

CRÓNICAS

Afecciones Venéreas

Frecuencia

Estudio de un día en el Estado de Nueva York.—La división de higiene social del departamento de sanidad del Estado de Nueva York envió ¹ cuestionarios a todos los médicos, hospitales, y clínicas del estado, exclusive de la Ciudad de Nueva York, pidiendo que comunicaran el número de casos de sífilis y de blenorragia que tuvieran en tratamiento o en observación el 2 de mayo de 1927. Ochenta y cinco por ciento de los médicos registrados contestaron, y a cuatro condados cuyos médicos no respondieron, se enviaron indagadores para conseguir los datos. En dicha fecha se comunicó que había un total de 14,476 casos de sífilis y 10,637 de blenorragia, o sea 2.63 casos de sífilis y 1.94 casos de blenorragia para cada mil habitantes. Por los datos compilados durante los últimos ocho años en unas 50 clínicas, calcúlase que el número de casos nuevos de sífilis durante un año equivale a 1.22 y el de casos nuevos de blenorragia a 3.35 del número tratado en una fecha dada. Según esas cifras, calcúlase que hay de 17,000 a 20,000 casos de sífilis, y unos de 35,000 casos de blenorragia en la zona investigada, durante un año.

Nueva York.—La sífilis encabezó la lista de enfermedades transmisibles en 1927, en el Estado de Nueva York, debido en parte a que el número de casos de sarampión fué el *mínimum* denunciado en los últimos 20 años con la sola excepción de 1919. En ningún año desde 1920 ha igualado la segunda enfermedad denunciada a la sífilis en 1927. El reciente aumento atribúyese ² en gran parte a contar con estadísticas más completas, y no a nuevas infecciones.

Nueva York.—Las estadísticas correspondientes al Estado, sin contar la ciudad, de Nueva York, demuestran ³ que la proporción de casos de sífilis ha subido de 191 en 1919 a 248 por 100,000 habitantes en 1927, que es de esperar dada la eficaz campaña emprendida. La propaganda debe conducir a los profanos a buscar voluntariamente tratamiento, de modo que los casos comunicados aumentarán durante algún tiempo, hasta que llegue un día en que comiencen a disminuir. Las estadísticas parecen indicar que ya se ha alcanzado la cúspide, pero la disminución en los dos últimos años ha sido muy

¹ Pfeiffer, A.: Ven. Dis. Inform. 9:143 (abr. 20) 1928.

² Health News, 5:39, 1928.

³ Health News, 5:56, 1928.

pequeña y el tiempo demasiado breve para poder determinar el punto.

Illinois.—El total de ejemplares sanguíneos enviado para pruebas sifilíticas aumentó 17 por ciento en 1927, comparado con 1926, en la división de laboratorios del Estado de Illinois.⁴ La prueba de Kahn es la oficial, pero se practica la Wassermann a petición de los médicos. En la ciudad de Chicago hubo un aumento de 15 por ciento en los ejemplares recibidos. Las pruebas de fijación del gonococo han aumentado más de 70 por ciento en los laboratorios principales, sin contar las practicadas en la ciudad de Chicago. Los médicos del Estado piden cada vez más esa prueba. El número total de exámenes serológicos por afección venérea llegó a 82,568 en seis meses.

Ferrovianos.—Entre los ferrovianos estadounidenses, el número de sifilíticos no pasa de 5 por ciento,⁵ quizás debido a que se rechaza a los aspirantes que tienen sífilis, y en parte a descubrirse la enfermedad tempranamente durante los exámenes periódicos exigidos por muchos ferrocarriles.

Industria.—Entre 4,117 exámenes médicos de empleados, se descubrió ⁶ 3.7 por ciento de Wassermanns positivas.

Estado de Kansas.—En el Estado de Kansas, el Dr. Brown, secretario del consejo de sanidad,⁷ envió a 742 médicos cuestionarios relativos a la frecuencia de las enfermedades venéreas. Los habitantes de los 22 condados involucrados llegaban a 617,972, o sea 33.6 por ciento de la población total del Estado. De los 742 médicos, 314, o sea 42.04 por ciento, comunicaron casos en tratamiento; 428, o sea 47.5 por ciento comunicaron que no tenían casos; y 75, o sea 10.1 por ciento, comunicaron que no los trataban. De los 22 condados comunicaron 3,135 casos de blenorragia y sífilis en tratamiento u observación en junio 1, o sea una proporción de 5.29 por 1,000 habitantes. Del total, 1,860 eran de blenorragia, o sea 3.14 por mil, y 1,275 de sífilis, o sea 2.15 por mil. De los casos de sífilis, 1,167 eran adquiridos y 108 congénitos. De los adquiridos, 61.6 por ciento fueron comunicados como tardíos. De los de blenorragia, 44.8 por ciento fueron comunicados como crónicos. En las mujeres hubo una proporción mayor de casos de blenorragia crónica que en los hombres. La proporción de sífilis tardía fué también más alta en ellas. De los 1,860 casos de blenorragia, 1,184, o sea 63.6 por ciento, correspondían a los hombres, y de 1,167 casos de sífilis adquirida, 751, o sea 64.3 por ciento. Los casos crónicos de sífilis superaron a los incipientes en ambos sexos. Los casos de blenorragia aguda superaron a los crónicos en los hombres mientras que en las mujeres los crónicos superaron ligeramente a los agudos.

⁴ Hull, T. C.: Ill. Health News, 14: 80, 1928.

⁵ Garner, J. R.: South. Med. Jour. 21: 157, 1927.

⁶ Low, W.: N. Y. St. Jour. Med. 28: 121, 1928.

⁷ Brown, E. G.: Ven. Dis. Inf. 9: 185 (mayó 20) 1928

Paraguay.—Según Ydoyaga,⁸ la sífilis y las enfermedades venéreas no constituyen hoy por hoy un porcentaje tan elevado en el ejército uruguayo, en relación a los medios militares de otros países, llegando apenas al 2 por ciento del efectivo. Entre las afecciones dermatológicas de los enfermos que acuden al mismo servicio figuran, como muy frecuentes: piodermatitis, forunculosis, impétigo, ectima, sarna y pediculosis, eczemas, urticarias, y prurigos, lupus, leishmaniasis tegumentaria, esporotricosis no bien caracterizada, pitiriasis versicolor, y verruga vulgar. La psoriasis es casi desconocida, y la lepra relativamente rara.

Edimburgo.—El porcentaje de casos nuevos de sífilis y blenorragia fué en Edimburgo⁹ en 1926 semejante al año anterior, pero hubo una ligera disminución en los heredosifilíticos. Aumentaron los casos de oftalmía neonatal, denunciados durante el año, pero disminuyeron los de vulvovaginitis infantil.

Inglaterra.—Los estados anuales de los centros antivenéreos, correspondientes a los últimos siete años,¹⁰ no acusan una disminución continua de los casos venéreos. En los primeros cinco años, la disminución fué constante, pero no ha seguido así en 1925 y 1926. Las cifras mínimas fueron las de 1924: 18,842 para Inglaterra y Gales, y 1,798 para Escocia, en tanto que, en 1926, las cifras se elevaron a 22,754 y 3,434 respectivamente. En 1920 las mujeres constituían 15.9 por ciento de los casos de blenorragia observados por primera vez, comparado con 20.4 por ciento en 1926. Las cifras de hombres y mujeres tratados por sífilis revelan menos discrepancia. Los casos de sífilis tratados en 1926 revelaron un aumento de 336 en los hombres, y una disminución de 252 en las mujeres. Un 32.9 por ciento de las mujeres y 39.2 por ciento de los hombres observados por primera vez en los centros en 1925-26 fueron nuevas infecciones. Aunque no hay, pues, signos de un aumento notable en la frecuencia de la sífilis, se necesitan todavía más esfuerzos para volver a la disminución continua de 1920-1924.

Ejército inglés.—La proporción de enfermedades venéreas en el ejército inglés, en Inglaterra y en el extranjero,¹¹ durante el año 1926 fué de 41.4 por mil, comparada con 44.4 por mil en 1925. La proporción fué: blenorragia, 31.2 por mil; chancro blando, 6.1 por mil; y sífilis, 3.8 por mil.

Sífilis terciaria.—Para Strandberg,¹² la sífilis terciaria se encuentra más a menudo entre los prisioneros y vagabundos. Al investigar la metasífilis, sólo rara vez se descubren fortuitamente indicios de sífilis en los tabéticos y en los paralíticos. Por eso fué que se puso

⁸ Ydoyaga, V.: Rev. San. Mil. 1: 137 (ene.) 1928.

⁹ Health & Empire, 2: 277, 1927.

¹⁰ Twelfth An. Rep. Brit. Soc. Hyg. Coun., p. 13 (mayo 31) 1928.

¹¹ Rept. Health Army, 1926.

¹² Strandberg, J.: Hygiea, 39: 599, 1927.

en duda durante tanto tiempo la teoría de Fournier-Erb del origen sífilítico de la parálisis general. Wiesel (en Suecia en 1880) descubrió que 3.2 por ciento de los sífilíticos contraían parálisis general. En Alemania la proporción subió a 8.8 por ciento en 1922. De Inglaterra comunican 15 por ciento. Mientras más vieja la población, más probable que haya secuelas de la sífilis. Bruusgard descubrió (de 1850 a 1910) en el Hospital Nacional de Oslo sífilíticos terciarios de 70 a 75 años, pero no tabéticos o paralíticos. Los cirujanos militares alemanes declaran que, durante la ocupación de Marruecos, el ejército contrajo formas graves de sífilis, pero Arning contradijo esa declaración, afirmando que la "sífilis tropical" bien tratada no es más maligna que las otras formas. Wigert y Lomberg estudiaron la hipótesis de Darazkiewicz, de que la parálisis general es consecuencia de la vacunación, revacunando a paralíticos, y confutando así la teoría. Hay una tribu kaffir que inocular sífilis a los niños, a fin de que no manifiesten erupción genital al crecer. El intervalo entre la infección y la aparición de la tabes llega a un promedio de 16.1 años en los casos no tratados y de 13.3 en los tratados, y en la parálisis general es de 16.8 y 13.8 respectivamente. Jungmann y Hall afirman que la sífilis vascular se presenta ocho años antes en los enfermos bien tratados, pero en cambio hay que reconocer que se encuentran aortitis, tabes y parálisis general más a menudo en los no tratados. Según Neisser, 57 por ciento de los tabéticos; según Lowirsky, 59 por ciento; según Zechlin, 62 por ciento; según Pette, 65.2 por ciento; y según Eulenburg, 87.2 por ciento no han recibido tratamiento antisífilítico. Para Junius y Arndt, se presenta parálisis general en 56.4 por ciento; para Pette, en 68.2 por ciento; y para Kerin, en 80.5 por ciento de los sífilíticos.

Mortalidad.—Entre 413 niños de 4 años, Torres¹³ afirma que la mortalidad por sífilis fué de 2.5 por mil, de 0.05 por mil de los 5 a los 14 años, de 0.19 por mil de los 15 a los 49 años, y de 0.09 por mil de 50 años en adelante. En los primeros dos grupos la mortalidad fué mucho mayor en los varones que en las mujeres.

Mortinatalidad.—De 500 mortinatos observados en el distrito Bellevue-Yorkville en 1926,¹⁴ 2.8 por ciento se deben a sífilis. En esa serie la malformación y la sífilis fueron mayores entre los casos tratados a domicilio.

Neurosífilis en Constantinopla.—En dos años y medio, 3,575 enfermos consultaron a Conos,¹⁵ que es un neurólogo, 78 por ciento de cuyos enfermos padecen de neurosis. Entre ellos, encontró 32 casos de parálisis general, 46 de tabes, 53 de sífilis raquídea, 522 de neurosis orgánicas sin sífilis, 38 de alcoholismo, y 3 de cannabismo.

¹³ Torres, L. F.: *Folha Med.* 9: 70 (fbro. 26) 1928

¹⁴ Nathan, L. W., y Drolet, G. J.: *N. Y. St. Jour. Med.* 28: 78, 1928.

¹⁵ Conos, M. B.: *Encéphale*, 22: 726, 1927.

Es decir, 3.67 por ciento de los enfermos eran neurosifilíticos, con 0.89 por ciento de paralíticos generales, 1.29 por ciento de tabéticos, y 1.48 por ciento de raquisifilíticos. En su práctica particular encontró 4.2 por ciento de neurosífilis entre 2,000 enfermos, con 1.35 por ciento de paralíticos generales, 0.85 por ciento de tabéticos, y 2 por ciento de raquisifilíticos. Las cifras globales arrojan 1.08 por ciento de parálisis general, 1.15 por ciento de tabes, y 1.67 por ciento de sífilis raquídea, con un total de 3.86 por ciento de neurosífilis. Nonne descubrió 1.55 por ciento de neurosífilis, sin contar tabes ni parálisis general, en 5,649 enfermos. Entre 72,180 enfermos examinados al ingresar en el hospital, Conos descubrió 0.36 por ciento de neurosífilis, lo cual demuestra que esa dolencia no es rara en Constantinopla. Desde 1923 la parálisis general ha aumentado entre los griegos de 0 por ciento en 1925 a 9.4 por ciento en 1927. No se ha observado un aumento semejante entre los armenios. Las continuas contiendas políticas, guerras y preocupaciones, trastornan el sistema nervioso allí. En 11 matrimonios, ambos esposos con alguna forma de neurosífilis, se descubrió predisposición familiar.

Neurosífilis entre los árabes.—Al comunicar un caso de neurosífilis en un árabe, Marie¹⁶ recopila 60 casos del asilo de Abassieh desde 1906, y 1,022 casos de parálisis general entre los indígenas del Cairo en 26 años, lo cual demuestra que un porcentaje pequeño de los sífilíticos de los países con culturas distintas de la europea y americana padecen de la forma nerviosa.

Neurosífilis en el Paraguay.—De sus estudios, Ríos¹⁷ saca las siguientes conclusiones provisionarias: (1) Ningún enfermo con ulceraciones sífilíticas de la piel presenta el menor vestigio de reacción meningoencefálica; (2) las neurosífilis no son frecuentes en el Paraguay pero existen indudablemente; (3) entre las neurosífilis, la tabes es la más frecuente; (4) la parálisis general progresiva parece muy rara; y (5) son más frecuentes las localizaciones nerviosas debidas a arteritis, gomas, etc. reveladoras de una sífilis común y que frecuentemente se manifiestan en forma de hemiplejía, paraplejía, etc. Sin embargo, el autor conviene en que no se pueden sentar conclusiones definitivas, pues sus estudios cefalorraquídeos sólo comprenden 25 sífilíticos, entre los cuales sólo 1 presentó una sífilis en el parénquima nervioso de la médula, y sus observaciones clínicas 87 sífilíticos entre los cuales sólo encontró 1 tabético. En el Dispensario de Venéreo-Sífilis de Asunción, de 1881 sífilíticos observados desde enero de 1923 hasta diciembre de 1927, 7 eran tabéticos, y 1 tenía paraplejía espasmódica de Erb, es decir, que en 8 el treponema estaba localizado en el parénquima nervioso.

¹⁶ Marie, A.: *Encephale*, 22: 710, 1927.

¹⁷ Ríos, A. F.: *An. Fac. Cien. Méd.* 1: 37 (fbro. 29) 1928.

Neurosífilis.—En la sesión de noviembre de 1927 del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, el delegado español, Dr. A. Pulido, se refirió a los estudios de los neurólogos españoles acerca de la neurosífilis. Lafora recalca la importancia, en lo tocante a la mayor frecuencia de la tabes y la parálisis general, de la extensión de la “sífilis ignorada,” consecuencia, según él, de la modificación biológica del espiroqueto sometido a los modernos métodos terapéuticos, en el sentido de mayor neurotropismo. En cuanto al paludismo, no ha visto que prevenga la aparición de la neurosífilis en las condiciones naturales, aunque claro está, los sujetos eran tratados con la quinina. Juarros no cree que hayan aumentado realmente los casos de sífilis nerviosa. El tratamiento por el paludismo le ha dado a veces remisiones inesperadas, pero por lo general agravaciones y hasta muertes. Vallejo Nájera atribuye a los perfeccionamientos del diagnóstico la mayor frecuencia aparente de la neurosífilis. Ha obtenido remisiones prolongadas y profundas asociando la malarioterapia con el tratamiento específico intrarraqúideo. Sanchis Banús no ha notado ninguna relación entre la tabes o la parálisis general y la aplicación de los nuevos métodos terapéuticos. La malarioterapia le ha dado algunas remisiones en algunos enfermos todavía poco avanzados. Fernández Sanz afirma que la tabes y la parálisis general van realmente en disminución.

Antes y después de la malarioterapia.—Para Hecht,¹⁸ la parálisis general pronto sólo revestirá importancia histórica. Entre 1920 y 1923 se observaron 161 casos en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Königsberg, siendo tratados algunos con salvarsán y otros con tuberculina. Cuando Bayle describió en 1822 la enfermedad, la forma de agitación expansiva representaba 64 por ciento de los casos de parálisis general. Hasta en 1883 Camüset no encontró la forma demencial más que en 25.4 por ciento de 173 paralíticos. En 1880 Mendel encontró 30.5 por ciento entre 180 casos, y declaró que el delirio de grandezas no era marcado. Sus trabajos recalcan la frecuencia mayor de la demencia. Ziehen y Behr encontraron 58 por ciento entre los paralíticos de 1888 a 1889, en tanto que sólo había 22.5 por ciento de 1858 a 1862. Raecke, en 1902, sólo encontró demencia en 12.7 por ciento, en tanto que se presentaba la forma típica, en 67.3 por ciento. Ascher encontró 39.1 por ciento, en tanto que los casos de excitación y ciclismo llegaban a 30.7 por ciento. Las estadísticas de Fels revelan un aumento en la demencia de 48 casos en 1890-1894, a 65 en 1900-1904, en tanto que la forma expansiva disminuía de 65 a 47. Es manifiesto que la clasificación varía según los autores, y que el mejor diagnóstico y tratamiento han concentrado más la atención en los paralíticos. En 1910, Kraepelin descubrió 53 por ciento de demencia en Heidelberg, y 56

¹⁸ Hecht, S.: Arch. f. Psychiat. 81: 133, 1927.

por ciento en Munich, comparado con 30 y 21 por ciento respectivamente de la forma expansiva. Jones atribuye el cambio al salvarsán pero Mendel lo había observado desde antes. Las estadísticas de Albrecht acusan un aumento constante de 1895 a 1924, formando la demencia 52.44 por ciento en 1895, y 73.68 por ciento en 1920. En las mujeres lo principal es el abatimiento, y en 1859, según Berg, Neumann negó la existencia de parálisis en ellas. Kraepelin encontró demencia en las mujeres en 78 por ciento. Junius y Arndt encontraron 40.93 por ciento, y la forma circular expansiva en 34.95 por ciento. La proporción de la parálisis general entre hombres y mujeres de 1920 a 1923 es de 3.1 a 1. Se ve abatimiento en 5.7 por ciento de los hombres y 10.2 por ciento de las mujeres paralíticas. Albrecht observó 4 por ciento entre 1920 y 1924, y 6.4 por ciento entre 1885 y 1924. Hecht observó alucinaciones en 14.8 por ciento de los hombres y 10.2 por ciento de las mujeres, y taboparálisis en 13.1 por ciento de los hombres y 10.2 por ciento de las mujeres. La frecuencia máxima de la parálisis general en los hombres fué de los 40 a 50 años, pero también había muchos casos de 30 a 40 años. La última edad predominaba entre las mujeres. En ambos casos la cúspide es de los 35 a los 45 años. Las mujeres manifiestan parálisis general más frecuentemente que los hombres de los 50 a 60 años. La duración de la enfermedad después del ingreso en el asilo fué de 2 años para los hombres, y 3 para las mujeres. Sin embargo, el material del autor revela 20 por ciento que sobrevivieron 4 años. Como tres cuartas partes de los paralíticos manifiestan algunos accesos durante su enfermedad, según Junius y Arndt. El autor cree que la cifra es de 42.6 por ciento. Hacia el principio del siglo veinte la opinión viró acerca de las remisiones espontáneas. Las consecutivas a la malarioterapia son tres veces, pero no, según afirma Gerstmann, de 4 a 7 veces más frecuentes que las espontáneas.

Aortitis.—Según un trabajo leído en la última reunión celebrada por la Sociedad de Medicina de Viena, por el Prof. H. Schlesinger,¹⁹ el porcentaje de personas afectadas por la sífilis es mucho mayor de lo que se cree comúnmente. Los informes autopsicos arrojan una pequeña frecuencia; por ejemplo, en Alemania, sólo 2.5 a 5.5 por ciento. Sin embargo, las investigaciones clínicas revelan hasta 10 y 15 por ciento, cuando los pacientes son de una edad avanzada. Los cálculos de los dermatólogos son todavía más elevados. Schlesinger descubrió que más de 14 por ciento de sus pacientes tenían sífilis, siendo el porcentaje mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Embarazo.—En una serie de 6,954 gestantes, la mayor parte blancas, 6 por ciento acusaron Wassermanns positivas, y de 814 negras, 19.2 por ciento. Para Stillians²⁰ la Wassermann posee casi

¹⁹ Carta de Viena: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1055 (mzo. 31) 1928.

²⁰ Stillians, A. W.: Arch. Dermat. Syph. 17: 318 (mzo.) 1928.

el mismo valor diagnóstico en la mujer grávida que en la no embarazada.

De 2,000 gestantes consecutivas de la Unidad Obstétrica de la Escuela Médica y Hospital del Colegio de la Universidad de Londres en 73 se obtuvieron²¹ Wassermanns fuertemente positivas. De ellas, 47 acusaron historia o signos clínicos de sífilis. En 17 hubo una Wassermann positiva repetida; en algunas historia obstétrica negativa; y los hijos de cuatro tenían manifestaciones sifilíticas. De 6 en que la Wassermann era el único signo, se estableció el diagnóstico en 4. Hubo 15 casos negativos que manifestaron signos clínicos de sífilis.

Prostitutas.—En Tolosa, declaran Audry y Chatellier,²² iniciaron los exámenes sistemáticos de los sueros de las prostitutas después que introdujeran el método en Nancy y Brest. De 394 examinadas en 1927, 187 acusaron Wassermanns positivas. De las negativas, muchas habían sido tratadas antes. La mayor parte de las que manifestaron Wassermanns positivas no tenían manifestaciones externas.

Poliomielitis.—En un hospital de niños de Berlín, se presentaron²³ ocho casos de poliomiélitis en un período de cinco años, procedentes de cuatro casas distintas. Siete de los pequeños tenían sífilis congénita. El porcentaje de niños sifilíticos en el hospital era de 1 a 2. Las casas en que se presentaron los casos se hallaban ocupadas principalmente por niños no sifilíticos. Como no se había notado ninguna relación entre la sífilis y la poliomiélitis en las epidemias de años anteriores, Alterthum se pregunta si el moderno tratamiento intenso afecta desfavorablemente el sistema nervioso.

Tuberculosis.—En el hospital de tuberculosis de Rohrbach practicaron²⁴ exámenes serológicos en 1,178 sueros de 1921 a 1926, descubriéndose una reacción positiva en 56. En 11 en que la reacción de Sachs-Georgi fué positiva, y en 8 en que la reacción de Meinicke fué positiva, no pudieron descubrirse ni historia ni signos clínicos de sífilis. No pudo establecerse la existencia de sífilis entre los que acusaron una sola reacción positiva, en tanto que en 37 casos en que varias serorreacciones fueron positivas, no pudo descubrirse ningún otro signo de la enfermedad. Dos casos eran de infección reciente; el resto terciarios; dos de tabes incipiente. En los otros catorce no pudieron descubrirse pruebas de sífilis. Una serorreacción sifilítica positiva y tuberculosis fueron descubiertas en 19.

Hipertensión.—Toinon²⁵ repasa la hipertensión sifilítica. Es sabido que la aortitis es un factor frecuente en ella. Según las estadísticas,

²¹ Dodds, G. H.: Jour. Obstet. & Gyn. Brit. Emp., 279, 1928.

²² Audry, Ch., y Chatellier: Bull. Soc. Franç. Dermat. Syph., p. 50, 1928.

²³ Alterthum: Deutsche med. Wchnschr. 54: 522 (mzo. 30) 1928.

²⁴ Klingenstein, R.: Klin. Wchnschr. 6: 1654, 1927.

²⁵ Toinon, C.: Gaz. Hôp. 100: 945 y 977, 1927.

de 70 a 80 por ciento de la aortitis crónica es sífilítica. La sífilis puede producir la aortitis crónica, y lesionar subsecuentemente el filtro renal, lo cual sólo es descubierto en la autopsia. Fincke declara que hubo sífilis 37 de 39 casos de nefritis hipertensa; según Letulle y Fiessinger en 26 a 30 por ciento, y Etienne en 63 por ciento. En el tratamiento se recomienda el arsénico para los jóvenes con infección reciente, y los bismutados insolubles en los hombres viejos. También puede combinarse el mercurio con el arsénico. Si hay lesión renal, los yoduros tal vez acentúen la insuficiencia.

Adenitis.—La adenitis de la sífilis terciaria, afirma Cummer,²⁶ ha recibido poca atención, de modo que comunica tres casos y analiza 86 más de la literatura. Hubo casi tantas mujeres como hombres. Casi la tercera parte tenían de 21 a 30 años. Los enfermos más pequeños eran de cinco años. Seis eran claramente heredosifilíticos. La duración de la adenitis, antes de reconocerse su naturaleza, varió de un mes a 40 años. Se afectaron ganglios aislados, varios del mismo grupo o de varios grupos. En casi dos terceras partes de los enfermos se infartaron los cervicales. Algunos tumores alcanzaron el tamaño de naranjas. La periadenitis es a menudo marcada. El dolor no se menciona a menudo. La anemia, la pérdida de peso, y la fiebre, se observan ocasionalmente. Ha habido varias recurrencias consecutivas al tratamiento insuficiente. La reacción inmediata al tratamiento específico suele ser rápida. No hay que atenerse exclusivamente a la prueba terapéutica en el diagnóstico diferencial.

Vejiga.—La sífilis vesical, asegura Palma,²⁷ no es rara, y puede presentarse en cualquier período; en vez de alojarse primero en la uretra, el espiroqueto puede penetrar en la vejiga. Por lo general, la sífilis vesical se observa en el período terciario con úlceras y fistulas, tomando los gomas el aspecto de pólipos. La incontinencia es pronunciadísima y se enlaza con piuria y bacteriuria.

Cabro.—Hall²⁸ declara que al parecer no se han observado frecuentemente espiroquetos en la sangre de los cabros. Son más estrechos, cortos, y delicados que los de las ovejas. Debido a su escasez es imposible precisar sus dimensiones, pues los únicos dos observados tenían un largo distinto.

Artritis.—Reiter comunicó en 1916 un caso en que el cuadro era de artritis blenorragica con conjuntivitis, y en que se aisló, de la sangre, un espiroqueto, el cual fué llamado *Spirochaeta forans*. El neosalvarsán y los salicilatos fracasaron. Fleischmann y Michael comunicaron casos semejantes. El caso de Fruhwald,²⁹ en un sujeto de 41 años, manifestó los mismos síntomas, y luego se observó otro en la

²⁶ Cummer, C. L.: Am. Jour. Syph. 12: 13, 1928.

²⁷ Palma, A. A.: Folha Med. 8: 100, 1927.

²⁸ Hall, G. N.: Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg. 21: 423, 1928.

²⁹ Fruhwald, R.: Dermat. Ztschr. 51: 35, 1927.

misma sala del hospital de Chemnitz. La exposición durante la guerra quizás fuera la causa de algunos de ellos.

Ceguera.—En 1,000 casos observados por Torres Estrada,³⁰ en México, encontró 39 por ciento de padecimientos oculares de origen sifilítico y blenorragico, sin contar otros padecimientos venéreos que rara vez afectan el ojo. El estudio de la sífilis ocular es de importancia, no sólo para el diagnóstico preciso del padecimiento local, sino para hacer en muchos casos el de la sífilis. La blenorragia es la causa más frecuente de la oftalmía purulenta del recién nacido, que proporciona un contingente enorme de ciegos. De ahí la necesidad de tomar medidas urgentes para evitarlas, con tanta mayor razón que son muy sencillas.

Culebrilla.—Entre más de 50,000 casos venéreos, Sáinz de Aja y Ontañón³¹ han visto tres de una erupción serpigínea crónica en el pene. En el caso descrito se encontró el gonococo en el tejido afectado. La prueba terapéutica confirmó el diagnóstico. En contraposición al sérpigo sifilítico, el blenorragico es muy doloroso.

Diagnóstico

Leucocitos.—Antoni, de Hamburgo, declaró que los leucocitos de los sifilíticos revelan pequeñas modificaciones del núcleo, pero Nicoletti³² manifestó, ante la Sociedad Italiana de Dermatología y Sifilografía, que esas modificaciones también existen en los sujetos no sifilíticos.

Grupos sanguíneos.—Gundel³³ descubrió que el porcentaje de grupos sanguíneos en la población de Schleswig-Holstein en conjunto no era el mismo que en los dementes. Extendió entonces su investigación a 3,055 sifilíticos. Al examinar los tabéticos y paralíticos generales descubrió el grupo B en 25 a 28 por ciento, comparado con 11 por ciento en la población general. El grupo A B era también algo más frecuente. Entre 10,550 ejemplares, hubo 17.1 por ciento de Wassermanns positivas en el grupo A B, 16.1 por ciento en el grupo A, 15.3 por ciento en el grupo B, y 16.4 por ciento en el grupo O. Gundel no pudo descubrir ninguna relación especial entre ciertos grupos sanguíneos y la predisposición a la sífilis. Los grupos tampoco variaron bajo el influjo de las enfermedades infecciosas o de la terapéutica antisifilítica. En lo tocante a la Wassermann, se volvió negativa con mucha más rapidez en los grupos A y O, pero no se determinó si la sífilis es más fácilmente curable o la invasión tardía del sistema nervioso central en ellos más frecuente.

³⁰ Torres Estrada, A.: An. Soc. Mex. Oft. & Oto-Rino-Lar. 7: 1 (eno.-fbr.) 1928. (Véase también en el Boletín de mayo, p. 604.)

³¹ Sáinz de Aja, E. A., y Ontañón, J.: Prog. Clínica, 36: 120 (fbr.) 1928.

³² Carta de Italia: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1885 (jun. 9), 1928.

³³ Gundel, M.: Klin. Wehnschr. 6: 1703, 1927.

Sedimentación globular en la sífilis congénita.—La sífilis congénita, afirma Weiss,³⁴ acelera la sedimentación sanguínea según la gravedad del caso, intensidad de las manifestaciones y número de órganos invadidos. El tratamiento merma la celeridad de la sedimentación. La sedimentación globular de las madres tratadas durante el embarazo y de los niños tratados, no se diferencia de la de los sujetos no sifilíticos. En la heredosífilis muy intensa, los hematíes disminuyen. El método posee mucho valor diagnóstico, vinculado con las pruebas serológicas.

Neurosífilis.—Rasch³⁵ declara que el concepto de neurosífilis ha cambiado en los últimos 20 años. Por lo general, puede descubrirse neurosífilis en el primer año de la infección, que puede disminuir espontáneamente o después del tratamiento, pero también presentarse en cualquier ocasión durante la vida del enfermo. Tal vez exista una meningitis más o menos crónica. La tabes y la parálisis general se presentan de 15 a 25 años después de un tratamiento mercurial continuado algunos meses, o el tratamiento con salvarsán tal vez irrite. Los enfermos que padecen de depilación y leucodermia manifiestan alteraciones cefalorraquídeas más a menudo al cabo de tres y medio a cuatro meses.

Prueba de Barany.—Memmesheimer y Theissing³⁶ declaran que el examen del líquido cefalorraquídeo reviste mucha importancia en el pronóstico, pero no tanto en el diagnóstico, de la sífilis, pues las pruebas disponibles no distinguen muchas alteraciones patológicas del sistema nervioso central, y en particular las que no quedan cerca de las meninges. Los autores recomiendan cuidadosos exámenes clínicos de los nervios cerebrales y correlación de los hallazgos cefalorraquídeos y clínicos. Estudiaron las alteraciones sifilíticas del octavo par por medio del fenómeno de la orientación de Barany, comparándolo con la Wassermann. Siete sifilíticos primarios fueron examinados: de los cinco no tratados tres tenían Barany marcado, y dos débilmente positivo. Dos no reaccionaron. Los cinco acusaron una Wassermann cefalorraquídea negativa. Uno de los dos tratados no pudo apuntar correctamente; el otro sólo se desvió ligeramente. Uno acusó una serorreacción débilmente positiva, y el otro nada en el líquido cefalorraquídeo. De los 30 sifilíticos secundarios, 25 no habían sido tratados. De los 5 tratados, en 4 la prueba de Barany reveló invasión intensa del octavo par en tanto que sólo 1 manifestó alteraciones cefalorraquídeas. De los 25 no tratados, 14 reaccionaron positivamente y 4 débilmente al Barany. De los 18, 1 acusó una Wassermann cefalorraquídea débilmente positiva, y 17 negativa. De los 7 que no reaccionaron al Barany, uno manifestó una Wasser-

³⁴ Weiss, S.: *Nourrisson* 16: 102, 1928.

³⁵ Rasch, C.: *Hospitaltid.*, 70: 89, 1927.

³⁶ Memmesheimer, A. M., y Theissing, G.: *Dermat. Ztschr.*, 51: 17, 1927.

mann cefalorraquídea fuertemente positiva, uno débilmente positiva, y cinco negativa. De cuatro casos terciarios, dos no habían sido tratados, y acusaron una reacción cefalorraquídea negativa, en tanto que la reacción de Barany indicó alteraciones intensas. De 46 sífilíticos latentes, 12 no habían sido tratados, y 6 de ellos acusaron una reacción de Barany fuerte, y 2 débilmente positiva, en tanto que 2 acusaron una Wassermann cefalorraquídea fuertemente positiva, 2 débilmente positiva, y 1 negativa.

Gonococo.—Varios investigadores han publicado métodos de cultivo para el diagnóstico de las infecciones gonocócicas. Todos esos métodos, dice Dupray,³⁷ son largos y penosos y se prestan a errores. La coloración y el examen microscópico son todavía los métodos de elección. “El Comité de Colorantes de la Sociedad de Bacteriólogos Americanos ha instituido métodos normalizados de comprobación, y varios fabricantes ya expiden colorantes fidedignos.”

Gonococemia.—El gonococo, dice Perrin,³⁸ produce fluctuaciones térmicas, y en el suero del blenorragico se encuentran amboceptores específicos con el método de Bordet y Gengou. Sin embargo, la mayor parte de esas pruebas no tienen aplicación general, pues algunas sólo rinden resultados después de la cuarta semana y otras únicamente cuando hay complicaciones. La reacción utilizada por Maderma, que pretende haber obtenido con ella un 92 por ciento de positivas en la uretritis anterior, no se ve afectada por la coexistencia de amboceptores sífilíticos. Timoféeff, al practicar 689 pruebas en 502 enfermos, consiguió un resultado positivo en 76 por ciento de epididimitis. Sólo una pequeña fracción del enorme número de casos de blenorragia científicamente observados manifiestan gonococemia. La uretritis es la regla general, y la septicemia la excepción. Lo mismo que cualquier otra infección localizada, la blenorragia puede generalizarse y producir complicaciones, debido a la falta de hábitos higiénicos generales y genitales, y de terapéutica racional.

Desviación del complemento en la blenorragia.—Jaja³⁹ practicó 500 pruebas en sujetos con blenorragia, vírgenes, lactantes, y personas con otras varias enfermedades. Durante el período agudo de la infección encontró 77 por ciento y en el crónico 65 por ciento de reacciones positivas. En los casos complicados las positivas llegaron a 85 por ciento, en los no complicados a 38 por ciento, y en la artritis a 100 por ciento. La desviación fué a menudo más positiva en los hombres que en las mujeres, a veces ya desde la segunda semana, pero más a menudo al terminar la tercera. La reactivación fué más fácil con la gonovacuna que con el yodo. De los no blenorragicos, 10 por ciento resultaron positivos.

³⁷ Dupray, M.: Jour. Kansas Med. Soc. 28: 90, 1928.

³⁸ Perrin, J.: Jour. Urol. 23: 496, 1927.

³⁹ Jaja, G.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 579, 1927.

Para Tornabuoni,⁴⁰ la desviación del complemento es el más constante de todos los métodos biológicos para el diagnóstico de los estados blenorragicos, pero es una prueba delicadísima, y no suficientemente específica para concederle valor práctico. Inyectando vacuna para reactivar los anticuerpos, los resultados fueron mejores, pero también se produjeron reacciones positivas en personas sin blenorragia.

Serodiagnóstico en la blenorragia.—Buquicchio⁴¹ aplicó la serofloculación de Dujaric de la Rivière, a 220 sueros blenorragicos. Con gonargina obtuvo reacciones positivas en 43 por ciento, y con el antígeno del Instituto Serológico de Milán, en 73 por ciento. Los testigos rindieron 23 resultados positivos entre 124 con gonargina, y 40.5 por ciento entre 138 con el antígeno de Milán. La facultad anticomplementaria y también la dilución óptima, y tiempo necesario, variaron con cada frasco de gonargina. Los sífilíticos sin blenorragia acusaron una reacción positiva más a menudo que los individuos sanos y que los blenorragicos. Mucci⁴¹ repasa la intradermorreacción en la blenorragia, declarando que la gonargina es capaz de reactivar un proceso blenorragico. De los casos agudos, 80 a 83 por ciento manifestaron una intradermorreacción positiva, en tanto que hubo 28.31 por ciento, en los crónicos, y de 18 a 20 por ciento en los sin blenorragia. Para Peli, la aglutinación de Neisser posee poca importancia para el diagnóstico, pues encontró 9 positivas y 5 negativas en 14 casos de blenorragia aguda, y 11 positivas y 28 negativas en 38 casos crónicos. Spicca⁴¹ cree que la fijación del complemento es específica y valiosa en algunos casos de epididimitis.

Esperma.—Gory y Jaubert⁴² examinaron 750 ejemplares de esperma; 459 de ellos resultaron virulentos o inflamatorios, y 59.69 por ciento contenían gonococos. El esperma normal reveló gonococos en 5.17 por ciento. Los cultivos de esperma deben practicarse de cuatro a seis semanas después de cesar el tratamiento, en particular si se han empleado productos químicos o vacunas, y repetirse al mes si resultaren negativos.

Sífilis sin chancro.—Los autores reconocen dos formas de sífilis sin chancro, la "syphilis d'emblée" de los franceses. La primera es criptógena y su primera manifestación consiste en linfadenitis inguinal. La segunda es hematógena, y no pueden descubrirse ni chancro ni adenitis, traduciéndose la dolencia por la erupción. La sífilis congénita constituye un notable ejemplo de la infección hematógena sin lesión primaria. El autor⁴³ demostró experimentalmente que los espiroquetos pueden cruzar la piel o mucosa intacta, agregando que en esos casos existe probablemente un sífiloma microscópico o histológico, y un chancro histológico pero no clínico.

⁴⁰ Tornabuoni, G.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 503, 1927.

⁴¹ Buquicchio; Mucci; Peli; Spicca: Dermosifilografía 2: 6, 1927.

⁴² Gory, M., y Jaubert, A.: Presse Méd. 36: 388, 1928.

⁴³ Feldman, B. U.: Klinisch. Medits. 6: 268 (mzo.) 1928.

Cita dos casos de sífilis hematógena producida por la transfusión. De la literatura recopiló 88 casos sin lesión primaria.

*Parálisis general.*⁴⁴—Carp cree que la migración postmórtem del treponema tal vez sea la causa porque se encuentra en los tejidos en que no se suele encontrar durante la vida. En su caso de demencia paralítica descubrió espiroquetos en la circunvolución superior frontal; en la primera y segunda capa, hasta 15 por campo visual; en la tercera, hasta 2; en la cuarta, quinta, y sexta juntas, hasta 31; lo cual demuestra que su existencia en las capas externas no es tan rara como creían Noguchi y Jahnel. Los focos toman la forma de estrias negras y pequeñas a un aumento muy bajo. A un aumento mayor parecen más homogéneos y oscuros en el centro. Aunque el treponema es rara vez divisado en los tejidos cerebrales, se encuentra precisamente debajo de la piamadre, lo cual indica que tal vez penetre por el líquido cefalorraquídeo.

Serología

Pruebas.—Walch⁴⁵ resume los resultados obtenidos por los serólogos en diversas partes del mundo con las diversas pruebas. En los casos no tratados, las cifras son estas: En la sífilis primaria, 69.8 por ciento; en la secundaria, 89.4 por ciento; en la terciaria, 78.1 por ciento; en la hereditaria, 94.5 por ciento; en la cerebroespinal, 47.6 por ciento; en la parálisis general, 88.1 por ciento; en la tabes, 62.6 por ciento, acusan una hemorreacción positiva. Con el líquido cefalorraquídeo, la parálisis general rinde 90 por ciento, la tabes 56.2 por ciento, y la sífilis cerebroespinal 19 por ciento. Las reacciones se presentan por lo general del décimoquinto al vigésimo día después de la infección, pero tal vez se demoren. Durante el período secundario son cada vez más fuertes. En el terciario suelen continuar fuertes, en tanto que la enfermedad se muestra activa. Al practicar la prueba final, no debe haberse administrado tratamiento durante seis meses, a menos que se aplique una dosis provocadora de salvarsán 10 días antes de tomar la sangre. Como en 6 por ciento de los casos tempranos y 22 por ciento de los tardíos la reacción continúa positiva a pesar del tratamiento. Los métodos culturales para el diagnóstico de la blenorragia se emplean mucho más que antes, pero no son perfectos todavía. Resultan valiosos principalmente cuando existe una secreción al parecer estéril (pues pueden revelar el microbio mejor que los frotos) y cuando sólo existen diplococos o pocos microbios más que no pueden ser identificados en el frote.

Procesos inmunológicos.—Treintiún sujetos no sifilíticos previamente comprobados y seronegativos, fueron tratados⁴⁶ con un

⁴⁴ Carp, E. A. D. E.: Nederl. Tijdschr. Geneesk. 71: 386, 1927.

⁴⁵ Walch, J. H. B.: Med. Jour. Australia, 1: 166, 1928.

⁴⁶ Króy, H., y Schulze, F. O.: Klin. Wchnschr. 7: 246, 1928.

preparado líquido diluído, de modo que cada centímetro cúbico contenía unos 3,000,000,000 de espiroquetos inactivados y esterilizados. A 15 enfermòs se les inyectó dos veces durante cuatro semanas a dosis crecientes hasta 5 cc. Cada enfermo recibió 30 cc. en conjunto. Ocho enfermos recibieron 5 cc. tres veces semanales durante cuatro semanas, hasta un total de 60 cc., y ocho 5 cc. diarios durante cuatro semanas, y durante las dos semanas siguientes 10 cc. diarios hasta llegar a un total de 240 cc. Todas las inyecciones fueron intraglúteas. La sangre de esos sujetos fué examinada por lo menos una vez cada semana, después de diluirla al 1 por 5. Se emplearon cinco extractos para averiguar las propiedades de fijación del complemento, de los cuales sólo uno era de *Spirocheta pallida*. Los resultados fueron uniformes, y todos los sueros adquirieron la capacidad de fijar el complemento con el extracto espiroquético, pero no con los otros.

Origen de las alteraciones sanguíneas.—Klopstock⁴⁷ investigó si había un componente alcosoluble, es decir, lipoideo, en el *Spirocheta pallida*, que posea una afinidad específica hacia los anticuerpos del suero sífilítico. De los espiroquetos aislados con una técnica idéntica a la empleada para el cultivo en el Instituto de Bioquímica del Emperador Guillermo, produjo un extracto que empleó a dosis de 1 por 6. De sus experimentos deduce que el espiroqueto contiene un componente alcosoluble que reacciona con los anticuerpos de los sueros sífilíticos, lo cual para él constituye una prueba importante de que los espiroquetos desempeñan un papel decisivo en las alteraciones hemossifílticas.

Extractos autógenos.—Henning⁴⁸ empleó 30 cobayas para su experimento. Practicó primero la serorreacción con sangre cardíaca, resultando negativas las pruebas de Wassermann, Sachs-Georgi, y Meinicke. Luego trató a los animales con extractos alcohólicos de riñón autógeno y de suero de porcino, practicando inyecciones intracardíacas en 23 días sucesivos. No se produjeron serorreacciones positivas. Los animales fueron comprobados al cabo de tres semanas y media en cuanto a hipersensibilidad a las mezclas de antisuero-lipoide, y dosis ineficaces para los animales normales o tratados con suero produjeron reacciones graves y hasta mortales. Los lipoides autógenos produjeron, pues, el mismo resultado que los heterogéneos en los experimentos de Klopstock.

Reacción de Kolmer.—Para Davidsohn,⁴⁹ la reacción de Kolmer es la de elección. En este país es casi específica para la sífilis, pero en los trópicos resulta también positiva en la frambesia. Las reacciones débilmente positivas indican sífilis, y deben ser consideradas con la misma gravedad que las fuertes. En los períodos muy tempranos de

⁴⁷ Klopstock, F.: Klin. Wehnsehr. 6: 685, 1927.

⁴⁸ Henning, L.: Ztschr. f. Immunitätsforsch. 55: 19, 1928.

⁴⁹ Davidsohn, I.: Am. Jour. Syph. 12: 122, 1928.

la enfermedad, el ultramicroscopio es el método de elección. La fórmula globular, las pruebas coloidales, y el dosaje de la globulina, son de valor en el diagnóstico cefalorraquídeo, pero unidos a la fijación del complemento. La precipitorreacción de Kahn es un auxiliar útil de la fijación, pero no puede suplantarla.

Modificación de la reacción del Instituto Pasteur.—Con una modificación de la reacción propuesta por el Instituto Pasteur, Navarro Martín y Hombría,⁵⁰ utilizando seis tubos (tres testigos y tres de reacción) realizaron 318 reacciones conjuntamente con la Wassermann y la Meinicke, obteniendo resultados positivos concordantes en 58 casos, negativos en 198, y discordantes en 62. La nueva técnica coincide con la Wassermann en 83.2 por ciento y con la Meinicke en 84.2 por ciento. La reacción sólo fué positiva en 24 sueros, 22 de ellos procedentes de sífilíticos tratados o en latencia sintomática.

Nuevo método.—La técnica de Tsü⁵¹ es ésta: A 0.2 c. c. del suero del enfermo se agrega 0.2 c. c. de extracto, se agita enérgicamente el tubo de ensayo durante un minuto y se agrega 0.4 c. c. de una suspensión (al 1 por ciento) de sangre de ovino. La reacción puede leerse al cabo de 10 a 15 minutos en la estufa a 37° C. El suero del enfermo no debe tener más de 48 horas. El extracto se diluye al 1 por 6, y se agrega el suero fisiológico como en la Wassermann primitiva. El extracto no es colesterinizado. Si no hay suficiente suero a mano bastará con la mitad. En el tubo de comprobación se emplea suero fisiológico en vez de extracto. Hay que graduar bien la temperatura en la estufa. De 454 casos comparados, la prueba se comparó satisfactoriamente con la Wassermann y la Sach-Georgi.

Kahn.—En 2,019 sueros, la mayoría de casos de sífilis tratados, Osmond⁵² probó las reacciones de Kahn, Wassermann, y Sigma. Aunque hubo un acuerdo marcado entre las tres, los resultados favorecen ligera, pero definitivamente, a la Kahn.

Especificidad de la Kahn en las afecciones febriles.—Mu y Keim⁵³ examinaron la sangre de 106 sujetos febriles, comprendiendo casos de neumonía, tifo, fiebre recurrente, y tifoidea, con las reacciones de Kahn y Kolmer-Wassermann, primero en el acmé de la fiebre y después, de 5 a 20 días después de desaparecer la fiebre. Las dos reacciones acusaron resultados análogos y específicos. El resultado favoreció algo a la Kahn, pues fluctuó menos.

Reacción de Takata-Ara.—De la observación de 120 líquidos cefalorraquídeos, Röhrs y Kohl-Egger⁵⁴ deducen que no debe considerarse como específica a la reacción de Takata-Ara, pues enfermedades orgánicas de origen no sífilítico acusan, a menudo, resultados de forma

⁵⁰ Navarro Martín, A., y Hombría, M.: Med. Ibera 22: 597 (mayo 26) 1928.

⁵¹ Tsü, T. Y.: Klin. Wehnschr. 7: 119, 1928.

⁵² Osmond, T. E.: Brit. Med. Jour. 1: 440 (mzo. 17) 1928.

⁵³ Mu, J. W., y Keim, H. L.: Arch. Dermat. & Syph. 17: 387 (mzo.) 1928.

⁵⁴ Röhrs, E., y Kohl-Egger, E.: Deuts. Zeitschr. Nerv. 101: 1 (ene.) 1928.

metasifilítica. Existe una forma mixta que produce una coloración rojiza y precipitación, de modo que se vuelven indistinguibles las formas metasifilítica y meningítica, y queda incierto el diagnóstico diferencial. La reacción de Takata-Ara no suplanta a otras reacciones del líquido cefalorraquídeo, en especial la de Wassermann, mas aquella tiene la ventaja de poderse hacer fácilmente, y ser fácil su lectura.

Líquido cefalorraquídeo.—Armuzzi⁵⁵ tiñe los ejemplares con impregnación argéntica y centrifuga el coagulado. De un total de 150 ejemplares de líquidos cefalorraquídeos procedentes de 131 sífilíticos de varios períodos, la reacción fué positiva en ocho casos. En el líquido de los sífilíticos tratados con paludismo y salvarsán, no se encontraron treponemas, aunque las alteraciones patológicas continuaban. Para el autor, el *Treponema pallidum* puede vivir en forma latente en el líquido cefalorraquídeo.

La opacorrección cefalorraquídea de Meinicke.—Los autores⁵⁶ han aplicado la opacorrección de Meinicke al líquido cefalorraquídeo. De 276 ejemplares, en 97 por ciento la reacción convino con la Wassermann. En otro grupo de 1,028 líquidos procedentes de 96 paráliticos generales, 73 tabéticos, 42 sífilíticos cerebrales, 132 sífilíticos latentes, 51 sífilíticos secundarios, y 634 que padecían de otras enfermedades, el acuerdo total fué de 94.8 por ciento entre ambas reacciones.

Lepros.—Al comparar 112 leprosos con un número igual de sujetos no leprosos en que se sospechaba sífilis, Greval⁵⁷ obtuvo Wassermanns casi idénticas. La Kahn mermó la proporción positiva en ambas series, pero menos en los leprosos.

Reactivación.—La reactivación de la Wassermann se logró de 3 a 6 días después de una inyección intraglútea de 5 c. c. en 36.6 a 90.9 por ciento en los enfermos con sífilis latente tratada y congénita. Cuando Klopstock inyectó leche cinco veces en las venas de los conejos, se produjo una Wassermann positiva. Cascio Rocca⁵⁸ inyectó leche a 50 no sífilíticos sin que manifestaran una Wassermann positiva.

Suero inactivado sin antígeno.—Sciarra y Giudiceandra utilizaron suero inactivado, pero sin antígeno. En el ultramicroscopio pueden verse así muchos granos y flocúlos que se disocian al agregar alcohol metílico absoluto. Lanter⁵⁹ probó el método con resultados negativos.

Antígeno de corazón de caballo.—Gross⁶⁰ comprobó el extracto de corazón de equino en 2,000 sueros, y comparó el resultado con el obtenido con los extractos de hígado sífilítico y de corazón de bovino.

⁵⁵ Armuzzi, G.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 72, 1927.

⁵⁶ Untersteiner y Scharfetter, K.: Klin. Wehnschr. 7: 641, 1928.

⁵⁷ Greval, S. D. S.: Ind. Jour. Med. Res. 15: 683 (eno.) 1928.

⁵⁸ Rocca, G. Cascio: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 1442, 1927.

⁵⁹ Lanteri, G.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 1440, 1927.

⁶⁰ Gross, H.: Klin. Wehnschr. 7: 553, 1928.

A 500 también los comprobó con extracto de corazón humano y de cobayo. Hubo reacciones negativas en 1,641 de los sueros, y positivas y dudosas en 359. Todas las reacciones positivas acusaron 4 más con el extracto de corazón de caballo. El extracto alcoholes-terinizado de corazón de equino es muy útil para la Wassermann.

Lipóide de venera.—Sanderson⁶¹ declara que, en una pequeña serie, un antígeno preparado de un extracto alcohólico de tejido de venera (pectina) resultó tan eficaz para la Wassermann como el preparado de corazón de bovino.

Transmisión

Segunda y tercera generación.—Nabarro,⁶² médico encargado del departamento venéreo del hospital para niños enfermos de Londres, repasa algunos de los problemas vinculados con la transmisión de la sífilis a la segunda y tercera generación. Según Diday, Gaspard Torella, en 1498, fué el primero en mencionar la sífilis en los recién nacidos. En la época reciente, iniciada con el descubrimiento del espiroqueto pálido y de la reacción de Wassermann en 1905-6, varios han demostrado que aún faltando las manifestaciones clínicas, el testículo se halla infectado, de modo que el espiroqueto existe a menudo en el semen. Por ejemplo, Cooke y Jeans descubrieron una Wassermann negativa en casi 40 por ciento de los padres que habían confesado una infección previa, y en la serie del propio Nabarro, de 123 padres de hijos sífilíticos, hasta 60 por ciento acusaron Wassermanns negativas. Rietschel ha explicado algunos de los fenómenos de la transmisión de la sífilis congénita, suponiendo que el endometrio se susceptibiliza a la infección al madurar el huevo, y que la infección localizase, allí lo cual explicaría los frecuentes abortos en las familias sífilíticas. El feto mismo rara vez acusa signos de sífilis antes del séptimo mes. En los embarazos repetidos, la enfermedad uterina se vuelve más latente, hasta nacer por fin un hijo sífilítico. Para Nabarro, la historia natural de la enfermedad tal vez varíe, bien debido a modificación de la virulencia o a la moderna terapéutica, de modo que la típica historia de aborto y de mortinatalidad no es tan frecuente como antes. Routh, Wile, Pollitzer, y otros, favorecen la teoría de que hay un período quiescente en forma de esporo o gránulo del espiroqueto que hace la transmisión paterna posible y hasta probable. Si se acepta la posible existencia de sífilis con una Wassermann negativa, todo enfermo que acuse una reacción débil debe ser considerado como posible caso de sífilis. En un caso se descubrió la infección fortuitamente al practicar una serie de Wassermanns, en niños normales y un caso de nefritis, aunque no había síntomas indicativos de sífilis. Varios autores han llamado la atención sobre la frecuencia de la neurosífilis en ciertas familias, y se ha indicado que

⁶¹ Sanderson, E. S.: Am. Jour. Syph. 12: 136, 1928.

⁶² Nabarro, D. N.: Brit. Jour. Ven. Dis. 3: 218, 1927.

existe una raza neurotrópica del espiroqueto. Nabarro cita varios ejemplos de ese género, y opina que no se deben forzosamente a una raza especial, sino más bien a la semejanza del terreno en que se desarrolla el espiroqueto.

Con respecto a la transmisión a la tercera generación, los autores discrepan bastante. Para Nabarro, no cabe duda de la existencia de sífilis en tres generaciones, pues muchos autores han comunicado casos, y Nabarro mismo tiene una docena de esas familias en su serie. Por supuesto, es muy difícil y a menudo imposible, excluir la posible sífilis en el padre. Si se supone que el padre es el transmisor, se trata entonces de transmisión paterna, pero si el hijo recibe la sífilis de la madre, que es una heredosifilítica, entonces se ha transmitido la sífilis a la tercera generación. En cambio, si se supone que el padre ha infectado a la madre, que luego ha infectado al hijo, hay que suponer que la madre heredosifilítica es susceptible de reinfección, lo cual no aceptan la mayor parte de los autores, a menos que se trate de sobreinfección. En la serie de Nabarro figura un sujeto heredosifilítico, quien asegura que no hubo posibilidad de infección adquirida en su caso, y que transmitió la enfermedad en una forma ligera a sus hijos. La escuela francesa, según ha expuesto Hutinel en su libro titulado "Le terrain hérédosyphilitique," sostiene que hay una diátesis sífilítica, lo mismo que la hay con respecto a la tuberculosis, artritis, etc. "¿Puede ayudar esa predisposición a explicar por qué existen muchos hijos sífilíticos en algunas familias, y en otras sólo uno o dos?" Los casos estudiados demuestran cuán fortuita puede ser la transmisión de la sífilis congénita, y al futuro corresponde descubrir las leyes y condiciones que la gobiernan.

Duración de la viabilidad del Spirochaeta pallida.—Kadisch⁶³ cubrió pápulas húmedas secundarias con compresas de gasa impregnada en suero sífilítico, que volvió a colocar en una placa que contenía la misma solución. De ese modo recogió 7 c. c. del líquido lechoso, que contenía unos 10 espiroquetos en cada campo obscuro. El material procedía de un sujeto no tratado. Los ejemplares se cerraron herméticamente con parafina. El período más prolongado durante el cual continuaron los movimientos fué de 77 días. Si los treponemas permanecen activos todo ese tiempo el peligro de la infección extragenital es mucho mayor de lo que sesuele creer. Las temperaturas altas perjudican a los treponemas más que las bajas. Algunos ejemplares continuaron vivos más de dos meses y medio en la nevera. A la temperatura ambiente sobrevivieron cuatro semanas, y en la estufa no más de una. La adición de suero disminuyó la duración de la vida, sin que se notara ninguna diferencia entre el positivo y el negativo a la Wassermann. Los treponemas no se mostraron muy sensibles a la desecación parcial del ejemplar.

⁶³ Kadisch, E.: Dermat. Ztschr. 51: 117, 1927.

Ratones.—Kolle, Schlossberger, y Evers descubrieron que podía infectarse a las ratas y ratones con *Treponema pallidum* sin producir síntomas. Schlossberger descubrió después que el espiroqueto de la sífilis y el del pian continuaban en el cuerpo de los ratones algún tiempo, multiplicándose sin producir síntomas. En 15 ratones, Kolle y Schlossberger⁶⁴ inyectaron dos razas distintas inyectadas antes en los conejos. Los ratones fueron portadores del virus sífilítico el resto de la vida, sin demostrar reacción local, síntomas, o alteraciones microscópicas. El virus continuó siendo virulento para los conejos. De los 15 ratones tratados con trozos de chancro, 14 tuvieron sífilis sin síntomas. Para los autores, podría demostrarse, por medio de más experimentos, que el pase por el ratón, antes de la inoculación en los conejos, tal vez ayudara a demostrar la infección sífilítica en el hombre y también a cultivar razas sífilíticas, más que la inoculación directa en los conejos.

Tercera infección.—En el caso de Brunetti,⁶⁵ un sujeto de 54 años contrajo tres infecciones sífilíticas. El autor declara que es el séptimo caso comunicado. Doce meses transcurrieron entre la primera y segunda infecciones, y 25 entre la segunda y tercera. Cada vez el enfermo se curó en el período secundario avanzado con inyecciones de salvarsán.

El caso de Halley⁶⁶ procede de la clínica médica del Hospital de Johns Hopkins, en el que fué observado las tres veces. Es importante, por ser el único comunicado en la literatura americana o inglesa en que el enfermo, después de haber tenido dos infecciones sífilíticas, adquiriera otra indicativa de infección primaria.

Sobreinfección experimental.—Mulzer y Nothhass⁶⁷ han logrado producir cultivos puros con una raza facilitada por Reiter, que tuvo 200 pases en el tubo de ensayo. En dos casos se produjo sífilis en el testículo del conejo, y se propagó allí. Esa raza cultural resultó ser mucho más activa inmunobiológicamente para las sobreinfecciones de los conejos sífilíticos latentes que las razas de la misma edad biológica, procedentes del hombre.

Zona.—Lhermitte y Kyriaco⁶⁸ han establecido una estadística de 33 casos de zona típico que han observado varios años. En 24, o sea 72.7 por ciento, los signos clínicos o la Wassermann indicaron sífilis. Para esos autores la sífilis forma el lecho de la infección zosteriana. Lortat-Jacob declaró que no reconocía relaciones entre la sífilis y el zona, por lo menos en los jóvenes.

Efecto recíproco de las infecciones concomitantes.—Pearce⁶⁹ inoculó intracutáneamente virus varioloso al mismo tiempo que inoculaba el

⁶⁴ Kolle, W., y Schlossberger, H.: Deutsch. Med. Wchnschr. 54: 129, 1928.

⁶⁵ Brunetti, F.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 1621, 1927.

⁶⁶ Halley, C. R. L.: Jour. Am. Med. Assn. 90: 763 (mzo. 10) 1928.

⁶⁷ Mulzer, P., y Nothhaas, R.: Münch. med. Wchnschr. 75: 169, 1928.

⁶⁸ Lhermitte, J., y Kyriaco: Gaz. Hôp. 101: 725 (mayo 16) 1928.

⁶⁹ Pearce, L.: Jour. Exp. Med. 47: 611 (abr.) 1928.

Spirochaeta pallida en el testículo. La vacunación alteró intensamente la reacción sifilítica, y la sífilis fué sumamente grave.

Cadáver.—Mgaloblschwili⁷⁰ repasa la literatura relativa a las infecciones sifilíticas contraídas del cadáver. Según Astruc, Morgagni disectó muchos cadáveres de sifilíticos sin infectarse. En 1920, Hoffmann realizó una encuesta, y entre las 29 respuestas, mencionáronse infecciones inéditas, 2 de ellas (Rille y Siebert) comprobadas. En 1923 Trüb descubrió 22 casos en la literatura, de los cuales consideró 5 como demostrados positivamente, y 10 como bastante establecidos, agregando 2 de los casos de Hoffmann. En 1926 Hoffmann comunicó 2 casos más demostrados, y agregó 2 establecidos, declarando que 15 de los casos de Trüb eran probablemente también sifilíticos. En 1927 Hoffmann (véase el número de junio, p. 699) tuvo que sostener la reclamación de un patólogo que se había infectado mientras disecaba el cadáver de un niño, y envió otro cuestionario a los patólogos. De los 31 que contestaron, 10 no creían en esa forma de transmisión, pareciéndoles que el *Treponema pallidum* sucumbe al frío en el cadáver; 8 creían que esa transmisión estaba demostrada, y 13 que era probable. La encuesta reveló 5 casos más; 1 publicado antes, y 4 inéditos. Los experimentos han demostrado que la viabilidad del *Treponema pallidum* es mayor cuando se excluye el aire, y en la nevera. Truffi encontró espiroquetos móviles 52 horas después de la muerte en el chancro de un muerto. En los niños sifilíticos todavía se movían a los 10 días de la muerte. Janel los observó en el cerebro de los paralíticos de 24 a 48 horas después de la defunción. Casi todas las infecciones procedentes de cadáveres fueron contraídas en los dedos; sólo una en el cuello. Los chancros no se diferenciaban de los otros, pero fueron malignos en tres casos. En ninguno se hizo el diagnóstico tempranamente o se pensó en la etiología al principio. Por lo general el pronóstico es bueno cuando se emplea un tratamiento enérgico. Mgaloblschwili se sorprende de que haya tan pocas de esas comunicaciones, y se pregunta si el treponema posee entonces menos facultad penetrante. Lubarsch manifiesta que jamás ha observado esa forma de transmisión en todo el inmenso material que cruza por sus manos.

Profilaxis

Alemania.—Aunque la nueva ley alemana, declara Oelze,⁷¹ no exige la busca del *Treponema pallidum* por el médico, a cada doctor se le envía un impreso en que hay que indicar si ha buscado el treponema. No se exige la biopsia en el chancro blando. Los certificados para enfermeras exigen falta de signos clínicos, microscópicos y serológicos, pero no hay que olvidar que el cuello de mujeres aparentemente sanas

⁷⁰ Mgaloblschwili, P.: Dermat. Ztschr. 51: 167, 1927.

⁷¹ Oelze, F. W.: München. med. Wehnschr. 75: 184, 1928.

aloja espiroquetos. Oelze agrega que debe concederse más atención al *Treponema pallidum* durante el tratamiento, pues así podrían aplicarse más y mejor ciertas terapéuticas. Los exámenes serológicos y microscópicos deben hallarse en manos de laboratorios expertos, si el doctor no se siente competente para practicarlos, y a menudo quizás sea mejor enviar al enfermo que al ejemplar.

Médico.—La literatura contiene muy poco acerca del peligro corrido por los médicos que se ponen en contacto con la sífilis. En una práctica de muchos años, Whitney⁷² ha observado 29 casos de sífilis adquirida por los médicos en su práctica. Lo más aterrador es que el punto de entrada del espiroqueto, la lesión primaria, fué a menudo tan ligera que no se le concedió atención hasta aparecer síntomas orgánicos. El autor describe 10 casos para demostrar las varias formas que toma el chancro digital. Los otros 19 fueron de la forma corriente. El venereólogo está menos expuesto a infectarse, por tomar más precauciones.

Francia.—Hay cuatro medios, declara Gauducheau,⁷³ de impedir la infección venérea: morales, terapéuticos, reglamentación, y profilaxia individual, siendo el último menos comprendido del público general que los otros. El servicio médico del ejército no puede recomendar el empleo de medios mecánicos, debido a la oposición de los que ya se encuentran alarmados por la decreciente natalidad. Además, los soldados muéstranse rehacios a emplearlos. Aunque el empleo de jabón y agua hará mucho por impedir las infecciones, a menudo no se hallan a mano cuando más se necesitan. Hasta las toallas pueden transmitir la infección. La comisión de profilaxia nombrada por el Ministro de Higiene de Francia recomendó hace poco el empleo de cianuro de mercurio, pero los compuestos mercuriales son mirados de reojo desde que Metchnikoff y Roux demostraron que el bicloruro de mercurio al 1 por ciento no impedía la sífilis experimental en el mono. En cambio, la pomada mercurial ha resistido la prueba del tiempo durante veinte años. Para Gauducheau, pueden impedirse, tanto la sífilis como la blenorragia, empleando, después de la exposición, el siguiente unguento: cianuro de mercurio, 0.10; timol, 1.0; calomelanos, 25.0; lanolina, 50.0; albolina, 10.0; petrolato, q. s. 100 partes (i. e., 13.0). La pomada se fricciona bien cuanto antes en el bálano, prepucio, y meato. La micción elimina mecánicamente muchos gonococos. Es magnífico disponer de un tubo colapsible que facilite la introducción de la pomada en el meato. Gauducheau no favorece la profilaxia obligatoria. Los argumentos de que el Gobierno no debe facilitar medios para capacitar a los soldados a exponerse a esas dolencias con inmunidad, ruedan por el suelo, pues el Gobierno tendría de otro modo que tratar gratuitamente dichas

⁷² Whitney, C. M.: Am. Jour. Syph. 12: 1, 1928.

⁷³ Gauducheau, A.: Bull. & Mem. Soc. Méd. Mil. Franç. 12 (obre.-dubre.) 1927.

dolencias, una vez contraídas. La divulgación de la profilaxia general eliminará la necesidad de la inspección médica de las prostitutas.

Blenorragia.—La profilaxis,⁷⁴ manifiesta Frist, peca de insuficiente en la blenorragia, y todos los médicos deberían indicar a los enfermos los peligros involucrados.

Higiene sexual de los niños.—El Sr. R. Cary Gilson, Director de la Escuela del Rey Eduardo, de Birmingham, ha escrito "Una Carta a los Padres," recalcando que la higiene sexual es un problema no sólo fisiológico, sino moral.⁷⁵ Para él ciertos asuntos, que no son peligrosos para los adultos, resultan inapropiados para los niños, por no poderlos contemplar éstos en su verdadera perspectiva. Hay que hacer comprender al niño que la continencia comienza en la mente, y que no hay que dar campo a la imaginación. Entre otros medios de profilaxis figuran los ejercicios y los juegos vigorosos. Desde el punto de vista puramente físico, poseen mucha virtud el agua pura, el alimento sencillo, las comidas tempranas, y un colchón bien duro, en el cual debe descansar el niño de lado, y no de espaldas. Hay que poner en guardia a los muchachos acerca de los desagradables fenómenos producidos por los trastornos fisiológicos durante el sueño, y en tanto que sean absolutamente involuntarios, mientras menos atención se les dedique, tanto mejor. Si el niño se deja arrastrar a la masturbación, la firmeza, la simpatía, y la intuición indicarán el mejor camino a seguir. Hay que hacerles contemplar ese hábito con horror, pero sin llevarlos a la desesperación.

Campaña contra el charlatanismo.—Los señores Gueyrat y Pfeiffer⁷⁶ han introducido recientemente en Francia un proyecto de ley, fundado en parte en la ley inglesa y en parte en la alemana, que ha sido aprobado por unanimidad por la comisión de profilaxia de las enfermedades venéreas, presidida por el Profesor Pinard. Dicho proyecto impone de un mes a dos años de encarcelamiento o de 5,000 a 25,000 francos de multa, o ambas penas, a cualquiera que proponga o indique, directa o indirectamente, por medio de anuncios, tratamientos, remedios, o cualquiera asistencia encaminada a impedir, tratar, aliviar, mejorar, o curar las enfermedades venéreas. Las personas que ofrezcan de venta en público, medicamentos o instrumentos con el mismo propósito, serán castigadas igualmente. Las excepciones a dichas disposiciones consisten en: (1) Avisos, anuncios, y otras indicaciones públicas en revistas o publicaciones de medicina o farmacia, a menos que dichas publicaciones sean enviadas gratuitamente a personas que no practican la profesión de doctor en medicina, farmacéutico, dentista, o partera; (2) avisos relativos a servicios u horas de consulta en las puertas de hospitales y dispensarios reconocidos como de utilidad pública o mantenidos con fines

⁷⁴ Frist, J.: Wien. klin. Wehnschr. 41: 380, 1928.

⁷⁵ Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1802 (jun. 2) 1928.

⁷⁶ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1723 (mayo 26) 1928.

altruistas, o colocados en la residencia de los médicos; y (3) medios de publicidad utilizados por las autoridades públicas o las sociedades reconocidas como de utilidad pública. El castigo puede ser redoblado si las víctimas del delito fueren menores. A los reincidentes pueden imponérseles sentencias de encarcelamiento.

Tratamiento

Clinica.—El tratamiento de la blenorragia, dice Irvine,⁷⁷ en una clínica es muy difícil, por no poder concederse suficiente tiempo a cada enfermo. En la Universidad de Minnesota ha habido desde hace ocho o nueve años una clínica nocturna, en la cual los honorarios cobrados son tan pequeños que no ha habido dificultad con la profesión médica. Tanto en la sífilis como en la blenorragia debe recalcarse el diagnóstico temprano e iniciarse el tratamiento cuanto antes. El laboratorio es de mucha importancia, pero no debe hacerse el diagnóstico por una sola Wassermann o Kahn, a menos que haya otros síntomas clínicos corroboratorios. Los ultramicroscopios no son costosos, y todos los médicos deberían tenerlos.

Conflictos terapéuticos.—El médico tiene que escoger a menudo, dice Milian,⁷⁸ entre la intolerancia del enfermo y la hipervirulencia del germen bajo el influjo del remedio administrado. Los arsenicales evocan esas dificultades más frecuentemente que otros remedios. Para el autor, las dosis altas deben ser administradas rápidamente a fin de evitar intervalos demasiado largos. Las reacciones térmicas no son tóxicas, pues desaparecen gradualmente al continuar el tratamiento, y se ven más a menudo al emplear dosis pequeñas. Esas reacciones térmicas y cutáneas demuestran la posible reavivación de lesiones viscerales bajo el influjo del tratamiento, e indican la necesidad de continuarlo. A menudo los conflictos térmicos producidos con el 914 desaparecen al administrar mercurio o bismuto.

Sífilis aguda.—Para Hancock y Barnett,⁷⁹ las arsfenaminas, los mercuriales, y el bismuto, son complementarios si se administran en el orden debido. La terapéutica de la sífilis primaria depende en gran parte del criterio del sifilólogo. Conviene comenzar con un tratamiento más o menos intenso con arsfenamina, empezando con una dosis pequeña para evitar la reacción de Herxheimer, y seguir con una serie de dosis de 0.6 gm. La administración temprana de arsenicales es importante, pues lleva al enfermo más allá del período infeccioso. Por lo general, la serie consiste de 12 a 15 dosis a plazos de 5 días, seguida de un período de descanso. Después debe comenzarse la administración de mercuriales, y alternarse luego el mercurio y el bismuto, para volver a las arsfenaminas al cabo de cuatro a seis semanas. El médico debe estar a la mira de los efectos tóxicos.

⁷⁷ Irvine, H. G.: Ill. Health News 14: 5, 1928.

⁷⁸ Milian, G.: Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 52: 306, 1928.

⁷⁹ Hancock, J., y Barnett, A. M.: Urol. & Cutan. Rev. 32: 24, 1928.

Muertes consecutivas a la arsfenamina.—Scott y Moore⁸⁰ describen a fondo una muerte consecutiva al empleo de la arsfenamina, y citan las observaciones de otros autores. La patogenia pareció consistir puramente en envenenamiento arsenical, debido a liberarse el arsénico inorgánico trivalente, de la arsfenamina imperfectamente eliminada. Por lo tanto, debe examinarse el riñón antes de administrar arsenicales y no emplear cantidades considerables de mercurio cuando se administran arsenicales simultáneamente o dentro de poco tiempo. La adrenalina y las otras aminas ofrecen las únicas esperanzas de beneficio cuando ha tenido lugar el envenenamiento. Sin embargo, en ciertas circunstancias producen delirium cordis.

Inyecciones.—Las inyecciones subcutáneas de mercurio, afirma Milian,⁸¹ cuando el compuesto es soluble, son dolorosas. El benzoato tiene que ser empleado a dosis masivas para que surta efecto. El cianuro resultó demasiado doloroso en los músculos. El aceite gris insoluble es el mejor para el tratamiento diario. A pesar de las muchas sales arsenicales, sólo algunas resultan útiles. Las más antiguas son el 606 y el 914. Algunas se inyectan en la piel o las venas. El sulfarsenol puede ser inyectado en los músculos. Las sales de bismuto son empleadas intramuscularmente. Varios autores todavía creen que las inyecciones deben practicarse subcutáneamente en el tejido celular, pero para Milian eso constituye un craso error. La vía intramuscular es la apropiada. El enfermo no debe encontrarse de pie, pues de sentirse mal se deja caer, y puede lastimarse y la aguja romperse. Si no se mantiene muy tieso los músculos se mueven, y la piel se desliza ante la aguja. La posición de elección es la sedente, y hay que tener mucho cuidado de no penetrar en la zona ciática, y que evitar naturalmente los tejidos óseos. Para las inyecciones intramusculares debe utilizarse una aguja larga, por lo menos de 6 cm., pero si el enfermo es muy joven basta con 4 o 5 cm. Debe emplearse la aguja más fina posible; para las suspensiones oleosas se necesita una más gruesa. Para las sales solubles el calibre más común es de 5/10 mm., y para las oleosas, de 9/10 mm. La punta debe ser afilada y larga. El autor también describe la técnica de las inyecciones intravenosas.

Sífilis congénita.—Para Vilá,⁸² el tratamiento de la heredosífilis debe comenzar por el tratamiento profiláctico, no permitiéndose el matrimonio sino de aquellas personas debidamente autorizadas por un certificado médico. No existe transmisión hereditaria, sin sífilis materna. El tratamiento preconcepcional del sífilítico tratado es facultativo para el hombre, pero en la mujer es siempre recomendable. Durante sus primeros embarazos, toda mujer específica debe

⁸⁰ Scott, E., y Moore, R. A.: Jour. Lab. & Clin. Med. 13: 345, 1928.

⁸¹ Milian, G.: Paris Méd. 18: 211, 1928.

⁸² Vila, B.: Vida Nueva 2: 333 (mayo 15) 1928.

recibir tratamiento, aún cuando no presente ninguna manifestación y sus reacciones serológicas sean negativas. El tratamiento de la heredosifilis debe establecerse lo más precozmente posible y debe prolongarse a lo menos por tres a cuatro años, variando según las manifestaciones clínicas en cada caso, y debiendo recibir tratamiento aún los niños heredosifílticos aparentemente sanos. La Wassermann es de resultados más infieles en la heredosifilis, sobre todo en la primera infancia, que en el adulto. En el tratamiento de la heredosifilis se puede distinguir un primer período de ataque hasta la desaparición de todas las manifestaciones serológicas a base de la terapéutica arsenomercurial intensiva y un segundo período mucho más prolongado, pero menos intenso por los mercuriales, bismuto y arsenicales, que tiene por objeto mantener los resultados obtenidos. En el tratamiento débense utilizar no tan sólo los llamados específicos sino también todo otro medio auxiliar que favorezca la regresión de las lesiones. El yoduro de potasio es un poderoso auxiliar. El pronóstico del caso regularmente tratado es bueno, pero sombrío para todo aquel que no reciba un tratamiento suficientemente intenso y prolongado.

Las arsfenaminas en los tuberculosos.—Una comunicación presentada por el Dr. Marchand a la Sociedad Médica de los Hospitales de París ⁸³ llama la atención sobre el peligro que entraña la arsfenaminoterapia en los sífilíticos que albergan bacilos tuberculosos ocultos. Marchand comunica dos casos personales. Una joven que padecía de una laringitis sospechosa acusó una Wassermann positiva, y fué tratada con arsfenamina. Después de la primera inyección la temperatura se elevó a 39 y 40 C., y se afectaron ambos vértices pulmonares, muriendo la enferma a los tres meses. Otro sujeto de 30 años con probable sífilis congénita, aunque la Wassermann era dudosa, fué tratado con arsfenamina con trastornos nerviosos, sin que hubiera signos visibles de tuberculosis. Tras las primeras inyecciones apareció fiebre, y al mismo tiempo lesiones biverticales con bacilos en el esputo. Se interrumpió el tratamiento, pero el enfermo murió a los cuatro meses completamente caquéctico. Esos dos casos entrañan mucho interés, pues muchos médicos recetan arsenicales a los tuberculosos, aunque las dosis administradas son mucho menores que las corrientes de arsfenamina. Marchand recomienda que antes de comenzar el tratamiento con salvarsán, el médico se cerciore de que no hay signos de infección bacilar, ni siquiera latente. Si el tratamiento provoca fiebre, hay que redoblar las precauciones.

Sífilis medular.—Este librito de Lortat-Jacob y Poumeau-Delille ⁸⁴ se propone orientar a los médicos hacia la busca de las formas cura-

⁸³ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 90: 2046 (jun. 23) 1928.

⁸⁴ Lortat-Jacob et Poumeau-Delille: La syphilis médullaire. Masson et Cie., París.

bles de la sífilis medular, evitándoles tentativas y tratamientos tímidos.

Sífilis arsénico-resistente.—Es fácil suplantar el arsenobenzol con mercurio o bismuto, afirma Bonnet⁸⁵ pero a fin de obtener una acción rápida si no hay resistencia, conviene agregar el arsenobenzol. El tratamiento combinado es preferible siempre, aunque puede comenzarse muchas veces con arsénico y agregar mercurio al menor signo de resistencia. El medicamento tal vez fracase en algunos casos, si no se prepara debidamente.

Embarazo.—Por medio del tratamiento prenatal, la frecuencia de Wassermanns de 4-más en el momento del parto, ha sido reducida de 30 a 23 por ciento en 1926, a 13 por ciento en 1927, en la clínica del departamento de obstetricia de la facultad de medicina de la Universidad de Emory en Atlanta.⁸⁶ Los roentgenogramas demuestran que no nació un feto con signos de sífilis, si la madre había recibido más de ocho tratamientos. Sólo hubo cuatro criaturas prematuras dadas a luz por madres que recibieran más de ocho tratamientos. Ninguna mujer que tuvo un feto nacido muerto prematuramente recibió más de tres tratamientos. La placenta fué positiva más a menudo en los casos que recibieron un solo tratamiento. De cien mujeres que recibieron de 1 a 20 tratamientos, se obtuvieron los siguientes datos: Hubo 1 por ciento de mortinatalidad a término y 6 por ciento prematura, comparado con 19 por ciento en una serie previa en que las madres no recibieron tratamiento. En la serie tratada no hubo mortinatalidad. Las placentas fueron positivas en cuanto a sífilis en 28 por ciento, negativas en 25 por ciento, y modificadas por el tratamiento, en 46 por ciento. Veintitrés por ciento de los casos positivos habían recibido menos de cuatro tratamientos. Cuando las embarazadas se presentaron en la clínica se les practicó una Wassermann, y se las trataba. Durante el parto se repitió la Wassermann. Cincuenta y dos por ciento manifestaron una Wassermann positiva en la clínica y negativa en el parto. Dieciocho por ciento de las criaturas resultaron positivas en cuanto a sífilis.

Ojo.—Después de repasar la literatura, Young⁸⁷ declara que la sífilis es siempre una posibilidad en las afecciones oculares. Las fricciones constituyen el método mejor de administrar mercurio en esos estados, y deben anteceder a los arsenicales. Como muchos estados oculares sífilíticos son consecuencia de la sífilis terciaria y hereditaria, es importante curar la sífilis al principio.

Metrorragia.—Dos casos de metrorragia fueron tratados con específicos.⁸⁸ Una de las mujeres había tenido una Wassermann positiva

⁸⁵ Bonnet, L. M.: Lyon Méd. 140: 229, 1927.

⁸⁶ McCord, J. R.: South. Med. Jour. 21: 229, 1928.

⁸⁷ Young, C. A.: Virg. Med. Month. 54: 785, 1928.

⁸⁸ Watrin, J.: Bull. Soc. Franç. Dermat. & Syph., p. 58, 1928.

desde 1923, y la metrorragia era el único signo de una sífilis de 17 años de duración. La otra manifestó siempre una Wassermann negativa, y solamente el tratamiento de comprobación, que resultó eficaz, justifica el diagnóstico. Esas metrorragias sifilíticas se presentan en la primavera y el otoño, pero ceden al tratamiento específico, aunque al principio puede notarse mucha reacción.

Suspensiones mercuriales en agar-agar.—Messini⁸⁹ utilizó agar-agar, que dejó en agua fría algunas horas, y luego disolvió completamente en agua hirviente, obteniendo una gelatina insípida, inodora, neutra, y blanca, con la cual produjo un solución que se mantenía líquida y filtrable a la temperatura corriente. La sal mercurial no fué reducida al principio por ese agar-agar, y la pigmentación gris no es tan marcada después como cuando se utiliza albolina o aceite de olivas como solvente.

Bismuto.—Para Levaditi y Fournier,⁹⁰ la bismutoterapia por vía bucal resulta útil en todos los casos de sífilis en que están contraindicadas las inyecciones, o en que es necesario emplear un método terapéutico conveniente y bien tolerado.

Klauder⁹¹ define así el estado de los productos bismutados en la terapéutica de la sífilis: son más tóxicos por vía venosa que por vía muscular. La dosis de una sola inyección de bismuto no debe pasar de 0.05 gm. del metal. Una dosis de 0.2 gm. de un preparado rico en bismuto es tolerada siempre bien por vía intramuscular, en tanto que puede producir albuminuria por vía venosa. Cuando no se emplean más que inyecciones intravenosas en los sifilíticos incipientes, probablemente no basta con inyecciones semanales, y es importante que el tratamiento sea continuo; es más, es dudoso que esté justificado el tratamiento exclusivamente con bismuto, dada la mayor toxicidad por vía intravenosa, lo cual obliga a limitar la dosis, y la rápida excreción. Es dudoso que esa vía sea más eficaz que la intramuscular, salvo en los casos tempranos en que se emplea otro tratamiento, en particular en enfermos intolerantes al arsénico, en los cuales el empleo de inyecciones, tanto intravenosas como musculares, promete más. Además, en los enfermos, por ejemplo Wassermann-resistentes, la administración intravenosa de bismuto tal vez posea verdadero valor.

Reinfección tras la bismutoterapia.—A los tres casos de reinfección sifilítica en enfermos cuya primera infección fué tratada feliz y exclusivamente con bismuto, Nicolau y Blumental⁹² agregan otro, deduciendo que esos cuatro casos demuestran que el bismuto puede lograr por sí solo la curación rápida y hasta abortiva de la sífilis.

⁸⁹ Messini, M.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 1452, 1928.

⁹⁰ Levaditi, C., y Fournier, L.: Lancet 1: 692 (abr. 7) 1928.

⁹¹ Klauder, J. V.: Arch. Dermat. & Syph. 17: 332 (mzo.) 1928.

⁹² Nicolau, S., y Blumental, M.: Ann. Mal. Vénér. 23: 161 (mzo.) 1928.

Estovarsol.—Haymann⁹³ repasa los datos experimentales y clínicos acerca del estovarsol, o sea el medicamento cuya eficacia profiláctica y curativa por vía bucal en la sífilis fuera demostrada por Levaditi, Navarro y Martín en 1922. Marchoux descubrió luego su eficacia en la amibiasis y otras parasitosis intestinales. Luego se agregaron el pian, la fiebre recurrente, el paludismo, y ciertas tripanosomiasis, que comprenden hoy día una lista algo larga.

Tiosulfato de sodio.—Para Beinhauer y Jacobs,⁹⁴ el tiosulfato de sodio ejerce un notable efecto serológico en algunos casos de sífilis Wassermann-resistentes. De 28 casos, 85.6 por ciento mejoraron serológicamente, y 35.7 por ciento se volvieron negativos, y continuaron así más de un año sin más tratamiento, aunque algunos habían recibido antes por lo menos dos años o más de tratamiento sin modificar la serología.

Baños calientes.—Schamberg y Rule⁹⁵ han continuado experimentando con los baños calientes en el tratamiento de los sífilíticos. Estos recibieron después el tratamiento habitual. El período de prueba ha sido demasiado breve y los casos insuficientes para sacar deducciones satisfactorias, pero casi siempre la erupción manifestó regresión, y la Wassermann se atenuó algo después.

Proteinato.—Mori⁹⁶ inyectó "kaseinol" directamente en el canal lumbar a dosis de 2 cc. a presión de 100 mm. para evocar fiebre. Su grupo comprendió 31 enfermos de tabes, sífilis cerebral, y parálisis general. Dieciocho mejoraron mucho y 10 no se aliviaron. Los mejores resultados correspondieron a los casos de dos a tres años de duración.

Ataxia tabética.—A fin de mejorar la coordinación muscular de los tabéticos, Goldscheider⁹⁷ emplea vendas elásticas circulares, o de hilo, que pasan alrededor de la pierna.

Tabes.—El vendaje tonificador de Baeyer⁹⁸ consiste en un cinturón que se sujeta de los hombros con tiras elásticas fuertes, que permiten coordinar mejor la actividad muscular.

Blenorragia.—Harrison⁹⁹ emplea sin vacilar los tubos de cultivo, sobre todo en las mujeres. Considera que la fijación del complemento es valiosa. En el tratamiento conviene formarse una idea exacta de la extensión de la infección. La prueba de los dos vasos suele ser fidedigna. En la blenorragia aguda conviene la irrigación de todo el conducto. En la prostatitis y la vesiculitis la diatermia se ha vuelto casi sistemática.

⁹³ Haymann, Kurt: *Chimiothérapie par voie buccale avec l'arsenic*. J. B. Baillière et fils, Paris, 1928.

⁹⁴ Beinhauer, L. G., y Jacobs, F. M.: *Am. Jour. Syph.* 12: 61, 1928.

⁹⁵ Schamberg, J. F., y Rule, A.: *Arch. Dermat. Syph.* 17: 322, 1928.

⁹⁶ Mori, K.: *München. med. Wehnschr.* 75: 436, 1928.

⁹⁷ Goldscheider: *Klin. Wehnschr.* 7: 70, 1928.

⁹⁸ Brinkmann, E.: *Klin. Wehnschr.* 6: 1950, 1927.

⁹⁹ Harrison, L. W.: *Urol. & Cutan. Rev.* 32: 31, 1928.

Blenorragia.—Para Trejo,¹ la autohemoterapia y la sulfarsfenamina combinadas en el tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones, deben ser tomadas en consideración. De 17 casos de uretritis gonocócica tratados así, sanaron clínicamente 10, 5 mejoraron, y en 2 fracasó el procedimiento. Cuatro casos tratados de uretritis gonocócica no permiten conclusiones categóricas, por ser el número muy reducido y no haberse aplicado debidamente el tratamiento en dos.

Blenorragia.—El método de Lambkin y Dimond² consiste en: Desagüe completo de la uretra con los líquidos irrigadores más suaves; mantenimiento de la concentración hidrogeniónica óptima en la orina; elevación de la inmunidad orgánica introduciendo elementos antigénicos y atóxicos del metabolismo gonocócico (exotoxina); empleo de los elementos tóxicos del gonococo (endotoxina) para comprobar la curación o en ciertos casos en la terapéutica. No ha transcurrido todavía suficiente tiempo para la justipreciación de este método, pero el autor cree que representa un adelanto.

Tratamiento abortivo.—Tissot y Thévenard³ emplean argirol para el tratamiento abortivo, por poseer suficiente potencia antiséptica y ejercer un efecto mecánico irritante. Lavan al principio la uretra anterior con una solución al 1 por 500, y luego lo inyectan al 20 por ciento, y lo dejan en la uretra 20 minutos. Hay que tener cuidado de no ir más allá del esfínter. Después de estar bien llena la uretra, dejan escapar una pequeña cantidad del argirol, a fin de lubricar la porción de la mucosa comprimida por los dedos. Ese tratamiento se repite cinco veces cada 12 horas. En algunos casos pueden aplicarse soluciones al 10 ó 5 por ciento, según la irritación existente. El argirol debe ser recién preparado. En el empleo del tratamiento abortivo, la secreción no debe haber comenzado más de 36 horas antes, y el período de incubación no debe ser seis veces mayor que el tiempo transcurrido desde que comience la secreción. Ese tratamiento es importantísimo, pues después es mucho más difícil dominar la inflamación de la mucosa. En los casos apropiados, se logró un 80 por ciento de curaciones con ese método.

Blenorragia femenina.—En las mujeres, Statham⁴ emplea una solución al 1 por ciento de mercurocromo soluble. En los casos en que el gonococo parece mercurocromo-resistente, emplea la flavina al 1 por mil, y luego vuelve al mercurocromo.

La diatermia en la uretritis blenorragica.—En nueve casos de uretritis, prostatitis y espermatoquistitis blenorragica, después de fracasar los tratamientos habituales, Sorrentino⁵ probó una serie de diatermia

¹ Trejo, F.: Rev. Méd. Veracruz. 8: 72 (mayo 1) 1928.

² Lambkin, E. C.: Proc. Roy. Soc. Med. 21: 157, 1927.

³ Tissot, J., y Thévenard, P.: Jour. Urol. 24: 392, 1927.

⁴ Statham, R. S. S.: Brit. Med. Jour. 1: 544 (mzo. 31) 1928.

⁵ Sorrentino, M.: Riforma Med. 44: 125 (fbro. 6) 1928.

rectal y uretral, y los enfermos se repusieron. El número de tratamientos varió de 14 a 40.

Blenorragia gravídica y puerperal.—En una reunión de la Sociedad Médica dedicada al estudio de las afecciones venéreas en Londres,⁶ Rorke declaró que ninguna enferma exigía más cuidado que la gestante con infección blenorragica. Lo primero es practicar una o más Wassermanns para averiguar si hay sífilis así como blenorragia. Debe tratarse de que el niño no contraiga oftalmía neonatal; que la pelvis materna se encuentre en el puerperio en tan buen estado como la de la madre no infectada; y de lograr curación completa de la infección. McIlroy bosquejó el sistema de cooperación entre la unidad obstétrica y el departamento venéreo del Real Hospital Gratuito. Presentó tablas de 322 casos, y de 34 criaturas, cuyas madres tenían sífilis y blenorragia concomitantes. Veinticuatro eran satisfactorias después de partos espontáneos; 5 manifestaron oftalmía neonatal; 1 nació muerta; 2 nacieron maceradas; y 2 murieron poco después del parto. Hall citó casos que demuestran el riesgo de una sepsis muy grave debida a la manipulación cuando existe blenorragia. Browne declaró que no le gustaba separar a esas enfermas de las otras, y McIlroy contestó que había visto a una enfermera adquirir sífilis, por no saber que la paciente estuviera infectada. Otro inconveniente consiste en que muchas de esas enfermas son solteras y algunas prostitutas, y no es posible mezclarlas con mujeres casadas decentes. Se convino en que las salas venéreas no debían ser designadas con ese nombre.

Endocervicitis crónica.—Según Miller,⁷ la endocervicitis crónica es en el fondo una enfermedad infecciosa, casi siempre de origen blenorragico. Menciona varias terapéuticas, pero recomienda la cauterización y la cirugía, agregando que Curtis ha comunicado resultados brillantes con sólo alejar a la enferma del foco primitivo de contaminación.

Diatermia.—Según Rosenthal,⁸ la diatermia introducida por Corbus y O'Connor, es el método de elección en el tratamiento de la endocervicitis blenorragica y en otras complicaciones.

Acridina (Acriflavina).—Buzeu⁹ trató 43 casos de blenorragia con acridina, 8 de los cuales curaron sin tratamiento local, y 17 agregando tratamiento local. El dolor y la molestia cesaron por lo común al cabo de 1 ó 2 inyecciones. En la epididimitis el autor empleó además hielo. Algunos casos de prostatitis crónica se curaron con algunas inyecciones.

⁶ Lancet 1: 501, 1928.

⁷ Miller, C. J.: Surg., Gynec. & Obsr. 46: 337, 1928.

⁸ Rosenthal, J. S.: Virg. Med. Month. 54: 787, 1928.

⁹ Buzeu, P.: Jour. Urol. 24: 401, 1927.

Leidi¹⁰ trató 29 casos con inyecciones intravenosas de acridina. Sólo en 5 de los 17 casos agudos disminuyó la secreción uretral. Los resultados no fueron notables en los 12 casos crónicos.

Marcozzi¹¹ probó intravenosamente la uroformina y la cilotropina, obteniendo resultados malos. La acridina, asociada con el tratamiento local, constituyó un buen coadyuvante, que puede substituir a los balsámicos. Con la tripaflavina los resultados fueron satisfactorios.

Martínez Olascoaga¹² ha probado la acridinoterapia intravenosa en las metritis cervicales de cualquier origen durante el embarazo y fuera de él. A todas les inyectó 5 c. c. de solución de tripaflavina al 2 por ciento cada 48 horas. El resultado en 6 casos de cervicitis demostró que la tripaflavina no actuaba sobre las infecciones locales gonocócicas, limitándose su acción a una ligera atenuación del proceso, y en ciertos casos hasta a verdadera reactivación, sin reportar en tiempo alguno ventajas sobre otras terapéuticas. En varios casos de infecciones indefinidas que evolucionan durante el estado puerperal, el resultado hace prever una acción eficaz. En 50 embarazadas afectadas de metritis cervical, los resultados fueron excelentes, siempre que se complementaba el tratamiento con otros medios cuando el caso lo requería. Fuera del embarazo se trataron algunas cervicitis agudas con buen éxito, y un caso de metritis corporal, en que se asociaron el tratamiento local y el endovenoso. En cambio, es inútil tratar así los viejos catarros del cuello.

Vacuna.—Audry y Vieu¹³ utilizaron inyecciones subcutáneas de 4,000,000,000 de gonococos por c. c. cada tres días en el varón, bastando con cuatro a ocho inyecciones. Para los autores, las mujeres no suelen recibir las dosis habituales para el hombre, y se necesitan en ellas dosis mayores.

Uretritis.—Pierangeli¹⁴ trató a 83 enfermos de uretritis blenorragica aguda durante 2 a 10 días con sacarosa y un preparado argéntico (coeval). En algunos casos la secreción aumentó después de las primeras dos inyecciones, pero cesó al cabo de 8 a 12 días.

Epididimitis.—La epididimitis es la afección testicular más frecuente, asegura Campbell.¹⁵ La esterilidad es común después de la invasión bilateral. Aproximadamente un caso de cada 15 es bilateral, y más o menos el mismo porcentaje exige la operación. El descanso en cama, el suspensorio escrotal de esparadrapo, y la aplicación de una gorra de hielo, todo sin tratamiento uretral, constituye el

¹⁰ Leidi, F.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 616, 1927.

¹¹ Marcozzi, A.: Gior. Ital. Dermat. & Sifil. 68: 623, 1927.

¹² Martínez Olascoaga, D.: Rev. Méd. Urug. 30: 741 (dbr.) 1927.

¹³ Audry, C., y Vieu: Bull. Soc. Franç. Dermat. Syph., p. 50, 1928.

¹⁴ Pierangeli, W.: Dermosifilografía 2: 182, 1927.

¹⁵ Campbell, M. F.: Ann. Surg. 86: 577, 1927.

mejor método incruento. La epididimitomía ofrece inmediato alivio, pero hospitaliza al enfermo más tiempo.

Reumatismo.—Una gestante de 28 años padecía de una intensa artritis gonocócica de la muñeca izquierda que no había cedido a la vacuna ni a la proteína, pero cedió a cinco inyecciones de sulfarsenol. Lamblin¹⁶ ha tenido otros dos casos semejantes.

Vacuna estreptobacilar.—Inyectando la vacuna de Nicolle por vía intramuscular, Barrio de Medina¹⁷ logró suprimir, pero no siempre, la reacción térmica, si bien los resultados terapéuticos fueron menores que por vía intravenosa. La vacuna antichancrosa constituye el mejor método para tratar lesiones venéreas, sin que su acción guarde relación con la dosis ni con la hipertermia provocada. Cuesta también ha empleado la vacuna por las vías intravenosa, intramuscular, e intradérmica. La intravenosa es la que proporciona resultados más rápidos, hasta con dosis de 1 y 0.2 cc. Antes de emplear esa medicación hay que comprobar la presencia del bacilo de Ducrey. Sáinz de Aja declaró que, al emplear la vacuna, no debe olvidarse el tratamiento local, habiendo casos que curan puramente con el último. A veces se diagnostican como chancros venéreos, en particular en la mujer, lesiones ulcerosas banales que pasan por ser fracasos de la vacuna.

Las observaciones de Ruiz de la Riva¹⁸ comprenden tres casos tratados por vía intravenosa; once por vía intramuscular y trece intradermorreacciones con la vacuna anti-Ducrey. La vacunación antichancrosa Ducrey ejerce una indudable acción eficaz contra todo proceso debido al bacilo Ducrey, sobre todo por vía venosa. Dadas las violentas reacciones, debe limitarse a los casos graves, rebeldes o de especial localización y a aquellos en que por circunstancias especiales, deba obtenerse una curación rápida. En todos los demás, se utilizará la vía intramuscular, con la seguridad de obtener sorprendentes curaciones. La intradermorreacción es específica.

Malarioterapia

Rumania.—Rumanía, dice Cantacuzène,¹⁹ país palúdico, ofrece un campo favorable para aplicar la malarioterapia. El método se ha convertido desde hace tres años de empleo corriente en los servicios de psiquiatría y neurología de los hospicios y hospitales de Bucarest, Jassy y Cernautzi. La estadística presentada comprende 528 casos, 338 de ellos del hospicio de alienados de la clínica neurológica y el hospital militar de Bucarest; 47 del servicio del Dr. J. Solomonowisz, del hospicio de alienados de Cernautzi, y 78 del hospicio de alienados

¹⁶ Lamblin, M. J.: *Sumzdo. en Presse Méd.* 36: 412, 1928.

¹⁷ *Med. Ibera* 22: 597 (mayo 26) 1928.

¹⁸ de la Riva, Ruiz: *Rev. Méd. Sevilla*, 45: 43 (fbro.) 1928.

¹⁹ *Bull. Of. Intern. Hyg. Pub.* 20: 250 (fbro.) 1928.