

nóstico y proceder con verdadero conocimiento de lo que debe hacerse. 9.º Que en cuanto se encuentren lesiones de importancia en los anexos, debe procederse a su extirpación y hasta la del útero si hay lesiones en este órgano.

Las reinfecciones y sobreinfecciones sifilíticas.—La coexistencia y la convivencia de las infecciones sifilíticas

POR EL DOCTOR JAIME PEYRI

La sistematización de las curas hidargíricas y la entrada de los compuestos arsenobenzólicos en la terapéutica de la lues ha cambiado su fisonomía clínica; lo que el tiempo y los cambios cósmicos hacen variar en la modalidad sindrómica de las infecciones, lentamente, después de decenios y de siglos, se ha efectuado bruscamente en la sífilis; este cambio se ha traducido, sobre todo y entre otros caracteres, por el aumento de número de las *reinfecciones*.

El conocimiento científicamente controlado de las altas cuestiones serológicas en la sífilis ha producido una mayor comprensión de los hechos; por esto se habla ahora de *sobreinfecciones* o de *super-sifilizaciones*.

Tal como pasa siempre en los movimientos de intensa remoción científica, se confunden los términos o no se acomoda la terminología nueva a los hechos viejos y no obstante nada más sencillo, nada más claro, que los términos y los conceptos derivados de los hechos experimentales que han venido acumulándose desde que, en 1904, Metchnikoff y Roux demostraron la inoculabilidad de la sífilis a los animales.

* * *

Un individuo que ha sido sifilítico y presenta una neoformación indurada de los genitales puede tener uno de los cuatro procesos siguientes:

- 1.º *Un chancro redux.*
- 2.º *Un sífiloma terciario chancriforme.*
- 3.º *Una sobreinfección.*
- 4.º *Una reinfección.*

La cuestión así expuesta es clara: existe el prejuicio de los tradicionalistas discípulos de los maestros del siglo pasado y existe confusión en la lectura de los hechos. Nuestras observaciones las exponemos para contribuir a la elaboración y divulgación de la doctrina actual de la inmunidad en la sífilis.

La base experimental de Neisser (1), de Finger y de Landsteiner (2) es también clara; la sífilis es reinoculable a los animales de experimentación; la sífilis no deja inmunidad una vez curada; no sólo esto, sino que la inmunidad sólo existe durante los primeros momentos del período constitucional y aun no en todos los casos; esta inmunidad implica la no receptividad para los espiroquetes venidos de fuera, simplemente porque ya existe la diseminación universal de los mismos, no es la inmunidad en el concepto general; por esto se le ha llamado *halb-immunität* o semi-inmunidad.

Esta inmunidad especial de la sífilis que se va expandiendo por toda la economía desde el período primario, cuando la sífilis envejece va desapareciendo de regiones más o menos extensas; es

(1) Deutsch. Med. Woch., números 38 y 39-1904, número 19-1905, y números 1 y 3, 13 y 19-1906.

posible, pues, en estas regiones, inocular una sífilis nueva que coexistirá con la sífilis antigua; tal es el concepto general de la *sobreinfección*.

Tomacksewski demostró que el chancro del escroto del conejo no impide la inoculación positiva del chancro de la córnea y viceversa.

Son posibles estas *supersifilizaciones* en el *período primero*; así doctrinalmente se interpretan gran parte de las esclerosis iniciales múltiples; éstas, cuando aparecen simultáneamente, se conducen como inoculadas simultáneamente, pero cuando son sucesivas se consideran como *supersifilizaciones* o mejor *coinfecciones*, sean del mismo chancro; sean de una sífilis nueva venida del exterior.

Son posibles las superinfecciones en el *período secundario*; raras, ya que la diseminación universal del virus produce inmunidad, pero posibles. Thalman (1) describió en casos de sífilis secundaria lesiones chancriformes y observó que estas eran seguidas de exantemas nuevos generalizados, interpretándolos como de origen endógeno o sea focos de espiroquetas que quedan encapsulados en el interior del organismo y en un momento determinado vuelven a recidivar la infección obrando como nuevos chancros. Así explican algunos las nuevas reinfecciones, que creen sólo son recidivas; los hechos clínicos no han comprobado las observaciones de Thalman. En cambio experimentalmente se ha demostrado que hasta en pleno secundarismo es raro, pero es posible, producir una lesión con treponemas venidos de fuera.

Finalmente, experimentalmente, cuando el organismo está en *reacción*, en *allergia terciaria*, con treponemas vivos no se ha podido comprobar la sobreinfección porque en la sífilis animal no existe el terciarismo; pero hemos de suponer que si con luetinas, palidinas o simplemente con extractos de órganos lúeticos, esto es, con extractos de treponemas muertos, se produce una reacción que va desde la pápula a la ulceración, con treponemas vivos se producirán por lo menos lesiones semejantes complicadas naturalmente por la actividad vital de los treponemas.

Cuanto decimos respectó a inoculabilidad del virus en el terciarismo puede aplicarse a los periodos de latencia.

Veamos lo que dan de sí los hechos clínicos; si en realidad los problemas de inmunidad y receptividad planteados experimentalmente responden a hechos reales en la sífilis humana; que no es por demás repetir aquí que la sífilis animal difiere esencialmente de la sífilis humana.

I.º CHANCROS REDUX O REAPARECIDOS

Es posible que la manifestación primaria de la sífilis, sobre todo en la forma *erosiva*, una vez cicatrizada y con la induración desaparecida, pueda volver a indurarse y a ulcerarse. Este hecho, que califica con Fournier el chancro de *redux* (2) o en castellano de *chancro reaparecido*, hay que tenerlo en cuenta para no calificar de segunda sífilis, una recidiva de una sífilis, que con tratamiento activo al comienzo, generalmente abandonado después no bastó, para esterilizar el foco primario de treponemas.

Los hechos pasan como sigue:

Una esclerosis inicial, generalmente de la ranura balano-prepucial, erosiva o sólo exulcerosa con induración bien marcada, cicatriza; la induración disminuye, casi desaparece, queda un pequeño callo cicatricial; días después, semanas a veces, rara vez más allá de dos meses, la cicatriz se indura, la induración crece, el chancro se vuelve a abrir, y el enfermo, como observa Fournier, exclama: «El chancro vuelve!»

Estos hechos, con el tratamiento salvarsánico son más numerosos que antes, pero significan insuficiencia terapéutica siempre, y nosotros estamos conformes con Ravaut (3) en interpretar la patogenia de estos casos por las siguientes circunstancias:

- 1.º Acción terapéutica muy viva (salvarsán), que modifica los tejidos y enquistas los espiroquetas.
- 2.º Tratamiento insuficientemente prolongado, que destruye los focos accesibles y no destruye los enquistados.

Nosotros, con esta doctrina, leeríamos como chancros redux incluso los recidivados en las cercanías de donde estaba el primer chancro, como los casos de Friboes y de Gaucher; reaparecidos y recidivados tendrían una misma patogenia.

(1) Archiv. für Der und Syph. LXXX-I-II.
(2) Traité de la syphilis, tomo I, pág. 234.
(3) Presse médicale, 19-ix 1913.

Clinicamente, para afirmarlos y separarlos de las reinfecciones tendremos en cuenta las siguientes circunstancias:

1.º Reparación en los sitios mismos o cercanos al accidente inicial, después de una etapa no muy larga de su curación.

2.º Insuficiente persistencia terapéutica después de una terapéutica inicial brusca.

2.º SIFILOMAS TERCIARIOS CHANCRIFORMES

Una neoformación indurada de los genitales de un individuo que ha tenido sífilis puede ser un sífiloma terciario y esto es lo más frecuente.

Los gomas nodulares o laminares o los difusos comunes tienen en cualquier etapa de su evolución una sintomatología bastante clara para no ser confundidos con nada más que con un goma; no hablaremos de ellos.

Pero el *sífiloma chancriforme terciario* o *pseudo-chancro terciario* de Fournier puede ofrecer una *identidad objetiva absoluta*, según palabras del propio Fournier, con el accidente inicial.

Su historia es como sigue: una neoformación nodular (lo más común) o laminar; es algemásica y el enfermo la nota como un pequeño callo al que no da la menor importancia. Al cabo de unas semanas en la superficie del callo la epidermis se levanta y exfolia, y el nódulo o la lámina llega a adquirir dimensiones de media peseta.

Y es circunscrito, es aislado, bien definido y tiene la superficie erosiva o sólo exulcerada y es lisa sin bordes y es rojo obscura y es dura exactamente todo como en una esclerosis inicial.

¿Cómo distinguirlos?

(I), en el sífiloma no hay ganglios; (II), el sífiloma es una lesión *espontánea*, pero como se comprende este elemento diagnóstico sólo puede ser un elemento cuando no ha existido contacto sexual ninguno; (III), el sífiloma es un *neoplasma* que se *excoria* y el accidente primario es una *excoriación que se neoforma*; no obstante, no es esto absolutamente exacto y por otra parte requiere una observación desde los primeros momentos; (IV), el sífiloma puede ser *concomitante* con los accidentes terciarios y si lo es afirma que no se puede tratar de un chancro o mejor afirma que no se puede tratar de una reinfección, pero sí puede ser una sobreinfección; (V), el sífiloma no va seguido de accidentes secundarios, carácter definitivo en los casos dudosos para rechazar la reinfección, pero no para rechazar la supersifilización.

En resumen, los únicos caracteres constantes diferenciales entre el sífiloma y el accidente primario de una reinfección son la falta de ganglios y accidentes secundarios, pero para diferenciarlo de una supersifilización sólo será posible cuando es demostrable el ser espontáneo.

Esto nos lleva a descomponer, pues, la concepción de Fournier; su sífiloma chancriforme terciario puede ser una lesión terciaria, pero puede ser una sobreinfección.

Para esto no quiero hacer más que seguir a Fournier; los gomas terciarios de las regiones genitales, dice, son raros durante los tres primeros años y comienzan a ser frecuentes desde el cuarto; y, concluye, no es raro verlos figurar en las etapas tardías o mejor entre las más tardías de la enfermedad (I) o sea cuando espontánea o terapéuticamente han dejado de ser localmente inmunes estas regiones. Más adelante, admirado de la semejanza de ambos procesos, pregunta si lo propio de ciertas reinfecciones sífilíticas, será el tener chancro sin manifestaciones ulteriores; pero concluye que este modo de ver no es más que una concepción teórica. ¿Después de la etapa experimental, diría lo mismo Fournier?

Hoy día, de estos chancros sin ganglios y sin roséola que Fournier describía como lesiones esclerosas, tan difíciles de diferenciar de los chancros, pensaríamos, cuando exista la afirmación de un contacto sexual posible, que son inoculaciones de sífilis nueva en un individuo aun sífilítico y que por estar el individuo en aquel momento con una alergia, con una reactividad terciaria, ofrecían un aspecto neoformador ni claro de chancro y desde luego ni semejante al goma clásico.

Es claro que en los casos con esta sintomatología en que no haya existido contacto no se les podrá dar esta interpretación, pero hace falta acumular más elementos de juicio para poder separar bien los *sífilomas terciarios chancriformes verdaderos* de los *sífilomas esclerosos* indicadores de una *sobreinfección*, pero desde luego se puede asegurar que hay, con una misma sintomatología, *sífilomas terciarios* y *sobreinfecciones*.

3.º LAS SOBREINFECCIONES

En un individuo aun sífilítico receptible para una infección venida de fuera pueden acontecer dos órdenes de hechos según que la falta de inmunidad sea local o general:

1.º La lesión que ocasiona no pasa de ser un accidente local y en este caso es de suponer inmunidad en el resto de la economía, pudiendo darse dos casos: la región receptible no conserva la *allergia*, la *umstimmung*, y la lesión tiene franco aspecto chancroso o conserva la reactividad especial y da lugar a una pápula o a un sífiloma chancriforme; en estos casos la sífilis nueva *coexiste sin mezclarse*, vive *independientemente* de la primera.

2.º La lesión es francamente chancrosa, y no existiendo inmunidad produce ganglios y síntomas de generalización como una sífilis nueva sobrepuesta sobreinfectando el organismo del sífilítico en *convivencia* con la primera.

Los dos grupos de hechos responden a dos momentos diferentes de la receptividad. En el primer caso el sífilítico tiene una sífilis nueva, pero estos treponemas nuevos actúan en zonas receptibles, no pasan de ellas ya que las otras regiones están en *halb-immunitat*, prueba que no se mezclan con los otros; verdaderamente más que *sobreinfección* se deberían llamar estos casos de *coexistencia sífilítica*.

En otros casos los treponemas venidos de fuera parecen no ser incompatibles con los que ya existían; es necesario, por lo tanto, suponer sífilis y falta de inmunidad, la infección segunda se suma a la primera; estos casos son verdaderamente los de una *sobreinfección en convivencia*.

Un caso claro de *coexistencia* es una observación personal que resumiremos.

F. C., de 28 años. Nuestra primera observación data de 19 de diciembre de 1912, que presentaba una esclerosis inicial exulcerada única de la ranura balano-prepucial típica; adenitis poliganglionar bisíngual, ganglios cervicales, cefalea nocturna. Tres tandas de inyecciones de calomel y aceite gris, por rechazar el enfermo el salvarsán, practicándose una Wassermann el 20 de enero de 1914, que resultó negativa.

Desapareció el enfermo de nuestra observación, y en diciembre de 1915 reapareció en nuestra consulta diciéndome: «Tengo un nuevo chancro que ha ido creciendo desde hace siete días, aunque lentamente».

En el reborde cutáneo-prepucial había un nódulo alargado, ovoide, del tamaño de un guisante, duro, elástico, bien limitado; en el centro había una excoriación fisuraria que cubría una pequeña escama; no había ganglios y la reacción de Wassermann era positiva en un momento en que la segunda infección no había tenido tiempo de generalizarse.

Leo mi observación como un caso de sobreinfección que ha tomado el aspecto chancriforme.

Se extirpa el nódulo y las características morfológicas son del sífiloma primario mejor que del terciario; desde luego debe rechazarse la idea de un goma, por la agrupación de los elementos celulares; hay espiroquetes no muy abundantes; se deja al enfermo después de la extirpación exclusivamente con la cura local, se agranda la úlcera y se hace dolorosa; no se infartan los ganglios. Pido espera, pero el enfermo exige que se comience otra vez el tratamiento de inyecciones mercuriales, que cura la lesión en quince días.

Morfológicamente, pues, estas *sobreinfecciones* o *coexistencias* se caracterizarían por neoformaciones generalmente nodulares, duras, de poco desarrollo, bien limitadas, formando cuerpo con la piel desde los primeros momentos, chancriformes, de mayor rapidez de evolución que los gomas, ni excoriación que se neoforma, ni neoformación que se ulcera. La falta de ganglios los distinguiré del chancro de reinfección o del de sobreinfección.

Respecto a los hechos clínicos de *convivencia* de dos infecciones, o sea los de sobreinfección generalizada; no tenemos ninguna observación personal, pero podemos citar las observaciones del doctor Azúa y del doctor M. Forns.

La del doctor Azúa (1) es como sigue:

Enfermo de 36 años; sífilis primera el 1897; tratamiento defectuoso; dos años después aun tenía recidivas

En 1913 tenía en el cuero cabelludo una sífilide pápulo-gomosa, cefalalgia nocturna y Wassermann positivo débil

(1) Actas dermo-sifilográficas, tomo IV, pág. 103.

Con una cura mixta de aceite gris y salvarsán cura rápidamente, pero el Wassermann sigue positivo después de las inyecciones.

Dos meses después se presenta con una ulceración de bordes rojos cortados a pico, de fondo sucio, de la región del frenillo, que Azúa diagnostica de chancroide.

Dos semanas después el pretendido chancroide se indura y aparece una adenitis bisingual; un mes más tarde cefalalgia, angina específica y brota una abundante sífilide papulosa. Con el tratamiento activo mejoran los síntomas, pero queda tres meses más tarde aun la induración.

Nadie creo que pueda dudar que adquirió el enfermo una sífilis nueva y nadie puede dudar tampoco que el enfermo seguía siguiendo sífilítico.

La del doctor M. Forn (1):

Un enfermo de 21 años, del Hospital de San Juan de Dios, que en agosto de 1911 presentaba lesiones mucosas y óseas muy pronunciadas y características en absoluto; es sometido al tratamiento mixto, que mejora, pero poco constante; después de un tiempo reingresa con placas mucosas, linfítis, adenitis; cura con aceite gris; sale del Hospital, aun con placas en la ranura balanoprepucial.

Ingresa por tercera vez el 31 de agosto de 1913 con recidiva de dolores y un goma profundo del meato uretral; se le sujeta a un tratamiento mixto incompleto y unos diez meses después aparece un chancro duro con linfítis dorsal, adenopatía inguinal típica, roséola, placas mucosas, laringitis y cefaleas, una nueva infección completa que viene a sumarse a la antigua, porque calculan el doctor Forn y el doctor Azúa que discutió el caso, que no podía estar curado de su infección primera.

Estos casos son bien claros de supersifilización, y dada la generalización del proceso es de suponer que los treponemas viejos viven en comunidad con los nuevos, son los casos en que la anergia, la *halb-immunitat* falta en absoluto y falta en absoluto la *allergia*, la *umstimmung*, la reactividad por hipersensibilización de los tejidos, ya que en vez de producir una superinfección de aspecto gomoso produce un chancro.

Lo contrario ocurrió en nuestro caso; había sólo falta de inmunidad local, ya que la nueva sífilis no se generalizó y los tejidos receptibles no conservaban la reactividad terciaria; mas bien era parecida al sífiloma primario.

Tal como lo han hallado los experimentadores hay que separar las dos concepciones de semi-inmunidad y de *allergia* porque ambas son independientes y pueden coexistir o faltar una de ellas o faltar las dos.

Resumiendo, un individuo sífilítico puede estar:

- 1.º En *halb-immunitat* y en *allergia*; imposible la reinoculación.
- 2.º Sin *halb-immunitat* local y con *allergia*; sífiloma gomoide.
- 3.º Sin *halb-immunitat* local y sin *allergia*; sífiloma chancriforme.
- 4.º Sin *halb-immunitat* y sin *allergia*; *convivencia específica*.

4.º REINFECCIONES

Recordamos que hace ya muchos años vino a nuestro consultorio un enfermo con nariz en silla de montar, unas opacidades corneanas, restos de una queratitis parenquimatosa y unas cicatrices en las comisuras de los labios.

Fija la atención en los estigmas heredo-específicos que teníamos a la vista, nos quedamos asombrados cuando al preguntarle por el objeto de su consulta nos mostró una esclerosis inicial con adenitis y roséola.

Este no ha sido el único caso de individuo con estigmas heredo-específicos que hemos visto con una sífilis adquirida.

Sólo los sífilígrafos del último tercio del siglo pasado, los sífilígrafos de la época de las píldoras y de los jarabes, de la medicación por vía gástrica, han sido los que han dudado de las reinfecciones.

Diday (2), que ejercía en la época de las fricciones y fumigaciones, cita en una memoria sobre reinfecciones 30 casos curados de una primera sífilis constitucional que adquirieron una segunda sífilis.

Nosotros creemos que en el último tercio del siglo pasado escasearon las reinfecciones extraordinariamente, porque la terapéutica de la época era la que daba menos curaciones; este sería un argumento para demostrar la deficiente actividad de la terapéutica hidrargírica por ingesta, si no lo hubiesen demostrado los hechos con anterioridad.

(1) Actas dermo-sifilográficas, tomo IV, pág. 51.

(2) Archives générales de Médecine, Juin et Juillet 1862.

Pero en realidad, desde la época salvarsánica las reinfecciones no se han hecho raras, sin ser frecuentes; cada sífilógrafo tiene en su experiencia casos de reinfección.

En España el primer caso fué publicado por los doctores Serrano y Sainz de Aja (1), si bien el caso es muy parecido al del doctor Fornas antes citado y por lo tanto mejor será de superinfección; los doctores J. Covisa y Nonell (2) publicaron otro caso que también calificaríamos de superinfección; el doctor J. S. Covisa publicó tres casos en octubre de 1913 (3); nosotros al resumir los apuntes del año 1914 de terapéutica arsenical publicamos tres casos en *Therapia*, que volveremos a detallar aquí (4) y con posterioridad el doctor Umbert ha publicado un caso de reinfección (5).

1.^a observación. J. M., 24 años.

El 26 de agosto de 1911 vino a nuestra consulta, con restos de esclerosis inicial que pasó inadvertida, una roséola y una sífilide buco-faríngea muy pronunciada con disfagia, cefalea nocturna, anemia y algo de fatiga. Una inyección de salvarsán de 0'40 gr. y otra a las tres semanas de 0'60 gr., que soportó bien. Entre ambas inyecciones una cura hidrargírica de calomel, continuada y terminada con aceite gris.

Después de la primera inyección desaparecieron los síntomas generales y los eruptivos; sólo quedó un resto de esclerosis inicial, que desapareció después de la segunda inyección.

Se le administraron después de los correspondientes períodos de reposo dos curas de calomel—aceite gris, metódicamente aplicadas y bien soportadas.

El primer Wassermann practicado al año, fué negativo. Cura hidrargírica-yodurada de retoque; el segundo Wassermann practicado 22 meses después fué también negativo.

El 1.^o de marzo de 1914 apareció el enfermo con una esclerosis inicial ligeramente excoriada, pero en absoluto característica, situada cerca de donde tuvo la primera, datando de catorce días; adenitis satélites características, Wassermann positivo.

Aconsejé al enfermo que esperase la roséola, pero convencido de que era una nueva sífilis quiso recurrir inmediatamente al tratamiento, que ha sido exactamente igual que el primero.

El mes de julio de 1916 se practicó la segunda Wassermann de esta segunda sífilis, siendo negativa. Creo que el enfermo está en estado de contraer una tercera sífilis.

2.^a observación. F. V., 30 años. Chancro mixto; sífilide pápulo-pustulosa de grandes elementos. Estado general deprimido, astenia, dolores articulares; alrededor de 38° por las tardes.

Primera inyección de salvarsán intravenosa de 40 centigramos, el 13 de febrero de 1912; a las tres semanas la misma dosis y tres más tarde 0'60. Tres días después de la primera inyección, que produjo fuerte reacción, habían desaparecido los síntomas generales; al practicarle la segunda habían cicatrizado todas las lesiones y al practicar la tercera habían desaparecido incluso las manchas.

Mientras estas inyecciones, hizo una cura hidrargírica y después de un descanso, una vez terminada comenzó una serie de inyecciones de calomel que por molestias locales no concluyó. Un Wassermann negativo a los catorce meses, sin otra cura intermedia.

El 7 de junio de 1914 vino con una esclerosis inicial ulcerada de la misma fisonomía de chancroide que la primera; adenitis poliganglionar bisinguinal, se inicia un manchado eritemato-papuloso en el bajo vientre.

3.^a observación. E. N. El 16 de marzo de 1917 notó la esclerosis inicial que con la correspondiente adenitis satélite e iniciación de síntomas generales hizo que inmediatamente en Madrid se le practicase una inyección endovenosa de salvarsán y dos más de aceite gris a continuación. Al venir a nuestra observación el 2 de abril presentaba restos de la esclerosis inicial y adenitis satélite; se le practicaron dos inyecciones de salvarsán de 0'40 entremezcladas con aceite gris hasta 6 inyecciones; después, dada su profesión de marino, hizo un tratamiento hidrargírico poco formal por espacio de seis meses.

Al año aproximadamente, Wassermann negativo.

A primeros de marzo de 1914 una esclerosis inicial, de la topografía aproximada de la primera fué diagnosticada de sífilis primaria por un distinguido dermatólogo de Madrid y allí se le practicó la inyección de neosalvarsán, primera de su segunda sífilis; catorce días después le practicábamos la segunda, habiendo disminuido la esclerosis y conservándose la adenitis satélite para convencer al más recalcitrante adversario de la reinfección; el Wassermann era positivo. Se le administró la tercera inyección en un puerto del Mediterráneo y después siguió con aceite gris; cuando nuestra última observación o sea dos meses después, tenía las lesiones curadas.

(1) Actas dermo-sifilográficas, año III, Febrero de 1911.

(2) Actas dermo-sifilográficas, tomo IV, Octubre de 1911.

(3) Actas dermo-sifilográficas, año V, 1913-1914, núm. ero 1.

(4) *Peyri, «Therapia»*, Enero, 1915.

(5) Instituto médico farmacéutico, Diciembre, 1915.

Actualmente estoy tratando un enfermo cuya primera sífilis fué tratada por el doctor Quintana de Madrid, al cual hace dos meses pude diagnosticar una esclerosis inicial aparecida en sitio diferente de la primera, adenitis satélite clásica y Wassermann positivo, pero que no tengo derecho a publicar porque no puedo detallar su primera sífilis.

Digamos ahora las condiciones que precisan para admitir una reinfección.

Sin la absoluta seguridad y la observación personal de la primera infección no tiene valor la segunda; puede haber sido un error de diagnóstico la primera.

Sin constatar la posibilidad de la curación aun cuando se observen dos chancros, dos adenitis y dos roséolas, puede ser una recidiva o puede ser una supersifilización.

Sin la reacción de Wassermann persistentemente negativa no puede admitirse un nuevo chancreo con una adenitis y su roséola como una reinfección.

Digamos finalmente que creemos en la reinfección cuanto más prematuramente ha sido tratada la primera y que si en los casos de tratamiento abortivo tres meses después puede darse un sífilítico por curado y con posibilidad, por lo tanto, de reinfectarse en los casos de sífilis constitucional, una nueva manifestación de aspecto chancriforme más bien nos sugerirá la idea de una recidiva o la de una sobreinfección.

La nosografía de las infecciones varía con el tiempo, y en cada época una fisonomía especial deja su marca para reconocerlas históricamente, como son reconocibles los sedimentos geológicos, las obras plásticas, los fragmentos de cerámica y hasta los estilos literarios.

Los sífilígrafos del siglo **XVI** reconocerían difícilmente la sífilis actual; si los sífilígrafos de últimos del **XIX** no observaron reinfecciones, actualmente es preciso que conozcan—al decir los sífilígrafos, digo todos los médicos,—que atravesamos, debido a la actividad de los nuevos medios terapéuticos y a la luz de los nuevos métodos diagnósticos, una época de reinfecciones y superinfecciones sífilíticas.

Comunicación a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona

Lactancia artificial.—Higiene general del lactante—Digestión gástrica e intestinal de la leche. (Nota primera)

POR EL DOCTOR JUAN COLL Y BOFILL

Académico numerario

EXCMO. SEÑOR,

SEÑORES ACADÉMICOS,

SEÑORES:

Si los Estatutos que nos rigen, ley suprema de esta docta Casa, mencionan las sesiones científicas, es moralmente obligatorio para un socio de la misma tomar parte y actuar en alguna de ellas; pero como toda actuación implica trabajo previo, y tratándose de nuestras ciencias médicas, es, aquél, sinónimo de observación o experimentación propias, lo que me es bastante difícil de alcanzar, sobre todo tratándose de experimentación, teniendo en cuenta el plano social en que me hallo colocado; por ello he titubeado algún tiempo, antes de decidirme a cumplir mi obligación académica, pagando alguna pequeña cantidad y a plazo largo, por la inmensa deuda contraída al ingresar en esta Corporación.

Trataré, en la primera parte, de un asunto de observación, porque a la experimentación, como ya he dicho, me está vedado dedicarme en absoluto, por escasez de conocimientos técnicos que en ma-