

CRÓNICAS

VENÉREAS

Epidemiología.—Aunque reconociendo cuán erróneas son las estadísticas venéreas, Harrison ¹ ha elaborado varias tablas y gráficas fundadas en los censos levantados en Suiza, Alemania, Escandinavia y los Estados Unidos. En Noruega, en 1924, el coeficiente venéreo era de 30.7 por 10,000, pero en Oslo de 134; en Suecia de 18.7 pero en Estocolmo de 99.2; y en Alemania en 1927, de 58, pero en Berlín de 136 y en Kiel de 164. Según el censo suizo, en las poblaciones de más de 50,000 habitantes el coeficiente era tres veces mayor que en el país entero, y en las aldeas, sólo la cuarta parte del promedio. La edad de mayor incidencia fué de los 20 a 24 años, y es más temprana en la mujer que en el hombre. En Nueva York (1928), la proporción de hombres y mujeres en la sífilis temprana fué de 1.87 por 1, pero en la blenorragia, de 4.41 por 1; en Oslo (1926), de 1.9 por 1, y 3.5 por 1; y en los centros antivenéreos de Inglaterra y Gales (1929), 1.8 por 1, y 4 por 1. Hay muy pocos signos de disminución de la blenorragia. La sífilis aumentó en la mayor parte los países durante la guerra; luego disminuyó rápidamente hasta 1927, desde cuya fecha, o la baja no ha sido tan marcada, o ha permanecido estacionaria la enfermedad, o seguido en aumento. Harrison conviene con Haustein en que las enfermedades venéreas aumentan y disminuyen con la prosperidad económica, en tanto que Von Düring y otros creen que se conforman a ciclos epidémicos, como otras enfermedades infecciosas. Hodson declaró que la parálisis general es una manifestación tardía de la sífilis, más frecuente entre los intelectuales; la tabes entre los que realizan trabajos manuales fuertes; y el aneurisma sífilítico en aquéllos cuya ocupación exige esfuerzos espasmódicos.

Aumento de la neurosífilis.—Frankl ² hace notar el aumento de la tabes y la parálisis general en los últimos decenios, pero no cree que haya intervenido el salvarsán, pues este aumento se remonta a 1881. Los importantes factores etiológicos son, aparte del tratamiento insuficiente, la tara neuropática, las cavilaciones, las enfermedades infecciosas, y los traumatismos. También se ha dicho que el espiroqueto pálido, al ser transmitido a otras razas, produce en ellas frecuentemente sífilis terciaria, aunque no existiera en el enfermo primitivo. Eso ha sido notado en los europeos que contrajeron su sífilis en África, México y China. A fin de determinar el influjo de la terapéutica, el autor investigó los antecedentes de los enfermos

¹ Harrison: Brit. Med. Jour. 1: 751, 1931.

² Frankl, S.: Münch. med. Wchschr. 77: 1879 (obre. 31) 1930.

de una clínica de enfermedades nerviosas, deduciendo que el porcentaje de tabéticos y paralíticos generales no ha variado en los 10 últimos años. En las mujeres, parece que ha aumentado algo la demencia paralítica, pero probablemente debido a que la sífilis también ha aumentado en ellas. Para el autor, es posible hacer bajar a un mínimo la neurosífilis comenzando tempranamente el tratamiento antisifilítico y continuándolo sistemáticamente por varios años, sin hacer caso de la serología negativa.

Profilaxia en Argentina.—En el plan de tratamiento de la sífilis, aconsejado por la Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología para ser aplicado en dispensarios y servicios, después de una minuciosa exposición del tratamiento, se declara, en lo tocante a profilaxia individual, que ningún procedimiento suprime en forma absoluta, los riesgos de contaminación venérea durante el acto sexual. La castidad no comporta ningún perjuicio o desventaja para la salud física. La masturbación es siempre desfavorable para la salud. Es posible disminuir apreciablemente los riesgos de contaminación venérea durante el acto sexual. El simple lavado cuidadoso con agua y jabón comunes, inmediatamente después del acto, es muy recomendable. Mucho más eficaz es antes del acto untar cuidadosamente el miembro (incluso los labios del meato uretral) con vaselina simple. Mejor aun si la unción previa se hace con pomada de Metchnikoff. Considerárase de acción más completa la pomada de Gauducheau. Si una persona se ha expuesto al contagio, ya haya o no empleado profilaxia individual, y sean pocas o muchas las probabilidades de contaminación, es preferible no someterla a ningún tratamiento abortivo. (*Semana Méd.* 1141 (ab. 30) 1931.)

Russo³ objeta al plan de tratamiento de la sífilis aconsejado por la Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología, por preconizar la castidad como medida de indiscutible eficacia profiláctica. Para él, el matrimonio es el verdadero remedio para evitar el contagio venéreo, y que, acompañado de la fidelidad conyugal, es mucho más razonable y fácil de practicar que la castidad. El problema venéreo se torna, pues, en problema sociológico, que debe ser encarado por los Gobiernos con criterio más amplio y elevado, fomentando el matrimonio, sobre todo en un país que necesita de población. Como la dificultad es económica, hay que abaratar la vida e impedir la desocupación. En cuanto al plan puramente terapéutico, se puede admitir, con las ligeras variantes que la clínica impone al criterio médico en cada caso. Los tratamientos deben ser practicados por los médicos, sin delegarlos a los enfermeros, quienes resultan actualmente los verdaderos tratantes de la sífilis.

Durante el año 1929 concurren por primera vez a los dispensarios antivenéreos de Buenos Aires 16,720 enfermos, y se dieron 623,992

³ Russo, F. G.: *Semana Med.* 38: 1782 (jun. 25) 1931.

consultas. Se hizo el diagnóstico de sífilis en 3,498, de blenorragia en 7,945, y de otras venéreas en 5,524. (*Rev. Est. Mun. Ciudad de Buenos Aires*, eno., 1930.)

A Carrera,⁴ la estadística que ha llevado durante los últimos meses, lo convence de que hay algún defecto en la lucha antivenérea en Buenos Aires. La vigilancia sanitaria de la prostitución se halla en completo abandono en poblados vecinos. Es en balde dotar espléndidamente los servicios de cirugía y de clínica médica, si se desatiende a los antivenéreos. No obstante el elevadísimo número de prostitutas clandestinas en Buenos Aires (2,000 a 20,000 ó más?), el número de infectados por ellas es ínfimo, comparado con los contagiados en los llamados "prostíbulos autorizados," y que se suponen vigilados. De 138 enfermos recientes observados en el transcurso de un año, solamente 28 deben su enfermedad a la prostitución clandestina, contrayéndola el resto en prostíbulos "oficiales." Es muy difícil, sin estadística utilizable, averiguar si la sífilis disminuye en Buenos Aires en la misma forma que en las grandes ciudades europeas. A juzgar por las estadísticas del Hospital Español de 1927 a 1929 con respecto a chancro y sífilis, el total anual de enfermos es aproximadamente el mismo, salvo un repunte en 1928. Puede pensarse si no es hora de cambiar el régimen, pero dada la modalidad argentina, es perfectamente ilusorio establecer leyes draconianas, si bien cabe reorganizar la prostitución y los centros de tratamiento, por ejemplo, modificando el sistema lionés-italiano. Con respecto a los dispensarios, todos deberían contar con los elementos necesarios para el diagnóstico y tratamiento, y con camas reservadas en los hospitales, donde enviar los casos contagiosos. La declaración, en alguna forma discreta, debería ser obligatoria, a los efectos de tener una estadística. El dispensario también debería investigar los focos de contagio. La cuestión del medicamento es muy importante, y sería conveniente proporcionarlo a bajo precio. El personal debería ser nombrado tras pruebas de idoneidad. La persecución sin piedad del proxenetismo y de los demás factores que fomentan la trata de blancas, constituirán un complemento eficaz, así como la vigilancia de los lugares de diversión, en que se oculta la prostitución clandestina. Por fin, debería imitarse el ejemplo del Uruguay y del Brasil, estableciendo en gran escala la lucha antivenérea en toda la República.

Sífilis en las maternidades.—En la Maternidad de Buenos Aires, Fernández y Caravías⁵ examinaron en 1929 un total de 4,766 enfermas, de las cuales 2,459 fueron allí por primera vez, y en 121 se diagnosticó sífilis. En lo que va del año 1930, se examinó a 1,600 enfermas nuevas, y sometieron 80 al tratamiento antilúético. Sólo se pudo averiguar el éxito o fracaso del tratamiento en 32. En ellas había habido antes del tratamiento 98 embarazos con 77 niños perdidos, sin

⁴ Carrera, J. L.: *Prensa Méd. Arg.* 17: 923 (nbre. 30) 1930.

⁵ Fernández, U., y Caravías, D. E.: *Semana Méd.* 37: 1636 (nbre. 27) 1930

contar 9 abortos provocados. En otras palabras, la sífilis hizo perder 88.16 por ciento. En cambio, después del tratamiento se consiguió un embarazo a término con parto normal y feto vivo en 30, ó sea 94.34 por ciento; y en los dos fracasos el embarazo llegó hasta los seis meses, terminando en mortinatos prematuros, quizás por no haber administrado suficiente tratamiento, por ausentarse la madre. En la maternidad del Hospital Rivadavia, la Wassermann acusa un porcentaje de 6.61 de sífilis. (Este fué el último artículo terminado para publicación por el malogrado profesor de clínica obstétrica y puericultura de la Facultad de Buenos Aires.—RED.)

Aspecto en un consultorio.—Carrera ⁶ repasa las fichas de 949 sifilíticos vistos en el transcurso de cuatro años en su servicio de Buenos Aires, excluidos todos los observados en los primeros períodos y los congénitos. Del total, 28 por ciento eran mujeres. Los pacientes pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: historia de chancro, y en que el período secundario fué evitado por una determinada terapéutica, que representan 22 por ciento del total; que han tenido período secundario manifiesto, equivaliendo a 28 por ciento; que sin haber presentado ninguno de los dos primeros períodos, han sido diagnosticados y tratados antes, representando 24 por ciento del total; y de sífilis desconocida, descubierta por el autor, que representan 31.5 por ciento del total: 16 por ciento en los hombres y 72 en la mujer, cifra ésa enorme. Entre el total de los enfermos, en 22 por ciento el tratamiento realizado por otros médicos había sido casi nulo; en 55 por ciento, muy escaso; y en el resto insuficiente, sin método ni control definido. Para el autor, es rarísimo el médico no especializado que sepa conducir en forma un tratamiento de sífilis, sobre todo, en los primeros períodos y en las sífilis viscerales.

Bolivia.—En el dispensario antivenéreo de la ciudad de La Paz, asistieron durante el año 1930 a 195 enfermos: 40 de lúes primaria, y 30 de segundo grado, 15 de chancro blando, 65 de uretritis blenorragica aguda y 16 crónica. De enero a junio de 1930, 213 enfermos fueron asistidos en el dispensario antivenéreo municipal de la ciudad de Cochabamba: 190 hombres y 23 mujeres; 5 de lúes primaria, 22 de segundo y 8 de tercer grado, 32 de blenorragia aguda y 86 crónica, y 4 de chancro blando. (*Bol. Dir. Gen. San. Púb.*, dbre. 1930.)

Brasil.—De Mello ⁷ cita las estadísticas de mortalidad sifilítica del Estado de São Paulo, como las de un Estado típico del Brasil. En los cálculos de la morbilidad hay mucha discrepancia, pero Rabello tiene calculado para Río de Janeiro de 12 a 14 por ciento, lo cual es, naturalmente, mayor que para el resto del país. En el Distrito Federal, donde se lleva a cabo una campaña activa, la proporción de sifilíticos contagiosos ha disminuído de 36 por ciento en 1924, a 18 en 1926, y

⁶ Carrera, J. L.: Prensa Méd. Arg. 18: 96 (jun. 20) 1931.

⁷ De Mello, L.: Urol. & Cutan. Rev. 34: 662, 1930.

la mortalidad sífilítica de 4.1 por 1,000 habitantes en 1921, a 2.7 en 1926. En 1929 había en Río de Janeiro 15 dispensarios antivenéreos, y en el resto del país 100.

Frambesia en el Brasil.—Da Silva Araujo⁸ declara que el pian existe en casi todo el Brasil, y principalmente en los Estados de Parahiba y Cerá, calculándose que existen 30,000 piánicos en una población de 1,000,000 a 1,200,000 habitantes. Para él, la identificación del pian con la sífilis no resiste a una crítica seria, pues hay apiánicos que contraen la sífilis, y viceversa. Las lesiones primarias se asientan, en 85 por ciento de los casos, en las extremidades inferiores, en lugares casi siempre previamente excoriados. Para él, es poco probable que la enfermedad acuse nudosidades yuxtaarticulares y rinofaringitis mutilante (gangosa). La Wassermann es siempre positiva en el período eruptivo. El tratamiento de elección es el neosalvarsán, siendo también buenos el sulfarsenol, el acetilarsán, el estovarsol y el treparsol.

Lucha en Chile.—A fines de 1927, según Coutts,⁹ los 10 antiguos dispensarios antivenéreos pasaron de la Asistencia Social, a formar parte de la Sección de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad. La sección cuenta hoy día con 18 policlínicos repartidos entre las ciudades principales, correspondiendo 7 a Santiago y 2 a Valparaíso. En esas dos poblaciones hay también preventorios nocturnos. La lucha es exclusivamente a base del policlínico, pues como la declaración no es obligatoria, sólo se conocen los casos cuando el individuo se presenta voluntariamente. El tratamiento, incluso medicamentos, es gratuito. Además, cada enfermo recibe material de propaganda y consejos. Los individuos que abandonan prematuramente la consulta son citados por medio de una tarjeta, cuyo método ha dado buenos resultados, en particular en las mujeres honradas, pues las prostitutas y los hombres son más reacios. En todos los dispensarios hay también consultorios prenupciales, pero el público muestra poco interés en ellos. La educación sanitaria constituye una preocupación constante de la sección. A fin de mantener el contacto con el cuerpo médico, se ha establecido un sistema de encuestas periódicas. En una se solicitó la opinión de los venereólogos de los puntos donde hay policlínicos, acerca de si habían o no comprobado disminución en la frecuencia de los nuevos casos de sífilis. En Santiago, de 20 interrogados respondieron 11, 9 de ellos afirmativamente. Otro cuestionario dirigido a los pediatras con respecto a si habían observado disminución en el número de heredosifilíticos, recibió 9 contestaciones entre 20 interrogados, contestando 6 que habían observado disminución en los heredosifilíticos, y 7 en el número de los niños que se presentan con manifestaciones tardías de sífilis.

⁸ Da Silva Araujo, O.: *Semana Méd.* 37: 1760 (dibre. 4) 1930.

⁹ Coutts, W. E., y Morales Beltrami, C.: *Bol. Dir. Gen. San.* (jun.-dibre.) 1930, p. 11.

En Chile, en el año 1929 se inscribieron en los distintos dispensarios 9,093 enfermos nuevos (en 1928, 10, 280): 4,351 hombres y 4,542 mujeres. En Santiago, el número total alcanzó a 5,590, y en Valparaíso a 1,312. Para Vidal, que publica esos datos, la transmisión de una enfermedad venérea es un delito, o acto antisocial, que debe recibir consideración en todos los códigos. Como mejores recursos para el medio social chileno, propone: mejorar la condición del indigente; protección legal a la mujer seducida y abandonada, incluso investigación de la paternidad; divulgación del inmenso peligro que encierran las enfermedades venéreas; y guerra a muerte al alcoholismo. En el proyecto de código sanitario pendiente en Chile, no se trata de la prostitución, por considerarla propia de la policía sanitaria, aunque algunas disposiciones son aplicables a las prostitutas; por ejemplo, la autoridad sanitaria puede exigir de cualquiera persona, respecto de quien hubiere fundadas presunciones de que padezca de una enfermedad transmisible, la exhibición de un certificado de salud y, en casos calificados, un examen por un médico; y si es necesario, el aislamiento a domicilio o internación en un hospital. Otra disposición permite formar un registro de las personas respecto a las cuales hay serias pruebas de que están infectadas, o cuya conducta constituye una amenaza para la salud pública. Otra faculta al Presidente de la República para que, a propuesta de la Dirección General de Sanidad, determine las enfermedades que deben ser notificadas a las autoridades sanitarias. Según el proyecto de código, la lucha antivenérea no se limitará a combatir la prostitución, sino que investigará los casos y exigirá la declaración. Después de terminada la memoria de la autora, se ha presentado a la Cámara de Diputados un proyecto de ley antivenérea que ya resume algunas de las ideas expuestas, y hasta las amplía. (Vidal V., Luisa: "El Contagio Venéreo en la Medicina Legal.")

Entre 14 tabéticos estudiados por Arroyo Acuña, 21.4 por ciento presentaban lesiones cardioaórticas, en particular aórticas; y entre 22 paralíticos generales, 22.8 por ciento. La etiología sifilítica era indudable en todos los primeros, y en la mayoría de los últimos. Esas afecciones cardioaórticas carecen, por lo general, de síntomas subjetivos, pero resulta útil establecer su existencia, en particular cuando se tiene pensado probar la piritoterapia. En Chile, la tabes y la parálisis general parecen ser poco frecuentes, pues entre 25,474 enfermos del Hospital Clínico de Santiago, sólo aparecen 82 casos de tabes (0.32 por ciento); y entre 2,129 de la Clínica Neurológica sólo 42 de tabes (1.92 por ciento), y 16 paralíticos generales. Entre 654 enfermos ingresados al Hospital Psiquiátrico de Santiago durante el primer semestre de 1930, 16 (2.74 por ciento) eran paralíticos generales. (Arroyo Acuña, V. U.: "Neurosífilis Parenquimatosa & Aortitis," 1930.)

Adenitis inguinal en Chile.—Coutts¹⁰ manifiesta que en Santiago de Chile se han observado continuamente, numerosos casos de adenitis inguinal.

Vicuña¹¹ estudió en el Hospital Naval de Valparaíso, varios casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda. Con la intradermorreacción de Frey, se puede establecer el diagnóstico. La hematología no acusa datos dignos de mención. Todos los enfermos fueron tratados con tártaro emético. En todos los casos practicó la intradermorreacción de Reenstierna para el diagnóstico diferencial. El autor publica nueve observaciones.

Estados Unidos.—Parran¹² declara que los recientes estudios del Servicio de Sanidad Pública demuestran que hay en los Estados Unidos constantemente 643,000 sífilíticos bajo tratamiento médico, y datos incompletos indican que 3.46 personas por 1,000 habitantes contraen anualmente la dolencia. Según Warthin, de 30 a 60 por ciento de todas las autopsias en el Hospital de la Universidad de Michigan revelan sífilis, y aun admitiendo que ese grupo no sea típico para el país, los datos denotan que la sífilis es mucho más frecuente y su existencia más insospechada que lo creído generalmente. He ahí un punto que necesita más estudio. Hay que encontrar también métodos prácticos para ofrecer tratamiento adecuado, en particular a los campesinos y los negros. La controversia actual con respecto al valor de los grandes centros terapéuticos, será determinada por una apreciación científica y económica, y no por discusiones acaloradas. También hay que encontrar una técnica satisfactoria para aplicar la profilaxis a la población en general. Causa sorpresa que el descubrimiento del salvarsán no haya logrado una disminución mucho mayor en los casos nuevos, pues puramente desde el punto de vista de la epidemiología, sería de esperar que la rápida esterilización de tantas lesiones incipientes hubiera logrado una baja mucho mayor en todo el mundo. La explicación más lógica de esa frecuencia continua consiste en la suposición de que la enfermedad es difundida por casos infecciosos recidivantes y por portadores crónicos sin lesiones abiertas reconocidas. En 25 por ciento de 20 casos en que había historia de infección conyugal por sífilíticos tardíos, Kertesz encontró el *Treponema pallidum* en el semen. Para Parran, los problemas irresueltos más apremiantes en la sífilis consisten en extender nuestros conocimientos del microbio infeccioso, del mecanismo defensivo del cuerpo, y de la acción de los medicamentos antisifilíticos, y en la utilización más provechosa de las armas disponibles.

Usilton¹³ resume los datos venéreos reunidos en los recientes censos de 25 comunidades de los Estados Unidos, con una población

¹⁰ Coutts, W. E.: Bol. Dir. Gen. San. (jun.-dbr.) 1930, p. 9.)

¹¹ Vicuña M., H.: Rev. San. Nav. 1: 29 (eno.) 1931.

¹² Parran, Jr., T.: Am. Jour. Trop. Med. 10: 441 (nbre.) 1930.

¹³ Usilton, Lida J.: Ven. Dis. Inf. 11: 543 (dbr.) 1930.

aproximada de 24,500,000 personas. Si la misma proporción reza con el país en conjunto, hay constantemente bajo asistencia médica 643,000 casos de sífilis, y 474,000 de blenorragia, y cada año se presentan 423,000 y 679,000 casos nuevos en busca de tratamiento. En la práctica particular, el porcentaje de blenorragia es ligeramente mayor que el de la sífilis, en tanto que en las clínicas públicas la sífilis forma 70 por ciento, predominando los casos tardíos. Un 72 por ciento de las enfermas negras y 60 por ciento de las blancas, reciben tratamiento por sífilis tardía, en tanto que en los hombres de ambas razas la proporción es aproximadamente de 45 por ciento. El coeficiente venéreo para los blancos es de 8 por 1,000, y para los negros de 11. Las cifras para la blenorragia son muy semejantes, pero para la sífilis son de 4 por 1,000 para los blancos, y 7.2 para los negros. La diferencia es aun mayor en las mujeres. Tomando las cifras disponibles, en los Estados Unidos hay anualmente 3.46 casos de sífilis y 5.71 de blenorragia por 1,000 habitantes, y 4.42 de sífilis temprana en los hombres y 2.37 en las mujeres.

En 1929, las muertes imputadas directamente a la sífilis en el Estado de Illinois, E. U. A., mas las cargadas a la ataxia locomotriz y a la parálisis general, fueron 71 menos que en 1921, a pesar del considerable aumento en la población. En esos 9 años, la mortalidad atribuida a esas causas bajó en 16 por ciento. En la ciudad de Chicago, el total de casos venéreos denunciados ha aumentado de 450 por 100,000 habitantes en 1921, a 690 en 1930, pero ha habido un descenso del máximum de 880 alcanzado en 1927. La blenorragia ha aumentado de 275 en 1921 a 430 en 1930; la sífilis de 170 a 240; y el chancro blando de menos de 10 a 12. En Chicago la campaña antivenérea está a cargo de la División de Higiene Social de la Oficina de Enfermedades Transmisibles, con un personal de 11 médicos y 6 enfermeras. La labor es educativa, a la par que curativa. La curativa es realizada en cinco clínicas, una de ellas situada en el Tribunal de Moral, otra en el Hospital de Enfermedades Contagiosas, otra en la cárcel, y otra en la Casa de Corrección. En la clínica del Tribunal de Moral en 1927, se examinó a 6,817 mujeres, hospitalizándose a 12.7 por ciento; en 1928, 8,165 y 11.6; en 1929, 7,861 y 10.3; y en 1930, 9,267 y 8.9 por ciento, respectivamente. (*Chicago's Health*, eno. 20, 1931.)

Según un censo realizado en la ciudad de Baltimore y condados próximos el 16 de junio de 1930,¹⁴ en dicha ciudad hay constantemente en tratamiento u observación 10,707 casos de sífilis y blenorragia, y cada año 10,284 infecciones nuevas. El coeficiente de sífilis incipiente para los varones blancos fué de 4, comparado con 22 para los negros; y para las blancas 1.3, comparado con 10.2 para las negras. Para la blenorragia aguda, las cifras fueron: 11.2 y 23.8, y 1.7 y 6.1, respectivamente. Las cifras para Baltimore en los blancos resultaron más

¹⁴ Clark, T. y Usilton, Lida J.: Ven. Dis. Inf. 12: 437 (obre. 20) 1931.

bajas que en otras grandes poblaciones de los Estados Unidos, pero para los negros mucho más altas.

Según los cálculos del Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, hay constantemente 15,000 casos sífilíticos bajo tratamiento en dicho Estado fuera de la Ciudad de Nueva York, y si se calcula que cada año hay 25,000 nuevos, una sola enfermedad, el sarampión, abunde más. Aunque sólo un porcentaje muy pequeño de los sífilíticos manifiestan por fin parálisis general, sin embargo, hay 2,000 neurosífilíticos en los manicomios del Estado, que cuestan \$1,000,000 al año, y cuya capacidad económica, si no estuvieran enfermos, representaría unos \$17,000,000. En las clínicas locales del Estado han tratado unos 40,000 casos de sífilis desde 1918. (*Health News*, mzo. 30, 1931.)

De sus datos, que comprenden 30,090 exámenes serológicos, Wenger y Ricks¹⁵ deducen que de 12 a 35 por ciento de los negros en varios condados de cinco Estados distintos del Sur padecen de sífilis. La frecuencia de dicha enfermedad es seguramente mayor que la de la viruela, tifoidea, difteria y otras muchas dolencias, cuyo dominio representa una gran parte de las funciones del médico de sanidad. Para los autores, para el dominio de la sífilis deben aplicarse los mismos principios que han triunfado contra otras enfermedades trasmisibles.

El estudio de Usilton y Riley¹⁶ comprende 18 condados del Estado de Virginia, E. U. A., con una población de 1,198,678 habitantes, o sea aproximadamente la mitad del Estado. La proporción de casos de blenorragia fué de 3.11 y de sífilis de 3.97, siendo dos veces y media y una vez y media mayor, respectivamente, para el sexo masculino que para el femenino. En los condados en que hay muy pocos negros, la proporción de infección es muy elevada entre ellos. Entre los enfermos que buscan tratamiento en las clínicas públicas, abundan más los casos tardíos. En Virginia el coeficiente es mucho mayor que en otros Estados en que la población de color no llega a 3 por ciento, pero muy semejante a los de los Estados con una numerosa población negra.

Musser¹⁷ declara que en Nueva Orleans se denuncian dos veces más casos de sífilis que de influenza, la enfermedad que ocupa el segundo puesto, y que la blenorragia ocupa el quinto.

Entre 5,000 Wassermanns realizadas en los estudiantes de la Universidad de Minnesota,¹⁸ se encontraron 10 reacciones positivas, o sea 0.2 por ciento: 0.17 para los varones y 0.25 para las mujeres. Aunque esa proporción es muy pequeña, el descubrimiento hasta de pocos casos justifica la inclusión de la Wassermann como procedimiento sistemático en todo examen médico periódico. En los Estados

¹⁵ Wenger, O. C. y Ricks, H. C.: *South. Med. Jour.* 24: 556 (jun.) 1931.

¹⁶ Usilton, Lida J., y Riley, W. D.: *Va. Med. Monthly* 57: 389, 1930.

¹⁷ Musser, J. H.: *Jour. Soc. Hyg.* 16: 483, 1930.

¹⁸ Diehl, H. S.: *Am. Jour. Pub. Health* 21: 1131 (obre.) 1931.

Unidos se calcula que la frecuencia de la sífilis varía de 2 a 15 por ciento, siendo lo más frecuente de 5 a 10 por ciento.

Desde 1921, se han realizado serorreacciones para la sífilis en 4,000 niños blancos y negros de una clínica de Norfolk, Virginia.¹⁹ Entre los 2,037 blancos, la proporción de positivos a la Wassermann fué de 1.6 por ciento, y de dudosos de 0.9 por ciento. Entre los 1,963 negros, las cifras fueron de 11.3 y de 1.1 por ciento. Muy pocas pruebas fueron en menores de dos semanas. La sífilis descubierta en esos niños parece ser congénita.

De 52,030 enfermos recluidos en los asilos del Estado de Nueva York el 30 de junio de 1930, 2,305 padecían de *parálisis general*. Los gastos acarreados por el sostenimiento de esos paralíticos, fué de \$1,000,000, y el costo de construir y dotar un nuevo asilo para 2,300 paralíticos, subiría a \$8,000,000. En 1928, el Dr. Horatio M. Pollock calculó que las pérdidas económicas experimentadas por el Estado debido al asilamiento de los casos de parálisis general, era de \$15,757,008, comprendiendo la falta de ingresos debido a la incapacidad y la muerte prematura, así como el costo de sostenimiento. No cabe duda de que tanto el Estado como el individuo, podrían ahorrarse enormes pérdidas, si se tratara suficiente a tiempo a los sífilíticos. (*Health News*, jul. 6, 1931.)

El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York llama la atención sobre la constante demanda de fondos para manicomios, que ha confrontado al Estado por más de cinco años. Con más de 70,000,000 ya invertidos en establecimientos que atienden a unos 50,000 enfermos anuales, es más urgente encontrar medios de disminuir el número creciente de personas que solicitan hospitalización por cuenta del Estado. Durante los últimos 15 años, se ha admitido anualmente a unos 845 casos de parálisis general a los hospitales del Estado, lo cual representa como 10 por ciento del total de ingresos. Además, ingresan cada año unos 85 con sífilis cerebral, y algunos con ataxia locomotriz. La sífilis es la causa de esas enfermedades, y la ley exige que todas las juntas de sanidad ofrezcan tratamiento gratuito a los sífilíticos indigentes. (*Health News*, sbre. 21, 1931.)

Más precisión en los certificados de muerte.—En el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, desde el 1° de enero de 1931, las muertes de sífilis serán clasificadas en "congénitas" y "de otro género." Los casos en menores de 12 años serán considerados congénitos, a menos que se indique lo contrario. Se suplica, pues, a los médicos, que mencionen en sus certificados de muerte si la infección fué congénita o adquirida. (*Health News*, mzo. 30, 1931.)

Blenorragia en los Estados Unidos.—Después de analizar los datos recopilados por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, y de hacer notar que son incompletos, Clark²⁰ declara que en el último quinquenio 42 Estados han comunicado 785,000 casos de blenorragia, o sea un mínimo de 150,000 casos anuales. Los censos de un día realizados por el Servicio de Sanidad Pública en 25 poblaciones durante los últimos tres años, denotan que en vez de 150,000, los casos suben a 679,000 cada año, lo cual representa un promedio de

¹⁹ Royster, L. T.: *Va. Med. Monthly* (agto.) 1931.

²⁰ Clark, T.: *Ven. Dis. Inf.* 12: 391 (sbre. 20) 1931.

5.7 por 1,000 habitantes: 8.6 para los varones y 2.7 para las mujeres. Entre los negros, la proporción es algo mayor, sobre todo en las mujeres. La información disponible parece indicar que, por lo menos en muchas partes, la enfermedad va en aumento. La profilaxia reposa en dos factores: impedir que los sanos se infecten, e impedir que los infectados propaguen su mal. Esos objetivos no los puede lograr sino el tratamiento científico de todos los casos. Con respecto a la determinación de la curación, para Jadassohn hay dos métodos útiles: el cultivo del gonococo en la secreción de la próstata y vesículas seminales, y la fijación del complemento, la última sólo en los casos crónicos, sobre todo si hay complicaciones. Como base, también puede tomarse la siguiente: varón: falta de todo signo de enfermedad por tres meses, frotés negativos de toda secreción que pueda evocar la introducción de sondas uretrales después de amasar bien la uretra sobre aquélla, pesquisa cuidadosa del sedimento del primer vaso de orina en busca de pus o gonococos, efecto negativo de una inyección provocadora de 100,000,000 de gonococos muertos (vacuna); y en la mujer: falta de todo síntoma clínico, una serie negativa de 6 frotés sucesivos obtenidos cada dos días, antes y después de la menstruación, con una cantidad de pus menor de 50 por ciento, reexamen de la enferma tras un mes sin ningún tratamiento, y falta de signos clínicos entonces.

Profilaxia y tratamiento en los Estados Unidos.—Ya en 1875, el informe del Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos contenía ciertas indicaciones relativas a impedir la importación de sífilis y blenorragia, y para tratar a los infectados.²¹ Sin embargo, la aversión del público a considerar el asunto, poco permitió hacer hasta 1918, en que, durante la Guerra Mundial, el Congreso dictó una ley creando una división de afecciones venéreas en el Servicio de Sanidad Pública, y dedicó más de \$4,000,000 a poner en práctica las disposiciones de la ley durante los dos años siguientes. La labor profiláctica realizada comprende medidas contra la prostitución, educación del público, y aplicación de la profilaxia química y mecánica después de la exposición a la infección. La notificación de los casos venéreos ya es exigida por la ley en todos los Estados menos Nevada y Pennsylvania. Otras leyes dictadas en muchos de los Estados comprenden: represión del vicio; clausura de las casas dedicadas a la prostitución; vigilancia de las casas de huéspedes, de los taxímetros, salas de baile y otras formas de diversión comercializada; aplicación a ambos sexos de la ley sobre el estupro; y destitución de los funcionarios corrompidos o descuidados, que no hacen cumplir las disposiciones anteriores. Las leyes que permiten clausurar las casas empleadas como prostíbulos, se encuentran en vigor en todos los Estados de la Unión menos seis. Con respecto a profilaxia individual, poco se hace activamente, aunque en varios Estados

²¹ Morgan, A. G.: Ven. Dis. Inf. 12: 343 (agto. 20) 1931.

y poblaciones distribuyen publicaciones sobre el asunto, y en las ciudades donde han establecido esos puestos profilácticos, no han encontrado muy buena acogida. Lo observado durante la Guerra demostró el valor de la profilaxia antivenérea activa, cuando puede ser bien aplicada. El tratamiento ha encontrado mejor acogida que la profilaxia, y por lo menos en 44 Estados ofrecen tratamiento para la blenorragia y la sífilis, tanto a los indigentes como a los pudientes, en clínicas públicas, a las que acuden cada año más de 100,000 enfermos. Los departamentos de sanidad también mantienen laboratorios para el diagnóstico, y durante el año 1930 realizaron 1,000,000 de reacciones para sífilis, y 350,000 para blenorragia. El Servicio de Sanidad Pública ha realizado censos de un día en varias comunidades escogidas, que representaban aproximadamente 20 por ciento de la población total del país, y el primer censo reveló unos 643,000 casos de sífilis y 474,000 de blenorragia constantemente en asistencia médica. Se están haciendo ahora otros censos para ver si hay aumento o disminución.

Instituto Profiláctico de Guatemala.—Durante el año 1930 se trataron en el Instituto Profiláctico adscrito al Departamento de Enfermedades Infectocontagiosas de Guatemala, 448 enfermos, lo cual representa un aumento sobre el año anterior. En los cinco primeros meses de 1931, ya hay tratados 545. En 1930, se practicaron 1,922 reacciones de Vernes: 1,696 por sífilis y 226 por tuberculosis; y en los primeros cinco meses de 1931, 1,212. El instituto presta también su concurso al médico de las casas de tolerancia, para descubrir y tratar a las prostitutas, que son los focos de infección más fáciles. El presupuesto del instituto asciende a 426 quexales mensuales, más el valor de los medicamentos, parte del cual es reembolsado por los mismos enfermos. (El Instituto fué inaugurado el 12 de junio de 1927, con este personal: 2 médicos, 1 enfermera jefe, 4 enfermeras, 1 oficinista y 1 portero. La enfermera jefe se encarga de hacer las reacciones.) (*Diario de Centroamérica*, mayo 30, 1931.)

Neurosífilis en Haití.—Hudicourt²² hace notar que si bien tabes y parálisis general son raras en Haití, no cabe deducir de eso que el parénquima nervioso sea siempre respetado allí por el treponema. De sus observaciones clínicas, despréndese que los ganglios subcorticales y los cuerpos optoestriados son bastante a menudo atacados. El autor publica tres casos en que se combinó la estratititis, en una forma u otra, ya con una meningomielitis crónica, ya con una tabes frustra. Publica dos observaciones más de esclerosis lateral amiotrófica y parálisis labio-gloso-laríngea. Agrega que, si bien esos casos son raros, en cambio, abundan los casos neurosifilíticos de hemiplejía con o sin afasia, de paraplejía, epilepsia jacksoniana y paquimenigitis, describiendo 5 casos típicos. El resultado terapéutico no es

²² Hudicourt, L.: Bull. Soc. Méd. d'Haiti 5: 3 (eno.-ab.) 1931.

siempre brillante, pues esos enfermos llegan demasiado tarde. Para evitar tales secuelas, debe practicarse siempre, desde el cuarto año de la sífilis, la punción lumbar.

Honduras.—En la Sala de Cirugía de Mujeres y Ginecología del Hospital General de Tegucigalpa, hay 28 camas, y en junio de 1930, 14 (50 por ciento) estaban ocupadas por sífilíticas.²³ La reacción de Kahn reveló tres casos más en el mismo grupo. Portillo se pregunta cuál hubiera sido el porcentaje si se hubieran tomado los demás servicios del hospital.

De 427 Kahns verificadas en los laboratorios de la Dirección General de Sanidad de Honduras durante el segundo semestre de 1929, 146 resultaron positivas; y de 602 exámenes por blenorragia, 384. (*Boletín Sanitario*, obre. 15, 1930.)

México.—Fox²⁴ describe la campaña antivérea del Departamento de Salubridad Pública de México. El Departamento ha establecido 50 dispensarios gratuitos en toda la República, 7 de ellos en México, y uno de éstos exclusivamente para mujeres. Un dispensario visitado por el autor le pareció bien instalado, limpio y bien dirigido, llamándole la atención en particular los cómodos baños y bellos jardines. Desde que el primer dispensario fué establecido en la Ciudad de México en 1921, han administrado más de 100,000 inyecciones de neosalvarsán sin accidentes, y realizado más de 18,000 Wassermanns y 3,000 ultramicroscopías.

Blenorragia.—Entre 1,869 embarazadas observadas en el Centro de Higiene Infantil "Eduardo Liceaga," de México²⁵ 755 acusaron flujo vaginal, y de éstas en 445 se comprobó la presencia del gonococo. De 6,436 exámenes bacterioscópicos de noviembre, 1929, a octubre, 1930, 32.6 por ciento resultaron positivos para el gonococo. Los últimos exámenes fueron en prostitutas. En otras palabras, en el primer grupo la proporción fué de 58.9 por ciento. El autor aboga por que en los servicios de maternidad se practique sistemáticamente la investigación del gonococo en toda embarazada, y por que en los centros de higiene infantil se establezcan servicios ginecológicos.

Sánchez Tapia²⁶ hace notar que el porcentaje de blenorragias es numeroso en Tampico, pues de 500 consultas hechas en su servicio, 300 fueron por esa causa.

Al crearse en México un dispensario antivenéreo atendido exclusivamente por personal femenino, e indicarse que se trataría también allí a niñas que padecieran de escurrimientos,²⁷ comenzó a presentarse un contingente de casos de vulvovaginitis, uretritis, y a veces cervicitis, con aspecto clínico de infección banal, pero en que la bacterio-

²³ Portillo G., C. F.: *Juv. Méd. Hond.* 2: 23 (jul.-agto.) 1930.

²⁴ Fox, H.: *Arch. Dermat. & Syph.* 22: 620, 1930.

²⁵ Sordo Noriega, A.: *Rev. Mex. Puer.* 1: 87 (fbro.) 1931.

²⁶ Sánchez Tapia, V.: *Rev. Méd. Veraer.* 11: 410 (nbre. 1) 1931.

²⁷ Vergara de Segura, María Luisa: *Salubridad* 1: 544 (jul.-sbre.) 1930

logía reveló casi siempre gonococos. El número de señoritas asistentes ha aumentado hasta llegar actualmente a cerca de 100, de las cuales tienen flujo gonocócico 90, indicando la frecuencia insospechada de la gonococia virginal. Las causas fundamentales son dos: contacto directo en la mayor parte de los casos, por relaciones sexuales incompletas; y contagio producido por excusados, albercas, ropas de cama, etc. El dispensario trabaja ahora en tres clases de personas: mujeres de conducta fácil; señoras de la clase media; y vírgenes; y en las tres hay padecimientos blenorragicos o sifilíticos, y a veces, ambos. El dispensario ha principiado a resolver el problema del tratamiento de esas enfermedades en las doncellas.

Paz de Ortiz²⁸ declara que las vulvovaginitis en las niñas de un día a tres años, pueden ser simples, gonocócicas, o mixtas. Las simples son frecuentes en los primeros 15 días, y 50 por ciento de las niñas observadas por la autora padecían de esa afección. Las gonocócicas y mixtas se presentan en los primeros días, como las oftalmías purulentas, y en algunos casos son muy persistentes. La persistencia se debe a la clase de epitelio en los órganos genitales en la infancia. La profilaxia de las vulvovaginitis mixtas debe comenzar por los padres y sirvientes, instruyendo de preferencia a las madres, en lo relativo a la higiene y educación sexual propia y de sus hijas. La campaña educativa debería comenzar desde la escuela.

Frambesia en Panamá.—Brosius afirma que la frambesia es bastante rara en la división de Almirante, Panamá, de la United Fruit Company, pues en los últimos cinco años sólo se han tratado 12 casos. En 1930 se trataron 4, todos ellos con típicas lesiones costrosas elevadas. (Brosius, O. T.: XIX Ann. Rep. U. F. Co., 1930, p. 108.)

Salpingitis en Panamá.—Zubieta afirma que la salpingitis constituye un problema vital en Panamá, y el número de mujeres inevitablemente esterilizadas representa una pérdida económica apreciable. Durante el año 1928 fueron admitidas al Hospital Santo Tomás 15,098 enfermas de las cuales 373, ó sea 2.4 por ciento, padecían de salpingitis, y 266 fueron operadas, con una mortalidad menor de 1 por ciento. El autor no propone un sistema de control venéreo, y sólo quiere llamar la atención sobre la magnitud y urgencia del problema en Panamá. (Zubieta, E.: Actas & Trab. II Cong. Asoc. Méd. Pan-Am., 1930.)

Paraguay.—Ríos hace notar la extrema rareza de la sífilis nerviosa en el Paraguay. Estudió en 87 sifilíticos la sensibilidad y los reflejos, y en 40 el líquido cefalorraquídeo, descubriendo sólo tres líquidos anormales, correspondiendo a un tabético, a un parapléjico, y a una mujer con sífilides perivulvares. En el asilo de alienados sólo hay dos casos de parálisis general, y uno es un europeo que adquirió la sífilis antes de venir a América. La *neurosífilis*, si bien existe en el Paraguay, es rara; la *tabes* es más frecuente que la parálisis general;

²⁸ Leija Paz de Ortiz, Emilia: íd., p. 546.

y son más frecuentes las localizaciones nerviosas debidas a arteritis o gomas. (Ríos, A. F.: Tesis, 1927, *apud* An. Fac. Cienc. Méd. Asunc. 53 [nbre. 1928-jul. 1930].)

Idoyaga²⁹ propone que, para intensificar y mejorar la lucha contra el mal venéreo en el Ejército, se cree un centro de venereología (con un consultorio central, consultorios regimentarios, laboratorio central, y sala de aislamiento) encargado, además del tratamiento, de dar conferencias de vulgarización, y de preparar una cartilla de instrucción. El personal comprendería: un cirujano jefe del servicio, un cirujano jefe de sala, un jefe de laboratorio, un cirujano encargado de estadística, un practicante, y personal auxiliar, más cirujanos y enfermeros en las distintas unidades. El consultorio central funcionará en el Hospital Militar Central, y los regimentarios, en sus respectivas unidades. El centro dependería de la Dirección Superior de Sanidad Militar.

El Estudio de Cudas Thompson se basa en seis observaciones de *granuloma genital* observados en Asunción. En todos se encontró el *Calymmatobacterium granulomatis* en las lesiones. Esta afección autónoma, de evolución crónica, no revela tendencia a la curación espontánea. Con el tratamiento general por el tártaro emético, y el local, se obtuvo la curación en todos los enfermos. (Cudas Thompson, Q.: "Sobre el Granuloma Genital en el Paraguay," Tesis, 1930.)

Gonococia en Lima.—Díaz de Gutiérrez³⁰ declara que de 1,287 enfermas observadas en el Dispensario Prenatal de Lima, del 19 de abril hasta el 30 de junio de 1931, hubo 192 sospechosas de gonococias, y de ellas 46 resultaron positivas en cuanto a gonococos; es decir, 22.7 por ciento sobre el número de sospechosas y 3.57 por ciento sobre el total de asistencias. De las enfermas, 23 eran casadas y 23 solteras, y la inmensa mayoría se dedicaban a quehaceres domésticos.

Antigüedad del pian en el Perú.—Según el análisis histórico de Maldonado, la epidemia de verrugas de Coaque, o verruga de los conquistadores del Perú en 1531, no era propiamente de la enfermedad de Carrión, sino de frambesia o pian. Se diferencia de la enfermedad de Carrión por ser dolencia de zona intertropical con abundantes lluvias y vegetación exuberante y permanente y de mediana altura sobre el nivel del mar, en tanto que la enfermedad de Carrión es propia de limitadas quebradas andinas del lado de la costa, de topografía particular, con lluvias de enero a marzo, vegetación xerófila intermitente, y a una altura de 200 a 2,500 metros sobre el nivel del mar; por la ausencia de anemia; por el color de la erupción: rubio rojizo en la verruga de los conquistadores y púrpura escarlata o rojo oscuro violáceo en la verruga peruana; porque las pápulas de la primera daban un exudado de olor desagradable y dejaban a veces cicatrices,

²⁹ Idoyaga, V.: Rev. San. Mil. 4: 4088 (mayo) 1931.

³⁰ Díaz de Gutiérrez, Lucila: Bol. Maternidad 1: 132 (sbre.) 1931.

lo cual no sucede con los verrucomas de Carrión. De ser así, la historia de la verruga peruana comienza en 1630, y queda demostrado que el pian existía en el Nuevo Mundo antes de la venida de los españoles, según afirmaron Estete, Oviedo, Cieza de León y Herrera, siendo la enfermedad endémica en Coaque y Puerto Viejo desde tiempo antes, como confirma la voz indígena *Cuchi*pe con que se designa al pian en las selvas del Perú, y la de *Siso-cuchi*pe que se da en el Departamento de San Martín a cierta forma eruptiva de la dolencia. Esta teoría de que el pian es también indígena de América, choca con la opinión de que es de origen africano y fué traído a América por los negros esclavos. (Maldonado, A.: *Crónica Méd.* 313 (obre.) 1931.)

Granuloma inguinal en el Canadá.—Patch y Blew³¹ comunican cuatro casos de granuloma inguinal observados en Montreal. Tres enfermos contrajeron la dolencia en los trópicos, y el cuarto parece proceder del Canadá. En los cuatro hubo al principio confusión con la sífilis; en dos se descubrieron los cuerpos de Donovan. Todos cedieron al tratamiento con antimonio.

Recrudescencia de la sífilis en Europa.—Fuss³² apunta que la recrudescencia de la sífilis en Europa comenzó en Italia en 1924, en Francia, Inglaterra y Rumanía en 1925, en Austria, Estonia, Suecia y Suiza en 1926, en Finlandia, Lituania y Noruega en 1927, y en Bélgica en 1928. No se sabe si la disminución continúa en Alemania después de la ley de 1927, pero un informe presentado al Reichstag en diciembre de 1928, declaró que en Berlín había habido una baja de 30 por ciento después de dictarse la nueva ley. En otros países, aunque no ha habido recrudescencia, el descenso anterior ha cesado: en Holanda, desde 1924; en Polonia desde 1926; y en Escocia desde 1927. Dinamarca y España son los únicos países en que la baja ha continuado hasta 1929. Parece improbable que haya mejoramiento pronto, pues la crisis económica lanza a más mujeres a la prostitución clandestina. Sólo cabe optimismo con respecto a la desaparición definitiva de la sífilis, en caso que una gran reforma económico-social elimine la prostitución, pues ésta es la principal, aunque no la única, causa de la enfermedad venérea.

Frecuencia de la parálisis general.—No es fácil determinar cuántos sifilíticos manifiestan después demencia paralítica,³³ y el estudio más detenido sobre el asunto fué el de Mattauschek y Pilez, quienes estudiaron 4,134 oficiales del ejército austrohúngaro, tratados por sífilis, de 1880 a 1900, y observados hasta 1911. Entre ellos, aparecieron 195 casos de parálisis, y si sólo se toman los casos seguidos por lo menos 10 años, hubo 160 entre 3,430, o sea 4.67 por ciento. Aebly apuntó posibles errores, ya reconocidos por los autores, e hizo subir la proporción a 10 por ciento. Además, es posible que el tratamiento

³¹ Patch, F. S., y Blew, C. L.: Can. Med. Assn. Jour. 23: 637 (nbre.) 1930.

³² Fuss, F.: Ann. Mal. vénér. 25: 881, 1930.

³³ Wagner-Jauregg: Ztschr. ges. Neurol. & Psychiat. 128: 576, 1930.

temprano afecte la frecuencia de la parálisis, de modo que las estadísticas deben basarse en enfermos que han recibido el mismo tratamiento. Brunsgaard publicó en 1929 estadísticas relativas a los enfermos de la clínica dermatológica de Oslo, que no habían recibido tratamiento del 1° de enero de 1891 al 31 de diciembre de 1910, los cuales llegaban a 2,181 y habían sido observados de 15 a 37 años. Entre ellos, sólo hubo 13 casos de parálisis, o sea 0.6 por ciento. Es probable que el coeficiente se vea modificado no tan sólo por la naturaleza del tratamiento, sino también por factores tales como raza, clima, ocupación, hábitos y alcoholismo; de modo que es casi imposible averiguar qué proporción de los sífilíticos manifiestan parálisis general.

Agravación de la blenorragia.—Stümpke comunicó hace poco que la blenorragia se va volviendo cada vez más grave, y las complicaciones más frecuentes. Von Heiner³⁴ estudió sus casos últimamente con mayor atención, a ver si esa declaración estaba bien fundada. Descubrió que ha variado el período de incubación, pues antiguamente era de tres a cinco días, y hoy día es o mucho más largo, o breve. La virulencia también parece haber aumentado marcadamente, y así lo patentizan no tan sólo el mayor número de complicaciones, sino también la tendencia a penetrar en las capas más profundas de la uretra.

Alemania.—Desde que se dictara la ley antivenérea en 1927, parecen haber aumentado los casos venéreos en Alemania. En 1929, los centros de la Caja de Seguro dieron 298,099 consultas a 133,851 enfermos, y tuvieron en observación a 203,597, o sea 6 por ciento más que el año anterior. En la mayoría de esas instituciones disminuyeron los enfermos bajo tratamiento, pero hubo aumento en los puertos. Es halagadora la baja de los casos en menores de 14 años. La sífilis parece ser más frecuente en las mujeres; la blenorragia en los hombres. En 1925, la mitad de los hombres tratados padecían de sífilis, en tanto que ahora la proporción ha disminuído a la tercera parte. La blenorragia aumentó en 1929, en particular en las mujeres. La cuarta parte de los enfermos eran casados, y más de las dos terceras partes se hallaban asegurados. De estas cifras en asegurados, no cabe sacar deducciones relativas al país en general. (Schoen: *Gesellsch. Bekämpf. Geschl.*, Berlín, 1930, 323; *apud Ven. Dis. Inf.* 20 (eno. 20) 1931.)

España.—En 1921, trataron en el Ejército Español a 23,544 soldados por sífilis, blenorragia y chancro blando, o sea 102.3 por cada mil, a un costo de 3,569,000 pesetas.³⁵ En 1909 y 1919, se recomendó la profilaxia con la pomada de Metchnikoff, e irrigaciones uretrales de protargol; y en 1919 se establecieron clínicas antivenéreas para los soldados. A pesar de esas medidas, la profilaxia venérea continúa siendo un grave problema, por no aplicarse debidamente lo aconsejado.

³⁴ Von Heiner, L.: *Dermat. Wechnschr.* 91: 1253, 1930.

³⁵ Cordero Soroa, A.: *Rev. San. Mil.* 21, No. 9 (sbr.) 1931.

Francia.—Durante el año 1929, los servicios antivenéreos franceses continuaron su obra con el mismo vigor que en años anteriores.³⁶ Hasta principios del año 1930, había 1,729 servicios: 580 antisifilíticos (más de 168 en las prisiones), 85 antiblenorrágicos, 604 de despistaje y tratamiento de la heredosífilis, y 80 rurales. Hay, además, 149 servicios sociales y 63 laboratorios. El número de consultas fué de 3,114,690, comparado en 2,081,170 en 1928, o sea un aumento de 49.7 por ciento. El número mayor corresponde a la asistencia pública de París con 958,573, viniendo después el Instituto Profiláctico con 240,570. Las inyecciones también subieron de 1,343,525 a 1,552,319, o sea en 15.6 por ciento. En cambio, los exámenes serológicos y bacteriológicos disminuyeron de 357,772 a 281,898. El número de casos nuevos de sífilis fué de 103,707, comparado con 110,703 en 1928 y 108,602 en 1927. El número de blenorragicos también disminuyó de 62,808 a 43,863. En general, los hombres son casi siete veces más numerosos que las mujeres en los servicios blenorragicos. La proporción de casos de heredosífilis diagnosticados, llegó a 22.3 por ciento entre 77,477 mujeres y niños examinados.

Neurosífilis en Inglaterra.—En Inglaterra, la mortalidad por parálisis general y tabes por 100,000 personas, de 5.8 y 2.3 en 1916, descendió a 3.9 y 2.0 en 1927, y fué de 3.6 y 2.0 en 1928. Aunque cabe atribuir alguna disminución a la malarioterapia, ésta no bastaría para ocultar ningún aumento importante que hubiera tenido lugar. (Inf. An., Ministerio de Sanidad, 1929, p. 143.)

Resultados de la expedición germano-rusa.—La expedición germano-rusa, que investigara la elevada frecuencia de la sífilis en la República Burio-Mongólica, cerca del lago Baikal en Siberia, ha anunciado recientemente, el resultado de sus investigaciones por boca del Prof. Jessner.³⁷ Fué unánime la conclusión de que en dicha región la sífilis, por falta de tratamiento apropiado, aparece, en sus manifestaciones más horribles, y que aunque el salvársan es absolutamente desconocido, la demencia paralítica y la tabes son tan frecuentes como en los pueblos civilizados.

Australia.—En Australia, durante el año 1929, hubo 146 defunciones de sífilis y 5 de blenorragia.³⁸ Los casos denunciados fueron: 2,024 de sífilis; 11,166 de blenorragia; 99 de chancro blando; 228 de gota matutina; 16 de condiloma venéreo; 9 de oftalmía blenorragica; 38 de granuloma venéreo; y 129 de infecciones mixtas, formando un total de 13,709. El coeficiente venéreo fué de 237 por 100,000 habitantes, o sea lo mismo que en 1928.

Un análisis de 3,040 casos consecutivos en los 2 principales hospitales de mujeres de Melbourne, Australia, reveló que 6.4 por ciento

³⁶ Cavailon y Moine: Pub. Ministère Santé, *apud Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.* 130 (eno.) 1931.

³⁷ Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 96: 1162 (ab. 4) 1931.

³⁸ Health 9: 61 (jul.) 1931.

acusaban una serología positiva.³⁹ Excluidas 180 mujeres que ya asistían a clínicas antivenéreas, quedaban 2,860 sin signos clínicos de sífilis, y de ellas, 4.1 por ciento reaccionaron positivamente. La frecuencia mayor correspondió a las mujeres de más de 40 años, con 8.4 por ciento de positivas. Esas cifras corresponden bastante bien a las de otros países, pues Stillians en los Estados Unidos, observó 6 por ciento de sífilis entre 6,954 mujeres blancas y 19 por ciento entre las negras; Carley y Wenger, 18 por ciento en las negras; y Boas, Sieke y otros en Escandinavia, 6.7 por ciento de positivas entre 2,000 gestantes. En la sala de partos de Melbourne hubo 10 por ciento de positivas en 1913, en 100 casos consecutivos, y Fowler y Fairley obtuvieron resultados semejantes en 1921.

Ginecología.—Scheffey declara que debe practicarse una Wassermann sistemática en todo enfermo que ingrese en un servicio de ginecología o de cirugía general. En su servicio ginecológico, de 1923 a 1929, ingresaron 2,622 casos, y se practicó la Wassermann en 97.2 por ciento, resultando positiva en 7.6 por ciento. De los casos, 1,064 eran quirúrgicos, y en ellos las Wassermanns positivas llegaron a 8.6 por ciento (Stokes, en la Clínica Mayo, descubrió que más de 3 por ciento de los enfermos eran sifilíticos). Ninguna enferma acusaba manifestaciones primarias o secundarias de sífilis. Los abortos, partos prematuros y mortinatalidad, fueron más pronunciados en el grupo positivo. La cicatrización postoperatoria de las heridas fué algo mejor en el grupo negativo, pero la diferencia fué en conjunto menospreciada, y el período postoperatorio semejante en ambos grupos. La mortalidad pareció ser mayor en el grupo positivo, y aun más en los casos tratados, mas sustrayendo 2 casos en que no cabe imputar la muerte a la sífilis, el resultado indica una mortalidad semejante en ambos grupos (2.5 por ciento). No debe recomendarse el tratamiento preoperatorio sin ton ni son, ni administrarse puramente porque la Wassermann sea positiva. Cada caso debe ser considerado por separado, inspirándose la terapéutica en las lesiones en conjunto, y no meramente en la existencia de sífilis. Este estudio indica que la sifilítica no constituye un riesgo mayor, puramente debido a su infección. Las lesiones orgánicas son el factor vital. En la discusión, Stokes hizo notar que, si la Wassermann es positiva y el tratamiento preoperatorio está indicado, debe aplicarse en los casos tempranos. Una inyección de arsfenamina a una enferma comparativamente joven y razonablemente intacta, no aumenta el riesgo operatorio, y no perjudicará. El tratamiento preoperatorio, y en particular el breve, está contraindicado si hay signos de sífilis cardiovascular, pues puede precipitar una reacción de Herxheimer y la muerte. Stokes recomienda el tratamiento postoperatorio cuando se descubre la sífilis al hacer el examen preoperatorio. McCord agregó que, en la Clínica Ginecológica de

³⁹ Carta de Australia: Jour. Am. Med. Assn. 96: 2051 (jun. 13) 1931.

Atlanta, 20 por ciento de las negras operadas tienen sífilis, pero jamás han visto que motivara complicaciones. (Scheffey, L. C.: *Jour. Am. Med. Assn.* 261 (eno. 24) 1931.)

Embarazo.—En la maternidad de Nueva York realizaron la Wassermann en 6,800 enfermas. El resultado descrito corresponde a 4,500 gestantes ingresadas durante un año, de las cuales 13 por ciento eran negras. La frecuencia de las positivas representó 4 por ciento: 2.5 para las blancas, y 12 por ciento para las negras. En 80 por ciento de los casos positivos se comprobaron dos o más ejemplares de sangre. No se encontró la menor prueba de que la Wassermann deba ser interpretada de un modo distinto en las embarazadas que en otras mujeres. (Hemsath, F. A.: *Am. Jour. Syph.* 396 (jul.) 1931.)

Lactantes.—Lemer practicó la Wassermann, la Sachs-Georgi y la Meinicke, en 271 neonatos, utilizando bien la sangre umbilical, o la obtenida del talón. La Wassermann puede ser muchas veces positiva en las primeras horas de la vida, para volverse negativa pocos días después, y en ello interviene la rápida disminución de la seroglobulina, lo cual puede suceder tanto en los niños sin infección luética, como in los hijos de sífilíticas. Sin embargo, después de la segunda semana, una positiva debe hacer pensar siempre en sífilis. La Sachs-Georgi da muchas menos reacciones inespecíficas, y la Meinicke también acusa muchos resultados inciertos. (Lemer, L.: *Apud Rif. Med.* 1921 (dbr. 1) 1930.)

Sífilis inocente.—Torres Ordax ⁴⁰ relata un caso en que un niño afecto de sífilis congénita contagió a su tía, que le amamantó, de un chancro del pezón. La tía, a su vez, inoculó a su hija, y esta a otro niño, en el labio, y el último a la madre, también en el labio, o sea el cuarto chancro extragenital inocente. De esa misma forma, comenta el autor, se propagaba la sífilis por Europa, allá por el siglo xvi.

Sífilis en los dentistas.—El Dr. Appleton de Filadelfia está tratando de conseguir datos relativos a la sífilis de los inocentes, contraída por los dentistas profesionalmente. La información solicitada será confidencial, y debe comprender: iniciales del dentista, fecha de la primera visita; edad clínica de la lesión en la primera visita; tamaño de la lesión primaria y su localización; forma en que se contrajo la enfermedad: por un pinchazo, rotura cutánea, mordedura o instrumento; base del diagnóstico: Kahn, Wassermann, ultramicroscopio o determinación clínica; y si hubo curación o mejoría, o sigue el caso en tratamiento. Todas las comunicaciones deben ser dirigidas al Dr. Joseph L. T. Appleton, Jr., Thomas W. Evans Museum and Dental Institute School of Dentistry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa., E. U. A.

Neurosífilis asintomática.—De 58 casos de neurosífilis asintomática tratados con el paludismo,⁴¹ en la mayoría de los cuales habían fracasado las demás medicaciones, en 34 por ciento el líquido cefalorraquídeo se volvió normal después de la malarioterapia, y en otro 14 por ciento mejoró mucho. Además del resultado obtenido en la demencia paralítica, es manifiesto que la malarioterapia es un elemento valiosísimo para impedir la neurosífilis parenquimatosa cuando han fracasado las demás terapéuticas.

⁴⁰ Torres Ordax, J.: *Med. Ibera* 14: 529 (nbre. 15) 1930.

⁴¹ O'Leary, P. A.: *Jour. Am. Med. Assn.* 97: 1585 (nbre. 28) 1931.

Moore y Hopkins⁴² estudiaron el destino de 123 enfermos de neurosífilis asintomática (55 tempranos y 68 tardíos), observados por un promedio de siete años. Basándose en la intensidad de las alteraciones cefalorraquídeas, los sujetos fueron clasificados en grupos 1, 2 y 3. En 14 del grupo 1, 6 se hallan clínica y serológicamente bien, 2 han manifestado neurosífilis clínica, y 6 se hallan en duda. En 73 del grupo 2, las cifras son: 50, 5 y 18; y en 36 del grupo 3: 10, 12 y 14. Un líquido cefalorraquídeo del grupo 3, constituye poderosa prueba presuntiva de propensión a neurosífilis parenquimatosa. Como el período transcurrido es breve, las cifras pueden considerarse como mínimas, y en los 38 casos dudosos hoy día se presentarán más alteraciones. De los enfermos han muerto 11, 5 de ellos, de neurosífilis. En general, el peligro para el enfermo es más o menos proporcional a la intensidad de las alteraciones cefalorraquídeas. En cambio, un líquido cefalorraquídeo negativo constituye una garantía para el futuro en lo tocante a la aparición de neurosífilis. La raquicentesis es, pues, parte indispensable del tratamiento de todo sífilítico.

Sífilis cardiovascular.—Coombs⁴³ hace notar que la aortitis, enfermedad fatal y molesta en 10 a 20 por ciento de los casos, es inevitable en el enfermo que no fué tratado suficientemente al principio. Hay buenos motivos para creer que la campaña antivérea ayudará a evitar esas secuelas desastrosas, pero no hay seguridad de ello y, por lo tanto, los médicos deben estar a la mira de un aumento en la sífilis vascular en los dos próximos decenios.

Riven y Feigenbaum⁴⁴ analizan 74 casos de sífilis cardiovascular. La proporción de hombres y mujeres fué de 6.4 y 1. De los enfermos, 64 eran blancos y 10 negros. La edad media fué de 50 años, oscilando entre 32 y 74. El promedio de tiempo transcurrido entre la infección primaria y la iniciación de los síntomas fué de 24 años. El síntoma más frecuente fué disnea al ejercicio. En la mitad de los casos no había dolor. En 40 se notó un segundo tono aórtico alterado, ya solo o asociado, con un soplo diastólico. No se observaron alteraciones características de la tensión, a menos que hubiera insuficiencia aórtica. En 10 por ciento había neurosífilis. La Wassermann sanguínea resultó positiva en 91 por ciento.

En 13 años, Hopkins⁴⁵ examinó a 1,371 neurosífilíticos, 187 de los cuales manifestaron otras lesiones terciarias, en particular del corazón o aorta (98). En 99 casos, el líquido cefalorraquídeo resultó positivo. El hombre, en particular el negro, tiende a manifestar lesiones terciarias múltiples y graves, fuera del sistema nervioso. Esas lesiones son más raras en la neurosífilis parenquimatosa.

Sífilis gástrica.—En la Clínica Mayo han observado hasta ahora 93 casos de sífilis gástrica, 28 de los cuales fueron objeto de una exploración u operación quirúrgica de un género u otro.⁴⁶ Un 70 por ciento de los enfermos eran hombres, y la edad en 88 por ciento oscilaba entre 29 y 48 años, y como en la mitad correspondía a la treintena de la vida. Un 63 por ciento se quejaban de dolor o malestar epigástrico inmediatamente después de las comidas. Una característica común a todos fué la agravación gradual, de modo que la mayoría se encontraban en un estado de inanición parcial o avanzada al ser observados. Del total de enfermos operados y tratados en la clínica y todavía vivos, todos menos seis, han sido seguidos hasta hace poco, y los muertos hasta su fallecimiento. De los enfermos, 32 (36.8 por ciento) fueron clasificados como clínicamente curados, y 37 (42.5 por ciento) como muy mejorados, lo cual forma un total de 79 por ciento. Un 10 por ciento no mejoraron y 11 por ciento creían que se habían beneficiado. La mejoría clínica tal vez no guarde relación con la anatómica. Los enfermos

⁴² Moore, J. E., y Hopkins, H. H.: id. 1637.

⁴³ Coombs, C. F.: Brit. Med. Jour. 2: 893 (nbre. 29) 1930.

⁴⁴ Riven, S. S., y Feigenbaum, J.: Can. Med. Assn. Jour. 23: 656 (nbre.) 1930

⁴⁵ Hopkins, H. H.: Arch. Dermat. & Syph. 22: 232, 1930.

⁴⁶ Eusterman, G. B.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 173 (eno. 17) 1931.

que no fueron operados manifestaron después signos de completa restauración anatómica. Los modernos métodos de diagnóstico y tratamiento revelan que la sífilis gástrica no es tan rara como se solía creer, y que simula más frecuentemente carcinoma gástrico que ninguna otra lesión. En todo caso de sífilis en que exista una lesión gástrica demostrable, independiente de su forma roentgenológica o extensión, el estado debe ser considerado como sífilítico hasta que se demuestre lo contrario.

LeWald ⁴⁷ declara que, en marzo de 1915, comunicó con Downes 8 casos en que había hecho o comprobado el diagnóstico de sífilis gástrica, y en septiembre de 1916, 11 casos más. Para él, la sífilis gástrica es relativamente más frecuente que lo que indican los casos comunicados. Roentgenológicamente, una deformidad sífilítica del estómago ha desaparecido tras un tratamiento antisifilítico prolongado, sin observarse recurrencias de los síntomas en una serie estudiada de 10 a 17 años. En los casos dudosos, puede establecerse el diagnóstico por la mejoría roentgenológica tras un tratamiento sífilítico intenso.

Neurosífilis familiar.—Dennie ⁴⁸ afirma que 58 por ciento de las criaturas sífilíticas manifiestan alguna invasión en la mayoría meníngea pura del sistema nervioso central; y en los niños mayores la proporción de neurosífilis baja a 25 por ciento. El tratamiento de los niños neurosífilíticos presenta las mismas dificultades que el de los adultos. La malaria puede ser usada en cualquier niño de más de un año, pero encierra bastante peligro. Aunque el paralítico general, por regla general, no transmite neurosífilis a la progenie, la tara es casi tan mala. El hijo neurosífilítico de padres tabéticos reacciona al tratamiento, pero tiene que pasar su vida bajo tratamiento y en observación. En la demencia paralítica, el padre no transmite su neurosífilis a los hijos por conducto de la madre, y es perfectamente posible que un padre y una madre sin signos de neurosífilis transmitan a sus hijos una sífilis que culminará por fin en demencia paralítica o tabes y sólo afectará a un hijo. Además, puede que el niño mayor muera de demencia paralítica, sin que ninguno de los demás manifieste neurosífilis. En la neurosífilis familiar no puede demostrarse que se transmita una raza neurotrópica del espiroqueto pálido, salvo en la tabes. La serie del autor comprende 11 niños en que el padre padecía de parálisis general, 8 de padres tabéticos, 28 sin signos de sífilis cerebroespinal en los padres, y 21 con sífilis general en el padre, la madre o ambos.

Uretritis blenorragica en niños varones.—En un período de 27 meses, 600 menores de 13 años fueron tratados en las salas venéreas del Hospital del Condado Cook, de Chicago.⁴⁹ El diagnóstico fué blenorragia en 85 por ciento, y sífilis en 15 por ciento. El autor estudia 91 casos de muchachos con infección gonocócica. Deduce que la uretritis blenorragica no es rara en los varones, pero sí menos frecuente en las niñas. La infección suele ser la consecuencia de la actividad sexual precoz. Clínicamente, el estado es análogo al del adulto, pero suele ser más benigno.

Vulvovaginitis infantil.—La autora estudió 118 casos de vulvovaginitis gonocócica recibidos en la clínica venérea del Hospital Guy, de Londres, de 1925 a 1929. De ellos, 70 fueron dados de alta; 46 terminaron el tratamiento, por término medio, en 67 semanas. El porcentaje mayor de blenorragia infantil correspondió a 1927 con 15, y el mínimo a 1929 con 10. La edad de las niñas varió de 10 meses a 12 años. Los modos más comunes de infección fueron toallas, esponjas, sábanas, asientos de retrete, etc. En 61 por ciento de los 70

⁴⁷ LeWald, L. T.: *id.*, p. 179.

⁴⁸ Dennie, C. C.: *Jour. Am. Med. Assn.* 95: 1571 (nbre. 22) 1930.

⁴⁹ Beilin, L. M.: *Jour. Urol.* 25: 69, 1931.

casos, había gonococos en los frotos vaginales desde la primera vez, y de los otros 27, 24 se volvieron positivos más adelante. No hay tratamiento infalible para la blenorragia infantil. En la clínica del Guy, primero emplearon espumán, ya solo o con protargol al 10 por ciento en glicerina; después, mercurocromo al 10 por ciento, emulsión de azufre o acriflavina al 2 por ciento como aplicaciones locales; y, por fin, irrigaciones con permanganato de potasio al 1 por 10,000. En algunos casos se probaron otros métodos. La salud general fué sostenida por medio de tónicos o aceite de hígado de bacalao. Al principio reviste importancia el descanso, al aire libre si es posible. Las enfermas toman semicupios en casa. En las primeras semanas se presentan a diario en la clínica, y después cada dos días, o dos veces semanales. (Brown, D. Kathleen: *Brit. Jour. Ven. Dis.* 6:285, 1930.)

Parkinsonismo sifilítico.—Pires ⁵⁰ hace notar que en algunos casos pueden asociarse el treponema y el virus encefalítico. Publica cuatro observaciones para llamar la atención sobre la importancia que reviste la sífilis en la génesis de las alteraciones extrapiramidales y, principalmente, en el síndrome parkinsoniano.

Iritis sifilítica.—El estudio de Moore ⁵¹ se basa en 10,000 sifilíticos del Hospital Johns Hopkins. Entre 2,413 casos secundarios tempranos encontró 111 (4.5 por ciento) de iritis. Entre 309 de recurrencias secundarias que habían recibido tratamiento insuficiente, 29 (9.5 por ciento); y entre 3,420 casos tardíos, 109 (3.1). Estos datos contradicen la opinión reinante de que la mayor parte corresponden al período secundario generalizado. La frecuencia en los negros fué dos veces mayor que en los blancos, y mucho mayor en los varones que en las mujeres. El diagnóstico diferencial es difícil. En la iritis incipiente la Wassermann sanguínea fué positiva en 97 por ciento; en la tardía, en 81 por ciento; y en la recurrente sólo en 55 por ciento. En 75 por ciento de los incipientes había eritema generalizado. En la iritis tardía, en 50 por ciento había otras manifestaciones sifilíticas. No se pudo decidir la cuestión del trauma como causa excitante, pues había historia de traumatismo en 3.6 por ciento de los casos secundarios incipientes, 3.5 de los recurrentes, y 8.2 de los tardíos.

Blenorragia rectal en las mujeres.—Hasta hace poco, la blenorragia rectal estaba considerada como rara, pero Temesváry ⁵² la encontró en 22.1 por ciento de las blenorragias tratadas en el hospital. Esa cifra es más baja que la de algunos otros autores, pero las enfermas no eran prostitutas. El estado es, por supuesto, más frecuente en las mujeres, debido a la topografía de los genitales externos. De los 261 casos observados por el autor de 1919 a 1926, no había síntomas rectales en 247. El pronóstico es bueno. El autor irriga el recto por la mañana después de la defecación, con 125 gms. de una solución de acriflavina al 2 por 1,000, y por la noche emplea una pomada de nitrato de plata, bálsamo del Perú, y vaselina. Sólo hubo cinco enfermas que no toleraron bien la medicación. El tiempo necesario para la reposición fué de 30 a 40 días, y 17 enfermas fueron mantenidas en observación más de tres meses, sin observarse recurrencias.

Artritis gonocócica.—Lees ⁵³ declaró que, entre 13,000 casos de blenorragia, hubo artritis en 388 (2.9 por ciento); 3.3 por ciento en los hombres y 1.8 en las mujeres. En el hombre el foco infeccioso radica casi siempre en la próstata y vesícula seminal; en la mujer, en la uretra, el cuello uterino, la glándula de

⁵⁰ Pires, W.: *Rev. Sud-Am. Méd. & Chir.* 1: 1122 (abre.) 1930.

⁵¹ Moore, J. E.: *Am. Jour. Ophthal.* 14: 111 (1931).

⁵² Temesváry, N.: *Zentralbl. Gynäk.* 54: 3140, 1930.

⁵³ Lees, D.: *Lancet*, 1: 640 (1931).

Bartholin y las trompas. El pronóstico es bueno en los casos agudos y subagudos, y rara vez se necesita la intervención quirúrgica. Entre los 324 casos agudos, sólo hubo 1 muerte, y se obtuvo completo restablecimiento de la función en 276 casos, y buen resultado funcional en 17. En los 64 casos crónicos el resultado varió según la invasión intra y periarticular. Lo importante es tratar el foco infeccioso primitivo; atender a la articulación infectada; y administrar tratamiento específico por vía sanguínea.

García Faure⁵⁴ aporta una serie de 7 casos de coxitis blenorragica en mujeres, que agrega a los 180 casos que ya registra la literatura mundial. De su casuística deduce la capacidad del gonococo para provocar lesiones ósteoarticulares; la constante evolución grave de esa invasión; la posible reconstrucción de las partes óseas destruidas; y los beneficios de la extensión continua sobre el dolor y la destrucción ósea.

Leucoplaquia bucal.—King y Hamilton⁵⁵ estudian 80 casos de leucoplaquia bucal, 66 en varones y 14 en mujeres. La edad media fué de 51.1 años, siendo el máximo de 79 y el mínimo de 25 años. La enfermedad parece ser rara en la niñez y la juventud, afectando principalmente al sexto decenio de la vida. La duración media había sido de treinta y cuatro meses y medio. En la mayoría de los casos no se pudieron descubrir antecedentes sífilíticos. De 21 casos en que se realizó la Wassermann, 6 resultaron positivos, y, en conjunto, la proporción de sífilis sólo fué de 10 por ciento, lo cual es sumamente bajo, comparado con los datos de otros investigadores. De los 80 casos, un 86 por ciento empleaban tabaco en exceso, en alguna forma. En las mujeres, la proporción sólo fué de 64 por ciento. Por lo menos en 23 había alguna deficiencia dental. Clasificados de acuerdo con la gravedad, 61.5 por ciento de los casos eran leves, en tanto que en 32.5 por ciento había leucoqueratosis, y en 6.25 por ciento carcinoma, del cual murieron 3 enfermos. La enfermedad parece agravarse más rápidamente en los diabéticos. El tratamiento varió según las circunstancias. En los casos muy leves, se trató de eliminar el factor irritante; cuando había placas ligeramente elevadas, se aplicó cuidadosamente ácido tricloroacético puro. Si había leucoqueratosis, se eliminó con el galvanocauterio. La electrocoagulación ha resultado útil en las lesiones infiltradas, y es mejor que el cauterio, pero puede haber recurrencia con ambos métodos. En los casos de carcinoma, se aplicó el radio, seguido de la electrocoagulación. En los casos de sífilis, se aplicó el tratamiento específico.

Precauciones en barberías, etc., en Francia.—Habiendo llamado la Comisión de Profilaxia de Enfermedades Venéreas la atención del Ministro de Salud Pública, sobre el peligro de las contaminaciones sífilíticas y de otro género, que entrañan los utensilios no desinfectados en los restaurantes, peluquerías, salones de belleza, etc., el Ministro⁵⁶ ha recomendado que en los distintos municipios dicten un decreto más o menos en este sentido: los utensilios utilizados en todos los sitios donde se le sirve al público comida, bebida, etc., serán, cada vez que se usen, sometidos a una limpieza en dos tiempos: inmersión en el agua clorada, diluida en 50 partes de agua, y enjague en agua pura, seguido del secado. La limpieza puede igualmente ser hecha con cualquier otro procedimiento reconocido por la oficina municipal, o el Consejo Departamental de Higiene. Los objetos empleados por los peluqueros, maniceros, pedicuros, masajistas y personas dedicadas a profesiones semejantes, serán también sometidos a una limpieza en dos tiempos, que comprenderá la inmersión durante algunos minutos en una solución de alcohol desnaturalizado, con una parte de oxicianuro de mercurio o 20 partes de formol al 40 por ciento, seguida del enjague y el secado después. Los paños, algodón, y otros objetos destinados a los mismos usos, y puestos en contacto con la piel,

⁵⁴ García Faure, M.: Prensa Méd. Arg. 17: 1505 (abr. 20) 1931.

⁵⁵ King, H., y Hamilton, C. M.: South. Med. Jour. 24: 380 (mayo) 1931.

⁵⁶ Gaz. Hôp. 104: 1066 (jul. 11) 1931.

no podrán servir más que para un sólo cliente. Las personas que trabajan en peluquerías, etc., están obligadas a limpiarse las manos antes de servir a cada cliente. (En el Distrito Federal de Washington, D. C., E. U. A., han dictado en 1931 una disposición semejante.—ED.)

Rusia.—En Rusia ⁵⁷ establecieron un Instituto Venereológico en 1922, dedicado a las fases médica, experimental y social de las enfermedades venéreas, con siete departamentos, cada uno dirigido por un especialista. El instituto cuenta con un hospital de 200 camas, y 140 filiales. En el dispensario de Moscou tratan 1,000 casos diarios. El departamento de sociología está considerado como de los más importantes, y contiene un anfiteatro, salas para conferencias e instalaciones, etc., a las que acuden constantemente grupos de todos géneros. Un cartel anuncia cada día los sucesos más interesantes. El instituto también sirve de centro de enseñanza para los estudiantes de medicina, y de perfeccionamiento para médicos, enfermeras, etc. La mitad de los ingresos proceden de la venta de medicamentos, y la otra mitad es contribuida por el Gobierno. Se hace todo esfuerzo posible para atacar la prostitución y se han creado asilos voluntarios para exprostitutas. En las escuelas dan cursos de higiene social y de educación sexual. Como reina libertad en todo lo relativo a sexo, casamiento y divorcio, la contracepción forma parte del programa de higiene social, y pueden conseguirse abortos con las debidas salvaguardias, y varios centros ofrecen información contraceptiva.

Reynolds ⁵⁸ también describe las obras de higiene social en Rusia. En los típicos dispensarios antivenéreos de las aldeas, reparten material educativo y carteles, y dan conferencias, algunas de ellas ilustradas. Cuando un enfermo se presenta en busca de tratamiento, se realiza una inspección de los demás de la familia. En las visitas domiciliarias, se ofrece enseñanza en saneamiento general e higiene personal. Las brigadas ambulantes, que recorren provincias enteras, han compilado datos sobre la frecuencia venérea, que en algunas aldeas llega a 40 por ciento, en particular en las tribus no eslavas, en que introdujeron la infección los soldados licenciados. El gobierno considera la prostitución como una anomalía social, semejante a la pobreza, la vagancia y la narcomanía, y en vez de tratar de reglamentarla o suprimirla, esfuérase por corregir las condiciones sociales a que se debe, sobre todo la falta de empleo en las mujeres. Las estadísticas demuestran que un 60 por ciento de las prostitutas asiladas abandonan después su profesión. En particular, se trata de infundir a las jóvenes una actitud sana con respecto a las relaciones sexuales.

Profilaxia.—Al resumir la infecciosidad de la sífilis, Stokes⁵⁹ asegura que mientras más reciente la infección, más peligrosa es. La Wassermann sanguínea no constituye un índice de la infecciosidad, pue-

⁵⁷ Yarros, Rachelle S.: Jour. Soc. Hyg. 16: 449, 1930.

⁵⁸ Reynolds, R. A.: Jour. Soc. Hyg. 16: 465, 1930.

⁵⁹ Stokes, J. H.: N. J. Med. Soc Jour. 28: 391 (mayo) 1931.

puede ser negativa cuando hay lesiones infecciosas, y viceversa. Las lesiones más infecciosas son: el chancro, las placas mucosas, el condiloma y las pápulas húmedas. Los sitios donde deben buscarse las lesiones recurrentes infecciosas son: los labios, las comisuras de la boca, los pilares fauciales y las amígdalas, los lados y suelo de la lengua, la axila, los pezones, los pliegues inguinales, los labios mayores, el pene, el escroto, y el ano. Toda lesión abierta o erodada, es peligrosa en la sífilis temprana. También pueden transmitir la infección el semen y el herpes no sifilítico; pero la transmisión tiene lugar principalmente por el contacto íntimo de superficies húmedas, es decir, la osculación o el coito. Los artículos humedecidos o contaminados de empleo corriente, también pueden transmitir la infección; pero los desinfecta el lavado con agua caliente y jabón y, todavía mejor, la ebullición. El traumatismo con un objeto infectado casi asegura la infección, tal vez sin chancro. La transfusión constituye un medio transmisor, y una sola Wassermann negativa no resguarda. Hay una forma recurrente y muy infecciosa, que exige sumo cuidado. A los cinco años, pocos enfermos son ya infecciosos, pero un tratamiento interrumpido puede prolongar la infecciosidad. No hay tratamiento que garantice indefinidamente contra la infecciosidad. Las sífilides tardías no son infecciosas, aunque haya lesiones abiertas, pero no deben ser confundidas con las recurrencias. El mercurio no evita la infecciosidad, y el bismuto, aunque mejor que el mercurio, no iguala al salvarsán, el cual ya surte efecto al mes de la última dosis.

Gauducheau⁶⁹ contesta algunos de los argumentos contra la profilaxia química de las afecciones venéreas. Sicard declaró recientemente que la pomada mercurial no puede ser utilizada por la mujer sin evocar graves reacciones tóxicas; que no puede aplicarse seguramente a toda la superficie susceptible de contaminación; y que sólo puede aplicarla satisfactoriamente una persona inteligente; en tanto que sólo previene cuando se aplica antes de la exposición, siendo muy dudoso su valor antiséptico después del contacto. A eso, Gauducheau responde que, aunque ha limitado el empleo de la pomada mercurial a los hombres, no cree que se hayan observado graves reacciones tóxicas en las mujeres. Además, aun limitando la profilaxia a los hombres, las mujeres también quedarán protegidas; y que aunque no puede aplicarse la pomada a la boca o al recto, sí puede aplicarse a todas las demás mucosas expuestas, de modo que resguarda todos los puntos habituales de contacto; y que el número de los que pueden aplicar el profiláctico con inteligencia es cada día mayor, debido a la enseñanza en el ejército y en la clientela de los médicos. Aunque Gauducheau ha recomendado siempre el empleo de la pomada antes de la exposición, también aconseja su empleo después. Con la adición de cianuro de mercurio las posibilidades de infección son muy remotas, pues el cianuro destruye instantáneamente los espiroquetos. La fórmula es ahora: cianuro de mercurio, 0.125 gm.; timol, 1-25; cálmel, 25-00; lanolina, 50-00; y vaselina y albolina, 24-00 partes. Sicard también indicó que, aunque la pomada puede suprimir el chancro, tal vez no impida una infección latente que se active después. A esto, Gauducheau contesta que los casos de sífilis sin chancro son sumamente raros.

⁶⁹ Gauducheau, A.: *Mouvement San.* 7: 163, 1931.

Jeanselme sostiene que, aun desde el punto de vista puramente social no basta con la llamada esterilización terapéutica para cohibir la sífilis, sino que cada individuo debe ser tratado hasta la completa curación. La supuesta esterilización no esteriliza de veras y, a menudo, aparecen lesiones contagiosas dentro de seis meses, y esos casos son más peligrosos por hallarse convencidos los enfermos de que ya no son contagiosos. Para el autor, 3 a 4 por ciento de los enfermos que reciben tratamiento esterilizante, manifiestan placas mucosas después, y un porcentaje mucho mayor de hijos hereditarios nacen de padres que sólo han recibido un tratamiento esterilizante. Un tratamiento que cesa después que desaparecen las lesiones externas, no cura la sífilis: sólo la enmascara. (Jeanselme: Un. Int. contre le Péril Vén., Cons. de Dir. & Assemblée Gén. de 1930, París, 1931, p. 75.)

Durante el semestre de enero-junio, 1930, Ashford⁶¹ estudió el valor de la profilaxia antivenérea en las fuerzas militares destacadas en Honolulu. El personal medio ascendía a 15,565, y el coeficiente de casos venéreos nuevos a 15.42 por mil al año, y excluidas las infecciones contraídas fuera del departamento, a 13.49. Durante el período estudiado, 9,726 soldados recibieron profilaxia venérea en las dos estaciones mantenidas en la ciudad, y de ellos, sólo 0.19 por ciento se infectaron. De los soldados que recibieron profilaxia en las estaciones, 1,824 emplearon además pomada mercurial antes o poco después del coito, pero el coeficiente venéreo en ese grupo es algo menos favorable. La explicación, puramente hipotética, quizás consista en que los individuos que se untaron la pomada, no consideraron indispensable hacerse tratar cuanto antes en la estación profiláctica. Visto eso, el autor hubiera abandonado la pomada mercurial dejándola a opción de los individuos; mas un análisis reveló los 1,824 individuos sólo habían contraído blenorragia, sin ningún caso de sífilis ni de chancro blando. El autor deduce, pues, que la pomada mercurial utilizada antes o inmediatamente después de la exposición, merma mucho las probabilidades de contraer sífilis, pero no de blenorragia, y que si el sujeto se atiende a la pomada y demora el tratamiento en la estación profiláctica, habrá más casos de blenorragia.

Resumiendo el resultado de un experimento con tubos individuales para la profilaxia venérea en un cuerpo militar, Duckwall y Cox⁶² declaran que el mejor modo de repartir los tubos consiste en colocarlos en la sala de recreo, u otro sitio fácil de acceso; que los tubos son empleados más a menudo que la profilaxia prescrita; y que con el uso del tubo no se observó ninguna disminución en los casos nuevos de mal venéreo, de modo que el tubo viene a ser igualmente eficaz que la profilaxia vigente, como profiláctico. La fórmula de los autores comprendió: cloruro mercurioso, 30; benzoato de sodio, 2; y lanolina qs. ad. 100. Recomiendan que los tubos tengan una cánula elongada de no menos de 1 cc. de largo, a fin de poder instilar bien adentro la pomada.

Profilaxia de la blenorragia.—En sus instrucciones sobre el cuidado de las enfermedades venéreas en sus hospitales, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos aconseja que todos los casos venéreos agudos en el período transmisible, sean asignados a una sala especial, sin permitirseles asistir a los comedores generales. Si no hay un comedor separado disponible deben tomar sus comidas en la sala en azafates, desinfectándose cuidadosamente los utensilios de mesa después de usarlos. Sin embargo, las infecciones por esos utensilios en los

⁶¹ Ashford, M.: Mil. Surg. 68: 57 (eno.) 1931.

⁶² Duckwall, B. F., y Cox, W. C.: Mil. Surg. 69: 172 (agto.) 1931.

casos venéreos, son mucho menos probables que cuando se trata de trastornos respiratorios. En los dispensarios en que hacen muchas irrigaciones, los empleados deben ponerse espejuelos para impedir que les salpique la conjuntiva algún material infeccioso. En París observaron que el pus blenorragico no produce conjuntivitis especifica, si está diluido a más del décimo, y eso probablemente explica porqué hay tan pocos casos de conjuntivitis blenorragica en los adultos. Si cayera algún material infeccioso de esa naturaleza en el ojo, éste debe ser minuciosamente lavado con argirol al 20 por ciento o mercurocromo al 1 por ciento, cada hora, durante las 4 a 8 horas siguientes. No conviene utilizar solución de bicloruro de mercurio en esos accidentes, a menos que no haya otra sustancia disponible, y entonces debe diluirse al 1 por 30,000. Cuando algún instrumento contaminado con sangre o secreción sifilítica pincha a algún individuo, pueden utilizarse varios procedimientos. La herida debe ser lavada y friccionarse bien en la zona pomada mercurial al 33.3 por ciento. La pomada debe ser también utilizada en caso que se contamine una superficie excoriada con material supuestamente sifilítico. Esos métodos son mucho mejores que la cauterización. (*Pub. No. 29, Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos.*)

A fin de proteger mejor la vida y salud de la madre, así como del hijo, y evitar los daños producidos por la gonococia, Godoy Alvarez ⁶³ recomendó que el Primer Congreso Mexicano de Prevención de la Ceguera dirija una excitativa a los hospitales, maternidades, sanatorios y dispensarios para embarazadas, y a todo el personal médico y tocológico, para que dé la importancia que merece, al diagnóstico y tratamiento de la blenorragia en el embarazo; hacer propaganda para que las embarazadas visiten regularmente la consulta médica todo el tiempo que dure el embarazo; reconocimiento médico de los lugares en que el gonococo se localiza más a menudo; y que no se recurra a simples inyecciones como único tratamiento, y menos encargando de ellas a la propia enferma, pues pueden así resultar más peligrosas que útiles.

Profilaxia de la oftalmía neonatal.—Van der Straeten ⁶⁴ resume así la profilaxia de la oftalmía neonatal: primero, desinfección del aparato genital de la madre que padece de blenorragia; segundo, cuidadosa limpieza alrededor de los ojos del niño inmediatamente después del nacimiento, antes de abrir los ojos y de ligarse el cordón, utilizando solución de permanganato para arrastrar las secreciones genitales de la madre; y tercero, instilación de una gota de nitrato de plata al 2 por ciento en los ojos del niño. La mayor parte de los médicos creen que lo último es lo único necesario, pero eso constituye una gran equivocación.

Oftalmía neonatal.—La primera ley dictada en los Estados Unidos contra la oftalmía neonatal fué la de Maine en 1891. En Massachusetts no hay ley sobre el asunto, pero sí un reglamento del Departamento de Beneficencia, que reza con las maternidades, y una ley que obliga a distribuir gratuitamente un profiláctico a todos los médicos. En 1928 se distribuyeron 69,825 ampollas de nitrato de plata, en tanto

⁶³ Godoy Alvarez, M.: An. Soc. Mex. Oft. & Oto-Rino-Lar. 8: 307 (sbre.-dbre.) 1930.

⁶⁴ Van der Straeten: Arch. Ophthal. 57: 586, 1930.

que hubo 79,054 nacimientos en el Estado. En 1909, la oftalmía neonatal cegó a 14 criaturas; en 1930, no hubo casos debidos a esa causa. De 19 ciegos que ingresaron en 1930 en el Instituto Perkins para ciegos, en 2 la causa era oftalmía neonatal. (*New Eng. Jour. Med.* 265, 1931.)

Profilaxia de la sífilis congénita.—Klaften ⁶⁵ afirma que la profilaxia es distinta en la sífilis congénita que en otras enfermedades infecciosas. Como el portador es la gestante, hay que buscarla y tratarla. En Viena, y en Austria en general, el número de sifilíticas representa como 5.5 por ciento del total de partos, y el número de niños sifilíticos como 4.4 por ciento. En Viena, los mortinatos llegaron a 525 en 1929 y a 943 en 1923, pero esa baja no denota mejoría, pues al mismo tiempo disminuyeron proporcionalmente los nacimientos; es decir, que el coeficiente era de 3.8 en 1926 y 3.06 en 1929. Las cifras para el país son aproximadamente idénticas. La Real Comisión Inglesa de Enfermedades Venéreas considera la mortinatalidad como índice de la frecuencia de la sífilis en general, pero eso no es exacto, pues los sifilíticos sólo constituyen de 20 a 25 por ciento de los mortinatos. El número de mortinatos sifilíticos, abortos tardíos y fetos macerados representa, hasta cierto punto, pero no del todo, la frecuencia de la sífilis. En cambio, indican si la profilaxia prenatal es adecuada o no. El tratamiento de las madres altera el número de niños con sífilis manifiesta y, por lo tanto, el coeficiente sifilítico. El autor publica una tabla indicando el resultado del tratamiento prenatal en 3,006 casos. Entre las madres que recibieron tratamiento antes del parto, los hijos sifilíticos sólo llegaron a 0.9 por ciento. Si la madre tiene sífilis, los hijos deben recibir tratamiento profiláctico, aunque no manifiesten signos de lúes. El tratamiento antisifilítico debe ser complementado con la higiene y alimentación apropiada.

Ante la Sociedad Médica de Debretzin, Hungría, el Dr. Edward Neuber declaró que no basta con la vigilancia de las prostitutas inscritas, sino que debe examinarse a los niños en la escuela, en busca de casos de sífilis congénita. Igualmente, en los registros de los nacimientos deben exigirse certificados de exención de enfermedades venéreas. El autor ya ha introducido su método en las escuelas de su población, y de dar resultados allí, tratará de introducirlo en todo el país. (Carta de Budapest: *Jour. Am. Med. Assn.* 553 (agto. 22) 1931.)

Examen médico prenupcial.—Rodríguez repasa la literatura relativa al examen médico prenupcial. Además de varios Estados de la Unión americana, en México desde 1926 un artículo del Código Sanitario prohíbe celebrar matrimonios si los contrayentes no presentan un certificado de que no padecen de ciertas enfermedades. En Guatemala en 1919 se pensó en crear el certificado prenupcial y Azurdía en 1926 abogó por su creación, pero no se ha hecho nada todavía en ese sentido. El nuevo Código Sanitario de Chile estatuye

⁶⁵ Klaften, E.: *Wien. klin. Wchnschr.* 44: 51, 1931.

el establecimiento de consultorios prenupciales, pero el examen es voluntario. En Guatemala han establecido últimamente el primer consultorio antivenéreo y tratan de fundar otros. El Reglamento Sanitario de Guatemala también obliga a las meretrices a ser examinadas dos veces por semana, y en caso de infección venérea a ser hospitalizadas hasta la curación completa. Exige igualmente un examen médico a todas las personas cuyo oficio expone al público al contagio, como panaderos, barberos, etc. Para dar alguna idea de la gravedad de la blenorragia femenina, Rodríguez declara que entre 831 enfermas del Servicio de Cirugía del Hospital General en los años 1927, 1928 y 1930, se practicaron 181 histerectomías, ooforo-salpingectomías y ovariectomías. (Rodríguez, H. E.: "Examen Médico Prenupcial," tesis, 1931.)

En el IV Congreso Científico Latino-Americano (primero Panamericano), celebrado en Santiago de Chile en 1909, Coni, el delegado argentino, recomendó la institución del certificado prenupcial, y mientras era presidente del Consejo Consultivo del Departamento Nacional de Higiene, presentó en 1919 un proyecto en el mismo sentido, sin ningún resultado. En 1921, la Liga Argentina de Profilaxis Social solicitó la sanción de leyes de igual tenor, y posteriormente han sido presentados en el Parlamento proyectos semejantes, aun sin fruto. Fernández Verano⁶⁶ aboga en el mismo sentido, pero recomendando que por lo pronto se creen consultorios prenupciales gratuitos y de concurrencia facultativa, y que se realice una intensa propaganda en favor de los ideales eugénicos y la educación sexual, para inculcar en los jóvenes la noción de la responsabilidad biológica.

En las jornadas médicas de Bruselas, Dujardin discutió el casamiento de los sifilíticos. Para él, el certificado prenupcial es una medida social indispensable, pero tan fácil con respecto a la tuberculosis, como complicada en lo tocante a la sífilis. (Carta de Bélgica: *Jour. Am. Med. Assn.* 372 (eno. 31) 1931.)

Prostitución en Sudamérica.—La cuestión de la prostitución es en la Argentina de resorte municipal.⁶⁷ Un la ciudad de Buenos Aires en 1919, el consejo deliberante decretó la clausura de los prostíbulos y votó una ordenanza abolicionista. El resultado final fué la instalación de casas donde ejerciera una sola mujer, "como medio de conciliar las reglas de la higiene con la lucha contra el proxenetismo." Un pleito reciente contra una asociación compuesta de proxenetas, ha demostrado plenamente el error de tal suposición, pues dueños los traficantes de numerosos prostíbulos, explotaban sus víctimas en locales reducidos, en lugar de los grandes anteriores. Muy próximo a la Capital Federal, en la población de San Fernando, existen numerosos y grandes prostíbulos. En cambio, el distrito de Avellaneda es abolicionista desde hace más de 12 años. En Río de Janeiro, 10

⁶⁶ Fernández Verano, A.: *Semana Med.* 38: 828 (sbre. 10) 1931.

⁶⁷ Luisi, P.: *Bol. Cons. Nac. Hig.* 25: 410 (jun.) 1931.

años de trabajo concienzudo muestran lo que puede conseguirse en favor del abolicionismo. Aunque ninguno de los países sudamericanos ha respondido a un cuestionario enviado por la Liga de las Naciones, según la autora, en lo que parece, Bolivia, Cuba, Chile y Nicaragua han abolido también el sistema de las casas de tolerancia. ¡Es actualmente unánime la declaración del fracaso absoluto de la vieja reglamentación, tal como aun subsiste en el Uruguay. La reglamentación de la nueva ley contra el proxenetismo, ha dado por resultado prostíbulos mono o bipersonales, y las mujeres obligadas a ejercer su comercio en ellos, fuera de su domicilio. La autora espera que los médicos y los higienistas del Uruguay encuentren un nuevo sistema que sustituya a la reglamentación, e instituya un método de profilaxia más en armonía con las realidades y las exigencias de la hora presente. La autora propone: supresión de todo control policial en materia sanitaria, incluso supresión del reglamento, inscripción y demás requisitos de la inspección de prostitutas; la prostitución será regida en materia sanitaria por las disposiciones relativas a la salud pública, y en materia civil, por el derecho común; aumento del número y personal de los dispensarios existentes; creación de un cuerpo de oficiales especializados en profilaxia antivenérea, y de otro de visitadoras por el estilo de las *Hermanas* de Holanda, y las *Pflegehämter* de Alemania; instalación de casas de refugio, trabajo y regeneración material y moral, de tres categorías diferentes: para menores, para las que están en peligro, y para las que son ya prostitutas; propaganda intensa para la población en general; medidas educativas generales, educación sexual, educación en general, etc.; y, transitoriamente, la notificación obligatoria para los dos sexos. En la Escuela Normal de Maestras de Montevideo, existe desde hace cinco años una cátedra de higiene social, que prepara a los educadores sobre pedagogía sexual. Además, existe una cátedra de conferencias de higiene social, especialmente para maestros.

Durante el año 1929 se examinó en los dispensarios de salubridad de Buenos Aires a 14,875 mujeres, de las cuales 40 resultaron enfermas. En el consultorio para inscritas se realizaron 7,061 consultas. El número de prostíbulos inscritos promedió 329. (*Rev. Est. Mun. Ciudad de Buenos Aires*, eno., 1930.)

En un editorial, el *Repertorio de Medicina y Cirugía* (fbro., 1931) de Bogotá, comentando el implante de la reglamentación de la prostitución en el Departamento de Cundinamarca, afirma que de los fondos de la Lotería de Beneficencia, 50,000 pesos pasan cada año a ayudar a cubrir los gastos que demanda allí la reglamentación. Los dispensarios de ese departamento dan patentes de prostitutas a las mujeres que públicamente ejercen el oficio, persiguiendo a las demás, y examinan una vez semanal a todas las inscritas, de las que ya hay 7,000. Según el *Repertorio*, "no se ha podido idear y poner en uso un sistema más sencillo, más práctico y más costoso para facilitar la

corrupción total de la juventud de ambos sexos, y para generalizar entre todas las capas sociales las infecciones venéreas." Para dicha revista, "ignorar la prostitución y facilitar el tratamiento antivenéreo, parece ser la fórmula de los ingleses y la que debe adoptarse en todo el mundo."

En el año 1930,⁶⁸ se inscribieron en los registros de la prostitución de Montevideo 170 mujeres, de las cuales resultaron enfermas 19 por ciento, y fueron eliminadas 34. El número de inspecciones médicas ascendió a 37,569, ó sea un aumento de 3,277 sobre el año anterior. En las policlínicas practicaron 12,179 curaciones y 2,753 inyecciones. En la policlínica odontológica se examinó a 538 inscritas y se trató a 499. En el laboratorio de análisis se practicaron 514 análisis de muco-pus, con 20 por ciento de positivos. Al pabellón "Germán Segura" fueron remitidas 137 mujeres para tratamiento. Paulatinamente, va desapareciendo el viejo radio de concentración, y las pupilas se han ido diseminando por la ciudad y alrededores, de acuerdo con el régimen de radio libre que se ha acordado establecer. En conjunto, durante el año se prestaron 12,520 atenciones en los dispensarios, 272 de ellas enfermas nuevas. Las inscritas en los lenocinios, incluso entradas y salidas, llegaron a 533.

Prostitución en Rusia.—Antes de la revolución, la prostitución en Rusia había alcanzado mucho auge.⁶⁹ En Petrogrado había 40,000 prostitutas, entre 1,100,000 habitantes. En 1919, se constituyó una comisión para combatir la prostitución, por iniciativa de la Comisaría de Higiene. La comisión elaboró un programa que comprendía escuelas, talleres, instituciones encargadas de repartir el trabajo femenino, hogares para mujeres en viaje, etc. La guerra civil obstaculizó mucho esas gestiones. Con el período de la nueva política económica, recrudeció la prostitución. Sólo en 1928 fué reanudada la lucha sistemática, por medio de la creación de establecimientos profilácticos, radicados en los dispensarios venereológicos, en que se trata a las enfermas y se les enseña un oficio. Estos establecimientos ya han sido creados en Moscou, Kazán, Baku, Saratov y Vladivostok. Además, se crearon para las prostitutas sanas colonias de trabajo, bajo la jurisdicción de la Comisaría de Previsión Social. Al principio, los órganos de la higiene y de la previsión social tenían que luchar con el problema de dar trabajo a las antiguas prostitutas, bien consiguiéndoles colocación, o multiplicando sus propias instituciones; pero ese obstáculo desapareció al cesar la desocupación a fines de 1930. En 1931, 1,600,000 mujeres entraron en la industria, y vista la demanda de mano de obra, se ha simplificado mucho la cuestión. Es por eso que los protocolos de la policía revelan que el número de prostitutas ha disminuído a un 10 por ciento de las cifras de 1921. La proporción de individuos que han contraído el mal venéreo por intermedio de prostitutas es éste: 1914, 56.9 por ciento; 1925, 30.3 por ciento; y 1930, 21 por ciento. Sin embargo, la prostitución profesional no ha desaparecido del país, y el patronaje oficial trata de atacarla, buscando las mujeres que se entregan a ella, para educarlas. Las prostitutas que se niegan sistemáticamente a trabajar y siguen en relaciones con el mundo criminal, son colocadas en casas de trabajo de tipo cerrado, y las más peligrosas son expulsadas de los grandes centros, y sometidas a una reeducación. Una película llamada *Solovki* que también ha sido exhibida en el extranjero, revela el régimen a

⁶⁸ Cuenca y Lamas, B.: Bol. Cons. Nac. Hig. 25: 460 (jun.) 1931.

⁶⁹ Progrés Med. (jun. 27) 1931, p. 1191.

que son sometidas. Como se considera que la prostitución no desaparecerá del todo hasta que cese la demanda, se han creado brigadas especiales para averiguar quiénes son los consumidores de la prostitución.

Desaparición del burdel.—Aunque las naciones civilizadas han abandonado sucesivamente la reglamentación de la prostitución, en Francia todavía retienen el sistema, pero ya hay signos de protesta.⁷⁰ En Grenoble, las autoridades municipales han abolido la reglamentación, y cerrarán las casas de tolerancia el 1° de enero de 1931. El Dr. Hermite ha demostrado lo que puede hacer un sistema de consultas voluntarias. En 1926 y 1927, al servicio antivenéreo asistieron 691 hombres y 481 mujeres. Iniciado el servicio gratuito, el número de hombres se elevó a 8,449 y el de mujeres a 4,369.

Recidivas en la sífilis.—El actual estudio ⁷¹ de las recidivas tempranas en la sífilis comprende 60 recidivas en 56 enfermos entre 2,439 casos, 911 en ellos primarios o secundarios. Aparte de la posible confusión entre recidiva y reinfección, la última, a lo más, constituirá 0.16 por ciento, comparado con 2.2 por ciento para la primera, o sea catorce veces más. La recidiva acusa una proporción de 1 a 16 comparada con la sífilis temprana como propagadora de la enfermedad y de 1 a 5 con el chancro, en tanto que el último es 67 veces más importante que la reinfección como transmisor potencial. Debido a su naturaleza menos notable, la recidiva también entraña posibilidades mucho más peligrosas que el chancro o las secundarias. Un 61 por ciento de las lesiones recidivales son real o potencialmente infecciosas, y en 90 por ciento de las recidivas cutáneas y mucosas, las lesiones infecciosas formaban parte del cuadro. Las monorrecidivas o recurrencias del chancro y las pápulas chancriformes, constituyen 13 por ciento de las recurrencias infecciosas, en tanto que las placas mucosas, los condilomas y las pápulas húmedas y secas en sitios como los genitales, constituyen 48 por ciento. La región anogenital es el asiento exclusivo en 41 por ciento, y la boca en 17.7 por ciento. De 45 lesiones anogenitales, un 66.6 por ciento correspondieron al pene o la vulva. Al hacer el examen, un 45.9 por ciento de las lesiones anogenitales eran infecciosas. En 78 por ciento de 19 recidivas estudiadas, se obtuvieron ultramicroscopías positivas. La serología sanguínea fué positiva en 96.5 por ciento de las lesiones cutáneas y mucosas. Estas predominan en los primeros dos años de la enfermedad, y un 93 por ciento de ellas correspondían a ese período. En la serie de los autores, tanto como en la de Moore y Kemp, de 85 a 88 por ciento de las recidivas correspondieron a enfermos que habían recibido menos de 13 inyecciones de salvarsán con mercurio o bismuto. De 119 enfermos tratados con esa sustancia, ho hubo ninguna recidiva en 42 que habían recibido por término medio 28.8 inyecciones de salvarsán y 28.2 de mercurio o bismuto, en tanto que las hubo en 13 por ciento de 77 enfermos que recibieron un promedio de 8.6 y 4.4 inyecciones respectivamente. Las máximas prácticas para el médico que

⁷⁰ Carta de París: Lancet 2: 545, 1930.

⁷¹ Stokes, J. H., Besancon, J. H., y Schoch, A. G.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 344 (eno. 31) 1931; véase también Arch. Derm. & Syph. 23: 829 (mayo) 1931.

desea evitar las recidivas infecciosas son éstas: abandonar el tratamiento abortivo con series breves; en todo caso temprano, administrar no menos de 20 inyecciones de un salvarsán y más si es posible, de preferencia en una o dos series, y una cantidad equivalente de un metal pesado, sin descansos. Las recidivas cutáneas y mucosas son descubiertas por el examen físico, en particular de la boca, ano y genitales, más bien que por la Wassermann. Una Wassermann o Kahn negativa no debe hacer que el médico descuide sus precauciones. Como las recidivas potencialmente infecciosas predominan en los dos primeros años de la sífilis temprana, sólo deben permitirse el coito y el contacto íntimo cuando el enfermo se encuentra bajo tratamiento con salvarsán. La duración de la noinfecciosidad tal vez no pase de un mes, cuando se suspende el tratamiento antes de la duodécima inyección de salvarsán.

Antes de que los arsenicales aparecieran en la terapéutica sífilítica, las reinfecciones eran casi desconocidas, y en 1909, Joyn sólo pudo encontrar 14 casos auténticos entre 356 publicados.⁷² En primer lugar, los remedios no eran suficientemente eficaces para permitir una reinfección y, en segundo lugar, no mermaba bastante la alergia cutánea, pues no quedaban destruidos los anticuerpos que mantenían la infección crónica. Desde la introducción del salvarsán, se han comunicado muchos casos de reinfección tras lesiones primarias. Algunos autores todavía sostienen que una sífilis, aun primaria y seronegativa, jamás se cura; pero los hechos parecen ser indisputables en sentido contrario. Los autores publican dos casos que, para ellos, son netos de reinfección.

Fecundidad de los sífilíticos.—A fin de comprobar la teoría de que los sífilíticos son estériles, el autor ⁷³ estudió 1,860 historias clínicas de enfermos observados desde el comienzo de la salvarsanoterapia. Los dividió en dos grupos: todavía infectados o, por lo menos, con Wassermann positiva; y sin manifestaciones clínicas, con Wassermann negativa. Hubo 263 casamientos en conjunto: 178 y 85 respectivamente. De ellos 49, ó sea 18 por ciento, no tuvieron hijos, correspondiendo 34 al grupo infectado y 15 al otro. La esterilidad en los tuberculosos es de un 6.8 por ciento, y en los individuos normales de 2.8 por ciento, de modo que la proporción de 18 por ciento en los sífilíticos parece muy alta; pero probablemente no es siempre real, pues muchos sífilíticos se abstienen voluntariamente de tener hijos. El número de embarazos en el grupo fué normal, pero como hay muchos abortos y partos prematuros, en el grupo infectado el número de hijos viables fué 90 por ciento menor que en los sujetos normales. En cambio, en los tratados con arsenobenzol, la proporción fué de 90 por ciento normales.

Origen de la sífilis.—Entre 100 casos de sífilis estudiados por Ledoux ⁷⁴ en una población francesa, 12 eran de origen desconocido, 26 procedían de prostitutas inscritas, 28 de prostitutas en casas toleradas, y 34 de mujeres casadas o empleadas. Compara esas cifras con las estadísticas de París durante los últimos 10 años, y declara que las contaminaciones acusan la misma proporción en París hoy día, a pesar del tratamiento intenso de los últimos años. De eso deduce o que la sífilis activa es tan frecuente que los esfuerzos actuales no bastan o que hay métodos de contaminación que no conocemos.

⁷² Lévy-Bing, y Barthélemy, R.: Ann. Mal. Vénér. 25: 759, 1930.

⁷³ Piccardi, G.: Rassegna Studi Sess. Dem. & Eug. 10: 123, 1930.

⁷⁴ Ledoux, Ph.: Urol. & Cutan. Rev. 34: 661, 1930.

Traumatismo y parálisis general.—Klauder y Solomon⁷⁵ discuten la importancia medicolegal que reviste el traumatismo cefálico, en relación con la demencia parálítica. En 1822, cuando Bayle estableció la demencia parálítica como entidad independiente, mencionó el traumatismo como causa, y de nuevo recalcaron ese factor Lasègue en 1853 y Vallon en 1882. Sólo después de Fournier en 1870, se consideró seriamente la sífilis, la cual hoy día pasa por ser la única causa científica. A primera vista, el traumatismo parece intervenir en algunos casos, y en éstos hay que considerar lo siguiente: etiología de la enfermedad, iniciación y evolución, circunstancias motivadoras, y papel localizador del traumatismo. Los datos disponibles indican que el sistema nervioso de los enfermos que manifiestan parálisis general, es invadido de varios a 30 años o más, antes de aparecer los síntomas clínicos. Se han comunicado casos en que el traumatismo, una infección aguda, el saturnismo, insolación, y el parto, parecen haber sido causas precipitantes. También hay muchos datos clínicos y experimentales relativos al papel del traumatismo en determinar la localización de un proceso sifilítico. Con respecto a la historia de traumatismo, Kaplan la encontró en 4.4 por ciento de 546 casos; Lehmann en 4.8 de 2,984; y Mott en su casuística, halló muy pocos en que hubiera una relación establecida de ese género. Sin embargo, hay que mostrar reserva al aceptar esos estudios pues, según apuntara Lautier en 1918, si se toman las cifras de algunos investigadores, la guerra resultaría el mejor profiláctico de la parálisis general. Regis y Verger, que estudiaron detenidamente el asunto, declararon que el traumatismo craneal intenso provoca la enfermedad en un sifilítico predispuesto, del mismo modo que otros factores ya tóxicos o infecciosos. Para los autores, cada caso debe ser considerado de acuerdo con sus méritos, y el médico debe tratar de evaluar el efecto del traumatismo sobre el contenido intracraneal, el significado de los síntomas durante el período intercalar; y la probable modificación de la longevidad y utilidad del enfermo.

Castigo de la transmisión a sabiendas.—El código penal danés de 1866 castiga con encarcelamiento a toda persona que, sabiendo se halla infectada con un mal venéreo, tenga relaciones sexuales con otra. Desde 1919,⁷⁶ se han dictado leyes semejantes en Suecia, Noruega, Rusia, Checoslovaquia, Finlandia, Suiza, Australia, Canadá, Alemania, Italia, y en casi todos los Estados de los Estados Unidos.

Transmisión por la transfusión.—Tragant⁷⁷ citó un caso en Barcelona en que un individuo de 24 años contrajo la sífilis después que se le hizo una transfusión con sangre de un hermano que resultó después sifilítico.

Polayes y Lederer⁷⁸ describen un caso de sífilis en un lactante, en que las pruebas parecen determinar que la infección fué transmitida por un hemodonante

⁷⁵ Klauder, J. V., y Solomon, H. C.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 1 (eno. 3) 1931.

⁷⁶ Mario, V.: Urol. & Cutan. Rev. 35: 216, 1931.

⁷⁷ Tragant, J.: Med. Ibera 15: 126 (eno. 24), 1931.

⁷⁸ Polayes, S. H., y Lederer, M.: Am. Jour. Syph. 15: 72 (1931).

profesional. No había antecedentes ni signos clínicos ni serológicos en los padres, y éstos se mostraban positivos de que el niño no había estado en contacto con ningún sífilítico. El donante no pudo ser descubierto, pero la agencia recordó que uno de los inscritos había sido eliminado por acusar una Wassermann positiva.

Iniciación de la educación sexual.—Después de analizar los hechos relativos al desarrollo del niño, Coutts y Morales ⁷⁹ declaran que el Estado debe propender, por todos los medios a su alcance, a la educación de los padres, a fin de que no señalen fenómenos naturales a los hijos, como misteriosos o inmorales. Según dichos autores, la educación sexual debe ser obligatoria en las escuelas de ambos sexos, e iniciada cuando el médico escolar y el psicólogo asesor lo estimen oportuno.

Sobrevivencia del gonococo.—Pieper y Retzlaff ⁸⁰ lograron cultivar un porcentaje subido de gonococos, de vacunas recién preparadas, al cabo de 6 horas, viviendo todavía de 11.5 a 30.7 por ciento, al cabo de 24 horas. La tinción varía mucho. En 20 por ciento de las vacunas los gonococos no tenían bien al cabo de pocas horas; mientras que 30 por ciento tenían todavía a los seis meses. Según los autores, los gonococos recién cultivados del hombre son más resistentes en los líquidos a la temperatura ambiente, que lo que se suele creer.

Sífilis y frambesia.—Butler ⁸¹ declara que aunque puede demostrarse de muchos modos el origen europeo de la sífilis sin embargo, todavía ciertos médicos continúan defendiendo el origen americano. Para él, lo mismo sucede con el dualismo de la lúes y la frambesia. Desde Sydenham, y mucho antes que él, los médicos europeos estaban en lo cierto, y Berkeley Hill en Inglaterra y Lancereaux en Francia, han demostrado la completa identidad de ambas enfermedades. Tampoco faltan pruebas clínicas, epidemiológicas y microscópicas. En cambio, han fracasado cuantos han tratado de demostrar lo contrario en los últimos 40 años. Stannus declara que Butler hace mal en citar a Berkeley Hill y Lancereaux, pues ninguno conocía de cerca la frambesia. Para Stannus, a los unificistas les corresponde en particular explicar por qué ningún caso de sífilis indudable ha manifestado jamás la típica y patognomónica erupción florida que caracteriza a la frambesia. Burke agrega que si la sífilis existía en el Viejo Mundo antes de 1493, Butler debe citar algún dato positivo, pues antes de Colón, no se oye hablar de ella; pero poco después, se el mal retumba en todas partes de Europa, siendo reconocido por los médicos de la época como una nueva enfermedad. Con respecto al dualismo de sífilis y frambesia, hay muchas pruebas; pero de su identidad, ninguna. Cierto es que, morfológicamente, ambos parásitos se parecen; pero su comportamiento, que es lo importante, es distinto. La frambesia no existe en forma congénita. La lesión primaria es rara vez genital, y va casi siempre precedida de marcados síntomas orgánicos. En cambio, rara vez produce endarteritis y adenitis, y su exantema es aislado y se acompaña de mucho prurito, sin evocar alopecia ni iritis. La madre frambésica no da a luz hijos con dientes de Hutchinson, queratitis intersticial, sordera, etc. Ambas enfermedades coexisten a menudo en el mismo individuo, y una enfermedad no inmuniza contra la otra. La frambesia tampoco produce tabes, parálisis, o aneurisma aórtico. Stannus replicó que, en ciertos pueblos indígenas, la lesión

⁷⁹ Coutts, W., y Morales B., G.: Rev. Chil. Ped. 2: 383 (agto.) 1931.

⁸⁰ Pieper, E., y Retzlaff, Edith: Zentralbl. Bakteriol. 118: 47, 1930.

⁸¹ Butler, C. S., Stannus, H. S., y Burke, E. T.: Apud U. S. Nav. Med. Bull. 29: 685 (obre.) 1931, véase también vol. 30: 62 (eno.) 1932.

primaria de la sífilis puede a menudo ser extragenital; que en la frambesia, puede o no haber síntomas generales, como sucede en la sífilis; ser muy frecuente la adenitis y faltar el prurito; y que se han descrito en ella muchas clases de lesiones cutáneas. Butler volvió a replicar que, cuando el síndrome frambésico surgió de la oscuridad del pasado, la diferenciación de la sífilis fué puramente clínica y, por lo tanto, insuficiente. Los antiguos autores, como Huxham, Sydenham y Buchan, sabían a ciencia cierta que la enfermedad era puramente sífilis no venérea. En el siglo XVIII y XIX, el síndrome fué demarcado, descartándose los casos de sífilis que no manifestaban los síntomas esperados para las bubas. Hace 30 años, Hutchinson arguyó convincentemente que la frambesia y la sífilis se inmunizaban mutuamente, lo cual está considerado prueba definitiva de identidad con respecto a otras enfermedades y, desde entonces, todas las investigaciones de laboratorio han demostrado lo mismo. Burke reitera que el "sibbens" inglés, que apareciera en Escocia en 1694, y mencionado de nuevo por Blair en 1718, para él es frambesia y no sífilis extravenérea, como cree Stannus. La diferencia entre sífilis y "sibbens" es precisamente la misma que entre la primera y la frambesia. Volviendo a citar pruebas de la antigüedad de la sífilis en Europa, Butler afirma que Celso (30 A. J. C.—38 E. C.) ya habla de úlceras secas y limpias de los genitales, que serían chancros sífilíticos. Marcial también se refiere a condilomas de las nalgas. La frecuencia del aneurisma entre los romanos en la época de Galeno, también da a entender la intervención de la sífilis introducida por las úlceras secas de Celso, si bien no se conocía el papel de las últimas.

Miyao ha publicado en el *Philippine Journal of Science* de noviembre, 1930, una serie de argumentos en apoyo de la doctrina de que la frambesia y la sífilis son entidades independientes. Como puntos diferenciales menciona: la lesión inicial; la forma de inmunidad; el carácter de la metástasis; las diferentes reacciones quimioterapéuticas; y la falta de infecciones congénitas en la frambesia. Para él las dos enfermedades pertenecen al mismo grupo y son afines, pero en el fondo distintas. Al comentar este trabajo, el U. S. Naval Medical Bulletin de abril, 1931, hace notar que las diferentes manifestaciones de los dos estados parecen deberse, no a la existencia de dos microbios biológicamente diferentes, sino más bien a un mismo microbio actuando en condiciones absolutamente distintas.

Etiología de la sífilis.—Lépine⁸² resume las recientes teorías etiológicas de la sífilis, según las cuales el espiroqueto pálido no es el agente causante, sino un período visible y avirulento de un ultravirus. Sus observaciones en enfermos y en muchos animales de experimentación lo impulsan a declarar: muchos estados sífilíticos no albergan el espiroqueto visible; en el ciclo biológico del espiroqueto existe un primer período en que sólo aparece el agente invisible virulento, un segundo período en que existen espiroquetos y agentes invisibles virulentos, y tercer período en que hay una forma vegetativa avirulenta parecida al espiroqueto recurrente o el espiroqueto de la parasífilis. El agente invisible es un ultravirus.

Etiología del granuloma inguinal.—DeMonbreun y Goodpasture⁸³ presentan los resultados del estudio cultural y citológico de siete casos de granuloma inguinal. En ninguno de sus cultivos pudieron encontrar microbios que poseyeran las características morfológicas y tintoriales del microbio de Donovan. De uno de los casos, se obtuvo para cultivo material rico en microbios de Donovan, y libre de otras bac-

⁸² Lépine, P.: *Presse Méd.* 39: 1233 (agto. 19) 1931.

⁸³ DeMonbreun, W. A., y Goodpasture, E. W.: *South. Med. Jour.* 24: 588 (jul.) 1931.

terias secundarias; pero al cultivarlo, no pudieron observar aumento del microbio. Hay ciertas pruebas de que los microorganismos de Donovan pueden aumentar de tamaño y permanecer viables en los cultivos libres de contaminación, por mucho tiempo. Basándose en pruebas presuntivas y en las alteraciones del desarrollo observadas en ciertos medios de cultivo, los autores se inclinan a considerar ese microbio como parásito vegetal, más bien que protozoo. Guiándose por la citología, creen que la proliferación del microbio en las lesiones humanas, tiene lugar principalmente en los mononucleares grandes. El microbio aparece tanto en forma encapsulada como no encapsulada, pero ni una ni otra toman el gram. Para los autores, el microorganismo de Donovan es el agente causante del granuloma inguinal, y ninguno de los otros microbios cultivados de las lesiones humanas, desempeña ese papel. También, han infectado por primera vez a animales (*Macacus rhesus*), con los microbios de Donovan.

Levaditi y colaboradores⁸⁴ estudiaron experimentalmente la etiología y patogenia de la enfermedad de Nicolás y Favre (cuarta enfermedad venérea). La dolencia es transmisible a los monos por inoculación del jugo ganglionar en el cerebro, el prepucio y los ganglios linfáticos. El germen es filtrable e invisible. Queda destruído a 60° y resiste poco la glicerina, pero se conserva algún tiempo a una temperatura baja. Inoculado en los ganglios, o al nivel del prepucio, el virus reproduce en el animal la enfermedad humana. El germen persiste por lo menos 71 días en los ganglios linfáticos del mono, y todavía más en el cerebro del ratón, sin que éste acuse trastornos aparentes. La afección es generalizada, en el sentido de que, en los monos contaminados con el virus, se difunde por todo el sistema hematopoyético. Los autores encontraron anticuerpos virucidas en el suero de los enfermos. También comprobaron que el virus retiene su virulencia para el hombre, a pesar de numerosos pases por el mono.

Etiología de la esclerosis en placas.—Weil⁸⁵ repitió los experimentos de Chevassut y Purves-Stewart, sin poder encontrar pruebas satisfactorias de que los líquidos cefalorraquídeos rindan un virus filtrable que sea la causa de la enfermedad.

Serodiagnóstico de la sífilis.—Aprovechándose de la presencia en Copenhague de varios serólogos avezados, en agosto de 1930, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones celebró allí la tercera conferencia de laboratorio sobre el serodiagnóstico de la sífilis. Discutidos los datos adquiridos desde las conferencias de 1923 y 1928, los miembros presentes acordaron recomendar de nuevo los principios ya expuestos en 1928, o sean: empleo por lo menos de dos diferentes métodos serodiagnósticos, uno de ellos la Bordet-Wassermann; y el otro una floculorreacción, pero utilizando en los casos

⁸⁴ Levaditi, y otros: Gaz. Hôp. 104: 1763 (nbre. 25) 1931.

⁸⁵ Weil, A.: Jour. Am. Med. Assn. 97: 1587 (nbre. 28) 1931.

diffíciles varias distintas floculorreacciones muy sensibles. En aras de la uniformidad, sólo una reacción incuestionable negativa debe ser comunicada como $-$ o negativa; y sólo una incuestionable positiva, como $+$ o positiva; y todas las demás, como \pm más-menos, dejando a opción del serólogo agregar notas explicatorias de la intensidad de las reacciones positivas. (*Pub. C. H. 895*, Org. Higiene, Liga Nac. sobre. 1, 1930.)

En la conferencia sobre el serodiagnóstico de la sífilis, celebrada del 15 al 26 de septiembre de 1930 en Montevideo, con la asistencia de serólogos europeos y americanos, se compararon 12 métodos distintos, a saber: 7 Wassermanns primitivas y modificadas, la Kahn clásica y la Kahn presuntiva, la clarirreacción de Meinicke, la aglomerorreacción de Müller, y la serohemofloculación de Prunell. En conjunto, fueron analizadas 966 muestras de suero sanguíneo y 200 de líquido cefalorraquídeo por 12 operadores, lo cual equivale 12,000 y 2,400 exámenes, respectivamente. De los 966 sueros, 623 procedían de casos de sífilis, tanto tratados como no, en todos los períodos de la enfermedad; 27 de lepra; y 14 dudosos. Los resultados obtenidos en la conferencia de Montevideo, convienen absolutamente con los de la conferencia de Copenhague en 1928 (véase el BOLETÍN de ago., 1929, p. 788), en la que las mejores precipitorreacciones resultaron superiores en cuanto a sensibilidad, e iguales en cuanto a especificidad, a la Wassermann y sus modificaciones. La mayoría de los serólogos que participaron en la conferencia de Montevideo, convinieron que en las manos del Prof. Kahn mismo, la Kahn fué la mejor de las reacciones probadas ante la conferencia. La aglomerorreacción de Müller (modificación II) y la prueba presuntiva de Kahn, acusaron más positivas en el material sífilítico que la clásica de Kahn, pero también dos y tres reacciones inespecíficas, respectivamente. Tres de las siete modificaciones de la Wassermann acusaron resultados absolutamente específicos, pero un número menor de positivas que las precipitorreacciones. Otras modificaciones, sin mostrarse tan delicadas, acusaron de 6 a 13.9 por ciento de reacciones inespecíficas. Las reacciones que acusaron menos de 1 por ciento de inespecíficas, revelaron estos porcentajes de positivas en la sífilis: Kahn presuntiva, 75.6; Müller II, 69.3; Kahn clásica, 63.9; Bordet-Wassermann, modificación Sordelli-Miravent, 55.9; íd., modificación de Wyler, 54.4; íd., modificación de Scaltritti-Cassiniga, 49.9; y este número de reacciones positivas en los testigos: 3, 2, 0, 0, 0 y 0, respectivamente. La cantidad de líquido cefalorraquídeo recibida no bastó para que todos los serólogos participaran en la investigación, y hubo que limitar ésta a 4 modificaciones de la Wassermann y 3 métodos de floculación. Sólo 2 de las pruebas revelaron especificidad absoluta: la clásica de Kahn y la prueba del Dr. Wyler, siendo la primera la más delicada de las dos, como sucedió también en Londres en 1928. Los demás métodos

acusaron en el material sifilítico una proporción mayor de positivas, pero también reacciones anespecíficas. (*Doc. C. H. 968, Liga de las Naciones*, mzo. 1931.)

Modificación de la Wassermann-Calmette.—En el laboratorio de diagnósticos del Departamento de Salubridad de México, practican por término medio 2,500 reacciones de Wassermann al mes, y la quinta parte de los sueros proceden de lugares lejanos, muchos de los cuales llegan en malas condiciones. Para comprobar los casos dudosos, Calmette ideó una modificación de la Wassermann así: en dos filas de 10 tubos, pone a cada tubo 0.1 cc. de suero anticomplementario, colocando en la de atrás antígeno, y en la del frente no; en seguida, pone al primer tubo de ambas filas una dosis de complemento, superior a la ya utilizada en la Wassermann, y va aumentando gradualmente las cantidades en ambos tubos. Llega un momento, en que la cantidad de complemento en la fila anterior es superior a la que fija el suero, y comienza una hemolisis parcial, hasta hacerse total en los tubos que contienen las dosis superiores. A fin de evitar algunos inconvenientes del método, Azcárate y Rebolledo⁸⁶ proponen la siguiente modificación: diluir el suero anticomplementario en suero fisiológico al 1 por 14, 1 por 19 y 1 por 29, según el poder anticomplementario demostrado en la Wassermann previa. En las dos filas de tubos, pónganse dosis crecientes del suero diluido, iguales en ambas filas, pero en la posterior con antígeno, y en la anterior sin él; y, por último, cantidades iguales de complemento en todos los tubos. El estudio comparado de ambos procedimientos, reveló que los resultados obtenidos eran iguales.

Kahn y Wassermann.—Desde 1925, en todos los laboratorios del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos realizan simultáneamente la Kahn y la Wassermann.⁸⁷ El acuerdo absoluto entre ambas en los dos últimos años, llega a 98 por ciento, y el desacuerdo no pasa de una pequeña fracción de 1 por ciento. La Kahn ha resultado 11.05 por ciento más delicada que la Wassermann.

Burke-Gaffney⁸⁸ comprobó los sueros de 500 enfermos, casi todos indígenas del África Oriental, con la Kahn y la Wassermann. Discute el resultado en 230 sueros procedentes de casos que parecían ser de frambesia y sífilis, y de 218 que no parecían ser ni una ni otra cosa. Las dos pruebas concordaron perfectamente en 96.4 por ciento. La Kahn fué más sensible a la frambesia y la sífilis. La Wassermann sólo acusó una reacción anespecífica. Los reactivos utilizados en la Kahn no deterioraron mantenidos por dos meses a la temperatura ambiente. Aunque cuando es posible deben realizarse ambas pruebas, en los trópicos la Kahn sola constituye un procedimiento diagnóstico fidedigno.

Hood y Taylor⁸⁹ declaran que la Kahn es una serorreacción más sencilla que la Wassermann, y más apropiada para empleo militar. Los resultados pueden obtenerse con ella con mayor rapidez, y el procedimiento cuantitativo resulta útil en los casos tratados. Para los autores, la Kahn debe sustituir a la Wassermann en todos los laboratorios militares.

⁸⁶ Azcárate, E., y Rebolledo, B. C.: *Salubridad I*: 629 (jul.-sbre.) 1930.

⁸⁷ Schwartz, S. C.: *Jour. Lab. & Clin. Med.* 16: 197, 1931.

⁸⁸ Burke-Gaffney, H. J. O.: *Jour. Hyg.* 31: 215 (ab.) 1931.

⁸⁹ Hood, A., y Taylor, C. S.: *Jour. Roy. Army Med. Cps.* 55: 197, 1930.é

Vernes.—Vilanova y Catasús⁹⁰ compararon la reacción de Vernes con la Wassermann, la Hecht y la turbirreacción de Meinicke en 1,000 sueros, de los cuales los positivos concordantes llegaron a 25.4 por ciento, los negativos concordantes a 53.7, los discordantes a 12.5, y los dudosos a 8.4 por ciento. Entre los discordantes y dudosos, la Vernes fué positiva en 36.8 por ciento de los primeros, la Wassermann en 43.2, la Hecht en 68, y la Meinicke en 52.8 por ciento; en tanto que la Vernes fué dudosa en 64.28 por ciento, la Wassermann en 16.2, la Hecht en 33.4, y la Meinicke en 16.6 por ciento. Las cifras 0, 1 y 2 de la escala de Vernes, pueden considerarse como negativas, y la cifra 3, como dudosa; en tanto que la Meinicke dudosa corresponde con mayor frecuencia a sueros sifilíticos. Las mayores discordancias se presentaron en la sífilis visceral, nerviosa, terciaria, latente y secundaria, en ese orden. Analizando los resultados positivos específicos discordantes, el mayor número corresponde a la Hecht, siguiendo la Meinicke, la Wassermann y, por fin, la Vernes, cumpliéndose el principio de que a mayor sensibilidad en una reacción más falta de especificidad. La flexibilidad de la escala fotométrica de Vernes, permite seguir, dentro de amplios horizontes, la curva serológica del sifilítico, y la aplicación de un tratamiento correcto. Asociada con otras reacciones, también permite apreciar las oscilaciones de la enfermedad. En la lepra, la Vernes, lo mismo que la Wassermann y la Hecht, resulta positiva numerosas veces, en tanto que la Meinicke es casi siempre negativa. Ese desacuerdo puede ser de gran utilidad para el diagnóstico diferencial.

Turbirreacción de Meinicke.—En la nueva modificación de su turbirreacción, Meinecke⁹¹ ha abandonado en el extracto el empleo de corazón de equino (éste contiene anticuerpos heterólogos y muchos enfermos ya han recibido suero de equino) por el de bovino, de modo que no es necesario ya agregar ácido benzoico, pero sí se agrega siempre una pequeña cantidad de extracto alcohólico primario. En la lectura, utiliza el método de Elkeles, y Borowskaja ha propuesto agregar azul de Victoria. Si la reacción es negativa, el líquido permanece azul hasta el día siguiente, pero en los casos positivos se vuelve absolutamente límpido, precipitándose el azul al fondo. Herxheimer prefiere emplear el violeta Astra en vez de azul. El investigador que dese una reacción fácil de ejecutar y de leer y algo más específica que la Wassermann primitiva, debe utilizar la turbirreacción de Meinicke, pero el que busque una prueba más delicada, debe recurrir a la Kahn, la conglomerorreacción de Müller, o la clarirreacción de Meinicke.

Clarirreacción de Meinicke.—Ide Pereira realizó sistemáticamente la reacción de Wassermann y la clarirreacción de Meinicke, y en la mayoría también la Kahn como testigo, en los sueros de unos 500 enfermos. Con la Wassermann examinó 467 sueros: 140 de sifilíticos

⁹⁰ Vilanova, X., y Catasús, J. M.: *Ars Méd.* 7: 185 (jun.) 1931.

⁹¹ Meinicke, E.: *Klin. Wchnschr.* 9: 1867 (obre. 4) 1930.

clínicos, 286 no sifilíticos, y 41 sospechosos. En los 140, el porcentaje de positividad fué de 61.4, y en los 286 de 2.8 por ciento, pero si se eliminan los casos dudosos, de posible sífilis latente, etc., sólo restarían dos positivas inespecíficas, o sea 0.7 por ciento. Con la clarirreacción tipo (antígeno original) se examinaron 260 sueros: 65 de sifilíticos, 177 de no sifilíticos y 18 sospechosos, con un porcentaje de 95.4 y 5.1 de positivas. Descontados los casos dudosos, quedaría una inespecificidad de 2.3 por ciento. En otra serie de 216 sueros: 74 de sifilíticos, 108 de no sifilíticos, y 34 sospechosos, la positividad con la clarirreacción, mas con un antígeno local, llegó a 91.9 y 13.9 por ciento en los dos primeros grupos, y descontados los dudosos, queda una inespecificidad de 8.3 por ciento. Con la Kahn se examinaron 429 sueros: 129 de sifilíticos, 264 no sifilíticos, y 36 sospechosos, con una positividad de 72.1 y 6.8 por ciento, que, descontados los casos dudosos, baja a 2.6 por ciento. La clarirreacción tipo de Meinicke fué la más sensible, con una positividad de 95.4 por ciento, y inespecificidad de 2.3 por ciento. Para el autor, esa reacción será en el futuro de gran utilidad para poner en evidencia un proceso sifilítico en ciertos casos dudosos. (Ide Pereira, N.: "La reacción de clarificación de Meinicke en el diagnóstico de la sífilis terciaria.")

Prentice⁹² recomienda la simplificación de la clarirreacción de Meinicke eliminando tres de los tubos de suero (A, B y C), y sólo utilizando el D. La micromodificación es rápida, rinde un elevado porcentaje de acuerdo con la Wassermann, es muy delicada, y fácil de realizar y de leer. Para un manicomio, posee manifiesta superioridad.

Wassermann y Meinicke.—En el Hospital de St. Paul, de Dallas, Texas, Goforth⁹³ analizó 12,854 sueros comprobados con la Wassermann y la Meinicke. La Wassermann fué negativa en 86.7 por ciento y positiva en 13.3, comparado con 87.3 y 12.7 para la Meinicke. Hubo un acuerdo de 98 por ciento entre ambas. La importancia de realizar dos pruebas quedó demostrada, pues la Wassermann descubrió 162 casos en que falló la Meinicke, y ésta 86 en que fracasó la Wassermann. En dicho hospital practican las dos reacciones en todos los ejemplares de sangre onfálica. En una serie de 2,020 casos consecutivos, hubo 38 positivos (1.88 por ciento), en la mayoría de los cuales no se había sospechado sífilis. Una negativa en la sangre onfálica de un caso tratado, no denota forzosamente falta de sífilis.

Socia⁹⁴ comparó la clarirreacción de Meinicke y la reacción de Wassermann en 101 sueros de sifilíticos en varios períodos, tratados o no, y 99 de individuos no sifilíticos. La Wassermann resultó positiva en 24.5 por ciento de los 200 y la Meinicke en 47 por ciento, es decir, que la última fué mucho más sensible. Resultó igualmente superior en los casos de sífiloma inicial, sífilis secundaria con manifestaciones cutáneas y mucosas, sífilis terciaria con manifestaciones óseas y cutáneas, y sífilis antigua latente.

Meinicke, Wassermann y Kahn.—Navarro Martín⁹⁵ comparó la clarirreacción de Meinicke con la Wassermann original y la modifi-

⁹² Prentice, D.: Brit. Med. Jour. 1: 136 (no. 24) 1931.

⁹³ Goforth, J. L.: Tex. St. Jour. Med. 27: 230, 1931.

⁹⁴ Socia, Ettore: Riforma Med. 46: 1741 (no. 3) 1930.

⁹⁵ Navarro Martín: Med. Ibera 15: 109 (jul. 25) 1931.

cada de Navarro Martín-Hombría, y la Kahn. Todas resultaron negativas en 746, todas positivas en 211, y hubo 143 desacuerdos. En orden de sensibilidad, ocupa el primer puesto la Kahn con 30 por ciento, viniendo después la Meinicke con 29.2, la Navarro Martín-Hombría con 24.3, y la Wassermann original con 10 por ciento. En especificidad, el orden fué éste: Wassermann con un 0.09 por ciento de anespecificidad; Meinicke con 0.4; Navarro Martín-Hombría con 1; y Kahn con 1.3 por ciento. La clarirreacción es fácil de ejecutar y leer, y no necesita ningún aparato especial.

Globorreacción de Müller.—Hoch⁹⁶ comparó la conglomerorreacción de Müller con la Wassermann en 1,500 sueros sanguíneos y 540 líquidos cefalorraquídeos. La primera resultó más sensible que la última en 20.1 por ciento de los sueros y en 18 por ciento de los líquidos. Las reacciones anespecíficas llegaron a 2.7 y 0.96 por ciento, respectivamente. Las anespecíficas pueden ser a menudo reconocidas, estudiando los hallazgos clínicos y repitiendo el examen. Sin embargo, la conglomerorreacción no debe ser utilizada exclusivamente, sino combinada con la Wassermann.

Morales García⁹⁷ describe la conglomerorreacción de Müller, o sea la reacción de apelsonamiento, por ser una verdadera pelota o balón, lo que queda dentro de un líquido completamente claro. Describe la técnica y hace notar que la Müller No. 2 posee una sensibilidad igual, sino mayor, que la primitiva, como quedó demostrado en la reunión de Copenhague. En las tabes y cardiopatías sifilíticas, a menudo sólo se obtienen positivas con la Müller y no con otras reacciones. Para el autor, no debe dejarse de practicar la Müller No. 2 en ningún caso algo delicado o confuso.

Cervera⁹⁸ realizó la reacción II de Müller en 39 casos, junto con la Wassermann, la Hecht, La Jacobstahl y la Meinicke, siendo en 34 sanguínea y en 5 cefalorraquídea. De las sanguíneas, 4 fueron únicamente positivas con la Müller, 2 con la Müller y Meinicke, y 2 con la Müller y Hecht. En todas las demás, ya positivas o negativas, la concordancia fué perfecta entre las diversas reacciones. Examinados los 4 sujetos solamente positivos a la Müller, 2 resultaron ser sifilíticos en tratamiento, y lo mismo sucedió con los que acusaron reacciones positivas de Müller y Hecht, y Müller-Meinicke. Para el autor, la técnica es fácil de aprender para el que conoce la serología de la sífilis. La lectura también es fácil, pues se distingue claramente, el balón que se forma, sin que pueda confundirse con los copos dispersos de otras flocorreacciones. En la discusión, Cervera declaró que con Tinoco, estudió especialmente en los leprosos la nueva reacción, para ver si es tan específica como cree su autor. En los casos de lepra estudiados, la Wassermann resultó positiva en la forma nodular, aun

⁹⁶ Hoch, P.: Ztschr. ges. Neurol. & Psychiat. 128: 115, 1930.

⁹⁷ Morales García, R.: Med. Ibera 15: 203 (fbro. 7) 1931.

⁹⁸ Cervera, E.: Gac. Méd. México 62: 22 (eno.) 1931.

no existiendo sífilis. La Müller debería, pues, ser probada también en esos casos.

Reacción de Hecht.—Alfonso y Armenteros⁹⁹ practicó la reacción de Hecht, comparándola con la Wassermann, en 100 casos clínicamente comprobados, de sífilis primaria, secundaria, terciaria y latente. En todos ellos, la Hecht siempre reveló alguna superioridad, aun después de tratamientos más o menos completos. Para el autor, en vista de los muchos casos de sífilis Wassermann-negativos, conviene practicar dos o más reacciones, y la Hecht, por su sencillez, rapidez y alentadores resultados, merece ser considerada para aplicación junto con la Wassermann.

Reacción de Prunell.—Konradi y Pop¹ compararon la reacción de Prunell en 1,000 casos, con la Bordet, Wassermann, Sachs-Georgi y Müller. De las 1,000, 742 fueron negativas y 220 positivas con los cuatro métodos; es decir, que el acuerdo llegó a 90.58 por ciento. En los 58 casos discordantes, la Prunell se mostró comparativamente mucho más sensible que las demás reacciones: que todas en 17.4 por ciento en el primer período de la sífilis, en 4.8 por ciento en la sífilis latente, y 22.2 por ciento en la cuaternaria. En cambio, fué negativa en 13 por ciento en el primer período, 3.8 por ciento en el latente, y 5.5 por ciento en el cuaternario, en que las demás reacciones fueron positivas. El método de Prunell se recomienda por ser la lectura fácil, y dar sus resultados en menor tiempo que las demás reacciones. Su inconveniente es que no puede ser empleado para el líquido cefalorraquídeo. Los autores, sin embargo, recomiendan que se combine siempre con otro método, y aconsejan a Prunell que no denomine el método de serohemofloculación, pues la reacción tiene como base una simple hemolisis.

Reacción de Karmin.—Kopatschek² conténtase con llamar la atención sobre la reacción de Karmin, a la cual compara en cuanto a bondad y aplicación práctica, con los métodos de precipitación. Entre Karmin y el autor, han verificado unas 30,000 reacciones, todas controladas con los datos clínicos y muchas con otros métodos, obteniendo resultados completamente satisfactorios. Para el autor, la Kahn ocupa el primer lugar entre las reacciones de floculación por su rapidez y simplicidad, y la Karmin el mismo puesto entre las de desviación del complemento. En la Karmin, la sensibilización se basa en la preparación del extracto alcohólico con corazón de bovino a 37° C., y en el modo de hacer las diluciones de este antígeno. Toda desviación inesperada es registrada. La reacción de Karmin se hace en tres tubos: dos llevan el antígeno a diferentes diluciones, y el tercero alcohol.

⁹⁹ Alfonso y Armenteros, J.: Rev. Med. & Cir. Habana 36: 352 (mayo 31) 1931.

¹ Konradi, D., y Pop, Leonida: Clujul Med. (mzo. 1) 1929.

² Kopatschek, F.: Semana Méd. 38: 246 (eno. 22) 1931.

Reacção de Takata-Ara.—Com o interesse de verificar a especificidade da reacção á Takata-Ara, Cerqueira Luz a practicou em 500 casos dos quaes diversos, com ausencia de lues nervosa bem verificada, obtendo estes resultados: Em 98 cases de epilepsia essencial, somente 1+ e 6 reacções de duvida; em 22 casos de neurasthenia, 2 falsas (+), sendo uma de typo meningítico-luetico, e 2 duvidosas (\pm); em 4 casos de nervosismo uma falsa (+); em tres casos de tumor cerebral uma falsa (++) e uma (\pm). Já muitos autores haviam encontrado a R. T. A. positiva de typo luetico em casos de tumor cerebral, sendo que Dragonesco encontrou uma reacção de typo meningítico. A R. T. A. é bastante sensivel e nitida nos casos de meningites, variando de intensidade de caso para caso. Nesses casos não só se observou a côr rosea como, ás vezes, ha tambem precipitado, o que justifica ler seus resultados em grãos de positividade. O valor da R. T. A. é nesses casos grande, por causa de rapidez com que aparece. Nos casos de neurolues a R. T. A. se comporta differentemente, conforme o caso clinico. Na paralysisa geral é onde se encontra a maior positividade, de accordo com a verificação de todos os autores, positividade esta que cede facilmente pela molario-therapia, ou mesmo pelo tratamento especifico, persistindo entretanto positiva forte em alguns casos. A persistencia da positividade da R. T. A., na paralysisa geral, parece se relacionar com a gravidade do proceso. Nos demais casos de lues nervosa, exceptuando o tabo-paralysis, a reacção de Takata e Ara é muito falha, dando uma percentagem de positividade mediocre. Ha, nos casos de lues nervosa, grande importancia, a reacção de typo meningítico-luetico, como observou Knigge. Este typo de reacção indica que ha um processo meningeo concomitante, apparecendo em todas as formas de lues nervosa. A R. T. A. apparece raramente positiva fóra dos casos para que foi indicada. (Cerqueira Luz, A. *Jorn. Clinicos*: 75 (março 31) 1931.)

Signo de Argyll-Robertson en el Paraguay.—Codas Thompson³ buscó en 101 sifilíticos con Wassermann positiva, el signo de Argyll-Robertson, y no lo descubrió ni una vez, por lo cual afirma que es bastante raro en el Paraguay.

Pupila de Argyll-Robertson no sifilítica.—Aunque la pupila de Argyll-Robertson pasa generalmente por indicar neurosífilis, y casi siempre tabes, R. Foster Moore,⁴ oftalmólogo del Hospital de San Bartolomé de Londres, ha observado una serie de 15 casos, 12 de ellos en mujeres, en que no pudo descubrir relación alguna con sífilis. Sólo en un caso parecís. Sólo en un caso parecía ser el estado congénito. La edad más temprana en que fuera observado, fué a los 5 años. En 13 enfermos sólo estaba afectada una pupila, la izquierda en tres cuartas partes de ellos. La Wassermann resultó negativa, y no pudo descubrirse ningún signo de enfermedad orgánica del sistema nervioso más que en dos casos.

³ Codas Thompson, J.: Tesis, 1928, *apud* An. Fac. Cienc. Méd. 4: 55 (abre. 1928-jul. 1930).

⁴ Carta de Londres: Jour. Am. Méd. Assn. 96: 2220 (jun. 27) 1931.

Reacciones en la blenorragia.—Karischewa⁵ realizó la reacción de Bordet en 450 blenorragias, deduciendo que es específica sin duda alguna. En la blenorragia aguda puede ser negativa de tres a seis semanas, pero de ahí en adelante es positiva en la mayoría. También es positiva en 83 por ciento de los casos crónicos, 67 por ciento de los subagudos simples, 76 por ciento de los complicados, 70 por ciento de los crónicos simples, 92 por ciento de los complicados, y en 100 por ciento de aquéllos en que hay artritis y sepsis. En las niñas, es negativa en 100 por ciento de los casos de vulvovaginitis aguda y positiva en 70 por ciento de los casos de blenorragia crónica, en particular si hay cervicitis. Las formas tórpidas, o en que hay anemia y agotamiento, o alguna otra enfermedad extenuante, suelen acusar una reacción negativa. La reacción se vuelve negativa de dos a cuatro meses después de curarse el enfermo. Una persistente positiva, indica un foco que contiene gonococos vivos. La vacunoterapia acrecienta la positividad. La técnica es sencilla, pero muy delicada. Para obtener buenos resultados, precisan antígenos polivalentes debidamente titulados.

Ruff y Fischer⁶ afirman que con buenos antígenos, los resultados de la reacción de Müller-Oppenheim en la blenorragia crónica, son de gran importancia. De 15 casos de artritis, fué francamente positiva en 5, denotando la naturaleza blenorragica de la enfermedad; de 5 de epididimitis resultó negativa en 2, pero al ser operados revelaron etiología tuberculosa; en 6 casos de blenorragia crónica fué positiva; en 6 de tuberculosis de la rodilla, negativa; de 20 enfermos con Wassermann positiva, sólo en uno hubo una Müller-Oppenheim débilmente positiva; y en 60 testigos, incluso casos de apendicitis, mioma, hernia, tuberculosis, etc., la reacción fué negativa.

En 1927, la profesora Sophie Lissowskaja llamó la atención sobre una reacción para determinar el antígeno en la orina de los blenorragicos. La orina es inactivada, calentándola en un baño de maría a 60° por 30 minutos. Luego se agrega el suero antigonocócico y se realiza la reacción según el principio de Bordet-Gengou. Lissowskaja declara que la reacción es valiosa en el diagnóstico de la blenorragia, pero que la orina misma a veces inhibe la hemolisis, y a fin de impedirlo, propone alcalinizarla agregando 2 por ciento de sosa. Schapiro⁷ comprobó la reacción en la orina y las excreciones génitourinarias, y le resultó muy específica. Las excreciones recogidas en suero fisiológico, resultaron mejores antígenos que la orina, y obtuvo los mejores resultados con una dosis de 0.1. Deben hacerse experimentos paralelos con la orina y las excreciones. Los serólogos deberían estudiar más a fondo la reacción, tratando de perfeccionarla.

⁵ Karischewa, K.: Arch. Dermat. Syph. 61: 82, 1930.

⁶ Ruff, G., y Fischer, Ida: Prensa Méd. Arg. 18: 714 (obre. 30) 1931.

⁷ Schapiro, A.: Ztschr. Immunforsch. 68: 1, 1930.

Scholtz y Doerffel⁸ realizaron 2,990 reacciones de fijación del complemento en 1,157 enfermos. En los hombres, en la blenorragia aguda, hasta la sexta semana, hubo 70 por ciento de positivas, en la crónica 85 por ciento, en las complicaciones 90, en los casos curados 25, y en los testigos 5 por ciento. Para las mujeres, las cifras fueron: 65, 80, 95, 30, y 5 por ciento, respectivamente. Un examen bacteriológico, combinado con la provocación, revelará si la curación es definitiva y puede consentirse en el casamiento. Una fijación positiva que dure más de dos o tres meses después de terminar el tratamiento, es una señal sospechosa, e indica que el enfermo debe ser cuidadosamente examinado después de una prueba provocadora. Si la reacción se vuelve negativa, es muy probable que el enfermo esté curado, y una disminución gradual de su intensidad, constituye una indicación favorable.

Förster⁹ realizó la reacción de fijación del complemento en 1,350 sueros. Una negativa al principio de la enfermedad, no demuestra que el enfermo se halla libre de blenorragia, pero una positiva intensa denota que el enfermo tiene o ha tenido blenorragia hace muy poco. Esto reviste importancia, para descubrir la existencia de blenorragia de las articulaciones, nervios, y órganos sensoriales, y para diferenciar la anexitis específica en las mujeres. La reacción carece de valor diagnóstico, si se ha administrado la vacunoterapia específica. Si una reacción fuertemente positiva persiste mucho tiempo, no hay que declarar al enfermo curado, pues hay peligro de recurrencias. Si la reacción continúa positiva durante el tratamiento y se negativa gradualmente después de suspenderlo, es probable, pero no seguro, que el enfermo se halle curado. Si es positiva o fuertemente positiva, está indicada la vacunoterapia, de no haber contraindicaciones.

Aislamiento del gonococo.—Sosa¹⁰ afirma que, diluyendo el pus de las uretritis agudas en caldo, antes de sembrar en placas de agar-ascitis, aumentan considerablemente las colonias. Si no se hace la siembra en seguida, conviene conservar entre 18 y 22°, o agregar líquido ascítico, pues el caldo a 36° altera los gonococos.

Cultivo del estreptobacilo.—Basset declara¹¹ que el mejor medio de cultivar el estreptobacilo de Ducrey, es la sangre de conejo. Una vez cultivado, puede mantenerse el bacilo en varios medios, por ejemplo, la gelosa albuminizada de suero equino de Nicolau y Banciu.

Para Sosa,¹² el mejor medio para el bacilo de Ducrey, es sangre de conejo, desfibrinada, diluida al 1 por 5 en agua salada fisiológica, haciendo las preparaciones entre 12 y 24 horas.

Reacciones en el chancro blando.—Ravaut y sus colaboradores¹³ describen un método de diagnóstico de las lesiones chancroidales, inoculando los exudados recientes de las lesiones en la epidermis.

⁸ Scholtz, W., y Doerffel, J.: Med. Welt 4: 1275, 1930.

⁹ Förster, R.: Münch. med. Wehnschr. 77: 1877, 1930.

¹⁰ Sosa, H.: Semana Méd. 38: 533 (fbro. 19) 1931.

¹¹ Basset, A.: Ann. Mal. Vénér. 25: 569, 1930.

¹² Sosa, H.: Semana Méd. 38: 533 (fbro. 19) 1931.

¹³ Ravaut, P., Rabeau, y Hesse, D.: Presse Méd. 38: 193? (obre. 15) 1930.

De los 33 enfermos estudiados, algunos presentaban lesiones genitales o anales, y otros bubones, y algunos ambas clases de lesiones. El resultado sólo fué considerado positivo cuando se producían lesiones pápuloúlcerosas con el bacilo de Ducrey. La inoculación intraepidérmica rindió positivas en 18 de los casos (40 por ciento), o sea un resultado mucho mejor que la cutiinoculación y el examen en portaobjetos, que sólo acusaron 4 y 20 por ciento de positivas. La reacción de Dmelcos rinde más positivas (65 por ciento), pero resta siempre la sospecha de una previa infección y, además, la presencia del microbio es la mejor prueba de la naturaleza de una lesión. De los 25 casos en que la inoculación intraepidérmica resultó dudosa, en 8 otros métodos revelaron la presencia de los bacilos, mas en varios las lesiones eran leves. Aunque el resultado no es siempre terminante, el método les parece a los autores digno de nota.

Almazán Escobar¹⁴ ha practicado 100 intradermorreacciones, tomando como antígeno la vacuna antichancrosa, en 25 menores de 14 años sin infección venérea, 25 adultos enfermos de diferentes géneros, ya sea con pasado chancroso o no, pero sin chancro al practicarse la reacción; en 25 portadores de chancro blando simple sin complicaciones; y en 25 portadores de chancro blando y bubón. En el primer grupo, la reacción fué absolutamente negativa. En el segundo, fué negativa en todos los casos en que no había antecedentes de chancro menos en dos en que fué débil, y posiblemente se trataba de sujetos que habían tenido chancro y lo habían olvidado. Cuando había antecedentes de chancro, la reacción fué constantemente positiva. En el grupo de enfermos de chancro simple, comenzó a aparecer la positividad, siendo en ellos la reacción más débil, por comenzar a manifestarse el estado alérgico. En el cuarto grupo de chancro con adenitis o bubón, también hubo reacciones débiles; pero en los muy sensibilizados, y en particular los que habían sufrido anteriormente de la misma infección, se obtuvieron intradermorreacciones fuertes. La reacción permite, pues, hacer el diagnóstico de un chancro blando presente, el diagnóstico retrospectivo, estudiar fisiopatológicamente la infección y guiar la vacunoterapia, indicando la dosis de vacuna, y cuándo debe ponerse término a las inyecciones. En el tratamiento, el autor recomienda el neosolán preparado por el Instituto Bacteriológico de Chile.

Cutirreacción en la linfogranulomatosis inguinal.—Fundándose en cuatro observaciones, Hvaal¹⁵ declara que la intracutirreacción de Wilhelm Frei es de mucho valor para el diagnóstico de la linfogranulomatosis inguinal. No basta con las alteraciones microscópicas aisladas.

Diagnóstico precoz de la esclerosis en placas.—Para Rodríguez Arias,¹⁶ las parestesias y el líquido cefalorraquídeo juegan el prin-

¹⁴ Almazán Escobar, C.: "Contr. al estudio de la intradermorreacción en el chancro blando."

¹⁵ Hval, E.: Norsk Mag. Laegvdsnkpn. 91: 1229 (nbre.) 1930.

¹⁶ Rodríguez Arias, B.: Rev. Méd. Barcelona 8: 149 (agto.) 1931.

cial papel en el diagnóstico precoz de la esclerosis en placas, aunque sean también muy importantes los signos vestibulares y oculares, los motores y reflejos, y algunos otros. En cuanto al diagnóstico diferencial, hay que valorar bien esos signos en conjunto, investigar a fondo la sintomatología asociada, fijar minuciosamente los antecedentes pato y psicológicos, y tomar en cuenta la fugacidad, intermitencia, mejoría o curabilidad provocadas por la progresión implacable de los trastornos nerviosos.

Accidentes consecutivos al salvarsán.—Cole y colaboradores analizan 78,350 inyecciones de arsenicales empleadas en 10 años en el tratamiento de la sífilis. De 1,212 casos estudiados, 19 por ciento revelaron complicaciones terapéuticas en el período latente, comparado con 14.3 en el temprano. De los 214 que acusaron complicaciones, el porcentaje mayor correspondió al grupo de 40 a 49 años, y el mínimo a los menores de 19 años. Las mujeres se mostraron más susceptibles que los varones, y las blancas más que las negras. Como en 97 por ciento se empleó salvarsán y neosalvarsán, y los 2 en 79 y 21 por ciento, respectivamente. La complicación más grave fué una grave reacción intestinal, viniendo después ligeras dermatosis con prurito, reacciones nitritoideas, dermatitis exfoliativa, ictericia y, por fin, encefalitis hemorrágica. La frecuencia de las reacciones fué casi idéntica con el salvarsán y neosalvarsán, aunque la ictericia más común después del último. Cuatro de los 6 casos de encefalitis hemorrágica se debieron al sulfarsenol, y a éste también los dos casos de púrpura observados, aunque ese medicamento fué empleado comparativamente poco. La ictericia y las reacciones nitritoideas fueron dos veces más frecuentes en personas mayores de 35 años. La encefalitis hemorrágica suele afectar a los jóvenes. Un enfermo susceptible a un arsenical, es más propenso a mostrarse sensible a otros arsenicales. La sensibilidad probablemente persistirá hasta años enteros. El porcentaje de los reactivos se eleva de la sexta a la vigésima inyección, y también hacia la cuadragésima. Las reacciones más graves se observaron desde dos a tres meses y hasta el año de haber aparecido la enfermedad. La encefalitis hemorrágica es casi siempre una complicación temprana. Aunque la dosis interviene, pueden notarse reacciones hasta con dosis muy pequeñas. En la serie hubo 12 muertes: 6 debidas a encefalitis hemorrágica, 5 a dermatitis exfoliativa crustácea, y una a hepatitis intensa, todas en casos tratados menos de 6 meses. El mejor tratamiento de los accidentes arsenicales es la profilaxia, es decir, que todos los enfermos deben ser interrogados minuciosamente en cuanto a reacciones contraproducentes, examinándoles la piel en cuanto a signos de erupción. En la discusión, Stokes se declaró sorprendido de que el neosalvarsán ocupara un puesto igual al salvarsán, pues hasta ahora se había mostrado menos tóxico. En su consultorio emplea un cuestionario escrito, que debe contestar el enfermo antes de cada inyección. Para él, el empleo intravenoso del gluconato o el tiosulfato de calcio como profiláctico, es acreedor a más estudio, y lo mismo la dextrosa. La atropina ayuda. La lentitud en las inyecciones, el estómago vacío, y la mente tranquila, allanan muchas dificultades. La preparación de la solución en suero fisiológico en vez de agua, ayuda a impedir las trombosis. Las reacciones de placas para determinar la susceptibilidad al salvarsán, introducidas por Jadassohn y Frei, ofrecen ayuda, aunque no son infalibles. Para Stokes, se necesitan con urgencia pautas de eficacia terapéutica, que haga cumplir el Gobierno, en particular en lo tocante al neosalvarsán. (Cole, H. N., y otros: *Jour. Am. Med. Assn.* 897 (sbre. 26) 1931.)