

Unos 60 gm de la preparación cubrirán tres veces a un hombre de tamaño mediano. Al enfermo se le ordena que se bañe antes de acostarse, en agua caliente, y emplee cualquier jabón blando. Luego se fricciona bien el ungüento desde el mentón hasta las uñas de los dedos de los pies, de modo que sólo quede ligeramente lubricado. A la mañana siguiente, o sea unas 12 horas después, vuelve a aplicarse la pomada, pero sin bañarse, y se hace otro tanto por la noche por última vez. A la mañana siguiente se baña, y cambia de ropa interior y de ropa de cama. Como el preparado ya es alcalino no hay que agregar álcali para que actúe el azufre. El enfermo sólo tiene que estar en tratamiento un día, lo cual constituye una ventaja. En cuanto a profilaxia, una aplicación basta. La fórmula es también utilísima en todo caso de pediculosis. (Martin, James R.: *Mil. Surg.*, 476, mayo 1938.)

Para Nolan, resulta ventajoso utilizar en el tratamiento y profilaxia de la sarna la aplicación de una pasta de azufre hasta formar espuma, durante tres días consecutivos, para el tratamiento, y por un día para la profilaxia. El empleo del jabón como vehículo permite cubrir el cuerpo con menos azufre que con las pomadas, disminuyendo así la probable aparición de dermatitis azufrada, y cesando las averías de la ropa y la molestia producida por los ungüentos. Otra ventaja consiste en la continua producción de ácido sulfhídrico, que es letal para el ácaro. Es posible que la idea tenga su valor en el tifo epidémico, la fiebre maculosa, la peste, y estados semejantes. (Noland, R. A.: *Mil. Surg.*, 52, eno. 1938.)

Tratamiento con benzoato de bencilo.—Kissmeyer ha modificado la loción de benzoato de bencilo recomendada contra la sarna por Nielsen, y simplificado el tratamiento de modo que pueda aplicarse en 45 minutos sin lesionar la piel. Desde enero de 1933 ha tratado así satisfactoriamente a unos ocho mil casos de sarna. El tratamiento es ambulante, y no hay que hospitalizar más que a los niños de menos de un año. La fórmula comprende partes iguales de jabón blando, alcohol isopropílico y benzoato de bencilo. Para cada enfermo se necesitan unos 150 gm. El sujeto se fricciona todo el cuerpo con jabón blando, en particular en las partes que más ataca el ácaro. Luego toma por 10 minutos un baño caliente, fricionándose entre tanto. Mientras tiene todavía el cuerpo húmedo, se cepilla la loción por cinco minutos. Luego descansa, deja secar el cuerpo y continúa cepillándose por otros cinco minutos, después de lo cual se seca con suavidad y se viste de nuevo; 25 horas después toma otro baño y se pone ropa limpia. La ropa interior no se desinfecta, sino que se lava y si es posible, hierve. La ropa de cama debe hervirse o esterilizarse en otra forma. Las demás personas de la familia deben ser tratadas el mismo día. (Kissmeyer, A.: *Lancet*, 21, eno. 2, 1937.)

MICOSIS¹

Clasificación.—Para Kedrowsky no hay para qué dividir el grupo de los microbios micóticos filamentosos en estreptotrices y actinomicetos, pues sólo existe un grupo general extenso que puede llamarse bien *Actinomyces* o *Streptothrix*. Aparte de los cultivos típicos, ese grupo comprende muchas variantes que se diferencian de la cepa básica y entre sí por sus características morfológicas, culturales, y posiblemente bioquímicas. En la producción de esas variantes desempeñan manifiestamente un papel importante las sustancias lisógenas que se forman a medida que envejece el cultivo. Algunas de las variantes son tan débiles que se absorben poco después de comenzar la proliferación. Como la pigmentogenia es una función muy inestable e inconstante, no puede utilizarse

¹ La última crónica sobre Micosis apareció en el *Bolzetin* de mayo 1937, p. 460.

para diferenciación, de modo que hay que abandonar las antiguas designaciones de *Actinomyces rosaceus*, *niger*, *violaceus*, *albifuscus*, *polychromogenes*, etc. Tomando por base sus propias observaciones y las ajenas, el autor se considera justificado en declarar que existe una íntima relación genética entre actinomicetos y difteroides. Según él, el hecho de que los bacilos tuberculoso y leproso, una vez privados de su ácidorresistencia, revelen todas las características de los difteroides, ofrece nueva prueba, si indirecta, en favor de su viejo concepto de que la tuberculosis y la lepra reconocen origen micótico. Los difteroides obtenidos de un foco tuberculoso pueden, al cultivarse en leche, transformarse en microbios ácidorresistentes, y provocar entonces típicas manifestaciones de tuberculosis en los animales de laboratorio. Un actinomiceto aislado de un cultivo tuberculoso "se disoció" en el cuerpo del conejo en bastoncillos ácidorresistentes que provocaron típicas lesiones tuberculosas. Para el autor, es probable que los bacilos de Koch y de Hansen puedan alterarse en el medio externo en una forma más estable y más diferenciada, que se aproxima más a los hongos. Este fenómeno tendría mucha importancia epidemiológica en la tuberculosis, y en particular en la lepra. (Kedrowsky, W. I.: *Phil. Jour. Sc.*, 439, ab. 1937.)

Actinomicosis en Argentina.—Garzón describe ocho casos de actinomicosis, dos cérvicofaciales y seis podales, correspondiendo cuatro a la provincia de Córdoba y cuatro a la de La Rioja. Los casos de pie de Madura sólo representan parte del total de los observados en el distrito del autor, pues Tello ha observado ocho más, y se han registrado algunos otros en distintos hospitales. En Argentina las zonas de predilección del mal parecen corresponder al centro y oeste del país, siendo pocos los casos en el litoral. El tratamiento aceptado es la yoduroterapia, aunque en cuatro de los casos del autor se probó la radioterapia según la técnica de Holfelder, habiendo mejorado dos. Otro procedimiento en que se cifran esperanzas es la vacunoterapia. Pablo Negroni, que es el micólogo argentino que tiene una estadística mayor, ha obtenido 55% de éxitos entre 36 casos. De fracasar los tratamientos médicos, hay que recurrir a la técnica de Buchanan, o sea la extirpación económica seguida de la inyección local de lugol. (Garzón, Rafael: *Rev. Univ. Córdoba*, 83, mzo.-ab. 1938: *Rev. Méd. Córdoba*, 451, jun. 1938.)

Puerto Rico.—Presentando dos casos de infestación actinomicótica generalizada, uno de ellos letal, y ambos comprobados por el hallazgo del *Actinomyces bovis*, Carrión agrega que aunque hay muchas razones para suponer que la actinomicosis ha existido siempre en Puerto Rico, hasta ahora no se había podido fundamentar la creencia con datos científicos. (Carrión, A. L.: *Puerto Rico Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 383, mzo. 1938.)

Micetoma de la mano en Venezuela.—O'Daly presenta un caso de micetoma de la mano producido por el *Actinomyces madurae*, en un agricultor de 40 años, y el cual parece ser el primero de dicho órgano en el país. El primer caso de micetoma del pie parece haber sido el inédito observado por Rangel en 1909. G. Torres mencionó la existencia del mal en el Estado Falcón, pero sin estudiar ningún caso. Pino Pou comunicó ante la Sociedad Médica de Caracas un caso observado en 1917, que atribuyó al *Aspergillus baonfordi*. Cuenca publicó en 1923 un caso en Maracaibo, producido por el *Discomyces madurae*, siendo el último caso el publicado por Briceño Iragorri y Villalobos. (O'Daly, J. A.: *Rev. Polic. Caracas*, 2785, agto. 1938.)

Actinomicetos en las amígdalas.—En 37% de una serie de 200 pares de amígdalas estudiadas al azar después de la amigdalectomía, Emmons observó una especie microaerófila del *Actinomyces*, que no cabía distinguir del *A. bovis*, cultivándolo en 11%. Ninguno de los enfermos padecía de actinomicosis. Esas cepas amigdalinas, lo mismo que las de la actinomicosis clínica, resultaron virulentas para el cobayo, pero las inoculaciones repetidas acrecentaron la gravedad

y duración de las lesiones. Para el autor, es probable que el *A. bovis* se encuentre habitualmente en la boca y garganta normal, volviéndose patógeno únicamente en ciertas circunstancias. Las criptas amigdalinas ofrecen un reservorio para la fase saprofita del hongo. (Emmons, C. W.: *Pub. Health Rep.*, 1967, nbre. 4, 1938.)

Actinomycosis primaria de las trompas.—De su estudio de la literatura, De Faria y Fialho deducen que no pasan de dos los casos tubarios, entre los 79 de actinomycosis genital comunicados. El caso que ellos describen ahora es el primero en Brasil y el tercero en la literatura. El diagnóstico fué postoperatorio, y consecutivo a una salpingectomía bilateral. En los tumores tubarios se encontraron micelios y granulaciones actinomicóticas. La curación fué comprobada tres años después. (De Faria, G., y Fialho, A.: *Ann. Bras. Gyn.*, 1, eno. 1937.)

Suero de convaleciente.—Aunque había obtenido resultados terapéuticos favorables en muchos casos de actinomycosis con la administración combinada de oro y vacuna específica, Neuber se determinó a probar el suero de convaleciente, dada la eficacia de éste en la erisipela, calculando que sería útil en particular en los casos graves en que el estado tóxico no permite utilizar la inmunización activa y la quimioterapia. Después de haber obtenido resultados alentadores en un caso, probó la seroterapia de convaleciente en otros enfermos con resultados favorables, pero reconociendo que precisan más observaciones antes de poder justipreciar el tratamiento. Dada la comparativa rareza de la actinomycosis, quizás resulte difícil obtener suero de convaleciente, pero podría hacerse esto en un instituto central, en el cual se dividirían los enfermos en dos grupos: uno para ser tratado con oro y vacuna, y el otro con suero. (Neuber, E.: *Wien. klin. Woch.*, 1176, agto. 1937.)

Vacunoterapia.—Negroni presenta 50 casos de actinomycosis, con el resultado obtenido con la vacuna. De 36 casos tratados con ésta, obtuviéronse 26 curaciones al parecer definitivas (algunas con más de cinco años de observación); seis resultados parciales; seis fracasos; y cuatro ignorados. Del análisis de los datos se desprende que la localización cérvicofacial es de pronóstico benigno, siendo en cambio grave la témporofacial, en particular si acompañada de osteomielitis craneal. La vacuna consiste en cultivos filtrados y formolados al 2-3 por 1,000 de varias cepas de *Actinomyces* aerobios en el medio de Sauton. La inyección es subcutánea en el brazo, y también en la lesión, comenzando por una dilución al 10% en suero fisiológico, y aumentando progresivamente la dosis si hay buena tolerancia, hasta inyectar pura la dosis de 1 a 2 cc, una o dos veces por semana. Como el tratamiento suele producir reacción focal, hay que extremar la prudencia en los casos témporofaciales. Casi todos los autores que han probado la bioterapia en la actinomycosis han obtenido éxito, siendo de los primeros, Marotta, no solamente en la Argentina, sino en el mundo, y más recientemente Neuber, y Dimitrieff y Sonteeff. (Negroni, Pablo: *Fol. Biol.*, 344, obre.-dbre. 1937-eno. 1938.)

Estados Unidos.—MacQuiddy y Pinkerton enumeran los hongos encontrados en 200 casos varios de Omaha, Nebraska, de noviembre 1935 a septiembre 1936. Los enfermos resultaron frecuentemente alérgicos, y los microbios fueron aislados de distintas partes del organismo, aunque predominando los pulmones (82); piel (60); nariz y garganta (26); cuello, 12; oído (10); y ojo (8). Los microbios representados fueron: monilias, 47; actinomicetos, 23; aspergilos, 29; penicilios, 11; alternarias, 13; mucos, 15; geotricos, 11; esporotricos, 3; cefalosporos, 4; levaduras, 13; tricofitos, 4. Sin sacar deducciones, los autores señalan que, si se buscan, se encontrarán hongos en muchos y muy variados estados patológicos, de modo que conviene determinar si intervienen o no en la etiología del caso dado. En un repaso de la literatura para los Estados Unidos, los autores hacen notar la

frecuencia de las dermatofitosis; las dudas relativas al papel patógeno de las monilias; que hasta 1925 Sanford y Voelker habían compilado 678 casos humanos de actinomicosis en Estados Unidos, y que la Inspección Federal de Carnes, en 1920, descubrió 176,456 casos entre 9,709,819 cabezas de ganado vacuno, mientras que otros datos revelan que está afectado un 4% del ganado dedicado al destace en St. Paul, 2% en Omaha y en Chicago, 0.3% en Los Angeles, y 0.1% en Nueva York; que Henrici en 1930 descubrió en la literatura 26 casos de seudotuberculosis en que se aislaron actinomicetos ácidosresistentes; Thompson observó en 1929 estreptotrices, mientras que Gammel en el mismo año declaró que de 24 casos de pie de Madura publicados en Estados Unidos, 18 se debían a actinomicetos. De esporotricosis, Foerster en 1926 encontró 148 casos comunicados en los Estados Unidos, 130 de ellos en la vertiente del Misisipí, y Mayer en 1915, 400 casos en la literatura internacional; Siebenmann, en 1883, afirmó que 1% de todas las otomicosis de Alemania podían imputarse al *Aspergillus* o sus afines, y Henrici cree que la frecuencia en este país es menor. Las aspergilosis pulmonares del hombre han sido algo frecuentes en Francia, y menos en Alemania. Según Henrici, 4% de las otomicosis se deben a especies de *Mucor*. Las infecciones pulmonares son más frecuentes en Europa que en Estados Unidos. De granuloma coccidioides Moore en 1932 manifestó que se habían comunicado 286 casos, 254 de ellos en California. En los trópicos, varios de los *Fungi imperfecti* han sido mencionados en varias infecciones, en particular del tipo del pie de Madura. Gammel en 1927 comunicó 43 casos en Norte América. La cromoblastomicosis ha llamado la atención en los últimos años, y ya se han identificado tres casos en los Estados Unidos, 21 en Sud América, y varios en otros países. Varios investigadores han encontrado diversos hongos en cultivos de los asmáticos, y éstos han resultado positivos a la cutirreacción realizada con extractos del organismo dado. (MacQuiddy, E. L., y Pinkerton, Elizabeth: *Am. Jour. Hyg.*, 224, sbre. 1937.)

Estudiantes.—Alderson y Reich han publicado un informe sobre las dermatosis observadas en los estudiantes de la Universidad de Leland Stanford. En el octenio 1928 a 1936 se hicieron 5,354 diagnósticos de dermatosis, siendo el más frecuente de todos los estados la tiña, que constituyó la cuarta parte del total, viniendo después piodermia, envenenamiento por *Rhus toxicodendron*, acné (3.7%, según los autores afecta como a la mitad de los estudiantes que no buscan tratamiento), urticaria, y pediculosis pubis. La mitad de los estudiantes a su ingreso ya padecían de alguna epidermofitosis de los pies, y al terminar el primer semestre la frecuencia había aumentado a 70%; es decir, que estaban infectados casi tres de cada cuatro estudiantes. Pollitzer comunicó hace ya años que la tiña ocupaba el octavo o noveno lugar entre las dermatosis observadas en sus casos cutáneos de 1873 a 1916. Aunque las estadísticas no son absolutamente comparables, cabe poca duda de que la epidermofitosis de los pies se ha propagado probablemente con mayor rapidez en este país que ninguna otra enfermedad contagiosa; que sólo la rivaliza en frecuencia el coriza común, y a juzgar por estos datos, no revela tendencia alguna a la disminución. (Alderson, H. E., y Reich, A.: *Arch. Derm. & Syph.*, 57, jul. 1937.)

Yucatán.—Santos Zetina señala que tres epidermomicosis frecuentes en Yucatán son el intertrigo micótico de las extremidades, el eczema marginado de Hebra, y el herpes circinado tricofítico. (Santos Zetina, F.: *Rev. Méd. Yucatán*, 1, obre. 31, 1938.)

Blastomicosis en América.—Moore señala que en los Estados Unidos los micólogos sólo dan el nombre de blastomicosis a los casos producidos por el parásito descrito por Gilchrist y Stokes en 1894, mientras que en Europa llaman así a los producidos por el hongo descrito por Busse en 1894, y estudiado por Buschke en 1898, mientras que los clínicos lo aplican en general a toda entidad producida

por un hongo levuriforme o brotante. El organismo de Gilchrist sólo ocasiona un reducido número de casos de blastomicosis en Sud América, pero tanto en el Brasil como en el Uruguay y la Argentina, el autor ha encontrado otros microbios capaces de producir un cuadro clínico semejante. La enfermedad que ofrece mayor dificultad para la diferenciación es el granuloma coccidioideo. Almeida en 1933 hizo una lista de todos los microorganismos capaces de producir blastomicosis, estudiándolos luego separadamente en varios grupos. Para el autor, la blastomicosis típica es producida por organismos de los géneros *Zymonema* y *Paracoccidioides*. El primer género, que comprende dos especies, *Z. dermatitides* y *Z. capsulatum*, y una variedad, el *isabellinus*, se encuentra sobre todo en los Estados Unidos, y tal vez al sur de Sud América. El género *Paracoccidioides* ocasiona la blastomicosis típica del Brasil, también observada en la Argentina y Paraguay. Hay dos especies bien descritas: *P. brasiliensis* y *P. cerebriiformis*, y el autor estudia ahora otra especie. La familia *Coccidioidaceae*, excluido el género *Paracoccidioides*, comprende los géneros *Coccidioides immitis*, causante del granuloma coccidioideo de Argentina y Estados Unidos, y el *Rhinosporidium seeberi* o *kinealvi*, que produce la rinosporidiosis, y el *Histoplasma*, con dos especies, *H. capsulatum* y *H. pyriforme*. Otro grupo, pero que no entra entre las blastomicosis, es la cromomicosis llamada cromoblastomicosis por Terra, Torres, Fonseca y Leao en 1923. El granuloma coccidioideo ha sido observado en Argentina y Estados Unidos, y según da Fonseca y Area Leão, también en el Brasil. La rinosporidiosis ha sido encontrada en la Argentina, Uruguay y Estados Unidos. De estas infecciones, el grupo mayor es el de las blastomicosis, de distribución universal. La forma brasileña fué observada por primera vez por Lutz en 1908, siguiendo Splendore en 1912, quien dió el nombre al agente causante, y por fin Almeida en 1930. El *Paracoccidioides* se encuentra también en Paraguay y la Argentina. (Moore, Morris: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 448, 3ª parte, 1936.)

Bolivia.—En su tesis de graduación, Aliaga Suárez discute las blastomicosis del aparato respiratorio en Bolivia. Las manifestaciones micóticas varían en el país según el clima, pues por ejemplo en La Paz, sólo se observan tricoficias cutáneas, y los demás casos son importados. En cambio, las zonas propicias para las micosis, son, en el Departamento de La Paz, las provincias trasandinas: Caupolicán, Camacho, Muñecas, Larecaja, Nor y Sur Yungas y parte de Inquisivi; en Cochabamba: Los Yungas de la provincia Carrasco, Mizque, Chapare y Campero; en Chuquisaca: Provincia Acero; en Tarija: Gran Chaco, provincia Avilés, Arce y O'Connor, siendo los Departamentos de Santa Cruz y el Beni los más afectados, y hallándose indemnes los de Oruro y Potosí. En las zonas altas indemnes, esto parece que se debe a la perpendicularidad de los rayos solares, la ausencia absoluta de vegetación, poca humedad y falta de calor húmedo. Entre los cuadros clínicos debidos a micosis que observara el autor, figuraron uno similar a la tuberculosis pulmonar, otro que remedaba bronquitis catarral y asma, y otro más benigno aun, pero que puede durar meses y hasta años, pues todas estas afecciones tienen marcado carácter crónico. De 100 casos, el autor encontró el bacilo de Koch en 26; bacilos tuberculosos y blastomicetos en cuatro; blastomicetos en 34, y flora banal en 36. Estudiados más a fondo los casos, resultaron 50% de tuberculosis, 40% de blastomicosis pulmonar, y mixtos 10%. La edad varió de 18 a 44 años. Los casos fueron observados en enfermos venidos del Chaco, y el germen aislado correspondió al género *Cryptococcus*. Gran parte de los venidos de Yungas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, eran debidos a blastomicosis pulmonar. El autor publica 12 historias clínicas que considera típicas. (Aliaga Suárez, Héctor: "Blastomicosis Boliviana," La Paz, 1936.)

Cromoblastomicosis en la República Dominicana.—Carrión y Pimentel Imbert presentan un caso de cromoblastomicosis en un dominicano de 60 años, en el

cual la enfermedad aparentemente se remonta a 20 años antes, siendo ése el primer caso auténtico que se conozca en dicha República. La infección estaba limitada al pie derecho y a los maleolos. El hongo fué clasificado como *Hormodendrum pedrosoi*. (Carrión, A. L., y Pimentel Imbert, M. F.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 531, jun. 1938.)

Caracas.—Entre 1,000 autopsias del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Vargas, O'Daly observó tres casos de blastomicosis, siendo, aparentemente, los primeros descritos en el país por hongos del grupo de los coccidioides. En un caso se trataba de infestación por el *Geotricoides krusei*, quizás asociado con el *Paracoccidioides brasiliensis*; en otro, probablemente del *P. brasiliensis*, aunque algunas de las características del parásito eran diferentes; y en el tercero, había un hongo semejante al anterior. (O'Daly, J. A.: *Bol. Hosp.*, 127, dbre. 1937.)

Hongos causantes.—Después de estudiar 17 cepas de hongos de casos de cromoblastomicosis observados en distintas partes de América y en Argelia, Conant y Martin observaron que 13 eran *Hormodendrum pedrosoi*, dos *Phialophora verrucosa*, y tres cada uno *H. langeroni* y *H. compactum*. Tres de estos hongos, *Ph. verrucosa*, *H. langeroni* y *H. compactum*, representaban entidades morfológicamente independientes, que pueden reconocerse sin dificultad por sus conidióforos. En cambio, el *H. pedrosoi* reveló tal variedad de órganos conidiales que dificulta clasificar la especie, aunque predomina la conidiogenia del tipo *Hormodendrum*. (Conant, N. F., y Martin, D. S.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 553, jul. 1937.)

Blastomicose tipo Lobo.—O autor estuda um novo caso de blastomicose do tipo "Jorge Lobo." As lesões, que se localisaram na orelha, tinham aspecto queloidiano, sem ulceração. A sua evolução é de longa data (12 anos) sem repercussão no estado geral. O tratamento empregado foi o cirúrgico, com resultado ótimo. O aspecto histológico é o de uma proliferação histiocitária praticamente pura, com xantomisação das partes profundas. Os parasitos são esféricos e com cápsula espessa. Dividem-se por gemulação. Nos côrtes eles se apresentam em curtas cadeias ou em pequenos grupos, envolvidos, geralmente, por células gigantes. A riqueza em corpos parasitários é enorme. O autor pensa que muitos parasitos estejam mortos e reduzidos à sua casca celulósica. Biológicamente o parasito é inteiramente diferente das outras micoses americanas. Trata-se de uma micose nova a que deve estar ligado o nome de Jorge Lobo, que a descobriu e individualizou. (Fialho, Amadeu: *Rev. As. Méd. Arg.*, 75, ab. 30, 1938.)

Estudo clínico das blastomicoses tegumentares.—As blastomicoses tegumentares verdadeiras são constituídas pelas sacaromicoses, pelas blastomicoses européias do tipo Busse-Buschke e pela blastomicose americana do tipo Gilchrist. As blastomicoses do grupo coccidioidico, também denominadas granulomas coccidioidicos ou dermatites coccidioidicas, constituem o capítulo mais importante do estudo das blastomicoses, pela malignidade de seus tipos clínicos. São doenças peculiares à América entre as quais se distingue um tipo norte-americano causado pelo *Coccidioides immitis* e um tipo sul-americano causado pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. O tipo sul-americano foi primeiramente individualizado por Floriano de Almeida em São Paulo, após estudos comparativos com o tipo norte-americano e que evidenciam a grande diversidade entre os dois tipos, do ponto de vista clínico, histológico e micológico. Tem sido muito estudado por numerosos clínicos e experimentadores contando-se algumas centenas de casos registados na literatura médica brasileira a partir de 1905, pelos estudos de Lutz, Splendore, Terra, Rabello, Gaspar Vianna e Pedroso. A esta moléstia, os clínicos e patologistas da escola médica paulista deram a denominação de granuloma paracoccidioidico ou blastomicose brasileira, baseados no novo gênero de seu parasito, no tipo granulomatoso das suas reações histológicas e na grande fre-

quência dos casos observados nas regiões meridionais do Brasil. Langeron considera a blastomicose brasileira sob um tipo sul-americano, individualizando-a sob a denominação de blastomicose neo-tropical, distinta do tipo norte-americano (*granuloma coccidioidico*). É uma infecção de caráter maligno, que incia-se na boca sob a forma de lesões frustas das amígdalas ou de uma estomatite bem caracterizada, daí se propagando para o faringe, a pele contígua e os gânglios do pescoço, determinando linfadenites muito pronunciadas com tendência à supuração e formação de escrófulo-dermatites. As formas mucosas revestem-se de um tipo clínico muito característico, estomatite ulcerosa moriforme; em certos casos ha propagação nasal, para o faringe e mesmo ao laringe, acompanhada de acesso de tosse e modificações da voz. Tem-se visto casos de localização na língua ou no laringe, atribuídos por clínicos a processos carcinomatosos iniciais. As lesões cutâneas primitivas são raras e do mesmo modo que as lesões mucosas elas evoluem mais lentamente que as de localização ganglionar próprias dos casos malignos. Existem as seguintes formas clínicas gerais: tegumentares, de localização cutânea ou buco-faringeana e aspecto morfológico muito característico; ganglionares, localizadas inicialmente nos gânglios do pescoço, supra-claviculares e axilares, simulando a doença de Hodgkin; viscerais, com localização predominante no baço, fígado, pancreas e intestinos, propagando-se para o peritoneo e gânglios abdominais, sendo raras as localizações pulmonares, ósseas, articulares e dos órgãos genitais; mixtas, de tipo linfático visceral ou linfático-tegumentar que na fase final da doença se dissimulam na grande multiplicidade de localizações e no polimorfismo das lesões. As diversas modalidades clínicas acima constam das fotografias e desenhos que ilustram o trabalho. (Aguiar Pupo, J.: *Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo*, 407, Vol. XII, 1936.)

Formas pulmonares.—Estudando as micoses pulmonares também chamadas falsas tuberculosas, o A. fez inicialmente um estudo histórico para depois analisar ligeiramente as manifestações clínicas, as principais localizações e seu diagnóstico diferencial. Passou em revista os principais factores predisponentes tais como: profissão, hábitos, clima, para depois estudar as vias de penetração dos cogumelos no organismo. A seguir fez referências sobre a ação patogênica dos cogumelos nos casos pulmonares. Assinalou que a blastomicose encontrada nos Estados Unidos é, de facto, rara. Deve denominar-se a blastomicose que se encontra ali, de "blastomicose brasileira," para diferenciá-la da norte-americana. Não sabe informar qual a frequência das micoses pulmonares em São Paulo. Em cada 150 exames de escarro que fez para pesquisa de cogumelos, tem encontrado 40 a 50 positivos. O prognóstico é difícil fazer-se. Ha casos em que o tratamento de nada adianta. Via de regra o prognóstico é bom porque o iodureto dá resultados. Nos casos rebeldes ao iodureto, geralmente micoses e levedos, as vacinas dão resultado. As auto-vacinas dão resultados em certos casos. A's vezes a simples mudança de ar é suficiente. Só se pode dizer que um doente está atacado de micose pulmonar quando apresenta escarro positivo para cogumelo e, após o tratamento, este desapareça do escarro. (Almeida, Floriano de: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 409, obro. 1938.)

Botriomicose na Baía.—Descrevendo três casos de granuloma pediculado, tomados de entre outros que tinha observado, Silva diz que a palavra botriomicose (do grego *butros*: cacho, e *mikos*: cogumelo) foi criada para designar uma doença que se supunha causada por um cogumelo em forma de cacho. De início aplicado a uma afecção do cavalo e depois a outras observadas no homem, este termo deve ser riscado da nomenclatura médica por impróprio, pois que nenhuma das afecções que ele engloba é de origem micética. São duas as afecções reunidas sob o título de botriomicose: a saber, uma observada principalmente no cavalo e noutros animais e rara no homem, e para qual Rabello Filho propõe o nome de botriose

ou botrioma, e outra comumente encontrada no homem e descrita pela maioria dos autores modernos sob o nome de granuloma piogênico ou telangiectásico. Esta proposta deve ser aceita: as palavras botriose e botrioma substituem ventajosamente a errônea expressão de botriomíose verdadeira pois que afasta a idéia de micose e por outro lado lembra os elementos em cacho característicos da afecção. O diagnóstico diferencial do granuloma telangiectásico com a botriose basea-se nos seguintes caracteres: a botriose é uma afecção frequente no cavalo e noutros animais e rara no homem; o tamanho das lesões na botriose varia entre o de um grão de milho e o de uma laranja, havendo casos em que o tumor media 60 cm. de diâmetro, ao passo que o granuloma telangiectásico raramente atinge às dimensões de um pequeno limão; na botriose as lesões com certa frequência são múltiplas e podem atingir as vísceras. No granuloma telangiectásico a lesão quasi sempre é solitária e nunca compromete as vísceras; o botrioma encerra os grãos de Boellinger e é cortado por fistulas que partem de focos de supuração, enquanto que no granuloma telangiectásico não se encontram os referidos grãos, nem fistulas; o prognóstico do botrioma por vezes é grave, sobretudo nas localizações viscerais; o do granuloma piogênico é sempre benigno. (Silva, Flaviano: *Bahia Med.*, 10, jan., e 30 fev., 1937.)

Infección aguda preliminar en la coccidiodomicosis.—Como el granuloma coccidídeo es bastante frecuente en California, y en particular en el valle de San Joaquín, donde lo padecen no tan sólo el hombre, sino el ganado vacuno y ovino, ha habido mucho interés en la forma en que se adquiere, sobre todo cuando no hay antecedentes de traumatismo. Analizando varias observaciones, y en particular una en que fortuitamente un accidente de laboratorio demostró la intervención de la inhalación de clamidosporos, Dickson señala que la infección producida por el hongo puede manifestarse por lo menos de dos modos: una infección aguda primaria del aparato respiratorio, a menudo acompañada de eritema nodoso, de la cual se reponen sin complicaciones la inmensa mayoría de los enfermos; y después una afeción granulomatosa más o menos crónica, llamada granuloma coccidídeo, que puede incapacitar considerablemente, y acusa una morboletalidad aproximada de 50%. A fin de comprender ambas formas, el autor propone el nombre de coccidiodomicosis. En el Estado la frecuencia del eritema nodoso es muy elevada, pero no constante. Una encuesta en que participaron 75 médicos del valle de San Joaquín, reveló 354 enfermos de eritema nodoso de enero 1936 a mayo 1937, de los cuales sólo uno murió de meningitis coccidídea, y el resto se repuso sin complicaciones. En la discusión, K. F. Meyer señaló la trasmisión aerógena de la dolencia en California, lo cual se halla en contradicción con lo que sucede con la paracoccidiodomicosis del Brasil, en que se trata de un proceso local con distribución primaria en la cavidad bucal. De 280 casos autopsiados en el Brasil, sólo 15% revelaron lesiones pulmonares secundarias. K. A. Abbott agregó que en el Laboratorio Cajal del Hospital General de Los Angeles han corroborado el hallazgo mencionado por Dickson de eosinofilia en la sangre de los enfermos. (Dickson, E. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1362, obre. 8, 1938.)

Dermatitis por levadura.—Ormsby señala que varios trastornos cutáneos y mucosos considerados antes como entidades independientes, han resultado debidos a levadura o microbios parecidos. Entre los trastornos cutáneos figuran la erosio interdigitalis, las boqueras, la dermatitis húmeda, la paroniquia, la oniquia, y posiblemente la dermatitis seborreica. Varios de estos trastornos pueden coexistir en un enfermo dado. Las dermatitis por contacto, aparentemente producidas por irritantes externos, figuran entre los trastornos cutáneos más comunes, pero hay que saber distinguir la causa para aplicar la terapéutica debida. En casi todos estos casos ha resultado de mucho valor el tiosulfato de

sodio por vía venosa a dosis de 0.5 gm el primer día, y de 1 gm el segundo, tercero, quinto y séptimo, pues cohibe la hipersensibilidad en grado máximo. El autor describe minuciosamente el tratamiento del perleche y las otras entidades que menciona. (Ormsby, O. S.: *Mich. State Med. Soc. Jour.*, 135, fbro. 1938.)

Tratamiento de la epidermofitosis podal.—Meledy describe el éxito obtenido con el siguiente tratamiento de la epidermofitosis podal, después de haber probado con resultado poco satisfactorio otros métodos. Antes de empezar, se le explica al enfermo la necesidad absoluta del aseo de los pies, y que tiene que suprimir el jabón y agua, utilizando mientras dure la terapéutica aceite de olivas caliente. También se le recomienda que obtenga 10 pares de calcetines baratos, y si es posible, un par de zapatos nuevos, llevando consigo a la clínica medias limpias para ponérselas después del tratamiento. Este consiste en sumergir los pies por 20 minutos en una solución que contenga dos cucharadas de hiposulfito de sodio por dos litros de agua. Después se desecan completamente, y se exponen por un período de cinco a siete minutos a los rayos actínicos, a una distancia de unos 45 cm, teniendo cuidado de separar los dedos a fin de que los rayos puedan penetrar completamente en los espacios interdigitales. Al completar el tratamiento, se espolvorean completamente los pies con polvo Epto, y después de ponerse las medias limpias se espolvorea el interior de los zapatos también con el mismo polvo. Antes de acostarse, el enfermo tiene que quitarse las medias que gastara durante el día, y después de espolvorearse de nuevo con Epto se pone un par de medias limpias que cambia por la mañana. Este sistema es seguido a diario por unas dos semanas, que es el tiempo requerido para la curación. El Epto es un empasma semianhídrido de tiosulfato de sodio desecado, cuyo valor acrecienta el timol, con su acción sinérgica, y una base aceptable de almidón y ácido bórico que contiene esencia de ajeno como desodorante. Este tratamiento ha dado magníficos resultados clínicos durante más de tres años. (Meledy, J. A.: *Mil. Surg.*, 250, sbre. 1938.)

Repasando la importancia que tienen las epidermofitosis de los pies en muchos países, incluso el Oriente, Estados Unidos e Inglaterra, y la elevada proporción que descubriera entre los candidatos a ingreso en la Armada Inglesa, y en particular oficiales (44.2 y 63.4%), Souter también enumera los muchos preparados recomendados: Polvos: (a) ácidos salicílico y benzoico al 1%, y ácido bórico al 5% en talco; (b) micozol; lociones: (a) permanganato de potasio al 1:4,000; (b) abrasivo cutáneo al 1:100; pomadas: (a) de Whitfield: Acidi benzoici, 1.6 gm; Acidi salicyli, 1 gm; Paraff. mollis, 7.4 cc; Olei cocois nucis, 30 cc (agregar 1 gm de parafina dura en tiempo caluroso); aplicaciones tópicas: (a) micozol líquido; (b) Acidi benzoici, 5.5 cc; Acidi salicyli, 1.8 gm; Acetone, 30 cc; Spiritus vini meth., 120 cc; (c) Hydrarg. perchloridi, 0.06 gm; Acidi salicyli, 0.6 gm; Olei ricini, 0.06 cc; Spiritus vini meth., 30 cc; (d) Cupri nitratris, 2.6 gm; Acidi benzoici, 5.5 cc; Acetone, 5.5 cc; Spiritus vini meth., 150 cc; Aq. destillata, 240 cc (ésta recomendada por Whitfield). El ácido salicílico es fungicida y queratolítico, pero si demasiado concentrado agrieta la piel, y en algunas personas provoca dermatitis leve. En casos hiperqueratóticos puede emplearse en forma de pasta a una concentración hasta de 3.5 gm por 28 gm de parafina blanda. También se han empleado con éxito varios colorantes, tales como la carbolfuesina (ya sola o en la fórmula de Castellani), el violeta de genciana, malaquita, y verde brillante (este es el más empleado, y contenido en el micozol líquido). Igualmente se han utilizado: crisarrobina, cignolina (crisarrobina menos el grupo metílico), yodo, paranitrobenzol, micotén leo, esencia de pino, violeta de bismuto, tetraclorfenol sódico, quinosol, y timol y esencia de canela, y ácido cítrico, además de otras fórmulas más complicadas. Aunque los rayos X no matan el hongo, a dosis fraccionadas pasan por facilitar la curación y acortar la evolución del mal, y por

lo menos ofrecen alivio sintomático. A fin de impedir la propagación, hay que tomar precauciones generales e individuales, tales como desinfectar la ropa de los enfermos, asolear las medias, ventilar los cuartos de baño, evitar toda alfombra de baño inesterilizable, y ofrecer un desagüe eficaz para los baños de ducha o regadera. En los baños públicos debe haber recipientes que contengan de 0.5 a 1% de hipoclorito de sodio para lavarse los pies, y un polvo apropiado para empleo interdigital. En particular en la época cálida, los zapatos deben ser livianos y holgados. Nadie debe caminar descalzo en los pisos de cuartos de baño y establecimientos semejantes. Para los pies deben emplearse jabones germicidas, pero no demasiado cáusticos. Después de bañarse en agua salada, sumérganse, si es posible, los pies en agua dulce, para desalojar las partículas de arena. Lo más importante es secarse meticulosamente los pies, en particular entre los dedos, y aplicar después algún polvo que no contenga almidón, por ejemplo, talco boricado o los llamados polvos para criaturas. Evítense los polvos fungicidas, pues pueden provocar dermatitis. En caso de hiperhidrosis, quizás convenga agregar por algún tiempo 1% de ácido salicílico al polvo, y sumergir los pies en soluciones débiles de alumbre o permanganato de potasio. Las aguas de hamamelis y de colonia también tienen su utilidad, mientras que para los casos graves Gilman recomienda una solución alcohólica de ácido salicílico al 4% y de resorcinol al 8%, aplicando un polvo de día. (Souter, J. C.: *Proc. Royal Soc. Med.*, 1107, jul. 1937.)

Kuller señala que el aseo personal constituye parte esencial del tratamiento de la dermatofitosis. Los pies u otras partes afectadas deben lavarse con jabón y agua dos y tres veces diarias, secándose después bien, en particular entre los dedos. Luego debe aplicarse algún empuja, pudiendo utilizarse las fórmulas siguientes, preparadas todas con polvos finos: 1. Tiosulfato de sodio, 10 partes; ácido bórico, 10; talco o almidón, 80. 2. Acido bórico, 17 partes; estearato de zinc, 17; borato de sodio, 33; talco, 33. 3. Acido salicílico, 30 partes; ácido bórico, 100; talco, 870. Hay que espolvorear también las medias y zapatos. Como los zapatos albergan los gérmenes, deben tratarse con formalina, bien insertando en la punta una torunda de algodón hidrófilo humedecido con media cucharadita de formalina, y dejando el calzado por la noche en una caja de zapatos o recipiente semejante bien cerrado, o colocando uno o dos pares de zapatos por la noche en una caja hermética encima de un platillo o jarro que contenga una cucharadita o dos de formalina. Para un número mayor de zapatos puede utilizarse una caja grande. La formalina debe ser empleada con cautela, pues puede producir dermatitis. Las medias deben ser cambiadas frecuentemente, es decir, una o dos veces diarias. Para aplicación local cabe emplear la fórmula siguiente: azul de metileno, 50 gm; ácido acético glacial, 125 cc; alcohol etílico al 95%, 2,375 cc. Si el caso no cede a este tratamiento, sumérganse los pies de 15 a 30 minutos a diario en un pediluvio que contenga una solución de hipoclorito de sodio al 1%, o de permanganato de sodio al 0.1%. Otros remedios tópicos, tales como la tintura de yodo o pomadas que contengan ácido salicílico combinado con un antiséptico o fungicida, también gozan de favor. En todos los casos compruébese el diagnóstico clínico con el microscopio. El tratamiento, o más bien profilaxia impersonal, comprende el empleo en las piscinas o baños públicos de receptáculos que contienen cierta cantidad de la solución siguiente, para que sumerjan en ellos los concurrentes los pies a la entrada y salida: tiosulfato de sodio, 120 gm; bórax, 60 gm; agua, 1 lt. La misma solución puede emplearse para desinfectar los pisos, en los que se deja evaporar para que queden los cristales esparcidos en el piso. En los baños públicos es mejor suplantar el tiosulfato con una solución compuesta de cresol al 2% o de hipoclorito de sodio al 1%. De emplearse la última, hay que renovarla a diario. (Fuller, J. K.: *Hosp. News*, 18, jun. 1, 1937.)

Entre 1,500 miembros de la marina militar examinados a bordo de seis buques, Prehn encontró 92% con micosis de la piel lampiña. Como profiláctico se emplearon pediluvios con 10% de tiosulfato de sodio en cuatro buques con 520 tripulantes, haciéndose bajar el coeficiente de la micosis podal de 93 a 25% en cinco meses. En las lesiones activas más avanzadas el empleo de apósitos húmedos de tiosulfato de sodio ha resultado satisfactorio. En 576 individuos infectados con lesiones cutáneas a bordo de cinco buques, una fórmula que comprendía 5 gm de ácido salicílico, 2 gm de mentol, 8 gm de alcanfor, 50 gm de ácido bórico, y 35 gm de almidón, hizo bajar el coeficiente de 91 a 30% en unas dos semanas, a menos de 5% en un mes, y a nada en unos dos meses. (Prehn, D. T.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 685, agto. 20, 1938.)

Erupciones erisipelatoideas.—Describiendo ocho casos, Traub y Tolmach hacen notar que en las dermatofitosis de los pies pueden presentarse dermatofitides erisipelatoideas que curan al aplicar fungicidas al foco primitivo, sin tener que utilizar suero antiestreptocócico ni otro tratamiento antierisipelatoso. La aparición de esas erupciones secundarias puede ser iniciada por algún trauma-tismo, o una caminata, o permanencia prolongada en pie. (Casos de erisipela recurrente de las piernas, asociados con infección de los pies, habían sido denunciados por McGlasson en 1926, y por Amoss en 1931, dando por sentado que el estreptococo era el factor causante.) (Traub, E. F., y Tolmach, J. A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2,187, jun. 26, 1937.)

Sulzberger y colaboradores describen tres casos más, señalando que no tienen nada de raros los ataques erisipelatoideos en la porción inferior de las piernas, asociados con dermatofitosis activa de los pies, y algunos de ellos pueden ser dermatofitides recurrentes, y no verdadera erisipela. En estos casos suele haber inmunirreacciones aberrantes a la tricofitina. Independiente de la patogenia y etiología, el tratamiento adecuado de la micosis parece ofrecer un medio excelente de impedir las recurrencias del síndrome erisipelatoideo. (Sulzberger, M. B.; Rostenberg Jr., Adolf, y Goetze, Dorothy: *Ibid.*, 2,189, jun. 26, 1937.)

Esporotricosis en Argentina.—Gaviña Alvarado y colaboradores describen un caso de esporotricosis de pierna en una española de 50 años, observado en Buenos Aires, y comprobado en el laboratorio. Los mismos autores ya habían observado en 1934 otro caso de esporotricosis verrugosa generalizada. Las primeras observaciones argentinas del mal fueron las de Balaña y del Pont, y de Grecco en 1907. En el caso actual el hongo causante fué el *Rhinocladium beurmannii*. (Gaviña Alvarado, E. R., y otros: *Prensa Méd. Arg.*, 1685, sbre. 7, 1938.)

Esporotricosis en Guatemala.—En su tesis Wyss declara que las formas esporotricóticas encontradas hasta ahora en Guatemala son las linfangitis gomosas hipodérmicas y grandes úlceras, que afectan los miembros superiores e inferiores, y la cara. El tratamiento de elección es la yodoterapia en forma de yoduro de potasio por vía bucal, y yatrén por vía endovenosa o intramuscular. Para el autor, en el país todo conjunto de lesiones polimorfas y rebeldes debe ser sospechoso, y debe sistematizarse en los hospitales y laboratorios la investigación parasito y serológica. Todos los enfermos observados pertenecían a la clase pobre del campo, siendo la mayor parte del sexo masculino, pues sólo se encontraron dos mujeres. El parásito pertenece al género *Rhinocladium*, y a la especie *beurmannii*, teniendo en las lesiones experimentales aspecto bacilar. (Wyss, Juan: *Guatemala Méd.*, 21, sbre. 1937.)

Micotorulosis em grávidas de Assunção.—Das 25 pacientes que foram examinadas na sala de grávidas da Maternidade de Assunção, Paraguai, só duas (8.3%) apresentavam lesões manifestas de micotorulosis. A *Mycotorula albicans*, identificada neste caso, produz vaginite e vulvite nas grávidas no último trimestre. A

solução de bicarbonato de soio a 2% cura estas lesões, administrada em irrigações vaginais. (Grammara, Nicolás, e Schoutten, G. B.: *Rev. Gyn. & Obst.*, supp., ab. 1937.)

Monilias en las bocas de sujetos normales.—En su estudio, Todd descubrió *Monilia albicans* en 14% de mil sujetos normales: en 7% en la boca y garganta, en 3.1% sólo en la boca, y en 3.9% sólo en la garganta. La frecuencia fué mayor en las mujeres (18.2%) que en los hombres (9.3%). De los sueros de 1,150 sujetos normales, 22.5% aglutinaron la *M. albicans*, pero sólo 35 a títulos de 1:160 o más. (Todd, Ramona L.: *Am. Jour. Hyg.*, 212, mzo. 1937.)

Muguet y micosis vaginal.—A fin de determinar la posible relación de los casos esporádicos de boqueras en el recién nacido con la micosis vaginal en la madre y la frecuencia general de ambos estados, Woodruff y Hesseltine realizaron cultivos vaginales en 402 mujeres en el tercer trimestre del embarazo, y estudiaron además 90 casos de muguet neonatal. El coeficiente de micosis genital parece asociarse con la situación económica e higiénica, y las criaturas de esas madres infectadas corren 35 veces más peligro de manifestar boqueras que los hijos de madres indemnes. La frecuencia de la micosis vaginal alcanzó a 28%: 41% en las indigentes negras, 33% en las indigentes blancas, y 14% en las blancas más ilustradas. Entre 14,640 criaturas consecutivas de la Maternidad de Chicago, la frecuencia del muguet alcanzó a 0.6%, pero en las últimas 6,130 subió a 1%, debido aparentemente a observación más cuidadosa. (Woodruff, P. W., y Hesseltine, H. C.: *Am. Jour. Obst. & Gyn.*, 467, sbre. 1938.)

Oídos.—Haciendo notar que la frecuencia de la otomicosis es mucho mayor que lo supuesto generalmente, y después de discutir el diagnóstico y pronóstico, Gill señala que en todas las micosis generalizadas, y en la mayor parte de las localizadas, el tratamiento es en el fondo el mismo y consiste en el empleo de yodo o yoduros, unido esto a alguna forma de radiación. En las otomicosis lo esencial es, primero, cohibir el dolor; segundo, cohibir la infección, y tercero, impedir reinfección. A menudo no puede asearse bien el conducto auditivo externo en la primera visita, debido al dolor que ocasiona la manipulación. En esos casos el metacresilacetato sirve de analgésico y de fungicida. Una mecha de algodón saturada en esa droga puede introducirse en el conducto, rehumedeciéndola con la droga de cuando en cuando. Suele convenir agregar algún aceite vegetal, tal como el de oliva, a la fórmula, pues el metacresilacetato puro puede ocasionar demasiada exfoliación epitelial. La mecha se extrae del conducto en 24 horas, y para entonces el epitelio está tan flojo que es fácil de retirar. Después de la segunda o tercera aplicación de esa mecha, puede limpiarse, por lo general, bien el conducto, y conviene entonces cambiar la medicación a yodo en petrolato, o a tricresol en glicerina, solución de Castellani (solución algo saturada de fucsina básica, con 10% resorcinol, y algún fenol, ácido bórico, y acetona), solución alcohólica al 1:3,000 del nitrato mercúrico de fenil, o alguna sal cúprica, como el sulfato, cloruro u oleato. En el período terminal una combinación de 1% de tricresol, 2% de yodo y 1% de timol en ácido bórico en polvo, posee su utilidad cuando conviene insuflar un polvo. Si hay eczema además de micosis, hay que tratarlo por separado. De existir piogenia, hay que atenderla con vacunas, calor local, bacteriófago y sedantes. La incisión rara vez se necesita, y hay que mostrar mucha cautela si se hace, para no propagar el mal al cartílago. Si el *Bacillus pyocyaneus* está presente, una solución acuosa de ácido acético al 2% resulta útil como bacteriostática. La profilaxia es importante, y después de nadar hay que secarse cuidadosamente los oídos e instilar alcohol etílico al 70%. Si se emplea energía radiante, no debe olvidarse que suprime la secreción de cerumen. En la discusión Searcy declaró que ya cuenta con cinco casos de actinomicosis de la mandíbula, que se curaron con el timol al interior e inyecciones locales de

timol al 10% en aceite de oliva en las fistulas, complementando esto con yoduro de potasio o tintura de yodo al interior. Searcy receta el timol a razón de 14 mg por kg de peso, en cápsulas de 0.32 gm, seguidas de un vaso de leche, para fomentar la absorción. En la micosis del conducto externo también utiliza el timol al 1%, y si está indicado un antiséptico o vehéculo, alcohol, aceite de oliva, varias pomadas, o polvo de ácido bórico. Si está indicado un desecante, emplea timol en mertiolato y alcohol; si está indicado aceite, agrega 1% de timol a la cresetina diluída con aceite de oliva; y si se desea un polvo, agrega 1% de timol a 1 ó 2% de yodo y ácido bórico en polvo. (Gill, William D.: *South. Med. Jour.*, 678, jun. 1938.)

Paracoccidíose no Brasil.—Pesquisadores norte-americanos, como Widman, Newton, Evans, Dodge, Morris Moore e outros foram acordes em reconhecer *Paracoccidioides brasiliensis* produtor da blastomicose brasileira, como um fungo distinto e completamente diferente do *Coccidioides immitis*, agente etiológico do granuloma coccidioidico norte-americano. Moore, em 1935, pouco depois de chegar ao Brasil, ponde verificar existir não uma espécie produtora de blastomicose, mas, pelo menos duas. Creou então a espécie *cerebriformis*, ficando o género *Paracoccidioides* com as duas espécies *brasiliensis* e *cerebriformis*. Cifferri e Redaelli, não satisfeitos em reconhecer como géneros diferentes, *Paracoccidioides* e *Coccidioides*, acharam tão pronunciadas as divergências entre ambos que cream a nova família *Paracoccidioidaceae* para o agente do granuloma paracoccidioidico ou blastomicose brasileira. Até 31 de dezembro de 1935, haviam sido registados 370 casos de paracoccidíose no Brasil e irregularmente distribuídos. Na distribuição das diferentes nacionalidades, figuram em primeiro lugar, como é natural os brasileiros, seguindo-se depois os japoneses e espanhóis. Provavelmente a metade desses casos é constituída por lavradores, porque, como tem sido provado para outras micoses, o fungo produtor, sendo vegetal inferior deve ser encontrado preferivelmente na natureza. Predominam os casos entre os 20 e os 50 anos, sendo em menor escala aqueles encontrados entre os 10 e 20 anos e menos ainda nos de mais de 60 anos. E' neste período de 20 a 50 anos que o homem exerce a sua maior atividade, é portanto nesta época que está mais sujeito às injúrias, que a cada passo encontra na quotidiana luta pela vida. Ainda, as lesões são encontradas em percentagem muito mais elevado no homem que na mulher. A moléstia não respeita os diversos aspectos raciais atacando tanto os brancos como os pretos ou amarelos. A distribuição maior nos brancos se compreende fácilmente pelo maior número desses. No Estado de São Paulo nota-se nos casos últimamente ocorridos, grande numero de japoneses, e uma explicação razoável é que essa colônia é bastante numerosa no momento atual, orçando o seu número por cerca de 200,000, entregando-se a grande maioria à lavoura. Entre os japoneses o número de casos femininos tem sido bastante alto. Aham alguns dermatologistas que êste número elevado entre os japoneses esteja talvez relacionado com o factor alimentar. Longe de diminuir, os casos de granuloma paracoccidioidico, tornam-se cada vez mais frequentes. Nestes últimos anos os casos registados veem augmentando de número chegando mesmo em São Paulo a cerca de 3 dezenas anualmente. Embora pareça pequeno êsse número todos êles terminam pela morte do paciente. (De Almeida, F.: *Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo*, 403, Vol. XII, 1936.)

Paracoccidiosis en Lima.—Weiss y Zavaleta Quintana describen un caso letal observado en Lima de infección por el *Paracoccidioides brasiliensis*, que creen es el primero encontrado en el país. La enfermedad no parece ser endémica ni en la costa ni en la sierra del Perú, y el enfermo descrito estuvo en las selvas, en regiones próximas al Brasil, aunque mucho tiempo antes de haberse presentado los primeros síntomas, unos cinco meses antes de la muerte. La evolución en

este caso fué semejante a la de la enfermedad descrita por Haberfeld en São Paulo. La paracoccidiosis no debe ser confundida con la blastomicosis americana, o sea la enfermedad de Gilchrist, de la cual los autores conocen actualmente un caso en Lima. Una característica que diferencia la paracoccidiosis, de la micosis de Posadas y Gilchrist es que la primera comienza de preferencia en las mucosas, extendiéndose más tarde a la piel, y no da esporos, mientras que la segunda suele preferir la piel en sus comienzos, y rara vez las mucosas, y se reproduce por endoesporos bien visibles. (Weiss, Pedro, y Zavaleta Quintana, T. *Act. Méd. Per.*, 442, mzo. 1937.)

Lesões da paracoccidiose.—Do seu estudo histo-patológico, acompanhado de muitas interessantes fotografias, Cunha Motta conclue que, na pele, o *Paracoccidioides* pode produzir lesões polimorfas que representam, quasi sempre, uma localização secundária. As formas cutâneas com infiltração dérmica representam manifestações secundárias de generalização. Na forma pustulosa talvez se possa admitir um ataque direto da pele pelo parasito, sendo a porta de entrada representada por prováveis pequenas soluções de continuidade da epiderme. Na forma necrotizante, talvez seja de considerar-se um exaltado grau de toxicidade ou virulência do parasito, como responsável por uma ação direta e necrotizante sobre a epiderme, mortificando-a gradual e progressivamente. Tanto a forma pustulosa como a necrotizante podem representar lesões primárias, não se podendo negar, perentoriamente, que através da pele não possam os parasitos penetrar no organismo. Os preparados dessas manifestações cutâneas só podem ser interpretados como de lesões secundárias. Na granulomatose paracoccidioidica a verdadeira dermatite primária, é modalidade bastante rara. (Da Cunha Motta, L.: *Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo*, 407, Vol. XII, 1936.)

Caso de pé musgoso na Baía.—Fróes descreve um caso em que fizera o diagnóstico clínico de pé musgoso, e que considera o primeiro que se publica na Baía. A denominação *mossy-foot* foi conferida por Wolferstan Thomas a uma exquisita afecção dos membros inferiores, localizada nos pés ou pernas, por êle observada em aborígenes da Amazônia. Mais tarde foi a mesma afecção registada na América Central, e bem assim na Africa oriental. Caracteriza-se o *mossy-foot* por um aspecto papilomatoso e verrucoso ao mesmo tempo, que lembra na realidade o do musgo ou do limo que se deposita sobre as pedras. Não existe até o presente união de vistas quanto à verdadeira natureza do pé musgoso, doença específica, na opinião de alguns, correspondendo talvez à dermatite verrucosa (det. pela *Phialophora verrucosa* Thaxter, 1915). Para outros é um síndrome cutâneo conseqüente à leishmaniose, à boubá, etc., ou ainda a expressão de uma reação crônica específica da pele. (Fróes, Heitor: *Rev. Med. Bahia*, 49, mço. 1937.)

Pie de Madura en México.—Labardini Nava describe un caso de pie de Madura comprobado micológicamente, en un campesino de Veracruz, en 1935. Este parece ser el primer caso mexicano, aunque Ocaranza pasa por haber descrito a principios del siglo el padecimiento en Sonora. Dado lo avanzado del mal, hubo que verificar la amputación. Para el autor, debe divulgarse la existencia de la enfermedad en México, para poderla tratar al principio con éxito con yoduro de potasio. (Labardini Nava, R.: *Cir. & Ciruj.*, 253, mayo-jun. 1937.)

Pitiriasis versicolor en Nicaragua.—Lacayo h. señala que ha constatado microscópicamente dos casos de pitiriasis versicolor, enfermedad muy común en los trópicos, pero poco en Nicaragua, y a menudo confundida con otras micosis de la piel, y hasta con manifestaciones sifilíticas. El primero fué diagnosticado en 1933. (Lacayo h., Max: *Rev. Méd.*, 217, nbre. 1937.)

Queratomicosis.—Pardo Castelló describe un caso de queratomicosis palmaris nigricans, el primero observado en Cuba, y producido por el *Cladosporium wer-*

necki. (La tiña negra fué estudiada por primera vez por Manson en 1872 en China, y luego por Castellani en Ceilán, quien dió al hongo el nombre de *C. mansonii*. Una afección semejante fué descrita en el Brasil por Cerqueira en 1891 con el nombre de keratomycosis nigricans palmaris, estudiándola nuevamente Horta en 1921 y diferenciando el agente etiológico, al cual diera el nombre de *C. werneckii*.) (Pardo Castelló, V.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 255, tomo XXII, 3ª parte, 1938.)

Rinosporidiosis en Estados Unidos.—Al describir un caso de rinosporidiosis autóctono de Texas en un niño de 16 años, Caldwell y Roberts hacen notar que hasta la fecha sólo se han comunicado seis casos anteriores en Estados Unidos, y hay datos precisos únicamente para tres en Suramérica. En Europa sólo se ha comunicado un caso en Italia, mientras que de la India y Ceilán han comunicado por lo menos 88. En los siete casos norteamericanos las lesiones fueron invariablemente en la nariz, comenzando, aparentemente, en el tabique. (Caldwell, G. T., y Roberts, J. D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1641, mayo 14, 1938.)

Sarcoma de Kaposi.—Describiendo dos casos en enfermos de 65 y 76 años, Greco y colaboradores amplían y confirman un estudio de 1936, declarando que el llamado sarcoma idiopático múltiple de Kaposi es producido por un hongo patógeno, al cual ha dado el nombre provisional de *Criptococcus haematicon* uno de los autores (Greco), de modo que no se trata de un verdadero sarcoma, sino de una micohemoangiorretículoendotelitis. Esta es la primera enfermedad en que se haya demostrado el parasitismo de un hongo patógeno en los hematíes, y puede servir de punto de partida para el estudio etiológico de enfermedades semejantes. (Greco, N. V., y otros: *Semana Méd.*, 229, agto. 4, 1938.)

Greco y colaboradores presentan el segundo caso familiar de enfermedad de Kaposi, producida por el *Criptococcus haematicon*. Este enfermo pertenece a una familia en que el mismo mal ya ha afectado a seis miembros: tres hermanos y una hermana, un hijo de uno de los hermanos, y un nieto. (Greco, N. V., y otros: *Ibid.*, 989, nbre. 3, 1938.)

Tiña en Cuba.—En Cuba la tiña es una afección poco extendida, pues todos los casos que observara el autor en el Hospital Calixto García de la Habana fueron de una epidemia sobrevenida en el Preventorio Martí, y en siete años que ha ejercido en Santa Clara sólo ha atendido 8 casos entre 4,000 enfermos de piel y sífilis (dos por mil). De los ocho, cuatro correspondieron a un pequeño brote en la Creche de la ciudad a mediados de 1934, correspondiendo todos a las formas microspóricas. En el tratamiento dió resultado la tricofitina. El autor termina diciendo que la enfermedad continúa existiendo en Santa Clara y La Esperanza, pues sus últimos cuatro casos corresponden a un breve período de tiempo, debiendo por ello extremarse la vigilancia en escuelas, asilos, creches, etc. (Río León, E.: *Villaclara Méd.*, 68, ab. 1938.)

Tiña en Venezuela.—Al describir la parasitología de la tiña tonsurante en Venezuela, Briceño-Iragorry hace notar la rareza de los casos publicados en el país, pues sólo aparece uno, el de Martín Vegas en 1925. En la obra de Jiménez-Rivero, "Dermosiflograffa Venezolana," no aparece un solo caso. El autor publica cuatro, en niños de 4 a 9 años. En todos ellos el agente patógeno fué el *Microrporum felineum* el que parece ser el más frecuente en el país. (Briceño-Iragorry, L.: *Gac. Méd. Caracas*, 115, ab. 30, 1937.)

Trichophyton gypseum.—Durante los años 1935-1936, Dowding y Orr examinaron tejidos de unos 200 enfermos de la provincia de Alberta, Canadá, en solución de hidrato de sodio, tratando de obtener cultivos. El dermatofito más común fué el *Trichophyton gypseum*, que se encontró en 67% de las tiñas. De los 16 cultivos aislados, siete procedían de lesionados del brazo, cinco de los pies, y cuatro de lesiones inflamatorias profundas; una del cuero cabelludo, y tres de la

barba. Sólo siete de las 16 cepas aisladas, se parecían a las descripciones publicadas; esas siete habían ocasionado varias formas clínicas de la tiña. No pudo encontrarse ninguna correlación entre la forma de la lesión producida por el hongo, y el aspecto del cultivo en el medio de Sabouraud. Las variaciones más manifiestas consistieron en el color del micelio y en la pigmentación del medio de cultivo. (Dowding, Eleanor S., y Orr, H.: *Brit. Jour. Derm. & Syph.*, 298, jul. 1937.)

Nuevo medio de cultivo.—Memmesheimer describe un medio a base de piel de cobayo, que considera igual, si no superior, a los de Sabouraud y Gruetz para cultivar por lo menos ciertos hongos, y que tiene en particular aplicación cuando no puede obtenerse peptona. (Memmesheimer, A. M.: *Klin. Wochens.*, 56, eno. 8, 1938.)

Intradermorreacción y vacunoterapia.—Latapi presenta 40 casos de tiñas supuradas, tiñas tonsurantes o vulgares, epidermoficias eczematiformes, dishidrosis, sicosis tricofítica, tricoficia, onicomycosis y psoriasis, todos los cuales fueron tratados con Dermatomycol, practicando antes en la mayor parte de ellos la intradermorreacción con Dermotricofitina, y comparándose el resultado de la última en casos testigos de dermatosis no micótica. Hace notar que la intradermorreacción es de utilidad variable según los diversos grupos de epidermoficias, sin ser completamente específica y pudiendo resultar positiva en algunas dermatosis no producidas por hongos, y por el contrario negativa en micosis confirmadas. En general parece guardar razón directa con el estado inflamatorio de las lesiones. Su constancia e intensidad en las tiñas supuradas y en las lesiones micóticas, la hace útil, permitiendo desechar el diagnóstico de querión de la cabeza o de la cara, si resulta negativa. Cabe decir otro tanto, aunque en menor grado, de las epidermoficias inflamatorias eczematiformes, y de las dishidrosis parasitarias, pues una positiva, en particular si es intensa, unida a datos clínicos de presunción, puede inclinar hacia una causa micótica. En las tiñas tonsurantes, secas o vulgares, la intradermorreacción es inútil, y aun peligrosa por inducir a error, y el diagnóstico seguirá siendo clínico. Puede decirse lo mismo de las tricoficias cutáneas y de las onicomycosis y epidermoficias secas o variables. La vacunoterapia con Dermatomycol produce también resultados muy variables, según el tipo de las micosis. Su eficacia parece guardar razón directa con el estado inflamatorio y también con la positividad de la intradermorreacción. En las tiñas supuradas y las sicosis parasitarias, constituye el tratamiento ideal, y en las micosis medianamente inflamatorias un valioso auxiliar unida al tratamiento local. En cambio, en las tiñas vulgares no se obtuvieron los buenos resultados señalados por los autores brasileños, pues en los casos del autor se mostró claramente inferior a los procedimientos habituales. Sobre todo en las tiñas tonsurantes, parece imponerse una experimentación más prolongada y quizás el empleo de vacunas que comprendan razas de hongos del medio mexicano. (Latapi, Fernando: *Medicina*, 135, mzo. 25, 1937.)

Ácido pícrico.—Alvarez declara que el ácido pícrico tiene bastante aplicación en dermatología cuando se aplica como procede, tanto en solución alcohólica como acuosa por vía externa. En las quemaduras de primer grado puede aceptarse como medicación de urgencia por su acción analgésica y queratoplástica; en las quemaduras del cuero cabelludo se aplica algunas veces con éxito y otras con fracaso, pero en las tricoficias irritadas de la piel lampiña ha resultado siempre satisfactorio en solución alcohólica saturada, y lo mismo en la tricoficia ungueal, aunque en ésta el tratamiento es largo. En las tricoficias profundas, como el kerion de Celso en los niños, el resultado es óptimo. También resulta beneficioso en las piodermitis dolorosas atónicas, rebeldes a los tratamientos comunes; en el impétigo de Bockart; en el ántrax y los forúnculos. También se obtienen

buenos resultados en las uñas encarnadas; en los eczemas numulares de las piernas rezumantes y muy pruriginosos; y en algunas lesiones micóticas o pseudomicóticas, y lo mismo sucedió en una blastomicosis en un niño. En resumen, se emplea el ácido pícrico en solución alcohólica si no hay lesiones cutáneas ulcerosas o irritadas, y en las restantes en solución acuosa, sea saturada o sea al 12:1,000, con resultados apreciables. La terapéutica adolece del inconveniente de producir reacciones eczematosas locales o toxicodérmicas más o menos generalizadas, que pueden evitarse: protegiendo con pasta de Lassar los contornos de la lesión tratada; no usar apósitos impermeables; atender a que el enfermo haga bien las curaciones; no tratar grandes extensiones de tegumento; saber elegir la concentración de las diluciones; vigilar la orina, pues la variación de color al rojo o verde indica intolerancia; y no persistir en el empleo de la droga cuando aparece franca mejoría. Se trata de una medicación inicial para limpiar la lesión y activar la regeneración. Otro inconveniente del ácido pícrico es la impregnación amarilla de los tegumentos, de modo que sólo debe emplearse en las partes cubiertas. La pigmentación puede corregirse en parte una vez curada la lesión, limpiando la región afectada con éter o benzol, o vaselina neutra. (Alvarez, Gregorio: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 321 sbre. 30, 1937.)

El chaulmugra en la micosis fungoidea.—Wilson trató cuatro casos de micosis fungoidea con chaulmugra etílico, sin observar molestias ni secuelas contra-productentes. El prurito que acompaña al mal se alivió en tres casos poco tiempo después de iniciar el tratamiento, y en el cuarto, meses antes de la muerte. El chaulmugrato se administra en inyecciones, y hay que determinar la dosis mediante pruebas clínicas, aunque en estos casos varió de 1 a 3 cc. La roentgenoterapia es muy útil en el período de tumor, pero no afecta el prurito concomitante. Como sólo trató cuatro casos no puede sacar todavía conclusiones definitivas con respecto a la eficacia del método. (El chaulmugra fué por primera vez utilizado en la micosis fungoidea por Lumholdt en 1935, utilizándolo después en otra serie de seis enfermos en 1937, revelando todos mucha mejoría, y varios, desaparición de los nódulos.) En la discusión, Thompson hizo notar que de 12 enfermos tratados hasta ahora con esa medicación, nueve se han beneficiado, y siendo el pronóstico tan desfavorable, vale la pena probar cualquier tratamiento que ofrezca algún alivio. (Wilson, Sidney J.: *South. Med. Jour.*, 675, jun. 1938.)

Estudio de la polinosis en Argentina.—A iniciativa de la Dirección de la Asistencia Pública de Buenos Aires, la Intendencia Municipal ha designado una comisión presidida por el Dr. J. A. Bozzola, Jefe del Servicio de Alergia del Hospital Municipal de Vicente López, para que estudie e informe acerca de las causas de ciertas enfermedades estacionales que pueden tener su origen en el arbolado y maleza de las calles y plazas de la ciudad.

Flora asmógena del Uruguay.—Comenzando por hacer notar que la alergia respiratoria, mal denominada "asma del heno," tiene por mejor nombre "polinosis," según propusiera Vaughan, González y Lombardo enumeran un pequeño grupo de especies botánicas del Uruguay que creen puede servir de base para un estudio más extenso de la flora asmógena del Uruguay, comprendiendo árboles y palmeras (primavera), gramíneas (primavera-verano), y otras hierbas (primavera-verano-otoño). (González, M., y Lombardo, A.: *An. Oto-Rino-Lar. Uruguay*, 32, t. VII, parte 1^a, 1937.)