

impide el buen cierre de las cuerdas en su posición fonatoria. (Imagen 1.^a, Observación 5.^a).

Síntomas; afonía y dolor constante a nivel del laríngeo en el lado derecho de la enferma, alguna vez irradiaba este dolor al oído del mismo lado.

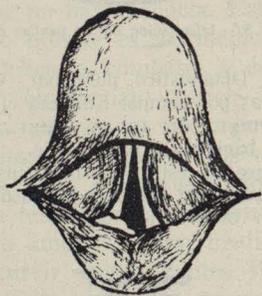
Se inicia el tratamiento el 15 de junio; dosis de 5, 10, 25, 40 y 60 centgr., repitiendo esta última dosis varias veces, como incidente, dermatitis al mes de julio que correspondió a la 7.^a inyección; antes de esta inyección se comprobó la existencia de bacilo 7 a 8 por campo; se dan dos inyecciones más de 60 centgr. y se deja un intervalo de descanso de 20 días, volviendo a aumentar el bacilo en este tiempo.

Se empieza otra vez el tratamiento con la dosis de 50 centígrados, que se repite, correspondiendo entonces el examen bacilar a 1 por cada tres campos; al cabo de 13 días se disminuye más la dosis por la presencia de indicios de albúmina y se hacen 3 inyecciones de 25 centgr. siguiendo el tratamiento hasta la fecha, con una máxima de 37.5 de temperatura.

La reacción laríngea de esta enferma corresponde al día 24 de agosto, esto es, al cabo de dos semanas de la última inyección de 60 y después de la dermatitis.

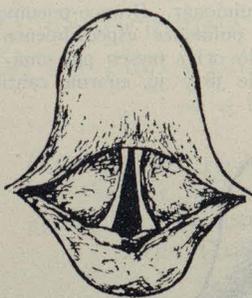
La imagen laríngea correspondiente a esta reacción, es la siguiente, epiglotis muy inflamada, rojo sangrante bandas ventriculares que participan de esta inflamación y caen por encima de las cuerdas vocales, sin llegar a esconderlas, y las aritenoides también inflamadas.

Había aumentado la afonía y agudizado el dolor de una manera un poco inquietante. (Imagen 2.^a Observación 5.^a)

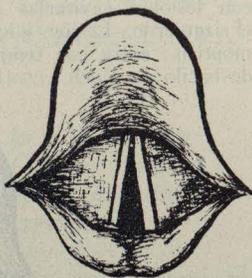


Observación 5.^a (imagen 2.^a)

En este estado de cosas se le practican dos cauterizaciones profundas en el centro de las bandas ventriculares, otras dos en los cuerpos de las aritenoides entre los tubérculos y una destruyendo la vegetación. (Imagen 3.^a Observación 5.^a).



Observación 5.^a (imagen 3.^a).—En donde se indica el lugar de las cauterizaciones



Observación 5.^a (imagen 4.^a)

A partir de este momento regresa esta laringitis sin ningún otro tratamiento laríngeo y 15 días más tarde aparece completamente transformada esta imagen. (Imagen 4.^a Observación 5.^a).

NOTAS Y RESEÑAS

LA CONFERENCIA DE LA SÍFILIS HEREDITARIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

Durante el pasado mes de octubre, asistimos a la Conferencia de la Sífilis Hereditaria, patrocinada por "La Liga Nacional Francesa contra el Peligro Venéreo".

La fundación de dicha Liga obedece a los innumerables desastres que ocasiona la sífilis hereditaria en todos los países, especialmente en Francia y su objeto no es otro que poner en juego todos los medios de profilaxia y tratamiento para remediar esta plaga que cual azote de la humanidad se levanta altiva sobre el porvenir de las presentes y futuras generaciones.

Por otra parte, considerando que el estudio de esta interesante cuestión a la vez científica y social no puede progresar sin el auxilio de todos los medios, particularmente de los Sifiliógrafos, Padiatras y Tocólogos, la Liga organizó el actual Congreso en forma tal, que los diferentes puntos y cepciones en la misma tratados, fueron desarrollados por *Rapporteurs* de las distintas especialidades, que con la máxima competencia dieron luz en sus puntos de vista especiales, a una labor completa hasta el presente no igualada.

Teniendo en cuenta el notable incremento que toman ciertamente las formas fustres de la enfermedad, aparte de las Ponencias sobre Profilaxia y Tratamiento, se dedicó una jornada exclusivamente para tratar de las más recientes adquisiciones con el fin de esclarecer la máscara de la Sífilis Hereditaria larvada.

Bajo la Presidencia del Profesor JEANSELME, del Ministro de la Higiene y del Trabajo y de los demás elementos de la Liga, se procedió al desarrollo de las diferentes Ponencias.

La primera de ellas se refiere a la *Sífilis Hereditaria Larvada*, de la cual son ponentes los doctores LEREDDE, DEVRAIGNE y CARLE.

Mr. LEREDDE expone en su condición de Sifiliógrafo, los diferentes extremos ya conocidos por sus innumerables publicaciones y particularmente resumidos en su reciente obra "La Sífilis Hereditaria y La Familia Sifilítica" cual estudio raya en algunos puntos a la verdadera fobia.

Comienzo indicando que toda su preocupación desde largos años no ha sido otra que escudriñar la Sífilis Hereditaria en los casos en que otras veces hubiera parecido fantasía buscarla, acusando a los tocólogos y pediatras de recaictrantes y como culpables de un número ilimitado de muertos por sífilis hereditaria, y de una manera especial, aquellos que por su categoría oficial y con autoridad de profesores, no han sabido advertir a sus discípulos el peligro ni enseñarles a reconocer el sinnúmero de signos que en su conjunto condicionan el diagnóstico de las formas ocultas o ignoradas.

No proseguiré sin indicaros *¿Qué es la Sífilis Hereditaria Larvada?* Ya FOURNIER y sus contemporáneos conocían de ella numerosos ejemplos: todos habían visto tal vez demasiado rápidamente, numerosos niños portadores de estigmas dentarios, en los cuales nada anormal se había desarrollado hasta la segunda generación; crecido número de adultos sanos en apariencia hasta la época en que se desarrollaban una periostitis gomosa, una queratitis intersticial por ejemplo. Y a pesar de esto no se habían descubierto las formas larvadas conocidas hasta hoy que las encontramos a menudo en un número considerable de casos de enteritis, meningitis, debilidad congénita, pruritosos, enfisematosos, basedowianos, cardíacos, etc., en los cuales es dable reconocer un origen hereditario.

Hasta el descubrimiento de las supuestas alteraciones humorales, el diagnóstico de las formas congénitas se fundaba sobre la presencia de signos o estigmas específicos; su estudio restringido o ensanchado por unos y otros, ha sido

la causa principal de los errores que han sufrido. Y es así como un degenerado por ejemplo, con diversos signos o estigmas visto por FOURNIER o por un sífilógrafo moderno, sería clasificada entre los degenerados heredo-sifilíticos, al paso que para la mayoría de los médicos aparecería como un degenerado puro.

Separaremos por tanto aquellas formas que por la presencia de signos específicos, presencia de estigmas de certitud (triada de HUTCHINSON, etc.), el diagnóstico puede establecerse enseguida, para ocuparnos de formas sin duda las más numerosas, donde la infección no puede ser demostrada fácilmente y en los cuales, siendo el diagnóstico discutible debe ser suspendido o retardado. La historia clínica, familiar, signos de laboratorio, revelan hechos que podrán permitir creer sino afirmar, en el sentido científico del término, a la sífilis congénita.

Mr. LEREDDE agrupa bajo el nombre de Sífilis Hereditaria de presunción los siguientes signos:

1.º Todas las malformaciones congénitas y anomalías de desarrollo físico o intelectual sin excepción.

2.º Todo estado patológico de la infancia persistente y con causa ignorada, es un índice.

3.º Los antecedentes familiares, y no me refiero a la sífilis de los padres, hermanos, etc., sino al carácter familiar de afecciones cardíacas, hemiplejías, aortitis, etc., tienen un alto valor.

4.º Existen signos humorales de presunción: en el líquido raquídeo (hipertensión, leucocitosis, presencia de albúmina o globulinas, etc.); en la sangre (hipoglobulia, hipocromia, monocitosis), particularmente cuando se demuestra su coexistencia en los familiares.

Termina su labor enumerando las diversas lesiones de sífilis hereditaria larvada de los diferentes aparatos y habla finalmente de las hibrideces.

La ponencia de LESNÉ y BOUTELIER que versa sobre el mismo punto, por su condición de Pediatras, insisten en que no debe verse en todo lo patológico tan solo la sífilis como parece ver Mr. LEREDDE, sino que debe pensarse en otras etiologías, documentando su trabajo en diferentes argumentos de orden clínico, etiológico, anatómico, biológico y terapéutico.

Insiste rechazando en parte el criterio de HUTINEL sobre su llamada "distrofia linfática sífilítica" (niños fofos, sujetos a inflamaciones interminables de la piel y mucosas, con adenopatías, que resisten mal a las infecciones, con desarrollo extraordinario del tejido linfoide, etc.), indicando que en la mayoría de las veces se encuentra en niños nacidos de parientes tuberculosos, artríticos o nerviosos.

Habla del papel de la S. H. en la génesis de los trastornos de glándulas endocrinas, indicando que en el mixedema, bocio oftálmico, acromegalia, síndrome adiposo genital, hipotrofia genital, etc., ofrecen un carácter diferente cuando la causa es la S. H. confirmando de todos modos que tiene un papel importante.

En lo que respecta a trastornos del metabolismo (diabetes infantil, obesidad, atrepsia, hipotrofia, debilidad congénita, etc.), insiste muy especialmente, que cuando un niño de teta, se desnutre, enflaquece, etc., a pesar de una alimentación bien dirigida, sería de sabio pensar en la S. H.

La misma ponencia desarrollada por DEVRAIGNE por su condición de Tocólogo estudia brillantemente la S. H. al punto de vista obstétrico, asegurando que durante la gestación mata la S. H. aproximadamente una mitad de los niños afectos. El Profesor MARFAN encuentra en su consulta un 16 % de niños recién nacidos con una sífilis cierta y un 15 % de probables, en total un 30 %.

Deja aparte los casos de abortos de repetición, como a signos de certeza para insistir particularmente sobre los *partos prematuros* indicando son en su mayoría casos de S. H. conocida. Deja también los casos de hidramnios e hipertrofia placentaria, hechos también de certeza para remarcar el mis-

mo origen en los casos de *ligero exceso de líquido, ligera desproporción entre la placenta y el recién nacido a término*. Es en estos casos, dice, que no debe nunca olvidarse la busca sistemática de la esplenomegalia.

Habla luego de los embarazos gemelares univitelinos insistiendo que en todos los casos de monstruosidad debe pensarse en una S. H. de segunda generación. Id. sobre la importancia capital de la muerte súbita del recién nacido, después de un parto normal y espontáneo. Id. en los vómitos habituales, enteritis, atrepsia, raquitismo precoz, etc.

Por último Mr. CARLE de una manera genial trata los diversos aspectos de la S. H. en el orden cronológico, cuando ésta se oculta bajo la máscara de otra enfermedad.

Para cerrar el debate de esta primera y más importante parte de la Conferencia, la Asamblea vota las siguientes conclusiones:

"Las formas típicas de la S. H. están lejos de representar la mayoría de los casos. Muy amenudo toman la máscara de otra enfermedad."

Siempre que el práctico suponga que la heredo sífilis de primera o de segunda generación está en causa, deberá confirmar su presunción, recabando un detenido examen clínico, etiológico y biológico en lo que respecta al sujeto y su familia, no olvidando que aun siendo todos los resultados negativos puede tratarse de un caso de Heredosifilis.

Las observaciones hechas durante la gestación y en el momento del parto (abortos múltiples, nacidos prematuros, hidramnios, relación del peso del niño y de la placenta) constituyen datos de alto valor.

En gran número de casos un tratamiento de prueba debe ser instituido.

Pasa a la Presidencia el Prof. EHLERS, de Copenhague, para la discusión de las comunicaciones de los miembros extranjeros. Fueron leídas las de los siguientes miembros en su riguroso orden: JERLSIED, NOGUER MORÉ, NOBECOURT, LACAPERE, KEYRAT, PICCARDI, BORY, BLUMM, CHEVALIER, EHLERS, LAIGNAL SAVASTINE, etc.

La segunda parte de la Conferencia se dedicó al *Tratamiento de la Sífilis Hereditaria del recién nacido y de la primera infancia*.

Fueron Ponentes los Dres. PINARD, LEMAIRE y PETRU.

El primero de los Ponentes, Dr. PINARD, resume los diversos medicamentos y vías de introducción medicamentosa, insistiendo que la medicación arsenical por su actividad constituye el ideal de todo tratamiento, especialmente por vía venosa. No deben ser de ninguna manera administrados los arsenicales a pequeñas dosis, porque a la vez que se provoca una reactivación peligrosa y no un tratamiento, se vuelve el treponema arseno-resistente.

El Dr. LEMAIRE cree también que los tratamientos deben ser activos y prolongados. El criterio de duración del tratamiento dice que no debe fundamentarse en la Wassermann (signo infiel) ya que no siempre marcha paralelamente con la gravedad e importancia de los signos clínicos. En Pediatría es esta un poco arbitraria, pero en general se sigue y practica unos cuatro años. Utilizando el mercurio MARFAN aconseja durante el primer año 9 curas, 5 el primer semestre y 4 el segundo. El segundo año, 5 curas. El tercer año, 4 curas. El cuarto año, 3 curas.

El empleo del neosalvarsán no modifica apenas la duración del tratamiento.

MARFAN preconiza: el primer año, 4 curas de arsenobenzol de 8 semanas cada una, separadas por períodos de reposo crecientes (1, 2 y 3 meses); el segundo año, de 2 a 3 curas; el tercer año 1 cura. Concluye con PINARD y PETRU que no es prudente ni debe generalizarse el empleo de los arsenicales comercialmente propalados por vía digestiva (Treparsol, etcétera), primeramente porque en el niño provocan a menudo alteraciones serias del tubo digestivo, diarrea, inapetencia, etc., porque la función hepática es deficiente, y por otra parte

aleja al enfermo de la indispensable y rigurosa vigilancia del médico.

La Asamblea aprueba las siguientes conclusiones:

1.^a La S. H. debe ser tratada tan pronto reconocida y durante largos años.

2.^a El fin a perseguir no es solamente obtener la desaparición de los accidentes sifilíticos, sino llegar a obtener la curación del enfermo.

3.^a En las manifestaciones activas una medicación arsenical activa se impone.

4.^a Cuando todas las manifestaciones clínicas y serológicas hayan desaparecido, o cuando la sífilis quede constantemente latente, un tratamiento de fondo, mercurial o bismútico, debe ser instituido.

5.^a En las distrofias de glándulas endocrinas, el tratamiento opoterápico debe ser asociado al tratamiento específico.

6.^a Es deber imperioso de toda madre lactar a su hijo, y bajo ningún concepto será entregado a ninguna nodriza mercenaria.

7.^a Todo heredo sifilítico, habiendo terminado su tratamiento, debe estar bajo la vigilancia médica largo tiempo prolongado.

La tercera Ponencia se refiere al "Tratamiento preventivo de la Heredo Sífilis". Son Ponentes los Dres. MILIAN, SPILLMANN y PETGES.

El Dr. MILIAN llama la atención de que en un país como Francia, donde la natalidad es débil, tiene la mayor importancia impedir los desastres en los cuales la S. H. figura como protagonista. Es absolutamente indispensable practicar el tratamiento preventivo: 1.º, antes del matrimonio; 2.º, después del matrimonio; 3.º, durante el embarazo; 4.º, después del embarazo.

Hay que formalizarse contra la insuficiencia habitual del tratamiento; deben todos los prácticos saber que los accidentes no son función de la tasa del producto inyectado, sino que las intolerancias y accidentes son propiedades del organismo vector.

Tiene el trabajo de MILIAN una parte muy original que forma parte de su hábil y sabia extravagancia. Es la referente a los estigmas de sífilis en actividad tales como el estudio de las secuelas del chancro (eritema viritans), ganglionares y ungueales (erosiones, punteados y transversales).

El Dr. SPILLMANN resume brillantemente, que para impedir la transmisión de S. H. debe observarse: 1.º No favorecer la unión más que la de los individuos que no presentan ninguna tara sifilítica. 2.º Exigir a los sifilíticos candidatos al matrimonio las condiciones necesarias para que la transmisión hereditaria sea imposible. 3.º El verdadero tratamiento preventivo de la S. H. consiste en tratar a la madre durante el embarazo.

Mr. PETGES cree que las pomadas de Metchnikoff, Gondechean como otros medios preventivos tienen su valor profiláctico. La verdadera Profilaxis, la más fecunda consiste en saber despistar y tratar la sífilis, considerando como la mejor arma de profilaxis antivenérea, la creación de Dispensarios dermatovenerológicos.

La Asamblea aprueba las siguientes conclusiones:

1.º El matrimonio será formalmente prohibido en las fases activas de la infección.

2.º Se instituirá un tratamiento prolongado de duración variable, más breve si se ha comenzado en período prehumoral y si ha sido intenso y bien seguido; más largo en los casos contrarios.

3.º Se someterá al enfermo a un período de vigilancia clínica y serológica aproximadamente de un año, durante el cual ningún signo de actividad sifilítica se deberá observar. La reactivación y la punción lumbar serán los complementos necesarios.

4.º Es prudente aconsejar a los candidatos al matrimonio, una cura durante los meses que preceden al mismo. La cónyuge deberá ser sometida a una vigilancia clínica y serológica du-

rante el embarazo y antes del mismo si es posible.

Aunque el recién nacido no ofrezca al nacer ningún signo, será sometido a un tratamiento siguiendo las reglas ya establecidas en la anterior Conferencia.

Durante los días de la Conferencia se visitaron algunos Dispensarios de Profilaxis especialmente el de Creil, fundación de la Liga, que reúne excelentes condiciones.

Se celebró el banquete del Congreso en el Palais D'Orsay en el cual el Ministro de la Higiene y del Trabajo ofreció en nombre del Gobierno su más entusiasta apoyo amplificando los medios de lucha necesarios para ver desaparecer esta plaga que tantas vidas cuesta anualmente a Francia, según puede verse en el adjunto cuadro.

Balance de la Sífilis Hereditaria en Francia

Abortos sifilíticos . . .	42	por 1000 nacidos vivos
Nacidos muertos . . .	21	" " "
Muertos de 0 a 1 año . . .	33	" " "
" de 1 a 15 años . . .	15	" " "
Total . . .	111	por 1000 nacidos vivos

o sea por los 752,101 nacimientos en Francia 83,483 niños perdidos a causa de la Sífilis.

Nosotros también vivamente deseáramos que los Poderes Públicos se ocuparan seriamente de que los medios de Profilaxis antivenérea estuvieran a la altura de otras naciones adoptando medidas serias de Profilaxis y tratamiento de la y meditaran acerca la responsabilidad en que incurren no Sífilis Hereditaria.

Bajo la proposición del Profesor EHLERS de Copenhague se decidió que la segunda Conferencia de Lengua francesa fuera organizada en Copenhague en Agosto de 1927.

DR. NOGUER MORÉ.

CRÓNICA

ALREDEDOR DE NUESTRO PRESTIGIO CIENTÍFICO

La aristocracia de los pueblos debe buscarse en su tradición intelectual.

GANIVET

Circunstancias de determinado interés en un caso y de casualidad en otros, me han llevado en poco tiempo a ser testigo de varios Congresos médicos en naciones extranjeras y así he podido convivir y conocer el estado de las relaciones científicas entre los pueblos intelectuales del Universo. Innegablemente en los congresos internacionales o de agrupaciones nacionales por razón de cualesquiera circunstancia étnica, predomina aun por encima de los merecimientos científicos un ambiente de consideración y respeto, de diplomática simpatía, si se quiere en favor de la ciencia encarnada en sus representantes para las naciones que gozan de una cierta tradición científica. Consecuencia de esta consideración y respeto a la valencia científica de un pueblo, son luego las atenciones y consideraciones que reciben los jóvenes estudiantes y médicos que asisten a una visita o servicio renombrado en cualquier nación extranjera, cuando por cualquier circunstancia necesiten ampliar determinados conocimientos.

Desventuradamente, parece como si nosotros cada día nos apartásemos más de este ambiente de simpatías, allende fronteras. Es habitual que se olvide a España en la hora de expresar la gratitud a las naciones que prestaron su concurso a la reunión, es frecuente, casi de rúbrica, que veamos reservar puestos de honor a tal profesor escandinavo, rumano o argentino, por ejemplo, pero es raro que alguien se acuerde de un profesor español y sobretodo es corriente que en la relación de trabajos a propósito de cualquier tema, nadie, o bien pocos, se ocupen de buscar ni citar literatura española. Claro que