde luego está reconocido por todo el mundo, que en el tratamiento intensivo, largo y sostenido por un tiempo de muchos meses, quizás años, está el secreto de la curación de la afección, o a lo menos, de su no contagiosidad.

Las detalladas estadísticas dadas por FOURNIER y sus discípulos, y las que desde aquellos tiempos se han ido haciendo, todas demuestran claramente que sólo el tratamiento de los progenitores es el que puede salvar a los hijos.

La sífilis en el matrimonio es generalmente aportada por el padre, el cual casi siempre por ignorancia se casa antes de su curación clínica. Pero el que este hombre se case no dando importancia a su pasada sífilis, no tiene él solo la culpa de contagiar a su esposa y a su descendencia, ya que desgraciadamente la sífilis obra traídoramente en el sentido de que es afección que rápidamente se modifica por el tratamiento. El enfermo se siente aparentemente sano pronto y abandona en seguida el tratamiento, si el enfermo no ha sido orientado por su médico que le habrá explicado la resistencia a su curación, su posible reparación aun después de largos años de silencio, la necesidad de mucho tratamiento y de que esté sostenido por larga temporada. A nuestro modo de ver, una parte muy importante del abandono con que los sifilíticos tratan su afección, es debido a que los médicos no les han ilustrado acerca de lo que es esta enfermedad, no sólo para ellos, sino para las personas que se exponen a su contagio. Con seguridad no se lamentarían tantas desgracias como vemos actualmente.

La mayor parte de los enfermos que hayan sido ya medicados, si se les pregunta cuanto tiempo les dijo el médico que primeramente les trató, emplearían en curarse, contestan que no se les habló de ello; otros, aunque pocos, dirigidos por médicos no acostumbrados al tratamiento antisifilítico, son medicados únicamente durante el tiempo que duran las molestias y una vez el enfermo se encuentra bien, les aconsejan dejar la cura por un tiempo largo. En este caso, si el paciente sigue encontrándose en buen estado, no se preocupa de seguir más medicación, olvidando su enfermedad, a la que cree ya curada, no sólo porque se siente bien, sino porque el médico no le exigió la continuación de la terapéutica.

Algunos casos hay en los que al decir el médico que se trata de sífilis y que deben medicarse muchos meses, no vuelven a la consulta, sino que van a otro mé-

dico que no les señale un pronóstico tan grave, y si este nuevo facultativo se limita a hacer desaparecer los síntomas que en aquel momento presenta el paciente, éste, por la rapidez con que lo habrá logrado, quedará satisfecho y sospechará de la capacidad científica del que primero le indicó la conveniencia de medicarse varios años.

Ya no quiero hablar de los que se medican con practicantes y curanderos, por considerarlos como candidatos a estar siempre sífilíticos, y aun más que estos son los que una vez sabido el diagnóstico se medican ellos mismos siguiendo las indicaciones de los múltiples anuncios de las últimas páginas de los periódicos o de los carteles de las esquinas y urinarios.

En las condiciones actuales, en nuestro país escapa la sífilis de una profilaxia por lo que se refiere a la parte matrimonial, después de todo lo dicho anteriormente. Quédanos aun la fuente de contagio más principal y cuya profilaxia deja mucho que desear. Nos referimos a la prostitución.

La prostitución está prohibida, pero la ley la tolera, y con el objeto de vigilarla la reglamenta, y siendo nosotros convencidos partidarios de la Reglamentación la defendemos con entusiasmo, por creer que del mal el menos.

La reglamentación supone la obligación de la mujer de acudir a periódicos y frecuentes reconocimientos y a ser tratada gratuitamente en caso de infección. Tal como están hoy montadas las organizaciones de Higiene de la Prostitución, tienen varios defectos. El primero es que el servicio médico y policíaco anexo a los Dispensarios y Hospitales tiene que nutrir sus gastos de lo que se reúne de la misma prostitución, mediante la contribución que satisfacen las dueñas de las manebías, y como estas dueñas ya lo sacarán de las pupilas, resulta que indirectamente la prostituta paga su servicio, aun siendo las de más baja estofa, pues las de mayor postin, mediante una retribución mayor, tienen derecho a ser reconocidas en sus domicilios, y esto ha sido en todos los tiempos una posible inmoralidad.

Al mismo tiempo, en los mismos locales, sostenidos con los fondos de prostitución y pagados los médicos y otros empleados con el dinero procedente de estas contribuciones especiales, funciona el dispensario gratuito para hombres, en el cual el reconocimiento médico es gratuito y también lo es el tratamiento cuando se trata de afecciones venéreas y sólo se les exige comprar el medicamento antisifilítico a los concurrentes, dándose la paradoja de que el hombre que nada paga y por lo tanto en nada contribuye al sostenimiento de estos establecimientos, sin pedirle si disfruta o no de bienes de fortuna, se aprovecha de un servicio pagado por las mujeres. Claro está que siendo el fin la profilaxia, tal funcionamiento, aun imperfecto, recae en beneficio de la humanidad, objeto que se propone la Higiene, pero no es lógico tal modo de proceder, y si las reglas de Higiene exigen la facilidad del tratamiento de manera que esté al alcance de toda persona, aunque no tenga ésta recursos, es sensible el tener que reconocer que la mujer víctima de la prostitución pague

su contribución y que el hombre que se sirve de tal mujer para recreo personal, disfrute de los servicios por ella pagados. Se trata, pues, de un absurdo e inmoral asunto de fácil arreglo con suprimir toda contribución y pasar todos los gastos al Estado o Provincia, de manera que completamente gratuitos todos los servicios, no saliese un sexo perjudicado en beneficio del otro.

La ley que señaló la obligación de los dispensarios para hombres, se olvidó de señalar los dispensarios para mujeres no prostitutas que, buenas esposas, fueron infectadas durante el matrimonio, y también se olvidó de la infancia heredo-sifilítica, condenando a estas madres e hijos a la asistencia hospitalaria, absurdo a más no poder, pues si las reglas de Higiene en general se refieren a todas las personas, ninguna razón hay para que las prostitutas y los hombres puedan tener facilidades de tratamiento y en cambio las esposas de los hombres que a los dispensarios acuden y sus hijos, no puedan ser tratados, desigualdad muy manifiesta y vergonzosa.

Si el problema de la profilaxia de la heredo-sífilis es solo el tratamiento y no se dan facilidades a las esposas para poderlo disfrutar, no se hace tal profilaxia, es sólo una parte de la misma y la parte que se deja es precisamente la parte más importante.

Se nos objetará que en los Hospitales y Maternidades pueden tratarse estos enfermos y será verdad ello, pero en los Hospitales acuden los enfermos cuando aquejan alguna dolencia y dejan de acudir una vez están en latencia y aunque allí se les instruya, como no ven el ejemplo de los demás, sino que sólo ven que están enfermos todos los que se tratan y no encuentran casi a ninguno que termine por completo el tratamiento, resulta que enseguida que están bien aparentemente, ya abandonan el tratamiento hasta que nueva dolencia les obligue a reanudarlo. Son los Hospitales buenos lugares de tratamiento, pero defectuosos profilácticos.

En las Maternidades se atiende a las embarazadas solamente durante parte del embarazo y por regla general, no se las admite en los primeros meses de gestación y precisamente en estos primeros meses es donde hay grandísima necesidad del enérgico tratamiento y nada hay que tanto lo demuestre como son los abortos en estos primeros tiempos.

Debe ser estudiado con más interés el punto de profilaxia antivenérea, en especial y en particular la sífilítica, y dando gratuitamente el tratamiento a la prostituta reglamentada, suprimiendo el que tenga que pagar por estar inscrita y perseguir con interés la prostitución clandestina.

En cuanto al servicio profiláctico de hombres, bien está que exista, aunque no estaría por demás que se estableciesen algunas limitaciones y que se modificase la total organización de los dispensarios, buscando la manera de que pudieran ser tratados, tanto la esposa como los hijos.

Dice el Dr. M. PINARD que la sífilis desaparecerá al igual que ha desaparecido la viruela y como desaparecerá también la fiebre tifoidea, cuando así lo quieran los gobernantes, el público y los médicos. Para ello es sólo necesario que cada uno ponga por su parte su

obligación y más que todos el médico. Añade que el médico no está generalmente aun preparado como sería conveniente, lo cual hace que ponga en práctica métodos nuevos, adoptando productos de moda, empleándolos sin profundo conocimiento a dosis demasiado débiles y en series muy cortas o suspendidas antes de tiempo.

La única profilaxia eficaz es el tratamiento llegando a obtener la esterilización de los portadores de gérmenes, necesitando para ello, además de una desaparición permanente de todo signo clínico, serológico, cefalorraquídeo y aun después de la reactivación de MILIAN y de todos los medios de investigación actualmente conocidos, solamente cuando el paciente no presente ningún signo de enfermedad revelado por todos los medios de investigación actualmente conocidos, estará autorizado para casarse.

La madre puede tener su sífilis: hereditaria y adquirida, entendiéndose antes del período de la concepción. En el primer caso, puede, por falta de síntomas, ignorar su estado, puede haber parido sin despertar la latencia sifilítica que de sus antecesores heredó y más tarde exacerbarse esta latencia y no reconocer su estado hasta demostrarlo un nuevo hijo, en cuyo caso el diagnóstico sólo nos servirá: para la madre en embarazos posteriores, para el hijo en toda su plenitud. Adquirida, puede serlo reciente o antigua; diagnosticada siempre puede ser tratada o no tratada, en cuyo último caso la malignidad siempre estará en razón directa del tiempo, y si es tratada nos encontraremos en buenas condiciones para investigar si a la sífilis tratada se le puede poner la afortunada etiqueta de *curada*.

La sífilis concepcional, es para la madre una sífilis tan ignorada como la hereditaria, exenta de síntomas, decapitadas las dos, y con igual número de peligros para el nuevo ser con la sola diferencia que en ésta *deben* aparecer los síntomas secundarios dentro del primer trimestre de embarazo, dando tiempo para ser tratada la paciente, ventaja favorable tanto para ella como para su hijo. Estas sífilis concepcionales no es que se confundan con las sífilis aparentemente decapitadas, sino que las sífilis de las que se ignora su esclerosis inicial se tratan y se curan por los mismos medios y con igual evolución. De estos casos hemos visto uno de Chancro sifilítico del cuello uterino, que nos dá motivo para creer pueden pasar muchos como éste o en regiones no siempre exploradas, y son aceptadas como sífilis concepcional.

La sífilis post-concepcional, es la sífilis con su cuadro clínico clásico de chancro, lesiones secundarias, etc., siempre más favorable para el producto de la concepción cuanto más al principio de la gestación se haga el diagnóstico o se haya afectado el contagio materno.

Cómo portarnos, ya esbozado solamente lo que precede, ante toda ésta serie de peligros a que está expuesto el nuevo ser para salvar su vida y hacer de ella una vida, si es posible, lo más cercano al estado fisiológico?

Debemos o creemos deben desglosarse en tres capítulos el tratamiento a que ha de someterse a una mujer en estado gravídico. El modo de proceder será pues, distinto y los resultados corren parejas, según la sífilis dé

señales de vida el primero, segundo o último de los trimestres del embarazo.

El por qué de esta división estriba solamente en que en el primer caso, con nueve meses o siete, si se quiere la enferma-embarazada puede muy bien estar curada, o al menos ha dejado tiempo para hacer una acción treponemicidad suficiente, que impedirá siempre el fallecimiento del feto.

En el segundo trimestre, fecha en que indefectiblemente ocurre mayor número de abortos por infección luética, es más comprometida la vida del nuevo ser y encima de que el tratamiento debe ser el más activo, es más problemático el pronóstico de vitalidad.

En el tercer trimestre es asegurada la vida del feto por sí, pero también está asegurada su infección y no nos es posible tratar a éste suficientemente y sin peligro al tiempo de tratar a la madre, no solo por falta de tiempo, si que también a tratamientos enérgicos que le corresponde por la importancia de la infección responden alguna vez accidentes, nunca peligrosos, pero siempre molestos.

La sífilis puede producir la expulsión del nuevo ser antes de los 180 días; ya sean tales abortos ovulares, embrionarios o fetales, puede considerarse precisamente como causante de la mayoría de los abortos fetales y casi de todos los casos de abortos fetales seriados, aunque estén interrumpidos por un parto prematuro o a término, en apariencia sano, enfermo para el médico o por la investigación biológica. Puede también dar lugar a partos prematuros o a fetos de término con signos evidentes en el feto o en la placenta. Nuestra observación desde 1911 a 1917 en la Clínica de Obstetricia de Barcelona, por indicación del profesor Nubiola, de la desviación del complemento del suero sanguíneo de las parturientes cuya placenta era superior a la sexta parte del peso del recién nacido y como síntoma único las más de las veces de esta diferencia de peso placentofetal, da más de un 70 por 100 de reacciones de Wassermann positivas. En los casos escogidos de nuestro trabajo de la *Societat de Bologna* da por resultado un 66 por 100. (Tomo 1914).

Pues bien, es muy posible con tratamiento enérgico, ordenado, persistente, arrancar a la muerte primero, y dar una vida real, no ficticia, heredero sifilítico condenado a llevar, y no por su culpa, el peso del estigma de sus mayores.

Nuestros casos son procedentes casi todos de las Clínicas de nuestra Facultad, y la estadística total, que no tenemos, encaja todos sus casos en los tres grupos que antes hemos mencionado.

M. R., italiana, casada en España, tuvo dos embarazos: uno que terminó por aborto de 4 o 5 meses otro por parto prematuro con feto muerto. Al notar su segundo período de amenorrea, ante el temor de un tercer percance previa la consulta con la Comadrona, traté la embarazada que negaba todo antecedente, así como sus padres y su marido, y como prueba, bastó un Wassermann positivo = + + + de ella y un negativo del marido. La historia se complicaba ante un hermano muerto de tisis y cuidado en su último período por su hermana. Se trataba de un caso de herencia sifilítica?; era un caso de sífilis supuesta decapitada? Esto era lo

menos importante. Se trató, mejor, se deben tratar las enfermas todas, que estén en estas condiciones de grupo, de la siguiente manera:

Observación primera del corazón y análisis de la albúmina de la orina, solamente con el objeto de disminuir el tratamiento salvarsánico.

Durante dos meses (3.º y 4.º, p. e. del embarazo) y si es posible por haber visto antes la embarazada, mejor, cada ocho días una inyección intramuscular de preparados mercuriales insolubles, empezando por 0'05 gramos (aceite gris) ó 0'08 (calomelanos, salicilato) hasta diez, vigilando la boca y evitando el ptialismo, ya de sí exagerado o aumentado al menos en el gravidismo, o bien dos inyecciones semanales de bismuto, de 10 a 20 centigramos, según la sal que escogamos: intercaladas cada seis días, inyecciones intravenosas de preparados arsenicales (Salvarsán, Neosalvarsán, Arsenobenzol, Galil) a dosis de 10 centigramos del 606, de 30 a 45 y algunas veces, pocas, 60 centigramos del preparado 914.

Terminado este plazo, un descanso de un mes a mes y medio (5 1/2 mes del embarazo) e insistir con los preparativos mercuriales o bismúticos igualmente, más limitados los arsenicales y yoduro a pequeñas dosis, terminando así a los 7 1/2 meses del embarazo. Si la hipertensión no es considerable al último período del embarazo, puede insistirse, o mejor debe insistirse, terminando así al llegar el momento del parto, la tercera serie del tratamiento.

En estas condiciones no le resta a la madre hacer más, a los 4 o 5 meses de su parto una reacción de Wassermann y si es, como casi siempre, negativa, aguardar un espacio igual de tiempo para hacer una segunda sero-reacción. Así es como creo se debe tratar un embarazo en estas condiciones, y embarazada o no, con este tratamiento he visto curados enfermos con lesiones importantes; pues bien, si están aquellos y también éstos curados, ¿el hijo, no es de creer esté curado?

Nuestro caso llegó a término con, feto vivo, sano la mujer tuvo infección pureperal por retención de membranas, curada a los 15 o 18 días, y el hijo, cuyo estado externo era envidiable pesaba a los 10 meses de edad 10 kg. 700 gramos.

El peligro que tiene este tratamiento es nulo; las molestias son locales para las inyecciones intramusculares de preparados hidrargíricos, más aumentados por el natural estado de excitabilidad del gravidismo, pero subsanable por la modificación de la dosis o cambio del preparada; si llega a venir estomatitis, es posible su tratamiento por enjuagues, baños calientes, etc.; el salvarsán y sus derivados, probando la receptividad, con pequeñas dosis y sin gran cantidad de vehículo, no es nunca causa de trastornos graves, pero si de molestias generales (vómitos, cefalea) siempre pasajeras.

La opinión de que no es nunca causa de molestias graves el salvarsán en el embarazo, es francamente debida a la observación ultimamente hecha de que se han disminuido las dosis iniciales de 60 centigramos del preparado salvarsánico de EHRLICH tanto en la embarazada como en todo otro enfermo, y posteriormente se ha reducido más todavía.

La razón estriba en que estas dosis han producido

accidentes graves, seguidos de defunción, tanto para el feto como para la madre, pero las historias y datos que poseemos son de fechas anteriores casi a todas nuestras observaciones.

Al lado de SCHEIBER, que cita en 1910 dos casos de embarazo tratados con las fuertes dosis iniciales y cuyos hijos nacieron sin señales de sífilis, hay el de GLUCK, quien inyectó una embarazada con el producto de la concepción vivo *in utero* y a los catorce días este feto había fallecido. Esto obligaba al Profesor de Dermatología PEYRÍ a decir que "hay que ser circunspecto en el empleo del Salvarsán en el embarazo". Y es que entonces las dosis aceptadas eran de 2'50 gramos en cuatro inyecciones en un período de cuatro semanas, según NEISSER; centígramo por kilogramo de peso, según L. MICHAELIS, 60 centigramos la más corriente; y EHRLICH dijo entonces que para combatir radicalmente la enfermedad, excepción hecha de la sífilis nerviosas, la dosis podría llegar a 0'80 y 0'90 gramos y que éstas debían repetirse.

Por eso nosotros no aconsejamos ni utilizamos más que la dosis máxima de 30 centigramos de 606, hoy de poco uso, y 45 y 50 centigramos de neosalvarsán, y algunas veces repetimos hasta 60 centigramos de este preparado por ser poco tóxico, y con ellas es como no tenemos ningún accidente hasta la fecha.

En estas condiciones es como nos atrevemos a afirmar: que una embarazada sífilítica tratada desde el primer trimestre de su embarazo (como no sobrevenga un aborto dentro de las primeras semanas) dará un hijo a término, vivo siempre, sano casi siempre, indistinguible clínicamente su sífilis en caso de existir, y estos casos raros son contributivos a la investigación por la reacción Wassermann. La madre responde solamente a la comprobación por el sero-diagnóstico.

Dentro del segundo grupo vienen en su mayor parte casos que han dejado por múltiples razones de tratarse en su enfermedad.

La mujer de un chofer, recomendada por NUBIOLA, tratada por los dos, corresponde a este grupo; una vez tratada, sé de ella que tuvo un feto a término, vivo y en apariencia sano, que se ha desarrollado normalmente según las noticias recibidas, aunque ni la madre se ha tratado más, ni el hijo ha sido reconocido debidamente por el descuido propio de las familias. Esta mujer había tenido dos abortos y un parto prematuro con hidramnios muy importantes, muriendo el recién nacido poco después del parto. El tratamiento fué: una serie casi completa de arsenicales y mercuriales, un descanso y un principio de otra serie mixta también. Este caso dió como suceso notable el que la misma noche de una inyección intravenosa de Novarsenobenzol Billón de 45 centigramos con unos 100 cc. de vehículo en total, dió una epistaxis casi incoercible de varias horas de duración, en que hizo creer a los presentes que la epistaxis salvó la metrorragia que podía sobrevenir, dando por consecuencia el parto prematuro. Este accidente es único en nuestra estadística, teniéndose presente que ocurría 15 días antes del término del embarazo y que en contraposición a opiniones autorizadas de que el Salvarsán y sus derivados ocasionan abortos previa hemorragia y partos prematuros previo el mismo accidente o sin él,

este caso, como muchos inyectados, tres, dos y una semana antes del término del embarazo, no han dado lugar a partos prematuros o anticipados a su fecha de término.

Así, pues, tratada una sífilítica embarazada desde su segundo trimestre, el feto tiene más probabilidades de nacer vivo, sobre todo si sostiene un mes o dos el tratamiento primero; pero es dudoso y lo será siempre, que sea sano; es también más fácilmente curable desde su nacimiento, por estar ya vencida su máxima intoxicación.

En el tercer grupo se estrellan todos nuestros deseos: mujeres con lesiones sífilíticas de período irritativo extensas e incluso en plena evolución neoformadora, con profundas lesiones que dejarán rastro a perpetuidad, nada es de extrañar que no dé resultados como en los anteriores grupos nuestro tratamiento. Mas es muy frecuente de no ser en el último mes, el nacimiento de fetos vivos en mujeres que dos meses antes eran presa franca de la sífilis. En estos casos, es bastante el que se consiga detener la lesión salvar en algunos casos le producto de la concepción y continuar inmediatamente el tratamiento hasta su completa curación y de esta manera acaba en este caso la enfermedad.

La rapidez en el tratamiento y los resultados obtenidos tan satisfactorios, se deben a los preparados arsenicales preferentemente, a la investigación serológica por la desviación del complemento después. JEANSELME y TARNIER en París, escribían las primeras impresiones sobre Salvarsán dirigidas en este sentido, y el profesor NUBIOLA el 1913 hace sus conclusiones del siguiente modo respecto al Salvarsán:

"a) acción notable sobre las lesiones nefríticas; b) solo ocasiona ligeros trastornos; c), que algunas veces puede ser causa de provocación del parto, lo que quizás obligará, para evitarlo, a reducir la dosis (que es lo que seguimos haciendo); d), que obra favorablemente respecto del producto de la concepción, sin que nunca hayamos observado su muerte por el tratamiento; e), que después de la acción inmediata y rápida del Salvarsán pueden emplearse los métodos clásicos."

Después de los tratamientos ordenados de arsenicales, el tratamiento ordenado también de mercuriales y yodurados los completan.

Y cuando la madre clínica y biológicamente está curada, su hijo, al que se ha sometido a tratamiento, debe estar curado también, pero el tratamiento y curación de éste será más favorable cuanto menor sea extra útero, por ser más difícil. De todos modos, las fricciones mercuriales durante mucho tiempo, habiendo sido tratado por Salvarsán antes de nacer, podrán en caso contrario hacer virar la reacción de Wassermann, único modo de reconocer su estado hígido.

El estudio etiológico de los sífilíticos viscerales glandulares, nos ha llevado a la convicción de que las infecciones anteriores que parecen prevenir a las actuales que pueden mejorar las lues nerviosas, son al contrario, las causantes de la sífilis glandular.

Es cosa extremadamente difícil hallar una sífilis pulmonar pura, es decir que no recaiga sobre terreno escleroso o sobre elementos fímicos, quizás calcificados y procedentes de adenopatías traqueo-bronquiales; la for-

ma central característica de las esclero-gomas o las gomas de la lues pulmonar, obedece a su preparación por adenopatías traqueo bronquiales en la infancia.

Nosotros recordamos de la época de las guerras coloniales de España, uno procedente de Filipinas con disentería crónica que falleció de un proceso hepático que la autopsia demostró una sífilis esclero-gomosa ignorada.

Tenemos en nuestro historial un caso de collar de Venus en una enferma de tuberculosis pulmonar y otro en una ex-malárica.

Tenemos un sífilítico con diabetes sacarina, también ex-malárico, y otro sífilítico antiguo, en el cual el cuadro diabético apareció posteriormente a una gripe.

Las acroasfixias post-luélicas, tan bien ligadas con desequilibrios simpáticos, se les ve aparecer muchas veces después de infecciones, ataques gripales, brotes tuberculosos, etc.

Las infecciones, pues, que inmunizan el sistema nervioso, preparan o producen las sífilis glandulares en general y especialmente las endocrinopáticas.

Los heredo-luélicos prácticamente son de endocrinopatías casi sin excepción, no escapan de esta ley; la aparición en la convalecencia del sarampión, de viruela, de escarlatina; hay que exceptuar las alteraciones endocrinológicas por defecto de desarrollo.

Nosotros, para llegar a la comprobación de estas afirmaciones sobre endocrinopatías luéticas, nos hemos fundado en los medios ya empleados por LAIGUEL, LAVASTINE, GOLAN, BERTACINI, J. M. PEYRÍ y TRAGANT, en el Congreso Nacional de Sevilla de 1924, CALCARO, PARISOT y RICHARD y otros resumidos y modificados.

Hemos investigado las reacciones vagal y simpática por medio del grupo de la adrenalina, pilocarpina, atropina, las reacciones glandulares por la ovarina, tiroidina, orquítina, pituitrina, todo ello por medio del esfigmomanómetro de Pachón y la viscosimetría de la sangre, para asociar así todos los medios experimentales.

Tiempo después, en pleno tratamiento específico o durante un tiempo de descanso en su terapéutica, anotábamos, con el Pachón, la normal máxima y mínima y la viscosimetría.

Las dificultades de estas exploraciones en los heredo luéticos de corta edad, imposibilitan dar resultados definitivos. Los heredo luéticos tardíos, o mejor, los que nosotros podamos observar a mayor edad, han de seguir la regla general que aplicamos para todas las índes de la localización de su sífilis.

Nosotros hemos encontrado que casi todos los enfermos son vagotómicos, independientes de la edad y de la localización de su sífilis.

Son todos insuficientes glandulares, ordinariamente pluriglandulares, preferentemente tiroideos. Las excepciones son raras.

Con la terapéutica han descendido todas las presiones.

La viscosimetría de la sangre es ordinariamente elevada. Con la terapéutica, desciende, y llega al tipo normal o se aproxima mucho.

Consecuencia de estas observaciones, hemos instituido una terapéutica apropiada, además de la titulada específica. (As, Mg. B. yoduro).

Habiendo conseguido aunque raros, brillantes resultados terapéuticos, aconsejamos la necesidad de hacer

una terapéutica aparte de la específica (As, Hg, Bi, yoduro, etc.) la terapéutica resultante de esta nuestra investigación y resultados clínicos.

Esta terapéutica no será exclusivamente dirigida a los resultados de la disfunción endocrina, vagal o simpática. La viscosimetría orientará hacia un medio terapéutico tónico cardíaco, vasodilatador, o vaso constrictor, etc. La ya vieja clasificación de las sífilis, en congestivas, anémicas, etc. queda de este modo mejor fundamentada y mejor tratada.

Nosotros, pues, creemos que las sífilis glandulares son ocasionadas por infecciones anteriores, al contrario de las sífilis nerviosas que parecen beneficiadas por las mismas infecciones.

Los heredo-luéticos son tipo característico de endocrino, creemos indispensables las pruebas farmacodinámicas y viscosimétrica.

Para la mayor facilidad en su exploración, aconsejamos la simplificación de los métodos.

Creemos que estos medios diagnósticos no son los definitivos.

Los luéticos deben ser tratados, además de los medios específicos (As, Bi, Hg, Y.) con la resultante de estas pruebas, para hacer así un tratamiento perfecto.

Este es el esquema de nuestro criterio respecto al estado actual de las endocrinopatías frente a la sífilis, expuesto por nosotros en el tercer Congreso de médicos de lengua francesa en Bruselas, de este año.

Esto es lo que el día de mañana puede hacer modificar la terapéutica actual de estos heredos, así como de todos los sifilíticos.

Hasta la entrada del bismuto y de los arsenicales por ingesta, la terapéutica de la heredo-lúes precoz había sido condicionada por dos hechos: 1.º, la extrema sensibilidad para las medicaciones; y 2.º, las dificultades técnicas.

El salvarsán era peligroso porque iba seguido de accidentes serológicos mortales; la dosis proporcional al peso había producido en ciertos casos rápida desaparición de síntomas, pero seguida de un cuadro tóxico de fisonomía coloido-clásica, mortal muchas veces; se atribuía a la liberación de endotoxinas treponémicas, principalmente del hígado, tan enormemente abundante en estos parásitos.

Pero esto no era nuevo; el mercurio por ingesta era mal tolerado, y era un axioma que o se tenía que forzar la dosis, en cuyo caso se presentaban trastornos gastrointestinales que en la edad de los enfermos debían evitarse a todo trance, o bien, si la dosis era débil, era insuficiente; se nos dirá que la intolerancia era por acción tóxica; pero nosotros diremos que aun sin reacción entérica, se veían trastornos tóxicos generales, que demostraban por lo menos una deficiente acción anti-tóxica del hígado; y

Las dificultades técnicas, sobre todo por la medicación arsenical, eran insuperables; la intramuscular, que por el primer motivo y por los dolores y la enorme reacción local no era aconsejable, y la intravenosa, por imposibilidad técnica (no contamos con las inyecciones en los senos o en la yugular).

El momento actual, con los terapéuticos arsenicales

por ingesta y con el bismuto ha cambiado la fisonomía terapéutica.

La tolerancia de los primeros y la tolerancia intramuscular del bismuto han hecho posible la consecución de una seguridad de dominio de los accidentes.

Esta tolerancia por hechos que aquí, como en ninguna otra forma de la sífilis ni en ningún momento evolutivo, la medicación es más rápidamente agotada en su poder, es fatigada; en una palabra, que, hablando en nuestra terminología de hace ya años, la actividad del catalizador (arsénico o bismuto) desciende rápidamente por fatiga del medicamento; es decir, que en la heredo-lúes precoz, posiblemente por la enorme y total impregnación del organismo, por la inestabilidad serológica total, agota el catalizar arsénico o mercurio más rápidamente que en la lúes adquirida, y por este motivo la acción brillante de los primeros momentos va siendo, al sostenerse la cura, menos activa de cada vez y cesa de ser útil al terminar las curas.

Esto queda probado desde antiguo porque en los procesos ulcerosos o destructores luéticos, si son muy vastos, la primera cura no consigue cerrarlos aun prolongándola, sino que se ve que los bordes cesan su reducción de las primeras semanas, y queda la úlcera estancada; es preciso un reposo largo o un cambio de medicamento para terminar la cicatrización.

Creemos que el principio de la terapéutica anti-luética heredoprecoz principalmente debe residir en curas cortas con espacios de descanso largos, y en cambio de medicamentos y en su forma de presentarlos.

Estamos convencidos de que el fracaso de las terapéuticas en la heredo-lúes precoz reside principalmente en que el medicamento (mercurio, arsénico, bismuto) que obra ordinariamente bien en los primeros momentos y en el dominio de los accidentes, queda mejor o más rápidamente que en la adquirida; y hablando con propiedad, que el organismo del niño, con su vivo metabolismo, fatiga rápidamente el catalizador, que deja de obrar como medicación útil para la infección, para pasar a ser un tóxico; que la insistencia en la medicación y el aumento de dosis, cuando deja de obrar, es algo nocivo, cuyo conocimiento de nocividad debe ser fundamental para tratar los heredo-luéticos.

Así, pues, un criterio amplio debe seguirse sobre tratamiento de los distintos períodos de la heredo-lúes, que ya hemos enumerado ampliamente, bien sea en su vida intrauterina y aun ésta en tres etapas, ya extrauterina, y de ésta hemos sentido ciertas diferencias entre la heredo sífilis precoz y la tardía, en este último caso considerada como todas las sífilis constituidas.

La heredo-sífilis debe ser tratada tan pronto se diagnostique y durante muchos años.

El fin que se intenta conseguir es hacer desaparecer los síntomas y curar el enfermo. Debe asociarse a la terapéutica titulada específica la terapéutica endocrina, con la opoterapia determinada y terminada toda terapéutica, una vigilancia escrupulosa y prolongada por parte del médico, debe ser la consecuencia inmediata del éxito conseguido con el heredo-sifilítico.

Así, por un lado la terapéutica individual, por otro lado la profilaxia social sobre todo e individual también, haciendo que los medios sociales de lucha sean mayo-

res, que se llame la atención de gobiernos y organismos médicos para mejor organización, que se adiestre a los desconocedores de este magno problema, que maternidades y servicios de pediatría se orienten hacia lucha contra la heredo-lúes, haciendo una labor conjunta sifilógrafos, tocólogos, pediatras en abrazo común para la lucha antivenérea en general, profilaxis y curación de toda la sífilis, para conseguir, repetimos una vez más, hacer desaparecer este azote de todos los tiempos, relegándola a la historia como mal recuerdo, consiguiendo también de generaciones venideras una admiración para los que impulsaron, para los que colaboraron, para los que consiguieron el hoy día utópico fin de exterminar el mal venéreo, al tiempo que obtener como fin el más estimable de todos, la mejora de la raza.

BIBLIOGRAFIA

E. HEDON.—COMPENDIO DE FISIOLÓGIA (novena edición). Colección Testut-Salvat, Editores, S. A. Barcelona 1927.

Con notables adiciones, indispensables para mantener la obra al día, acaba de publicarse la novena edición española del *Compendio de Fisiología*, del Profesor HÉDON, libro por muchos motivos familiar entre los estudiantes de Medicina.

Mucho se ha discutido, y es de esperar que seguirá discutiéndose, sobre si la condensación de estilo y la limitada extensión de un libro son cualidades o defectos, laudables o censurables, respectivamente, cuando la finalidad perseguida por su autor es producir una obra útil al estudiante desconocedor completo de la materia tratada.

El Profesor HÉDON con su *Compendio de Fisiología* puede salir sin duda en defensa de los que al fijar las características del libro didáctico votan por la brevedad y la concisión. El gran éxito de librería alcanzado por el popular *Compendio* del profesor de Montpellier, bien puede considerarse como elocuente respuesta de tipo objetivo. Sin embargo, nos guardaremos de generalizar demasiado la conclusión que directamente parece derivarse de este caso concreto. El *Compendio de Fisiología* de HÉDON, por ser un modelo dentro del género, se escapa de las censuras dirigidas a sus similares por los enemigos del libro breve y denso y, por esto mismo se comprende que pueda constatar el caso de que muchos profesores partidarios del libro extenso (tipo GLEY, STARLING, TIGERSTEDT, MURLIN, HOWELL o STEWARD) no desaconsejen como obra de repaso el breviario o compendio que motiva los actuales comentarios.

Por otra parte, el cuidado especial que pone el profesor HÉDON en evitar que su libro envejezca, conserva su actualidad y aumenta en cada edición su prestigio y sus adeptos. Esto representa al autor en cada nueva edición un doble trabajo de adición de aportaciones nuevas y de espurgo de conceptos o ideas caídos bajo el avance de los nuevos hechos experimentales; así en la novena edición española, traducida de la novena edición francesa y recién publicada, han sido ampliados los capítulos donde se exponen las nociones fisicoquímicas relativas a los coloides, a los fenómenos de ionización, de acidez y alcalinidad iónicas, cuyo conocimiento se ha hecho indispensable para comprender el lenguaje fisiológico actual; también en esta nueva edición se constata en los capítulos correspondientes la adición de sendas informaciones referentes a las recientes adquisiciones sobre fisiología de los capilares, sobre la secreción pancreática, al metabolismo basal con sus posibles y útiles aplicaciones clínicas, al papel del ácido láctico en la contracción muscular, la novísimas ideas sobre la conducción

nerviosa, sobre las funciones del cuerpo estriado, etc. En cambio, ciertos capítulos donde se estudian cuestiones relacionadas con la Estesiología, Embriología, Física y Química biológicas e Histología, han sufrido una reconcentración y hasta un espurgo proporcional a las adiciones citadas, con lo cual ha evitado el autor que la obra (sin cambiar el plan de distribución de materias de la edición octava) adquiriese una extensión superior a la que es norma en los *Compendios* de la Colección Testut.

La sujeción a esta imposición de tipo permite, por otra parte, al autor excusar también las recientes sustracciones en la facilidad con que el lector interesado puede hallar la información deseada en otros compendios especializados publicados en la misma colección.

La edición española del libro que nos ocupa no desmerece en ningún concepto la reconocida pulcritud y la justa fama que disfruta la casa Salvat Editores, S. A. L. CERVERA.

AUBERTRI, CLERC, KINDBERG, LE SOURD, PAGNIER y WEIL.—AFECCIONES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS. "Nuevo Tratado de Medicina" de ROGER, WIDAL y TESSIER.

Sin desentonar lo más mínimo del merecido prestigio adquirido por los tomos hasta ahora publicados del "Nuevo Tratado de Medicina" de ROGER, WIDAL y TESSIER, ha visto la luz pública el tomo dedicado a las *Afecciones de la Sangre y de los Organos hematopoyéticos*.

El nuevo libro, al igual que los que le precedieron, reviste todos los honores de una perfecta obra de consulta en la que con toda amplitud y modernidad son tratados los grandes problemas clínicos creados por los diferentes procesos hemáticos.

El plan expositivo de las materias se aparta bastante del seguido por otros Tratados, lo que le imprime una nota de sugestiva originalidad; asimismo los grandes conceptos clínicos son estudiados con amplio espíritu crítico que sitúa de lleno al lector en la plenitud y en la actualidad de cada problema.

La primera parte de la obra está dedicada a la *Patología del glóbulo rojo*, habiendo cuidado de su desarrollo el Profesor agregado AUBERTIN. Destacan por su importancia los capítulos dedicados a la clorosis, a la anemia perniciosa y a la anemia aplástica.

Otra parte interesantísima es la que versa sobre la *Patología del glóbulo blanco*, de cuyo desarrollo ha cuidado una autoridad tan competente como lo es CLERC. Nota verdaderamente culminante de esta parte del libro es sin duda alguna el capítulo de las linfadenias y de los estados linfadenicos, especialmente en sus relaciones con las leucemias verdaderas.

A la descripción de los síndromes clásicos sigue lo que podríamos llamar segunda parte del libro, que abarca el estudio de las *Afecciones hemorragíparas*; *La patología de la médula ósea y de los ganglios*, y la *Patología del bazo*, que por su extensión constituye un completísimo estudio de la patología esplénica.

Los autores de estos últimos capítulos son Emile WEIL, LE SOURD, PAGNIEZ y AUBERTIN.

Una circunstancia merece ser señalada con respecto al nuevo libro y es la unidad de criterio que lo informa, a pesar de su compleja y múltiple elaboración. La aportación de diferentes firmas no ha alterado la homogeneidad de la obra, que se ofrece a la clase médica como el más reciente y completo tratado de hematología actualmente existente.

L. TRIAS DE BES.

PUIG Y ALFONSO.—BENEFICENCIA.

Merece celebrarse en gran manera la aparición de esta obra del Sr. Puig y Alfonso titulada "Beneficencia" que es una