

con fiebre artificial una serie de 32 casos de uretritis blenorragica con epididimitis, siendo de notar la rapidez con que la fiebre, dolores, hiperestesia, edema e inflamación cedieron al primero y segundo tratamientos. La uretritis necesitó otros tratamientos. Se curaron 25 y mejoraron 7. Los casos crónicos con artritis mostráronse más resistentes, pero de 19 se curaron todos menos dos, y éstos mejoraron. En la serie de 497 tratamientos con 2,485 horas de pirexia, no hubo accidentes graves. En 25 por ciento se presentó herpes simple como al mes del primer tratamiento, pero desapareció después del segundo. Para los autores, la piritoterapia representa un método eficaz, satisfactorio, inocuo y rápido para el tratamiento de la blenorragia masculina. (Anderson, T. H. B., Arnold, R. C., y Trautman, J. A.: *Hosp. News*, 1, sbre. 15, 1935.)

Tratamiento del chancro blando.—Rebaudi declara que en casos de chancro blando, bubones no sífilíticos y ulceraciones fagedénicas del pene, en que fracasaran otros tratamientos, ha obtenido la curación con inyecciones de clorhidrato de emetina, de 2 a 4 gms., hechas, según el caso, cada día o cada dos días. (Rebaudi, Leonidas: *Dia Médico*, dbre. 9, 1935.)

FRAMBESIA¹

Nordeste Mineiro.—Os limites do Nordeste Mineiro geralmente se marcam do rio Dóce ao rio Jequitinhonha, comprehendendo ainda os valles do Mucury e do S. Matheus. O café, gado e madeira são as suas principaes producções. O homem do Nordeste, do campo, é fraco e debilitado pela má alimentação, em vista da formidavel crise que assobera a região. Os municipios comprehendidos nos limites acima e que constituem a fóco endemico da bouba são: Theophilo Ottoni, Itambacury, Malacacheta, Jequitinhonha, Capellinha e parte de Peçanha e Santa Maria do Suassuhy. O apparecimento dos primeiros casos de bouba na região não data de mais de 25 annos mais ou menos. Os historiadores não se referem á bouba entre os indicios encontrados ás margens do Mucury. Aliás, Silva Araujo já mostrou, exhaustivamente, que a bouba não existia entre os indigenas. A colonização do valle já não foi feita mais com o elemento africano e sim com o immigrante europeu, suissos e allemães, principalmente. Quando tudo isso não bastasse para se affirmar que a endemia boubatica é recente, ha a observação diaria de que os adultos constituem a maioria dos parasitados, completamente ao inverso dos outros logares endemicos. Em 651 doentes examinados pelo autor encontrou o seguinte: 0 a 5 annos, 10.2%; 5 a 15 annos, 31.4; mais de 15 annos, 58.2%. Pelo grande intercambio com o Nordeste do paiz, julga Ferreira Lopes que a bouba do Nordeste do Estado encontrou origem no antigo fóco da Parahyba, na emigração dos flagellados. Julga tambem ser mais possivel que a origem dos primeiros casos de Minas esteja no Suleste bahiano, sabendo-se que na Bahia a bouba existe desde o tempo da chegada dos cseravos africanos. Tanto assim é, que no Suleste bahiano limitrophe com Minas e com o mesmo terreno, a incidencia é elevada. No Posto de Salto Grande, na divisa com a Bahia, a maioria absoluta dos doentes matriculados é de bahianos. O surto em Minas augmentou formidavelmente de 1929 e 1930 para cá, em consequencia da grande crise economica. O clima é sem duvida uma das principaes causas predisponentes, pois não se encontra endemia de bouba a não ser nas zonas tropicaes. No Nordeste Mineiro, se observa um facto interessante: só em zona de matta, portanto com clima quente e humido, se encontra um só caso. A falta de asseio

¹ La crónica anterior sobre Frambesia apareció en el *Boletín* de septiembre, 1935.

e de instrucción constituye factor importante. Nas classes melhoradas não se encontra boubá. A doença é restricta á zona rural. A raça não influe. Quanto ao sexo o homem é mais sujeito por causa das suas occupaões no campo em vista das repetidas erosões da pelle, que se tornam porta de entrada á infecção. Nos 651 doentes as localizações foram: cabeça 8.5%; troncos 5.9; membros inferiores 60.3 dos quaes 20% nos maleolos; imprecisas 20.5%. Em crianças de menos de 4 annos viu-se localização perianal e perivulvar, com aspecto condilomatoide, certamente porque andam sempre, nuas. Diz-se sempre que a boubá não é hereditaria. E de facto, é o que se observa em filhos nascidos de mães que tiveram a doença durante a gravidez. Os filhos nascem sem lesão nenhuma. Sómente aos 2 mezes é que se apresentam com frambuezoma dos labios, sem duvida pelo attricto da sucção ao seio materno. Dos doentes examinados, 88.7% eram de secundarismo. São poucos os casos de terciarismo, 6.1 apenas dos doentes que appareceram, certamente devido ao character recente da endemia. As lesões terciarias mais communs são osteites e periostites, com grande frequencia das tibias em sabre e alguns de dactilite. Si a boubá é grave, tambem não cede tão facilmente ao tratamento. (Ferreira Lopes, Cid: *Rev. Hyg. & Saude Pub.*, 381, nbro. 1935 & *Minas Med.*, 71, obro. 1935.)

Centroamérica.—Sánchez repasa lá historia de la frambesia en Centroamérica. Los primeros casos de la época moderna parecen haber sido los mencionados por Reti en 1908 en Chocó, Guatemala. En 1917, Robles tuvo ocasión de ver otro caso, y Figueroa y el autor observaron otro en 1924. Herrera publicó después observaciones personales, y Padilla comunicó sus observaciones en Mazatenango. Varios médicos informaron al autor que habían visto muchas bubas en la región de Chocó hace unos 35 años, desapareciendo después. En ciertas crónicas anteriores a la conquista aparecen referencias a una epidemia, posiblemente de frambesia, en 1522, y otra después de la conquista, en 1576. (Sánchez F., G.: *Arch. Hosp. Rosales*, 17, nbre. 1935.)

El Salvador.—Comentando un caso observado en el Hospital Rosales, Vásquez se pregunta si existe el pian en El Salvador. Según ciertos individuos, ya había comunicado un caso antes Peralta. Mencionando el caso referido por Vásquez, Reyes declara que es indudablemente de pian habiendo visto él otros semejantes en sujetos de Filipinas y de Haití, agregando que el pian existe en el país, que presenta fases esporádicas y que se considera siempre como sífilis secundaria. (Sánchez ha descrito la enfermedad en Guatemala.) (Vásquez, L. E. 165; Reyes, E.: *Salvador Méd.* 171, fbro. 1936.)

Guatemala.—Proponiéndose en su tesis demostrar que el pian existe en Guatemala siendo endémico en una zona de la República, probablemente desde hace muchos años, y que el neosalvarsán y el acetilarsán dan resultados sorprendentes en el tratamiento, Fahsen publica 6 observaciones de enfermos tratados en la capital del país, aunque procedentes de la región de Chocó. En Guatemala, según el autor, la existencia de la frambesia no fué señalada definitivamente hasta 1921 y 1922 por Calderón. Padilla y López Selva publicaron estudios de algunos enfermos observados en 1931 en Chocó, Departamento de Suchitepéquez. Los primeros casos vistos por Fahsen fueron en los laboratorios de la Dirección General de Sanidad Pública, a donde lo llevaron Calderón en 1932. (Fahsen V., Alfredo: *Contr. Est. Pian Guatemala*, fbro. 1935.)

Nicaragua.—Lacayo repasa cuatro casos de frambesia observados en Managua, aunque varios de ellos procedían de otras regiones del país. En un caso la Wassermann, y en los demás, las reacciones de precipitación, fueron positivas. (Lacayo H., M.: *Rev. Méd.*, 43, jul. 1935.)

Puerto Rico.—Gotay y colaboradores verificaron un estudio de la frambesia en una zona rural de Puerto Rico (1,091 habitantes) en donde existe en forma

endémica. Encontraron 94 sujetos con manifestaciones clínicas activas, y otros 34, que sin lesiones aparentes, manifiestan una historia sospechosa. De 517 sujetos, la Wassermann resultó positiva en 106. En los casos clínicos, la positividad serológica fué de 78 por ciento, y en los sospechosos 10.5 por ciento. De los casos clínicos positivos, en 50 por ciento continuó la positividad al cabo de tres años de tratamiento con neosalvarsán, a pesar de haber desaparecido las lesiones externas. La desaparición de éstas no tiene, pues, gran valor, y para determinar el estado endémico de una zona deben practicarse exámenes serológicos muy cuidadosos y repetidos. La transmisión se verifica por medio del contacto directo e íntimo. (Gotay, J. B., Costa Mandry, O., y Payne, G. C.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 102, sbre. 1935.)

Venezuela.—Según López Olivares la frambesia pasa por haber existido en la isla de Margarita desde hace más de 120 años, quizás importada de la Costa Firme o de las otras islas del mar Caribe. En dos caseríos de la isla la dolencia reina con carácter endémico. En Las Piedras están infectados 120 de los 1,000 habitantes, de todas edades y de las distintas razas. (López Olivares, J. M.: *Bol. Min. San. Asis. Soc.* 41, mzo. 1936.)

Guam.—Repasando las observaciones relativas al pian en Guam, Butler cree que confirman otros datos en el sentido de que entre la gente de hábitos primitivos, la sífilis, enfermedad orgánica crónica, se convierte en exantema infantil. En cambio, los hábitos del hombre civilizado, en cuanto a tratamiento y aseo personal, convierten la sífilis en infección venérea. La frambesia no es una entidad patológica independiente, sino el resultado de dos procesos patológicos, uno de los cuales es inflamatorio y se sobrepone a una infiltración treponematosa de la dermis. De las varias sífilides, sólo la reseola es esencialmente treponematosa, las demás proceden del exterior. Hoy día, el término de pian apenas pasa de ser una definición o vocablo que excluye las nociones primarias venéreas y el congenitalismo, recalcando una de varias formas reconocidas de la erupción treponematosa, y sólo una fase de la misma. Por su misma definición, la frambesia se limita a los trópicos, de modo que, en cuanto a enfermedad potencialmente venérea, se convierte en el único mal inoculable y contagioso así limitado. El *Treponema pertenue* no es sino un sinónimo del *Tr. pallidum*. (Butler, C. S.: *Mil. Surg.*, 174, mzo. 1936.)

Epidemiología.—Butler repasa la historia y la epidemiología de la frambesia para demostrar que la distribución no es muy diferente de la de la sífilis. Sydenham en el siglo XVII describió el cuadro clínico de la frambesia que viene a ser el de la sífilis familiar. Hasselmann recalcó recientemente (1931) cuatro puntos epidemiológicos: limitación tropical; distribución salteada; menor resistencia del *Treponema pertenue* comparado con el *T. pallidum*; y efecto de la altitud sobre la localización mucocutánea de las lesiones. Butler arguye que la frambesia no se limita a los trópicos ni a las zonas entre las isoterms de 20 C.; que la distribución no es salteada; que el *T. pallidum* también tiene muy poca resistencia; y que la altitud obliga a ponerse ropa, lo cual hace predominar las lesiones frambésicas en las uniones mucocutáneas. Los antiguos autores, como Sydenham (1666), Byrd (1728), Brickell (1731-37), Huxam (1739) y Buchan (1769), consideraban a la frambesia meramente como una forma grave de la lúes. Fué en 1768, cuando DeSavages publicó su "Nosologica Methodica" que la frambesia parece haber sido considerada como una entidad independiente. Para Butler podrían citarse autores por demás para demostrar que el síndrome frambésico es común cuando se deja la sífilis sin tratar. Los trabajos de Byrd y Brickell patentizan lo frecuente que era la frambesia en las colonias inglesas que luego formaron los Estados Unidos, a una latitud de 13 grados, o sea mucho más arriba de los trópicos. En una carta el Rev. Clayton (1687) se refiere a la presencia de la frambesia entre

los indios de Massachusetts, región que dista mucho de ser tropical. Hudson (1928) menciona la existencia de la frambesia en Siria a una latitud de 28.32 grados N. y Grin (1928) la frecuencia en Yugoslavia a una latitud de 44.48 N. En cuanto a la distribución salteada, la sífilis puede acusar el mismo fenómeno. El aparente paro de la frambesia a la entrada de las poblaciones procede de haber en éstas médicos que tratan los casos a tiempo, lo cual no sucede en los campos. Cuando los Estados Unidos tomaron posesión de Guam, había frambesia por igual en Agaña, la población principal, y los campos. En los últimos 30 años el tratamiento ha desterrado el mal, de Agaña, y en forma florida sólo se encuentra en los distritos rurales. Sin embargo, los estigmas de la sífilis congénita se observan universalmente y la positividad a la Kahn es muy elevada. En cambio, en las Islas Vírgenes sucede algo muy distinto, pues los daneses trataron científicamente desde el principio a los negros sífilíticos, de modo que la frambesia jamás ha formado parte de la nosología insular. En cuanto a la mayor resistencia del *T. pallidum* como explicación del actual predominio de la frambesia en los trópicos, aunque experimentalmente et *T. pallidum* retiene su motilidad por horas y en algunos casos por muchos días, su capacidad infectante, aunque imperfectamente determinada, sólo dura por poco tiempo después de ser separado del huésped. Si la llamada frambesia, enfermedad infecciosa, contagiosa y potencialmente venérea, se limitara realmente a los trópicos, a los campos o a los negros, sería la única dolencia humana dotada de esas características. La altitud tiene tanto que ver con el clima como la latitud y es posible encontrar condiciones climatológicas en el Ecuador y en los polos. En Haití la temperatura media de Port-au-Prince es 27.2 C mientras que en Furcy, a una altura de 1,300 m sobre el nivel del mar, la temperatura es 18.9 C, y claro está que los naturales tienen que vestir de un modo distinto. Algunas fotografías revelan lesiones interglúteas que nada varían de los condilomas planos de la sífilis europea. Por ejemplo, las lesiones frambésicas de las alturas de Assam, descritas por Ramsay, y las de los distritos montañosos de las Filipinas, descritas por Sellards, Hasselmann y López-Rizal, se parecen en todo sentido a las de la sífilis inocente observada por Tarnovsky en Rusia, por Hudson en Siria y por Grin en Yugoslavia. (Butler, C. S.: *Arch. Dermat. & Syph.*, 446, sbre. 1935.)

Sollini discute el dualismo de la frambesia y la sífilis, considerando sucesivamente herencia, transmisión, edad predisponente, lesiones, fagedenismo, acción medicamentosa, serorreacciones, y forma de la frambesia en el blanco. Estudió la posible transmisión intrauterina del pian en el Congo Belga, durante 6 años en que asistió a mujeres sífilíticas (15 por ciento) y piánicas (5 por ciento) entre un total de 300 parturientas. Entre las sífilíticas hubo mucha mortinatalidad, premadurez y abortos, sin que se observara nada de esto entre las frambésicas. Las lesiones primarias de la frambesia quedan 9 de 10 veces lejos de la esfera genital y en la excepción se encuentran en el cutis circundante. Esto hace preguntar si en los dos casos de pian hereditario descritos por Blacklock no se trataría de contagio postparto. En el pian el autor nunca pudo encontrar lesiones viscerales ni verdaderamente mucosas u óseas. El fagedenismo existe en el pian, pero es exclusivamente cutáneo, lo cual lo distingue del de la sífilis y la lepra. En el pian el mercurio no ejerce efecto terapéutico demostrable, contrastando esto con la acción de los arsenicales, sobre todo los trivalentes. En 6 años de práctica colonial, Sollini ha observado 8 casos de frambesia en los blancos pero en ninguno tuvo lugar el contagio por vía genital, sino por contacto. No se observó ninguna diferencia en la reacción terapéutica de los blancos y los negros. (Sollini, Amerigo: *Arch. Ital. Sc. Med. Col.*, 859, dbre. 1935.)

Éxito del tratamiento.—Desde 1922 hasta 1934 han sido tratados 171,838 casos de frambesia en las Filipinas. A primera vista, el número anual de casos no

muestra mucha disminución, pues en 1934 ascendieron a 11,206, pero esto se debe en parte a las interrupciones e irregularidades en la campaña. Sin embargo, en la Provincia de Rizal, donde al principio de la campaña había casos por millares, en 1933 solamente se comunicó un caso tratado. Claro está, que debe haber más, pero esto indica la enorme disminución de la enfermedad. (Edit.: *Rev. Fil. Med. & Farm.*, 411, obre. 1935.)

LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL¹

Argentina.—Desde 1929 a 1934 inclusive, Quiroga y Bosq estudiaron en el servicio de la Cátedra de Clínica Dermatofiligráfica de Buenos Aires, 29 enfermos de linfogranulomatosis, lo que ha permitido observar el aumento de esos casos y precisar las principales fuentes de contagio. Hasta el momento no hay ningún tratamiento que ejerza una acción efectiva especial sobre la intensidad de los fenómenos dolorosos y el tiempo de evolución de la enfermedad. (Quiroga, Marcial I., y Bosq, Pablo: *Sem. Méd.*, 1310, obre. 1935.)

Según los datos de la sección de poradenitis del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de la Argentina en 1934-35, se han inscrito allí 166 casos de linfogranulomatosis inguinal, procedentes de casi todas las provincias. Desde 1921 hasta 1933 se han observado en la cátedra de enfermedades infecciosas de la Facultad de Buenos Aires 194 casos, tratándose en la mayoría de jóvenes y comprendiendo uno de 10 años y otro de 14, siendo casi todos masculinos y curando todos. El número de enfermos comprobados ha ido en aumento desde que se practica la reacción de Frei-Hellerström. En varios hospitales de las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Corrientes han observado casos. En Chile, según Coutts, el número de casos oficialmente registrados en los años 1934-35 subió a 227, siendo 87 de ellos varones. En el Perú, Angulo determinó la frecuencia del mal por el porcentaje de alergias al antígeno en las prostitutas. En Argentina han organizado en el Instituto Bacteriológico una sección para el estudio de la dolencia, que envía a cualquier parte del país el antígeno de Frei para diagnósticos. El autor propone que se haga la reacción obligatoria en todas las prostitutas. Considera el pronóstico en general benigno, aunque sujeto a la localización, y grave en el recto y vulva. Por otro lado, su contagiosidad de larga duración y la carencia de un tratamiento específico, obligan al enfermo a muchos meses de reposo, convirtiéndose así el mal en una enfermedad social. La profilaxia debe ser colectiva e individual, basada en la denuncia obligatoria de los casos, pesquisa y tratamiento de éstos en los hospitales, y propagación y difusión de la reacción de Frei. Hasta ahora la medicación que ha dado mejor resultado es el tártaro emético por vía venosa. (Dalto, Antonio: *Semana Méd.* 1129, ab. 9, 1936.)

Río.—No serviço dos A. na Fundação Gaffrée-Guinle, registrou a partir de 1931 até o primeiro semestre do anno 1935 262 casos de lymphogranulomatose inguinal, todos em individuos do sexo masculino, aos quaes se poderão accrescentar mais 50, do serviço de gynecologia do mesmo hospital, a cargo do Dr. Clovis Corrêa, o que perfaz um total de 312 caos, em um e outro sexo. Com referencia aos homens distribuiram-se os casos da seguinte maneira: em 1931, 27; em 1932, 61; em 1933, 64; em 1934, 66 e no primeiro semestre deste anno, 44. Em relação com o total das outras doenças venereas—cancro molle, gonorrhéa e syphilis, computando-se com referencia a esta última apenas os casos de infecção recente, isto é, syphilis primaria e secundaria, representa-se a frecuencia da lymphogranulomatose, em

¹ La crónica anterior sobre Linfogranulomatosis inguinal apareció en el *Boletín* de septiembre, 1935.