

CRÓNICAS

VENÉREAS¹

Profilaxia venérea en Argentina.—Con fecha 30 de diciembre de 1936 quedó sancionada en Buenos Aires la ley nacional que organiza la profilaxia de las enfermedades venéreas en el territorio argentino. Créase en el Departamento Nacional de Higiene una sección denominada "Profilaxis de las enfermedades venéreas," que estará a cargo de un médico que dirigirá, organizará, ampliará y coordinará la lucha antivenérea en todo el país. Todo hospital nacional, municipal o particular deberá habilitar a lo menos una sección a cargo de un médico, especialmente destinada al tratamiento gratuito de las enfermedades venéreas y a propagar la educación sanitaria, y las personas que padezcan males venéreos en período contagioso tienen la obligación de hacerse tratar por un médico, ya privadamente o en un establecimiento público, pudiendo las autoridades sanitarias decretar la hospitalización forzosa de los individuos contagiosos que no se sometan a tratamiento. Las instituciones que tengan un número de socios o empleados superior a 50 deberán disponer de una sección de tratamiento gratuito e instrucción profiláctica antivenérea, y si el número de personas pasa de 100 se podrá exigir que ese servicio sea atendido por un médico. Solamente los médicos podrán asistir los casos venéreos, quedando prohibido el tratamiento por correspondencia y los anuncios de supuestos métodos curativos; y tampoco se permitirá a los diarios o periódicos que inserten anuncios de tratamientos por métodos secretos o los ya rechazados por la ciencia, que prometan curaciones radicales a plazos fijos o sin examinar el enfermo, etc. Se exige el certificado médico prenupcial gratuito a los varones, no pudiendo contraer matrimonio los afectados del mal en período contagioso, y debiendo las autoridades sanitarias propiciar estos exámenes. Queda prohibido el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución. Sin perjuicio de otras asignaciones de la Ley de Presupuesto, destínase para el Instituto de Profilaxis y Tratamiento de las Enfermedades Venéreas la suma anual de 300,000 pesos moneda nacional. La ley, que consta de 22 artículos, comenzará a regir 180 días después de su promulgación, o sea a fines de junio de 1937. (*Bol. San.*, 257, mzo. 1937.)

El Poder Ejecutivo ha reglamentado en Argentina la Ley No. 12,331 de profilaxia antivenérea, disponiendo que los distintos gobiernos, instituciones y sociedades, informen al Departamento Nacional de Higiene en qué forma realizan lucha antivenérea, y con qué elementos cuentan. La sección respectiva del Departamento establecerá normas para uniformar el tratamiento en los servicios antivenéreos, unificando el sistema de notación en todo el país; recibiendo informes mensuales, y organizando progresivamente el servicio de asistencia social. El Decreto enumera una serie de medidas, tales como: Creación de un museo de venereología; reserva obligatoria en los hospitales de un número de camas para enfermos venéreos, divulgación, etc. La sección de profilaxia antivenérea editará un modelo de certificado prenupcial que los jefes de registro civil entregarán gratuitamente a los futuros contrayentes. El examen médico prenupcial será gratuito cuando lo realicen los médicos oficiales, y en la misma calidad prestarán su concurso todos los laboratorios. La sección de profilaxia del Departamento será asesorada por una comisión consultiva integrada por tres profesores de clínica dermatosifilográfica, un profesor de higiene y medicina social, y otro de

¹ La última crónica sobre Venéreas apareció en el *Boletín* de julio 1936, p. 660.

clínica génitourinaria, presidiéndola el presidente del Departamento Nacional de Higiene. El Departamento Nacional de Higiene queda autorizado para subvencionar con 450 pesos por año a los médicos que estén al frente de dispensarios o servicios antivenéreos del interior, a fin de capacitarlos para asistir durante un mes a cursos intensos de perfeccionamiento en venereología, y se ofrecerá igual subvención a los jefes o encargados de laboratorios de serología, con el mismo fin.

Restricción de la venta de especialidades.—Por resolución del 20 de julio de 1936, el Presidente del Departamento Nacional de Higiene de la República Argentina, Dr. Miguel Sussini, ha dispuesto que, a partir de enero 1937, las especialidades destinadas al tratamiento de las enfermedades venéreas sólo podrán ser expandidas bajo receta médica. (*Bol. San.*, 63, eno. 1937.)

Lucha en Buenos Aires.—Durante el año 1934 concurrieron por primera vez a los dispensarios antivenéreos de Buenos Aires 14,991 personas: 2,314 sífilíticos, 8,892 blenorragícos, 3,785 de otros males. Durante el año se practicaron 728,882 consultas, para un promedio de 2,488 por día. El número de mujeres y niños atendidos es muy inferior al de los hombres. El total de nacidos muertos ascendió a 1,616, sin contar los que se producen dentro de los cinco primeros meses de la vida intrauterina, que quizás igualen a los de los últimos cuatro meses, formando así un total de más de 3,200. Si se agregan 821 niños fallecidos en el primer mes de vida, tenemos más de 4,000 niños, cuya causa de muerte puede atribuirse en un 40 por ciento a la sífilis. Para mejorar la situación, el A. considera necesaria la creación de: un centro antilúético en cada hospital municipal donde haya Servicios de Dermato-Sifilografía; dispensarios de prenatalidad anexos a cada maternidad para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis en las embarazadas y recién nacidos; una sección especial anexa a cada uno de los dispensarios de lactantes, para la atención de la sífilis en la primera infancia. (Solari, E. F.: *Sem. Méd.*, 1327, ab. 23, 1936.)

Parálisis general en Argentina.—Según Mouchet, en la República Argentina ocurren anualmente de 4,000 a 5,000 defunciones de parálisis general progresiva (15 por ciento sobre 30,000 alienados). La estadística del Hospicio de las Mercedes revela que de 2,304 paralíticos que ingresaron en dicho Hospicio durante en año 1933, 340 eran casos de parálisis general progresiva, o sea 14.7 por ciento; y de los 308 alienados que fallecieron, 124 eran paralíticos generales, o sea un porcentaje de 40. (Mouchet, E.: *Prensa Méd. Arg.*, 2,533, nbre. 4, 1936.)

Nuevo dispensario antivenéreo en Bolivia.—El 28 de diciembre, 1936, se instaló en Sucre el Dispensario Antivenéreo dependiente de la Oficina de Sanidad Departamental de Chuquisaca, que atenderá al alarmante número de enfermos de esa localidad. El Departamento Nacional de Higiene y Salubridad cuenta ya para la lucha antivenérea con el Hospital No. 2 Antivenéreo en La Paz, y el nuevo dispensario de Sucre.

Hospital antivenéreo en Bogotá.—Cavelier describe la creación y funcionamiento del Hospital La Samaritana de Bogotá, dedicado a la lucha antivenérea, y que planeado desde 1916, sólo se terminó en 1934. El hospital, o más bien consultorio, es de lo más moderno, y probablemente el mejor de su género en el país, con salas de examen y tratamiento, conferencias, etc. El consultorio continúa la obra emprendida desde 1934, a raíz de la fundación del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca, en el cual se emplean todos los tratamientos modernos, incluso aplicación de la vacuna tifoidea a la adenitis chancrosa, filtrado gonocócico de Corbus, y métodos químicos y fisioterápicos contra la blenorragia. El trabajo ha aumentado constantemente. En el consultorio para mujeres públicas, se diagnosticaron 612 casos de sífilis entre 1,015 examinadas (54.9 por ciento; en otro consultorio de mujeres, entre 379, 290 (76.5 por ciento)

en otro, de 162 mujeres, 51 (31.5 por ciento); y en otro, de 102, 65.7 por ciento. En dos consultorios para hombres, la proporción de sífilis fué de 46.9 y 47.4 por ciento. Vernaza, en el Instituto Colombiano para Ciegos, investigó las causas de la ceguera, encontrando que en el 60 por ciento radicaba en las enfermedades venéreas. Un estudio de la mortinatalidad indicó que 80 por ciento del 63.8 por 1,000 de mortinatalidad tenía por causa la sífilis en Bogotá. (Cavalier, J. E.: *Rev. Fac. Med.* 478, fro. 1936.)

Costa Rica.—En su reseña de la nueva organización técnica y administrativa dada a la clínica antisifilítica de San José en Noviembre de 1936, Zeledón aboga aboga por la erección de un Servicio Médico-Social anexo a la Clínica Antisifilítica de San José, según ya tiene en consideración el Dr. Peña Chavarría, Ministro de Salubridad. Este servicio permitiría localizar las fuentes de contagio, lo cual reviste importancia capital en toda campaña antivenérea. En la clínica se tratan unos 600 enfermos al mes, llegando el número de casos primarios a más de 200. (Zeledón, Joaquín: *Rev. Méd.*, 485, fbro. 1937.)

Reglamentación del anuncio de productos farmacéuticos en Costa Rica.—El Presidente de la República expidió el 7 de octubre de 1936, el Decreto No. 15, prohibiendo el anuncio de productos para la curación específica de determinadas enfermedades. Solamente se permitirán anuncios aprobados por la Facultad de Medicina y el Colegio de Farmacéuticos. (*Rev. Méd.* 364, obre. 1936.)

Cuba.—Tratando de demostrar la necesidad de dispensarios antivenéreos en Cuba, Núñez-Oti cita varias estadísticas. Entre 1,820 partos del 1° de septiembre de 1935 al 1° de septiembre de 1936, hubo 128 mortinatos, todos con manifestaciones evidentes de sífilis, más 44 fetos vivos con manifestaciones también posiblemente sifilíticas; es decir, una proporción de 7.03% y 2.41%. En otra estadística de Anido, en el Servicio de Higiene Infantil en Santa Clara, el porcentaje de heredosífilis fué de 2.7. En realidad, en Cuba no existen estadísticas completas sobre la difusión del mal, y el Dr. Manuel Menéndez, ex-Secretario de Sanidad y Beneficencia, abogó por la creación de un Servicio Nacional de Profilaxis Venérea. Un proyecto de ley, introducido por Pedraza y ya aprobado por el Senado, establece la creación de dispensarios antivenéreos en todos los hospitales locales, y donde no existan hospitales, como anexos de la jefatura de sanidad. El autor aboga porque se dicte una ley de delito de contagio venéreo, se prohíba en absoluto la "trata de blancas," y se vigile estrictamente la prostitución, en particular la clandestina. (Núñez-Oti, Guillermo: *Medicina de Hoy*, 107, fbro. 1937.)

Museo de propaganda antivenérea en Chile.—El 7 de septiembre se inauguró en la Dirección General de Sanidad de Santiago un museo de piezas de cera que representan las características de los distintos males venéreos. (*El Mercurio*, sbre. 8, 1936.)

Conclusiones de una conferencia reciente.—En la conferencia antivenérea convocada por el Cirujano General Thomas Parran del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, y celebrada el 29-31 de diciembre, 1936, en la ciudad de Washington, se puso de manifiesto que cada año hay por lo menos 681,000 casos nuevos de sífilis en Estados Unidos, y la proporción viene a ser de 5 a 10% en la población, comprendiendo todos los períodos, aunque todas las estadísticas son tentativas e inadecuadas, y deben perfeccionarse con mira a averiguar la verdadera frecuencia, tendencia y aspectos económicos de los males venéreos. En las diversas secciones de la Conferencia, se aprobaron los siguientes informes: La sección de fiscalización sanitaria recalcó la necesidad de ofrecer tratamiento a todas las personas, aunque dejando la terapéutica, siempre que sea posible, a cargo de los médicos particulares, y manteniendo hasta donde lo permitan las circunstancias, la relación personal entre enfermo y médico. Las clínicas parecen necesarias para el tratamiento de los sujetos indigentes, así como la creación

de un servicio social que averigüe la capacidad económica de los enfermos. La notificación de los casos es imprescindible para la lucha, debiendo darse nombre y dirección, como se hace con otras enfermedades transmisibles, siempre que sea factible, o de otro modo comunicar las iniciales y fecha del nacimiento del enfermo, a fin de poder vencer gradualmente la conocida repugnancia de los médicos a comunicar los nombres de sus enfermos. Se recomendó que la profilaxia sexual ocupara puesto preferente en la lucha antisifilítica, y se preconizó la necesidad de facilitar servicio de laboratorio gratuito, así como la medicación necesaria, por conducto de las autoridades sanitarias.

En el informe de la sección de terapéutica se recalcaron: la importancia del tratamiento precoz de las gestantes sifilíticas, así como la necesidad del tratamiento continuo, salvo en personas de edad media o avanzada, y la necesidad de limitar la distribución de medicamentos a preparados ya establecidos, a saber, arsenicales, bismúticos, pomadas mercuriales y posiblemente preparados yodúricos. En la sección de observación subsecuente se mencionaron: la importancia y necesidad de seguir a ciertos casos, aunque puede evitarse esto recibiendo a los enfermos con tacto y cortesía en su primera visita, y se insistió en la necesidad de contar con enfermeras debidamente preparadas, bien asistentes sociales o visitadoras. La sección de cooperación con los médicos particulares mencionó la doble obligación que tiene el médico hacia el enfermo y la comunidad, en toda enfermedad transmisible, incluso venérea; recomendó que las obligaciones de los funcionarios sanitarios comprendan el facilitar impresos que permitan denunciar fácilmente los casos, mediante los nombres cuando parezca así mejor, y ofreciendo toda clase de resguardos para la conservación confidencial de los datos; la distribución gratuita cuando sea necesaria de los medicamentos necesarios, así como servicio de laboratorio; hospitalización gratuita cuando sea necesaria, en particular de las gestantes, y servicio de consulta para médicos y para clínicas donde resulte factible. Los principios anteriores parecieron encontrar aceptación general, aunque también se reconoció que las condiciones varían mucho en diferentes regiones de los Estados Unidos, y a veces hasta en diversos distritos en la misma localidad, y que los planes de trabajo deben conformarse únicamente a reglas generales, mas acomodándose a las necesidades locales. En todas las secciones se reconoció la necesidad de la constante cooperación con las sociedades médicas; que con toda probabilidad, la mayor parte de los indigentes en los grandes centros de población tendrán que ser tratados en clínicas, pero en los más pequeños y en los distritos rurales debe preferirse para ello a los médicos de familia, pagándoles conforme a un arancel convenido; y por fin se recomendó el establecimiento de cursos de perfeccionamiento en venereología, y que se sometiera al Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana, y a la Asociación de Colegios Médicos de Estados Unidos, la cuestión de uniformar la enseñanza de la sifilología en las facultades de medicina. (Editoriales: *Jour. Am. Med. Assn.*, 121, eno. 9, 1937.)

Usilton y Heller hacen notar que en los Estados Unidos existen constantemente bajo tratamiento 493,000 casos de blenorragia y 683,000 de sífilis, correspondiendo la infección máxima a la edad de 16 a 35 años. Sólo 16 por ciento de los sifilíticos tempranos continúan su tratamiento por un período suficiente. Dos terceras partes del total son tratados por médicos particulares. La misión primordial del médico particular consiste en hacer comprender al enfermo la importancia de continuar el tratamiento hasta que haya obtenido el beneficio máximo. (Usilton, L. J., y Heller, J. R.: *Pub. Health News* 140, obre. 1936.)

Repasando los principios en que debe fundarse la lucha antivenérea en los Estados Unidos, y en particular los esfuerzos realizados conforme a las disposiciones de la Ley del Seguro Social, Vonderlehr declara que se necesitan con

urgencia las siguientes providencias: Nombramiento de un director de lucha antivenérea en todos los departamentos de sanidad de los Estados; una política mucho más liberal con respecto a la distribución gratuita de remedios antisifilíticos; empleo más general del ultramicroscopio para el diagnóstico de la sífilis temprana; ampliación de las investigaciones epidemiológicas en la sífilis; persistencia de parte de los directores de sanidad a fin de obtener informes más fidedignos; ampliación y mejoramiento de los métodos de diagnóstico y tratamiento; establecimiento de pautas antes de reconocer clínicas dedicadas al tratamiento, y más fondos para la lucha antivenérea. Al repasar los trabajos realizados, Vonderlehr hace notar que en 16 Estados ya hay secciones de lucha antivenérea, con venereólogos de a tiempo completo en siete; que sólo tres Estados suministran gratuitamente remedios antisifilíticos a toda clase de enfermos, mientras que en 30 hacen esto solamente con los menesterosos; en 21 verifican gratuitamente exámenes ultramicroscópicos; estudios epidemiológicos se verifican en la mayor parte de los Estados. En 26 Estados y el Distrito de Columbia, el número de casos denunciados ya es de más de 2 por 1,000 habitantes. En el país hay unas 1,000 clínicas gratuitas, semigratuitas o de paga, o sea una para cada 130,000 habitantes, y en 15 Estados la proporción es aun mayor, siendo de notar que en la parte del país donde la población negra es mayor es que hay menos clínicas. Los gastos directos para lucha antivenérea, sin contar mantenimiento de laboratorio, son todavía muy bajos, pues sólo en seis Estados representan todavía 1 centavo *per capita*, y en uno de ellos 3 centavos, mientras que en dos llegan a menos de 0.1 centavo. (Vonderlehr, R. A.: *Pub. Health Rep.*, 95, eno. 22, 1937.)

Disminución de la mortalidad por sífilis.—El *Statistical Bulletin* publica en su número de noviembre 1936, página 3, algunos hechos relativos a la mortalidad por sífilis entre los asegurados de la Compañía de Seguros de Vida Metropolitan, en el último cuarto de siglo. En los períodos 1911 a 1915, y 1931 a 1935, la mortalidad por sífilis, ataxia locomotriz y parálisis general de los dementes ha disminuído un 45% entre los blancos, beneficiando esta baja a todas las edades. Sin embargo, entre los negros las cifras son desalentadoras, pues del quinquenio 1911-1915 a 1931-1935 la mortalidad aumentó 37.7% entre los varones, y 13.9% entre las negras. Debido a la tendencia opuesta en la mortalidad entre los blancos y los negros, ha aumentado la diferencia en los dos grupos, pues entre el primer quinquenio era menos de dos veces mayor entre los negros que entre los blancos, pero en los últimos años la proporción ha subido a 4½:1.

Armada estadounidense.—Melhorn analiza los datos para las afecciones venéreas en la Armada de los Estados Unidos, haciendo notar que para resolver el mas grave problema sanitario de dicho servicio armado, lo primero es poseer conocimiento exacto y temprano del número de casos nuevos. Recomienda informes periódicos que permitan determinar el éxito o fracaso de las medidas empleadas. Hace notar que el coeficiente de casos nuevos en la Armada fué de 74.67 por 1,000 para la blenorragia; 27.56 para el chanero blando, y 24.80 para la sífilis en 1929-1933; de 56.07, 13.58 y 20.59, respectivamente, en 1934, y de 51.3, 5.0 y 9.5 en el primer trimestre de 1936. La importancia de mantener un servicio profiláctico y de primera ayuda queda patentizada por las cifras relativas a la concentración de la flota en Panamá, del 9 al 16 y del 23 al 26 de mayo, 1936, pues el promedio diario de los que recibieron ese servicio en tierra fué de 300 para un personal de 50,000 en el primer período, y de 27,750 en el segundo; es decir, que el coeficiente aumentó más de cinco veces, llegando a 42 por 1,000. El éxito también quedó demostrado por el número de casos venéreos (35) en mayo, comparado con los de enero a abril (66). A fin de obtener aceptación de la profilaxia recomendada, es necesario que las instalaciones disponibles se conformen a los patrones modernos de limpieza quirúrgica, conteniendo lavabos,

depósitos de jabón, esterilizadores, cubos de desperdicios, etc. En la Armada también va a exhibirse la película hablada titulada "La ciencia y la medicina moderna," que se refiere a la profilaxia y dominio de la enfermedad venérea. (Melhorn, K. C.: *U. S. Naval Med. Bull.*, 1, eno. 1937.)

Nuevo reglamento en Honduras.—Por un decreto dictado el 25 de febrero de 1937, el Presidente de la República de Honduras ha promulgado un nuevo reglamento de profilaxia venérea. En la Dirección General de Sanidad créase una Sección Central de Profilaxia Venérea que establecerá en las poblaciones del país en que sean necesarias, filiales que estarán a cargo de los Delegados de Sanidad. El reglamento comprende 16 capítulos y 72 artículos, dedicados los primeros a organización, dotes y funciones del Jefe de la Sección; de los Delegados Jefes de Zona; y de otros empleados. Varios capítulos, o sea la mayor parte del reglamento, están dedicados a la reglamentación de la prostitución. (*Gateca*, 1, mzo. 16, 1937.)

Proyecto de reformas en México.—A iniciativa del Departamento de Salubridad Pública de México, se han preparado proyectos de reformas al Código Sanitario y al Código Penal, y un proyecto de reglamento para la campaña antivérea. El proyecto de reformas al Código Sanitario considera como enfermedades transmisibles, entre otras, la blenorragia, granuloma venéreo y sífilis; dispone que los médicos lleven un registro privado de sus enfermos de sífilis, blenorragia, chancro blando, granuloma venéreo y enfermedad de Nicolas-Favre, comunicando a las autoridades sanitarias los datos de su registro privado, menos nombre, apellido y domicilio, así como la fecha en que dichos enfermos sean dados de alta; pero si abandonan el tratamiento, deben comunicar nombre y domicilio. Las personas con afecciones venéreas tienen la obligación de sujetarse al tratamiento, pudiendo obligárselas a hospitalizarse. El personal que por razón de sus actividades pueda transmitir alguna enfermedad transmisible, deberá proveerse de una tarjeta sanitaria, y los oficiales del registro civil no podrán autorizar los matrimonios si los interesados no acreditan que no padecen ninguna de las enfermedades transmisibles.

El proyecto de reformas al Código Penal establece la reclusión para los enfermos de sífilis o un mal venéreo en el período infectante; la prisión hasta por seis años y multa hasta por 10,000 pesos para el que utilice medios directos de propagación de enfermedades, epizootias, plagas o parásitos o gérmenes nocivos para los cultivos agrícolas; penas para los que publiquen, reproduzcan, distribuyan o hagan circular libros, escritos, imágenes u objetos obscenos; y para los que fomenten la prostitución o sostengan directa o indirectamente burdeles, casas de cita, o lugares de concurrencia expresamente dediados a explotar la prostitución.

El proyecto de reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas dispone que todas las personas con afecciones venéreas tienen la obligación de someterse a tratamiento, pudiendo hospitalizárseles en caso de no hacerlo voluntariamente. Los médicos deben llevar un registro de los enfermos de sífilis que atiendan, comunicando a las autoridades sanitarias los datos obtenidos, menos el nombre y domicilio de los enfermos, pero sí haciéndolo si éstos abandonan el tratamiento; deben expedir a sus enfermos de sífilis una constancia de que están siendo tratados, y otra al terminar el tratamiento. Están obligados a establecer un servicio especial para la lucha contra las enfermedades venéreas las Secretarías y Departamentos de Estado; los Gobiernos de los Estados; los ayuntamientos, las agrupaciones obreras que cuenten con más de 100 miembros, y los establecimientos en que se ejecuten sentencias privativas de la libertad. El proyecto de reglamento también prohíbe la amamentación por nodrizas que no posean el certificado médico respectivo, y establece que los certificados médicos prenup-

ciales sólo podrán expedirlos médicos registrados en el Departamento de Salubridad Pública. También establece una comisión para el estudio estadístico y social de la profilaxis de las enfermedades venéreas, y las sanciones que se aplicarán a los infractores.

También ha sido aprobado por el Presidente de la República, aunque queda aún pendiente de aprobación en la Cámara, un proyecto de ley por el cual queda abolido el sistema de prostitución en México. (*El Universal*, obre. 24, 1936.)

Sífilis congénita en Lima.—En su trabajo, García opina que la sífilis congénita es frecuente en Lima pero no es posible, por falta de datos, fijar numéricamente su frecuencia, aunque en las mujeres asistidas en la Maternidad, la sífilis adquirida alcanza a 30%. La semiología de la sífilis congénita ha sufrido en Lima cierta atenuación en la clase elevada, gracias a la salvarsanoterapia en las madres. En las razas de color, las sífilides cutáneas son borradas o imprecisas. La sífilis larvada o no descubierta evoluciona bajo la capa de otras enfermedades crónicas, principalmente tuberculosis y distrofias alimenticias. El diagnóstico es difícil si no se busca tanto clínica como serológicamente. Las sífilis desconocidas y dejadas sin tratar fomentan la formación de tipos frágiles, afectando la vitalidad total de la población. En Lima el tratamiento es iniciado tardíamente, y casi siempre en forma insuficiente. Para el autor, precisa iniciar una enérgica campaña sin tardanza contra la sífilis de los padres. (García, E. L.: "Primera Jornada Peruana de Nipiología," p. 83, Lima, 1936.)

Comité Abolicionista Peruano.—A consecuencia del estudio de la prostitución llevado a cabo por la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social en 1935, se ha organizado en Lima el Comité Abolicionista Peruano, proponiéndose encauzar la opinión pública en favor del abolicionismo y trabajar en pro de la educación sexual en sus varias formas. (*Crón. Méd.*, 203, mayo 1936.)

Sifilocomio de Arequipa.—Por decreto del 13 de octubre de 1934 del Ministerio de Salud Pública del Perú, se creó en Arequipa un sifilocomio destinado a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades venéreas, y en particular sífilis, anexo a la Asistencia Pública y en su mismo local. Inaugurado el 17 de marzo de 1935, sólo el 1° de marzo 1936 fué que se inició el internado con 20 camas. Un empleado denominado pesquisador se ocupa de investigar los lugares donde puede ejercerse la prostitución clandestina, controla el estado de las casas de tolerancia fichadas, y conduce, ayudado por la policía, a los enfermos para aislamiento y tratamiento. El diagnóstico se hace clínico, serológico y bacteriológico. Una vez comprobada la sífilis se interna a la enferma, y antes de iniciar el tratamiento se verifican los exámenes de la suficiencia cardíaca, renal y hepática. Durante el tiempo que funciona el establecimiento no se ha observado ninguna reacción de intoxicación, crisis nitritoides, ni la llamada reacción de Herxheimer. En los 10 meses (marzo-dbre. 1936) de funcionamiento del sifilocomio se han tratado 55 personas, pasando 40 de ellas al externado, además de 9 niños heredosifilíticos. Como la capacidad del sifilocomio es insuficiente, el Gobierno tiene el propósito de ampliarlo y dotarlo mejor. (Información suministrada por el Director del sifilocomio, Dr. Nicanor Bedoya.)

Meningitis sífilítica en el niño uruguayo.—Habiendo encontrado entre 200 casos de sífilis congénita dos casos de meningitis sífilítica, Lorenzo y Deal asignó a esta entidad un coeficiente de 1% sobre la totalidad, afirmando que en general dicho síndrome no es tan frecuente en Uruguay como en otras partes de América. En su estudio, el autor analiza la meningitis sífilítica en el niño por lesión congénita o adquirida, ocupándose de la definición, frecuencia, semiología, formas clínicas, diagnóstico, anatomía patológica, evolución y tratamiento, y repasa los casos publicados por otros autores, incluso en particular de Uruguay y Argentina, solicitando que los pediatras fijen la atención en todos los casos de sífilis infantil,

aunque no presenten la clásica semiología de la meningitis. En cuanto a tratamiento, menciona en particular la manera de administrar el arsénico por vía bucal, y la vigilancia necesaria. La bibliografía comprende 46 fichas. (Lorenzo y Deal, Julio: "Meningitis sífilítica en el niño," Montevideo, 1936.)

Servicio de neurosífilis.—Habiéndose puesto de manifiesto la frecuencia y precocidad de la sífilis nerviosa en Caracas, el Ministro de Sanidad y Asistencia Social de la República de Venezuela ha dictado con fecha 22 de febrero de 1937 una resolución creando un Servicio de Profilaxia de la Sífilis Nerviosa, dependiente de la Dirección de Asistencia Social, y comprendiendo un Médico Jefe, un Médico Adjunto, dos practicantes, una enfermera, un portero, y una sirvienta. Dicho servicio atenderá a los enfermos sin lesiones contagiosas que requieran estudio y tratamiento especiales, con el objeto de prevenir los accidentes debidos a la neurosífilis. (*Gac. Of.*, 111.778, fbno. 23, 1937.)

Día antivenéreo.—Por iniciativa de la Liga Brasileña de Higiene Mental, desde 1932 se lleva a cabo en el Brasil el Día Antivenéreo, cuya actividad pasó en seguida a Buenos Aires, donde la Liga Argentina de Profilaxia Social tomó a su cargo la celebración del Día Antivenéreo en la Argentina. Desde 1935 el Uruguay se asoció en forma efectiva a esta obra, por parte de la Dirección de Higiene Sexual del Ministerio de Salud Pública. Por iniciativa del Comité de Eugenesia y Biotipología de la Liga de Higiene y Profilaxia Social de Lima, y con la cooperación del Comité Abolicionista Peruano, por primera vez se observó este año en el Perú el día.

El 6 de septiembre se celebró en Chile, en diversas partes de la República, el día antivenéreo. En Santiago, en un acto celebrado en la Universidad y presidido por el Sr. Ministro de Salubridad, los Dres. Waldemar Coutts, jefe del Departamento de Higiene Social, e I. Díaz Muñoz, pronunciaron conferencias, el primero sobre el problema social de la sífilis, y el segundo sobre blenorragia. Actos semejantes fueron celebrados en otros teatros de la ciudad. (*El Mercurio*, sbre. 7, 1936.)

En el Perú el Día Antivenéreo fué establecido por un Decreto Presidencial del 26 de agosto de 1936, dejándose su celebración a la Dirección General de Salubridad con la cooperación de las instituciones privadas de profilaxia social. Las actuaciones se llevaron a cabo en Lima así como en las Provincias, comprendiendo ceremonias públicas, presentación de películas apropiadas, y discursos por radio. Una reseña de los actos celebrados ha aparecido en el folleto "El Día Antivenéreo," publicado por la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, y comprendiendo trabajos sobre: educación sexual (V. F. Quevedo); reforma social (Susana Solano); y el delito de contagio venéreo (P. Martínez la Rosa). Este autor hace notar que ya actualmente se puede aplicar en el Perú el artículo 277 del Código Penal (transcripción del artículo 202 del Código Penal Argentino) que reprime con prisión no mayor de cinco años ni menor de 6 meses al que intencionalmente propague una enfermedad peligrosa y trasmisible. El autor pide que en el próximo Código Penal se caracterice específicamente el delito de transmisión de males venéreos.

Uniendo su acción a la de las Repúblicas de Argentina, Uruguay y Brasil, se ha fijado en Venezuela, por resolución presidencial, el primer domingo de septiembre de cada año como el Día Antivenéreo. (*Gac. Of.*, agto. 22, 1936.)

Entre las actividades del Día Antivenéreo celebrado en Venezuela el 6 de septiembre 1936, figuraron la distribución de hojas volantes y carteles; la publicación en toda la prensa del país de artículos de profilaxia antivenérea; pláticas en los templos; la colocación de carteles en las oficinas de diligencias matrimoniales; y la proyección de una película de propaganda antivenérea. (*Bol. Min. San. & Asist. Soc.*, 447, jul.-agto. 1936.)

Reorganización en Francia.—El *Journal officiel* de Francia, del 8 de enero, 1937, publica un decreto relativo a la organización, funcionamiento y fiscalización de los servicios de profilaxia venérea en el país.

El Ministro de Sanidad Pública de Francia tiene en estudio un proyecto de ley que crea el delito de contaminación venérea y establece rigurosa vigilancia y protección contra las infecciones sifilíticas y blenorragias y la abolición de las casas de tolerancia. (*Gaz. Hôp.*, 1509, nbre. 4, 1936.)

Metas.—Según lo expresa el Dr. Thomas Parran, Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, las metas en la lucha antisifilítica son: 1. Dar con la sífilis: los casos oscuros jamás se descubrirán a tiempo, salvo con la Wassermann; 2. Tratamiento rápido: algunos días de tardanza pueden hacer fracasar el tratamiento; 3. Reconocer en busca de sífilis a la familia y a todos los demás contactos del sifilítico; 4. Impedir que nazcan criaturas sifilíticas, exigiendo el examen sanguíneo antes del casamiento y al principio del embarazo; 5. Enseñar sífilis: todo el mundo debe conocer lo relativo a ella. El primer objetivo, remoto aunque parezca, consiste en la distribución gratuita de arsenicales, y mientras existan limitaciones económicas, habrá que atenerse forzosamente a la propaganda por medio de conferencias a grupos profanos y médicos, trabajos periodísticos, películas y otros medios. La educación debe basarse en estos puntos: La sífilis es una enfermedad transmisible e infecciosa como la tuberculosis, la tifoidea, la escarlatina, la viruela y el sarampión, siendo más frecuente que ninguna de ellas. Cincuenta por ciento de las infecciones se adquieren inocentemente. La enfermedad puede curarse si se trata a tiempo, mas aún después de desaparecidas las lesiones, no hay seguridad de que se haya obtenido la curación, y para obtener un resultado satisfactorio, precisan de 12 a 24 meses. Las manifestaciones tardías son incapacitantes, y proceden de un tratamiento inadecuado o nulo. La sífilis congénita puede prevenirse en absoluto. La sífilis constituye una enfermedad, y no una deshonra. (*Health Briefs* 3, obre. 15, 1936.)

Lucha en Nueva York.—La Subcomisión de Relaciones Sanitarias de la Academia de Medicina de Nueva York ha sumariado así sus recomendaciones relativas a la lucha antivenérea y el problema de la prostitución en la ciudad: Propaganda; tratamiento accesible para todos los infectados, con un número adecuado de lechos en los hospitales para los que los necesiten; Instrucción de los médicos generales en los modernos métodos de diagnóstico, tratamiento y observación; Servicio de diagnóstico gratuito para los médicos, a fin de facilitar el reconocimiento rápido y temprano del mal; Reparto gratuito pero debidamente fiscalizado de arsenicales a los médicos particulares para el tratamiento de los menesterosos; Estímulo a los médicos para que denuncien todos los casos nuevos por medio de iniciales y fecha del nacimiento del enfermo; Cooperación de las autoridades sanitarias con los médicos particulares, hospitales, dispensarios y clínicas a fin de seguir observando a los enfermos hasta la curación, y poder tratar las fuentes de infección; Asignación de visitadoras sanitarias a las clínicas, y a solicitud, a los médicos particulares para seguir los enfermos descuidados y los contactos, y para repartir información sanitaria; Formulación de pautas para las clínicas antivenéreas, por el Departamento de Sanidad en cooperación con representantes de la profesión médica; Ejecución obligatoria de pruebas para la sífilis en las clínicas antivenéreas; Disposiciones para el descubrimiento y tratamiento de la sífilis prenatal; Reglamentación y fiscalización del tratamiento y observación subsecuente de las prostitutas y vagos detenidos en los hospitales, prisiones y reformatorios o dados de alta para tratamiento en las clínicas o por medio de médicos particulares. (*Ven. Des. Inf.*, 161, jun. 1936.)

A fin de intensificar la lucha antivenérea en la ciudad de Nueva York, Von-

derlehr, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, recomendó que los fondos disponibles guarden relación con la gravedad de la situación, ascendiendo por lo menos a 500,000 dólares; que se reorganicen los centros de tratamiento, subvencionando ciertas clínicas; que continúe la campaña de información y educación; y que en el Departamento de Sanidad exista, como debe haber en todas partes, una división permanente y competente de lucha antivenérea. (Vonderlehr, R. A.: *Pub. Health Rep.*, 6, mayo 15, 1936.)

Película antisifilítica.—Ha comenzado a presentarse de nuevo en la ciudad de Nueva York la película "Vidas averiadas," cuya presentación se prohibiera hace algún tiempo. La película, adaptada de una versión alemana de 1933, por la Asociación Americana de Higiene Social, se propone educar a los adultos con respecto a los males venéreos. Los caracteres son dos jóvenes cultos y de buena familia, que son víctimas de la lúes. En las escenas se recalca la profilaxia de la sífilis congénita durante el embarazo, y los peligros que entraña el charlatanismo.

Conceptos doctrinales.—Tommasi expresa en esta forma lo que considera conceptos doctrinales y directivas prácticas para la terapéutica moderna de la sífilis: 1. La inmunidad espontánea en la sífilis viene a resultar bastante infiel. 2. Los agentes específicos que poseemos obligan a renunciar a esta inmunidad espontánea infiel y aleatoria: De ahí que deba iniciarse el tratamiento cuanto antes, y desde el mismo principio éste debe revestir la máxima intensidad posible. 3. Las terapéuticas consideradas como preventivas se han mostrado bastante ineficaces: De ahí que después de los tratamientos precoces convenga continuar la cura durante un período suficiente. 4. Los treponemas repululan durante las remisiones del tratamiento, sobre todo al principio de la enfermedad, y se vuelven más resistentes: No se conceda, pues, tregua al parásito si se desea obtener la esterilización. 5. Con períodos de curas mixtas enérgicas y continuas o casi continuas, la curación es muy probable. 6. Los tratamientos específicos prolongados o repetidos durante años enteros, se muestran débiles o atenuados, determinando habituamiento o reacciones, y creando cepas resistentes, mientras que las dosis enérgicas y demasiado frecuentes no dejan de entrañar sus inconvenientes para los emunctorios. 7. El laboratorio permite substituir una observación armada con posibilidades de intervención inmediata, al tratamiento ciego y monótono, de rigor en la generación precedente. 8. No nos encontramos todavía en estado de afirmar la curación de la sífilis en un caso dado. (Tommasi, Ludovico: *Minerva Med.*, eno. 14, 1937.)

Medidas en Escandinavia y en la Gran Bretaña.—La comisión designada en 1935 por el alcalde de Nueva York para estudiar la lucha antivenérea en los países escandinavos y en la Gran Bretaña, ha presentado su informe que aparece íntegramente en el *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Diseases*, de julio 1936, y sumariado en *Health News* del 19 de octubre de 1936.

Debido a las diferentes condiciones sociales, los métodos empleados en la Gran Bretaña son muy distintos que en Escandinavia, pero en todos los países estudiados, tienen por fin primordial facilitar medios para el diagnóstico y tratamiento temprano, y para mantener a los infectados bajo tratamiento. En los países escandinavos, en particular Suecia, la ley exige la notificación de los casos, obliga a los enfermos a recibir tratamiento, concede a las autoridades sanitarias facultad de imponer la asistencia médica, incluso hospitalización si es necesaria, castiga la transmisión a sabiendas de la enfermedad, y autoriza la pesquisa y dominio de todos los focos infecciosos y de todos los enfermos delincuentes. En cambio, en la Gran Bretaña la sífilis y la blenorragia no son notificables ni cuarentenables, el tratamiento es absolutamente voluntario, y las autoridades sanitarias no pueden intervenir ni aún en los casos más infecciosos y rebeldes. En

Suecia, Noruega y Dinamarca, las obras sanitarias son administradas en los distritos. En Dinamarca, los trabajos sanitarios más importantes están asignados al Ministerio del Interior, que actúa por mediación del Consejo Nacional de Sanidad, el cual a su vez utiliza 63 médicos de distrito de dedicación parcial. El Instituto Serológico de Copenhague se encarga de examinar los ejemplares, y lleva un registro cuidadoso de la procedencia de todos ellos. Los datos enviados por el médico comprenden la fecha y lugar de nacimiento e iniciales del enfermo, lo cual permite mantener un fichero completo de todos los casos que se presentan en el país. Los 60 médicos de distrito están obligados a ofrecer tratamiento gratuito a todos los enfermos, y todos los hospitales generales cuentan con lechos o camas para los casos cutáneos y venéreos, sumando más de 1,000 para el país. Los casos hospitalizados pueden retenerse allí hasta que las autoridades médicas autoricen el alta. En Copenhague, el departamento municipal de sanidad mantiene cinco clínicas venéreas, pero la mayor parte de los diagnósticos y tratamientos quedan a cargo de las clínicas de los hospitales. La duración media del tratamiento de la sífilis es año y medio. El líquido cefalorraquídeo es examinado antes del alta en todos los casos. Los casos delincuentes son seguidos: primero por una carta del médico, segundo por una comunicación del jefe de sanidad, y tercero, por una visita de la policía. Entre 5,000 casos nuevos de Copenhague, sólo en 62 no se consiguió la continuación del tratamiento. Los contactos suelen presentarse voluntariamente para examen. En Dinamarca los casos de sífilis adquirida de 1919 a 1933, han disminuído de 3,000 a menos de 200, un récord que no puede igualar ninguna otra metrópoli. Aunque ha habido una tendencia ascendente en los casos notificados de sífilis congénita fuera de Copenhague, para el país en general ha habido un descenso marcado, en particular desde 1920, en que esos casos alcanzaron su cúspide. Aunque el mejoramiento en la blenorragia no es tan acentuado, puede advertirse un descenso continuo en Copenhague desde 1919, debido a mejor tratamiento hospitalario, y a los muchos venereólogos en los hospitales y clínicas, mientras que en los distritos rurales ese tratamiento suele quedar a cargo de los médicos de distrito, que tienen otras muchas obligaciones.

Los procedimientos actuales para el dominio de la sífilis y blenorragia en Suecia se basan en las leyes promulgadas en 1918, que exigen que se sometan a tratamiento todas las personas con sífilis, blenorragia y chanero blando en el período infeccioso. Si el sujeto infectado se rehusa a seguir las indicaciones que se le hagan, puede obligársele a ingresar en un hospital. Todos los enfermos, de encontrarse en el período infeccioso, tienen derecho a recibir tratamiento gratuito, solicitándolo al médico de sanidad del distrito o a la clínica en las poblaciones de más de 20,000 habitantes. La sífilis no tratada se considera por lo general como infecciosa durante los tres años consecutivos a la infección, pero las sífilíticas embarazadas forman una excepción a esta regla. Se presta mucha atención al descubrimiento de los focos de infección, habiéndose obtenido bastante éxito tanto en las regiones rurales como en los centros de población. Los focos de infección están sujetos a los mismos requisitos legales que los sujetos con sífilis o blenorragia. Los métodos empleados en Suecia han dado magníficos resultados, según lo indica la disminución continua en el número de casos de sífilis comunicados anualmente, y que sólo ascendieron a 431 en 1934, o sea un caso nuevo por 14,000 habitantes, o 7 por 100,000 habitantes, comparado con 20 por 100,000 en Dinamarca.

En Noruega el tratamiento médico general se basa en el seguro de salud obligatorio, el cual atiende a la sífilis y la blenorragia, lo mismo que a cualquiera otra enfermedad. Los pobres y los pasajeros son atendidos en las ciudades en las clínicas que funcionan bajo la supervisión directa del Negociado de Adminis-

tración Central de Sanidad, y en los distritos rurales por los médicos de sanidad. Los hospitales comunales cuentan con facilidades para la hospitalización de los enfermos con sífilis o blenorragia que necesitan encamarse o aislarse. No pudieron obtenerse estadísticas, pero el número de casos de sífilis comunicados ha disminuído de 360 por 100,000 habitantes en 1919, a sólo 30 en 1933. En cambio, el número de casos de blenorragia permanece casi estacionario.

En la Gran Bretaña, la protección y fomento de la salud pública están asignados al Ministerio de Sanidad, dividido en secciones administrativas, una de las cuales tiene a su cargo las obras relativas a la tuberculosis y afecciones venéreas. No existen leyes que exijan la notificación y tratamiento de las enfermedades venéreas, que faculden a hacer exámenes en su busca, o que excluyan a nadie de ningún empleo por padecer de sífilis o blenorragia. Existen 87 laboratorios gratuitos para el diagnóstico de la sífilis y blenorragia, así como 184 clínicas. La labor médica técnica de los centros de tratamiento está vigilada por el Ministerio de Sanidad. Además de los centros de tratamiento, hay en Inglaterra y Gales 14 asilos para mujeres que padecen sífilis o blenorragia. Además, las autoridades locales deben facilitar cuando menos dos camas (una para varones y otra para mujeres), en cada centro para el tratamiento de las afecciones venéreas. Como las afecciones venéreas no son notificables en la Gran Bretaña, hay que utilizar otras fuentes de información para determinar el resultado de las medidas implantadas. Sin embargo, el hecho de que, a pesar de haber aumentado el número de personas que se hacen examinar en las clínicas, han disminuído de 1920 a la fecha las que revelan sífilis, indica baja en la frecuencia de la enfermedad. Además, cada día hay menos personas con sífilis incipiente que buscan tratamiento, aunque aumenta constantemente el número de Wassermanns y otras pruebas en busca de sífilis. La disminución de la sífilis congénita constituye uno de los resultados más satisfactorios, y la mortalidad ha disminuído constantemente, sobre todo en el grupo más joven. La Comisión declara que, en todos los países estudiados, parece haber disminuído la sífilis desde el máximum de 1919 o 1920. La blenorragia ha revelado menos cambios, y puede decirse que casi no la han afectado las medidas implantadas en los distintos países.

Éxito de la persuasión.—La persuasión es el método utilizado en la clínica del Hospital de la Universidad de Pennsylvania en Filadelfia, a fin de descubrir los contactos en la sífilis, tratando de que el sífilítico revele voluntariamente la identidad de sus recientes camaradas sexuales, y que ayude a que se presenten para examen médico. Respecto al "contacto," se procura que solicite voluntariamente el examen. En la práctica este método ha dado el resultado siguiente: De 201 sífilíticos, 114 confesaron 174 exposiciones, o sea 1.5% por caso. De los 174, se descubrieron 137 (80%), y 128 (73.5%) se presentaron para examen, es decir, que la persuasión tuvo un éxito de 92%, cuando pudo establecerse contacto personal con los interesados. Además de las visitas al consultorio, se necesitaron visitas a domicilio para obtener el examen de 57 contactos (44.6%). Las comunicaciones del asistente social que obtuvo los 128 exámenes, vinieron a costar \$5.22 por caso. De los contactos identificados de fuera de la población, 53% fueron por fin examinados mediante la cooperación de otros organismos. El sigilo con respecto al nombre del informante, ayudó a establecer confianza al proponer el examen para la sífilis. Un estudio pormenorizado revela que las mujeres dedicadas al comercio sexual a menudo no son prostitutas voluntarias, sino que se ven impulsadas a ello por condiciones sociales desfavorables. (Ingraham, Louise Brown: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,990, dbre. 12, 1936.)

Propaganda por radio.—Entre las formas novedosas que ha tomado la reciente campaña contra la sífilis en los Estados Unidos figura una discusión radiofónica de la profilaxia de la sífilis, en que participaron el Dr. J. N. Baker, Director de

Sanidad del Estado de Alabama, el Dr. George H. Ramsey, Subcomisionado de Sanidad del Estado de Nueva York, y el Dr. Huntington Williams, Comisionado de Sanidad de la ciudad de Baltimore, el 23 de octubre de 1936. La charla comenzó con la declaración del Dr. Ramsey de que ha ido variando la importancia de las enfermedades que tiene que combatir el jefe de sanidad, pues la tifoidea y la viruela ya no exigen tanta atención como antes. A esto contestó el Dr. Baker que ahora que el saneamiento y la vacunación han mermado la importancia de esos males, ha llegado el momento de concentrar la atención en problemas desatendidos o irresueltos todavía, entre los cuales descuella la sífilis. En la conversación se pusieron de manifiesto la gravedad de la dolencia, daños que acarrea, y medidas que deben tomarse para erradicarla, todo ello en forma de breves declaraciones hechas en estilo llano.

Pasos contra la prostitución comercializada.—En el *Journal of Social Hygiene* de diciembre, 1936, página 431, enuméranse las piedras miliareas que señalan la lucha contra la prostitución comercializada en los Estados Unidos, comenzando con la revocación de la Ley de Enfermedades Contagiosas en Inglaterra, que eliminó la reglamentación en dicho país, y afectó mucho la actitud hacia el asunto en los Estados Unidos. Otras efemérides fueron: las Conferencias para la Supresión de la Trata de Blancas en 1899, 1902, y 1910; el Convenio Internacional sobre ese asunto firmado en 1904, y su ratificación por los Estados Unidos en 1906; la formación de la Comisión contra el Vicio en Chicago, con su minucioso estudio del sistema de prostitución en dicha ciudad, y su voto unánime en pro de la “constante y persistente represión de la prostitución como método inmediato; la aniquilación absoluta como ideal definitivo”; la constitución de la Asociación Americana de Higiene Social en 1914; las medidas dictadas durante la Guerra en 1917 en pro de la continencia sexual y en contra de la prostitución; la Conferencia Panamericana sobre Afecciones Venéreas en 1920; las conferencias celebradas sobre la trata de blancas en Ginebra en 1921 y 1923, y los estudios sobre ese asunto hasta 1933; la publicación de los informes sobre prostitución en los Estados Unidos de 1927 a 1933 por la Asociación Americana de Higiene Social; y por fin las resoluciones en pro de la abolición de las casas de prostitución licenciadas o toleradas, por la Comisión de la Trata en Mujeres y Niños de la Liga de las Naciones.

En diciembre 1933, la Asociación Americana de Higiene Social publicó un estudio realizado en 58 ciudades de Estados Unidos, comparando las condiciones en 1927-1928 y 1932-1933, y demostrando que la prostitución comercializada había disminuido en 18 y aumentado en 40 de dichas ciudades. Al repasar lo que hacen sobre ese problema el Gobierno Federal, las autoridades locales y los organismos cívicos, el autor declara que las autoridades nacionales y estadales deben tomar la dirección de la compañía y ayudar a la policía y a los tribunales a formular planes sensatos y en conseguir fondos para llevarlos a cabo, mientras que la Asociación Americana de Higiene Social debería cooperar en la obtención de esta meta. (Johnson, Bascom: *Jour. Soc. Hyg.*, 389, dbre. 1936.)

Al publicar los trabajos anteriores, el *Journal of Social Hygiene* reproduce los datos publicados durante la Guerra Mundial, que condujeron a la abolición de más de 200 distritos segregados en Estados Unidos. En ellos se hacía notar el fracaso de la reglamentación en el extranjero, como lo demuestra su abandono en los países escandinavos, Checoslovaquia, Gran Bretaña, Holanda y Suiza, y el descrédito en que ha caído en otros muchos. En los Estados Unidos han probado todos los sistemas, llegando a la conclusión de que una legislación adecuada es el único método aceptable para combatir la prostitución comercializada, con los males que entraña. Entre los hechos que deben recordarse figuran éstos: la prostitución comercializada socava la integridad del hogar; desmoraliza

la juventud; esparce males venéreos; se asocia con otras formas de crimen; engendra corrupción en los funcionarios y en el público; y conduce a la explotación sórdida de mujeres y niños y de hombres y jóvenes. Además, ya se ha demostrado cuán falaz es la antigua teoría de la "necesidad sexual," que la prostitución no resulta remunerativa sin estímulos artificiales que extiendan el mercado, y que las mujeres se prostituyen debido a condiciones desfavorables en el hogar, y al factor económico, no siempre éste el principal. En 1913, la Comisión contra el Vicio de Filadelfia declaró: "El vicio comercializado es un negocio en manos en gran parte de hombres, y cuyas utilidades a éstos van a parar, mientras que las mujeres no pasan de ser meros instrumentos que rara vez reciben más de una fracción de su salario," y además, que "la segregación del vicio, ya por ley o reglamentación, como método de lucha contra la prostitución o los efectos de ésta, es un fracaso patente."

Profilaxia individual.—Al abrir la discusión sobre el asunto en el Congreso Francés de Profilaxia de la Sífilis, Pinard declaró que las pomadas profilácticas habían fracasado en el ejército francés, quizás por no haberse utilizado debidamente. Los métodos profilácticos entrañan sus peligros, y el autor se ha enterado de muertes debidas al empleo por vía bucal de arsenicales pentavalentes como profilácticos. Una vez observó una estomatitis mercurial grave en la compañera de un estudiante de medicina que había empleado una pomada de calomelanos antes y después del coito. Los éxitos atribuidos a la pomada no se deben siempre a ésta, pues conoce casos en que no se presentó sífilis después del coito con un sujeto infectado. En la discusión, Laurent declaró que había observado fracasos del neosalvarsán como profiláctico, de modo que ha abandonado ese método. Jame manifestó que la profilaxia con drogas empleadas localmente representa una de las medidas secundarias, y que lo importante es la lucha contra la prostitución, en la cual es muy poco lo hecho. Plauzoles recaló la necesidad de la educación profiláctica, según aconsejara Fournier, y la Sociedad de Profilaxia Sanitaria y Moral de Francia recomendó en 1935 que el Ministerio de Salubridad Pública estableciera un sistema de educación de la juventud como protección antivenérea. Spillmann conviene en que no puede haber verdadera profilaxia de la sífilis sin educar al público, y Kitchevatz señaló que la nueva ley antivenérea de Yugoslavia creó puestos individuales de profilaxia, pero sin mayor resultado. Allí la ley también ordena exámenes prenupciales. Para él el valor de los medicamentos profilácticos dista mucho de hallarse establecido, y la educación y la propaganda son las que revisten mayor importancia. (Pinard, Marcel: *Ven. Dis. Inf.*, 173, jun. 1936.)

Profilaxia con metales.—Levaditi señala que Magian demostró la posibilidad de prevenir la sífilis por medio del arsénico, inoculándose material de una lesión treponematosa e inyectándose menos de una hora después, 0.60 g. de arsenobenceno por vía venosa. Ese método fué empleado después en varias mujeres que habían tenido contactos infecciosos, resultando eficaz. Sin embargo, el arsénico se elimina rápidamente, de modo que sólo protege por poco tiempo. En cambio, puede obtenerse una protección prolongada administrando bismuto durante un período largo, si bien el método sólo resulta factible para las prostitutas constantemente expuestas, y mientras el bismuto alcanza cierta elevación en los órganos. Experimentos con ese método han sido practicados desde 1927, y algunas mujeres lo han seguido desde entonces sin manifestar daño alguno aunque se las ha observado constantemente en cuanto a la función renal y la salud en general. Las únicas que se infectaron fueron las expuestas durante la primera o tercera semanas antes que el potencial bismútico en los tejidos alcanzara una capacidad suficiente para la protección, o que abandonaron el tratamiento al cabo de algunos meses. Una vez que se alcanza cierto máximo ya no hay más fijación sino que se elimina el metal. (Levaditi: *Ven. Dis. Inf.*, 172, jun. 1936.)

Neurosífilis asintomática.—De 5,293 casos de sífilis de todas formas en que se examinara el líquido cefalorraquídeo, en 39.9% resultó positivo, habiendo signos clínicos de neurosífilis, y en 13.5% no había síntomas, mientras que en el resto el líquido resultó negativo. De los 712 asintomáticos, 6% manifestaron luego formas clínicas de neurosífilis, allá para el quinto año del tratamiento. El resultado del tratamiento varió mucho según el grado de invasión revelado por el líquido, virando la serorreacción a negativa en 83.6% de los enfermos del grupo I, y sólo en 44.9% de los del grupo IV. (O'Leary, P. A., y otros: *Ven. Dis. Inf.*, 45, mzo. 1937.)

Sífilis enmascarada por blenorragia.—En casos de blenorragia, la aparición de datos serológicos o microscópicos de sífilis, suele atribuirse a un chancro intrauretral en el varón y cervical, vaginal o intrauretral en la mujer. Aun en circunstancias normales, es difícil encontrar la lesión primaria en la mujer, y si existe blenorragia, casi imposible. Desde luego, es posible, cuando se presentan de repente signos de sífilis en un caso de blenorragia, que se hayan contraído simultáneamente ambas infecciones, pero a menudo es difícil probarlo. El chancro intrauretral en el hombre es raro, y la proporción máxima es la de Yano y Endo, quienes lo encontraron en el Japón cuatro veces entre 115 casos, arguyendo que las lesiones primarias en el meato externo probablemente se superponen a focos blenorragícos. En la Clínica Venérea del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos en Hot Springs, Ark., tienen desde hace algún tiempo la costumbre de examinar periódicamente la sangre de todo enfermo tratado por blenorragia aguda, y en los ocho casos presentados aquí la positividad serológica se presentó algo súbitamente en enfermos previamente negativos y sin signos clínicos de sífilis. El autor recalca que en los casos de blenorragia incipiente el examen debe comprender palpación uretral en el varón en busca de edema, y examen ultramicroscópico del flujo si hay sospechas de sífilis, y en la mujer reconocimiento sistemático de la uretra, vagina y cuello cervical en busca de chancro primario, con examen ultramicroscópico de toda lesión sospechosa. En los ocho casos comunicados, de no haberse verificado repetidas serorreacciones en casos de blenorragia aparentemente simple, la presencia de sífilis hubiera pasado inadvertida. (Carley, P. S.: *Ven. Dis. Inf.*, 21, fbro. 1937.)

Bejel.—Hudson y colaboradores, de la clínica de la Misión Americana de Dier-ez-Sor, Siria, han descrito recientemente, en una serie de trabajos, la forma de sífilis llamada "bejel," que se observa entre los árabes del valle central del Eufrates, que consideran no venérea por varias razones tanto clínicas como epidemiológicas: Los aldeanos beduinos se hallan privados de promiscuidad sexual por las vallas económicas, geográficas y sociales; los beduinos, un gran número de los cuales se trató en la clínica, no padecen lesiones ni enfermedades venéreas; los beduinos niegan la promiscuidad, y atribuyen la difusión del bejel a infección contraída por contacto inocente, por lo general en la infancia, y la observación clínica confirma que se trata de una infección comunal no venérea. Los árabes tienen para la sífilis contraída por contacto venéreo el nombre de "franghi" (enfermedad de los francos), y para la infección infantil el nombre beduino de bejel, que es el único conocido de los beduinos. La serie de los autores comprende 8,000 casos nuevos consecutivos, con datos estadísticos para 2,617 padres, y comprendiendo adultos de todas las edades, pero la mayor parte en el período de la reproducción. Es de notar que entre los beduinos primitivos apenas existe la prostitución, y así lo corroboran las estadísticas de la blenorragia, pues de 98 casos observados entre 7,000 enfermos recibidos en la clínica, 55 eran cristianos, 45 residentes de la población, y sólo dos beduinos. En los protocolos de la clínica no aparece ningún beduino con blenorragia ni secuelas blenorragícas. Los autores también estudiaron la posible transmisión congénita del bejel, pero

La descartaron por observarse rara vez el cuadro clásico de la sífilis congénita en las criaturas, indicios de un elemento contagioso bien definido en el bejel, de modo que los niños no acusan manifestaciones del mismo sino después de haber sido tocados o acariciados por niños mayores con lesiones abiertas; no descubrirse manifestaciones congénitas como queratitis intersticial, dientes de Hutchinson y sordera del octavo par; manifestar una Kahn negativa los niños que no han tenido todavía bejel, y por fin, no ser raro el tener que tratar algún padre que ha contraído el mal de sus hijos. Estudiados los padres, había sífilis (o bejel) en 90 por ciento de los 1000 beduinos, 35 por ciento de los habitantes urbanos, y 10-12 por ciento de los 500 cristianos, pero sin mayor diferencia en cuanto a número de embarazos y proporción de hijos vivos, mientras que el porcentaje de abortos era menor entre los beduinos. (Hudson, E. H., y Crosley, S. S.: *Brit. Jour. Derm.* 288, jun. 1936; Hudson, E. H.: *Arch. Derm. & Syph.* 944, jun. 1936; *Arch. Path.* 727, jun. 1936.)

Queratitis intersticial.—En la tercera parte aproximadamente de 1,010 casos de sífilis prenatal tardía observados o tratados por dos años o más, y teniendo los enfermos por lo menos 2 años de edad cuando fueron recibidos, se encontró queratitis intersticial, siendo 39% de los casos latentes a su ingreso. En general, el pronóstico es peor si se demora el tratamiento hasta después de volverse crónicas o cicatrizar espontáneamente las manifestaciones. En la sífilis prenatal aguda temprana una serorreacción positiva fija empeoró el pronóstico, mientras que en la latente lo afectó muy poco. Los enfermos tratados antes de cumplir 15 años reaccionaron mejor que los mayores, correspondiendo el resultado clínico más satisfactorio (62%) a los tratados por más de un año. Un enfermo con sífilis prenatal tardía está continuamente expuesto a la queratitis intersticial hasta los 25 años, a menos que reciba tratamiento antisifilítico adecuado, y la mejor profilaxia consiste en una terapéutica continua en todo caso prenatal latente. De los casos tratados dentro de seis meses de iniciarse la queratitis intersticial en un ojo, 71% permanecieron unilaterales. En los casos crónicos y recidivantes, los yoduros y la pireto y heteroproteoterapia resultaron coadyuvantes valiosos, pero no en los casos tempranos. (Cole, H. N., y otros: *Ven. Dis. Inf.*, 97, ab. 1937.)

Sífilis traumática en sopladores de vidrio.—Ante el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo, celebrado en México en febrero 1937, Manzanilla discutió, en particular con referencia a los obreros sopladores de vidrio, el papel precipitante que desempeña un traumatismo en estado de sífilis latente, o en sujeto sano que se contamina en esa forma. En México la Ley Federal del Trabajo entraña cierta confusión sobre el asunto, como sucede también con las de otros países, pues la sífilis en los sopladores de vidrio está clasificada como enfermedad profesional en la tabla respectiva, pero al chancro bucal se le denomina accidente primitivo en el mismo texto. Para el autor, urge la revisión de la actual ley, en ese sentido, así como en otros. Claro está que los casos de sífilis traumática en sopladores de vidrio son raros actualmente, pero aún así, el dato debe ser tomado en cuenta. (Manzanilla, M. A.: Trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo, México, D. F., fbro. 1937.)

Leucoplaquia bucal.—Después de estudiar 316 casos de leucoplaquia, McCarthy se siente convencido de que en un porcentaje elevado de casos, hay relación bien definida con la sífilis, pero en un número mayor no puede descubrirse tal relación. Un factor predisponente en la leucoplaquia lingual es la glositis atrófica de origen sifilítico, que se presenta en casos insuficientemente tratados, y en estos casos el cuadro es casi patognomónico. Se ha mencionado también la intervención de factores constitucionales, y también de la avitaminosis A, y

de una predisposición hereditaria. El predominio masculino es muy pronunciado. La evolución depende absolutamente de la causa y del tratamiento preventivo y local. Aparte de la eliminación del factor irritante y la abstinencia del tabaco, el tratamiento es poco satisfactorio. En la terapéutica, el autor se limita a la electrodesecación y la electrocoagulación, con corrientes mono y bipolares de alta frecuencia. El empleo del radio puede provocar malignidad si se continúan las dosis pequeñas por mucho tiempo, y los remedios irritantes o cáusticos están contraindicados. En algunos casos está indicada la intervención cruenta, pero en la mayoría es preferible la corriente eléctrica. (McCarthy, F. P.: *Arch. Derm. Syph.* 612, obre. 1936.)

Diagnóstico.—Para Creswell, una de las causas de la difusión de los males venéreos consiste en que médicos inexpertos no verifican como procede un examen objetivo, pasando así por alto importantes hallazgos sobrepuestos al mal principal. Por ejemplo, el enfermo comunica historia de flujo uretral, y es tratado por blenorragia, desapareciéndose las lesiones sifilíticas. El autor ha estudiado los protocolos de la Clínica Venérea del Departamento de Sanidad de la Ciudad de Washington durante el año 1935, con mira a determinar el número de los individuos con: sífilis descubierta clínicamente y confirmada serológicamente; serorreacciones positivas para sífilis cuando no había antecedentes o síntomas subjetivos; peticiones de serorreacciones e inyecciones por enfermos en que el examen sólo reveló blenorragia; mención de blenorragia, en que la serorreacción reveló sífilis; coexistencia de blenorragia y sífilis, y otros datos pertinentes. En la Clínica, la Wassermann es la reacción empleada sistemáticamente, pero utilizan la Kahn cuando el resultado de la primera es dudoso. Entre 4,941 casos nuevos en 1935, 1,858 revelaron sífilis y 1,707 blenorragia, quedando 1,376 al parecer indemnes, aunque muchos de ellos pueden haber tenido algún otro síntoma como epididimitis, prostatitis, estenosis, chancro blando o granuloma que no consta, pues esas infecciones no son elegibles para tratamiento, y se envían a otra clínica. Varios investigadores han comunicado que 20% de los varones y 70% de las mujeres con sífilis, han comunicado historia de lesión primaria o erupción secundaria, y que 20% de los sifilíticos sólo mencionan antecedentes de blenorragia. En la Clínica de Washington, estas cifras son algo menores, 133 mujeres negras únicamente con diagnóstico de sífilis enviadas por otras clínicas o médicos, al ser reconocidas con mayor detenimiento, revelaron también blenorragia. De 52 mujeres blancas en que se diagnosticaron tanto sífilis como blenorragia, 19 trabajaban en restaurantes; de 357 de color con ambos males, 164 trabajaban de sirvientas, y lo mismo hacían 163 más que tenían sífilis, y seis que padecían de blenorragia, formando un total de 333 que atendían a niños o preparaban alimentos. Del grupo, 35 mujeres de color y cuatro blancas estaban embarazadas y padecían de sífilis no tratada. De los casos atendidos ante el tribunal de menores, 20 muchachos negros de una edad media de 12 años padecían de sífilis congénita, y 15 muchachas de color de una edad media de 13. Para el autor, al comprobar los sueros deben utilizarse los dos métodos, según recomendara la Conferencia Internacional para el Serodiagnóstico de la Sífilis: en todo caso de blenorragia debe hacerse un minucioso examen imparcial en cuanto a sífilis, comprendiendo serorreacciones; las escuelas de medicina deben conceder más importancia a los males venéreos en sus planes de estudio; los médicos de sanidad deben dar mayor publicidad al problema; a pesar de historia negativa de flujo vaginal, todas las mujeres que se presenten en una clínica deben ser examinadas con el espéculo, obteniéndose frotos, y los médicos deben desatender las historias negativas de mal venéreo, verificando un minucioso examen objetivo. (Creswell, G. W.: *South. Med. Jour.* 1,232, obre. 1936.)

Paradojas de la Wassermann.—En una serie de 500 enfermos con sífilis latente,

la Wassermann viró de negativa aproximadamente en 10 por ciento, permaneció persistentemente positiva (Wassermann resistente) en 23 por ciento, y reveló un comportamiento paradójico en el resto. Esos enfermos fueron tratados con el método intermitente crónico, y es posible que el método continuo diera mejores resultados. Los autores hacen notar que en la sífilis latente, mientras que la Wassermann posterápica disminuye frecuentemente en positividad, o hasta varía a negativa, con frecuencia casi igual no la afecta el tratamiento, o resulta más positiva después de éste que antes. En los descansos también fluctúa sin razón aparente. Chargin y Rosenthal deducen, pues, que la Wassermann constituye un guía inseguro en la sífilis latente, de modo que debe tratarse al enfermo y no a la serorreacción, dándose cuenta de este comportamiento paradójico al discutir el pronóstico. (Chargin, Louis, y Rosenthal, Theodore: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,374, obre. 24, 1936.)

Clarirreacción de Meinicke.—Sallek Azzi y Frade convienen con otros autores en que las actuales reacciones, tanto de hemolisis como de precipitación para el serodiagnóstico de la sífilis, son poco útiles en la congénita de la infancia, habiendo comprobado esto en el Hospital Municipal de Infancia de la Habana. Tratando de evitar esa dificultad, han hecho una modificación en el método original de Meinicke, obteniendo así, según ellos, una reacción fácil de ejecutar, económica, exacta, y notablemente sensible, que ya han practicado en 10,000 sueros negativos y positivos. (Sellek Azzi, A., y Del Frade, Alejandro: *Vida Nueva*, 38, eno. 15, 1937.)

Continuando previos estudios Sellek y Frade comunican 451 casos en que estudiaron la especificidad de su técnica para la Meinicke. De 100 individuos "normales" sólo en tres la reacción fué positiva, y un estudio familiar explica en esos siete casos la posible existencia de sífilis. De los 351 sueros procedentes de varias afecciones sin relación con la sífilis, en los positivos se pudo demostrar coexistencia de sífilis; por ejemplo, en dos niños hermanos con frambesía. De 10 casos de paludismo sólo uno fué positivo, y se comprobó la existencia de sífilis tanto en la enferma misma como en la madre. (Sellek Azzi, A., y Del Frade, Alejandro: *Arch. Med. Inf.* 108, eno.-mzo. 1937.)

Meinicke y globorreacción de Müller.—Sellek Azzi y del Frade comprobaron en 245 casos del Hospital Municipal de la Infancia las reacciones de Meinicke y de Müller, encontrando el siguiente porcentaje de positividad con las varias pruebas: Müller, 44; Kahn, 35; Meinicke, 25, y Meinicke (técnica S-F), 97%. De sus investigaciones, deducen que la Meinicke, con la técnica de Sellek-Frade, reviste creciente importancia, pues ya cuenta con apoyo clínico y serológico, así como cefalorraquídeo. (Sellek Azzi, A., y Del Frade, A.: *Rev. Par. Clin. Lab.* 705, sbre.-obre. 1936.)

Reacción de Kline.—Schujman efectuó la reacción de Kline en 588 casos comparando el resultado con los de la Wassermann y la Kahn (con ésta en 188). Con la Wassermann el acuerdo llegó a 85 por ciento y del 15 por ciento restante el 12 por ciento fué a favor de la Kline y 3 por ciento en contra. Con la Kahn el acuerdo fué de 92 por ciento y del 8 por ciento restante el 6 por ciento fué a favor de la Kline. La Kline es específica, ya que en 100 casos sin antecedentes ni sospechas de sífilis fué siempre negativa, salvo en tres casos con reacciones leves. En la sífilis primaria es positiva antes de la Wassermann, siendo también más sensible. En la sífilis secundaria con manifestaciones cutáneas fué siempre positiva concordando con la Wassermann y la Kahn. En la terciaria es más sensible que la Wassermann, sucediendo algo semejante en la cardiovascular y la nerviosa. En la sífilis congénita los resultados concordaron, salvo en tres casos en que la Kline fué más sensible. En la sífilis latente y en los casos tratados, la Kline continuó positiva cuando la Wassermann se negativaba. Para el autor

por su sencillez, rapidez, exactitud, y precocidad la Kline merece ocupar un puesto elevado entre las serorreacciones para la sífilis. (Schujman, Salomon: *Rev. Arg. Derm.*, 97, 1936.)

Nigrosina.—Dienst y Sanderson describen el método de la nigrosina para descubrir el espiroqueto pálido en las lesiones sifilíticas, y en particular, úlceras y pápulas primarias. El método dió resultado en una serie de 30 casos en todos aquéllos en que la serología o el ultramicroscopio resultaron positivos. Este método simplificaría el empleado actualmente en la mayor parte de los laboratorios oficiales para el diagnóstico de la sífilis, pues permitiría enviar el exudado seco al laboratorio en una película. Algunos de los frotos tenían ya 45 días al teñirlos con la nigrosina. Este método es más sencillo y aparentemente tan exacto como el ultramicroscopio, y muy superior a todos los colorantes propuestos hasta ahora con fines semejantes. (Dienst, Robert B., y Sanderson, Everett S.: *Am. Jour. Pub. Health*, 910, sbre. 1936.)

Prueba de Laughlen.—Según Robinson y Stroud, la prueba que ha recomendado recientemente Laughlen para la sífilis es rápida, barata y sencilla, habiéndola ya empleado sistemáticamente en 1,000 sueros de enfermos hospitalizados. La prueba consiste en agregar una gota de reactivo a una gota de suero o líquido cefalorraquídeo en un portaobjetos, que se inclina entonces repetidamente y se observa a plazos frecuentes a la luz indirecta. El reactivo se prepara agregando tintura de benjuí compuesta, colestérina, rojo escarlata y suero fisiológico a un extracto alcohólico de corazón de bovino. Las positivas se reconocen por la aparición macroscópica de partículas rojas que aumentan rápidamente de tamaño, mientras que en las negativas el líquido permanece homogéneo. En las 1,000 pruebas, la Laughlen convino con la Wassermann en 93%, y con la Kahn en 97%. En la serie de 400 sueros de Laughlen, la proporción fué de 98 y 99%, y en 118 enfermos que habían recibido tratamiento antisifilítico, de 93.5 y 97%. En una serie de 50 casos de los autores en que se empleó el reactivo facilitado por los Laboratorios Lederle, el resultado convino absolutamente con el de la Wassermann y la Kahn. El grado de positividad puede apreciarse en algunos segundos. (Robinson, F. H., y Stroud, G. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1,170, ab. 3, 1937.)

Prueba de Ide.—Quisumbing señala que la prueba de Ide para la sífilis puede aplicarse, con pocas variaciones, a la sangre fresca o seca, al líquido cefalorraquídeo, y al exudado obtenido de vesículas. Al emplear sangre fresca, sólo se necesita una gota (0.03 cc.). De 119 casos que acusaron una Wassermann fuertemente positiva, 116 también manifestaron una Ide intensa; de 17 que acusaron Wassermanns débiles o dudosas, seis manifestaron Ides débiles o dudosas, y 11 no reaccionaron. Entre 1,126 Wassermanns negativas, no hubo Ides positivas. (Quisumbing, M.: *Phil. Islands Med. Assn. Jour.*, 609, obre. 1936.)

Floculorreacción rápida.—Rytz ha modificado su método de floculación rápida para el diagnóstico de la sífilis, a fin de hacerlo más sensible para el líquido cefalorraquídeo. Una reacción intensamente positiva consiste en grandes partículas floculadas irregulares en un líquido cristalino, y una débilmente positiva en floculados más pequeños en un líquido algo turbio, mientras que en las negativas, las partículas no floculan y el líquido está turbio. Al aplicar este método y la Wassermann a 185 líquidos, hubo 59 positivas con el primero y 36 con la segunda, y de las 59, 47 acusaron positivas en la sangre y en ocho más había antecedentes sifilíticos, de modo que sólo dos casos no fueron comprobados después clínicamente. (Rytz, F.: *Jour. Lab. & Clin. Med.* 82, obre. 1936.)

Reacción de D'Amato.—Mejía Jaramillo y Mías analizan el resultado obtenido con la reacción de D'Amato en la sífilis, que consiste en aplicar, a imitación de lo que se hace en la tuberculosis con tuberculina, pequeñas cantidades de luetina. Entre 62 casos con manifestaciones heredosisifilíticas, las seudonegativas represen-

taron 6.4 por ciento, que probablemente podrían reducirse aún más con una técnica más rigurosa. En 11 individuos exentos de sífilis clínica y serológicamente, la reacción resultó negativa, mientras que fué positiva en 10 sífilíticos confirmados. Como reacción negativa se consideró una leucopenia inferior a 500 elementos en la segunda numeración, y de 1000 para arriba como positiva, tanto más fuerte mientras mayor. (Mejía Jaramillo, B., y Misas, Samuel: *Rev. Fac. Med.* 460, fbro. 1936.)

Serorreacción en el curso del tratamiento.—Tomando cierto número de fichas de sífilíticos con serología positiva, Carrera y Reinecke explican que si se comparan la Wassermann (método Sordelli-Miravent), la Kahn Standard y la Kahn presuntiva, puede comprobarse una regularidad casi matemática en la negativización de las tres en el orden mencionado. En la lúes congénita las modificaciones siguen en general la misma regla. Entre millares de enfermos tratados, sólo en 10 las reacciones se mantienen positivas después de un tratamiento intenso de dos años. En resumen, no existe ninguna fórmula fija de las variaciones de la serorreacción en relación con el tratamiento. Las tres reacciones analizadas se complementan y son indispensables para tratar científicamente las avariosis. (Carrera, J., L., y Reinecke, Benon: *Prensa Méd. Arg.*, 583, mzo. 17, 1937.)

Comprobación de la gonorrea en la mujer.—Para Rorke, antes de dar de alta a una blenorragia tratada, las películas y cultivos deben mostrarse negativos después de tres reglas sucesivas. Tampoco debe haber signos o síntomas de blenorragia después de haberse suspendido el tratamiento por tres o cuatro semanas, y de haber administrado algún provocador. Lo mejor para esto es el alcohol tomado la noche anterior. La congestión local que produce asombrará a muchos médicos. Si no es posible verificar esta prueba provocadora, pueden probarse los toques de la uretra y cuello uterino con protargol al 25%, obteniendo frotos y cultivos 36 horas después. La fijación del complemento en la sangre también debe ser negativa, y al resultar positiva, aun siendo negativos los frotos y cultivos, es necesario pensar en un foco de infección en otra parte. Para que la curación sea un hecho, también hay que cerciorarse de que el esposo se halla indemne, antes de reanudar sus relaciones. (Rorke, Margaret: *Practitioner* 163, agto. 1936.)

Cultivo del gonococo.—McLeod y colaboradores observaron en 1926 y 1927 que las peptonas tratadas al autoclave inhibían el desarrollo del gonococo, pero que se eliminaba esa dificultad agregando sangre calentada al medio. Los investigadores ingleses también observaron que podía aislarse mejor el microbio reforzando la atmósfera con un 10 por ciento de bióxido de carbono, aunque éste resultaba innecesario para propagar cepas stock. Leahy y Carpenter han confirmado esas observaciones, y observado, además, que 15 por ciento de las cepas gonocócicas no proliferan a menos que la atmósfera contenga 10 por ciento de bióxido de carbono, y que la temperatura es un factor esencial en el aislamiento sistemático de los cultivos, pues algunas razas no forman colonias a 37 C., pero sí a 34 C., y viceversa. De esto deducen que pueden obtenerse más cultivos positivos al emplear temperaturas más bajas, como de 35 a 36 C. Con respecto a la otra recomendación de Gordon y McLeod, de emplear la prueba de la oxidasa para identificar las colonias de Neisseria en cultivos mixtos, tanto Gordon y McLeod, como Spohr y Landy, y otros, han comunicado últimamente que empleando ese método, unido al cultural, pueden hacerse de 15 a 50 por ciento más de diagnósticos positivos que examinando frotos teñidos. El método cultural también constituye una prueba muy fidedigna del éxito del tratamiento, eliminando así las dificultades que presentan los frotos en los casos crónicos en que la infección secundaria ha alterado el cuadro clínico, y hay pocos gonococos presentes. (*Editorial Jour. Am. Med. Assn.* 1,564, nbre. 7, 1936.)

Identificación del gonococo.—Declarando que ha tenido ocasión de comparar los varios medios de cultivo del gonococo, Raven considera más eficaz una modificación del agar semisólido de Hitchen, que contiene 0.2% de nitrato de potasio en vez de 0.5% de cloruro de sodio. Para enriquecimiento, el líquido ascético ha resultado más práctico, más fácil de esterilizar, y por su transparencia facilita el estudio de las colonias. Tanto en los medios semisólidos como sólidos de agar se emplearon peptonas tratadas al autoclave, sin observar efecto inhibitorio. En el cultivo del gonococo deben tomarse en cuenta varios factores; por ejemplo, para iniciar la proliferación es importante usar placas de agar recién vertidas, y que haya suficiente humedad en la estufa. Si se hacen placas directamente, la dilución del pus en algunos cc de suero fisiológico, antes de hacer las estrías, puede permitir obtener un resultado positivo. La disminución de la tensión de oxígeno, o la adición de 10% de bióxido de carbono a la atmósfera, excita, cierto es, la proliferación del gonococo, pero también de otros microbios, de modo que dificulta la separación, y se obtiene el mismo fin manteniendo una humedad apropiada en la estufa. La prueba de la oxidasa de Gordon y McLeod es útil en algunos casos, pero cuando otros microbios también toman el colorante, es difícil la diferenciación. La autora prefiere inocular el material infeccioso directamente en tubos de ensayo que contengan un medio semisólido, coloreando con el Gram después de incubar de 18 a 24 horas; pasar los subcultivos a placas de agar-líquido ascético, y por fin identificar los tipos de las colonias dentro de las próximas 24 a 48 horas. También puede diluirse el material infeccioso en algunos cc de suero fisiológico y cultivarlo directamente en placas de agar-líquido ascético recién vertidas. Si la coloración es negativa y la morfología indefinida, deben transplantarse los cultivos a otro medio, pues varios trasplantes a menudo rendirán gonococos típicos. La identificación absoluta exige no tan sólo pruebas de fermentación y de coloración y de Gram, sino aglutinación o fijación del complemento. En los casos crónicos la identificación debe dejarse a cargo de laboratoristas avezados. (Raven, Clara: *Jour. Am. Med. Assn.*, 746, folio. 27, 1937.)

Tratamiento continuo e intermitente.—Refiriéndose al informe de la Liga de las Naciones, relativo al tratamiento de la sífilis, los autores lamentan que los datos publicados no permitan comparaciones entre los métodos continuo e intermitente. Para ellos, es probable que el sistema interrumpido descrito en dicho informe pueda aproximarse al sistema continuo escogiendo juiciosamente la posología, en particular de un metal pesado, y los intervalos, a fin de obtener una acción acumulativa. En muchas clínicas no aplican realmente los sistemas y planes terapéuticos que sus directores creen, y 20% del material clínico considerado no se estudia cuidadosamente al ultramicroscopio y con serorreacciones. En los Estados Unidos se están verificando nuevos estudios fundados en cuidadosos exámenes del líquido cefalorraquídeo. El primero de ellos demuestra que, a partir del tercer mes de tratamiento (hasta cuya fecha ambos sistemas son casi idénticos), el sistema continuo produce resultados serológicos mucho mejores que el intermitente, y que un descanso de un mes o más durante el primer año de tratamiento de una sífilis temprana, merma las negativas serológicas obtenidas entre el cuarto y el duodécimo mes de 68 a 40%, y que en el doble de enfermos (23.6 comparado con 11.6%) el tratamiento intermitente demora la negatividad de la Wassermann. Los datos relativos a reacciones consecutivas al tercer mes indican que apenas varía el coeficiente de reacciones con ambos métodos: 0.89 por 1,000 inyecciones de metal pesado con el sistema intermitente, y 0.85 con el continuo. Los nuevos datos estadounidenses establecen que el tratamiento continuo ideal es superior al intermitente ideal, y ambos muy superiores al tratamiento irregular. A todo enfermo que ha recibido un tratamiento ideal y no ha tenido recídas, debe advertírsele que la única observación fundamental

necesaria después del quinto año de cesar el tratamiento, consiste en: un examen cardiovascular dentro de 5 a 10 años, y un estudio de toda mujer que piense tener hijos o esté embarazada. (Stokes, J. H., y Usilton, Lida J.: *Ven. Dis. Inf.* 66, mzo. 1937.)

Bismuto y mercurio.—Fundándose en un estudio comparado de 158 sífilíticos en distintos períodos y formas, Cannon y Robertson afirman que las sales tanto del bismuto como del mercurio desempeñan un importante papel antisifilítico. Ambas tienen su misión cuando el tratamiento es constante y las dosis adecuadas, pero ni una ni otra pueden compensar el perjuicio que entraña un salvarsán inferior. El mercurio da resultado más brillante pero menos constante que el bismuto, de modo que en los enfermos robustos quizás convenga más el mercurio y en los menos vigorosos el bismuto. Puede contarse con que el salvarsán puede librar el ataque inicial contra el espiroqueto pálido y aun más cuando lo refuerza uno de los metales pesados; pero si está contraindicado el bismuto probablemente surtirá mejor efecto si se emplea solo. Para los que creen que no hay mucho peligro de reacciones contraproducentes o que sostienen que el parásito puede volverse ácidorresistente, el empleo alternado de los dos metales parece lo mejor. (Benson Cannon, A., y Robertson, J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2133, jun. 20, 1936.)

Bismúticos.—Hanzlik se refiere a la imprudencia de emplear compuestos bismúticos insolubles en el tratamiento antisifilítico, lo cual considera en contradicción con los principios farmacológicos, sobre todo cuando se recuerda que sólo se utilizan arsenicales solubles. Forst de Munich ha publicado recientemente un sumario completísimo de las propiedades farmacológicas y clínicas del bismuto (*Handb. exper. Pharm.* 2,249 (parte 4) 1935). La experiencia general ha demostrado que los mismos principios que rezan con los arsenicales se aplican al bismuto, y que si va a obtenerse eficacia máxima, sólo deben utilizarse compuestos solubles, no los insolubles. Por ejemplo, el salicilato de bismuto se absorbe mal, irregular e incompletamente, pues en dos semanas sólo se absorbe de 0.5 a 10% del total de bismuto inyectado, comparado con 50% cuando se emplean compuestos solubles. Los depósitos intramuseculares constituyen un peligro continuo para el enfermo. La costumbre de utilizar compuestos insolubles lanza luz sobre el escepticismo de ciertos sifilólogos acerca del valor del bismuto. Debe recordarse en este sentido que los franceses, que han sido los partidarios más acérrimos del bismuto, han empleado casi invariablemente los compuestos solubles, mientras que los alemanes y los estadounidenses, que son los más escépticos, han preferido los insolubles. El alto rango terapéutico concedido al bismuto como antisifilítico cuando se emplea debidamente, merece más que el escepticismo engendrado por el empleo de compuestos que no pueden producir resultados fidedignos y satisfactorios. La terapéutica antisifilítica habrá dado un gran paso hacia adelante cuando cuente con compuestos bucales, que permitan al médico mantener a un enfermo en un tratamiento intenso prolongado sin desaliento. Los estudios preliminares del bismuto indican ciertas posibilidades que puede decidir favorablemente la experimentación. (Hanzlik, P. J.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,987, dbre. 12, 1936.)

Bismuto en el bejel.—Hudson y Crosley trataron 100 casos de sífilis endémica (bejel) en beduinos seminómadas con compuestos bismúticos durante los últimos cuatro años. Los emplearon en inyecciones intramuseculares diarias en forma de tartrobismutato de sodio y del salicilato de bismuto, recibiendo los sujetos un total medio de 0.75 gm del metal en 10 días. La mejoría fué por lo general inmediata, manifestándose en 49% de los enfermos, y en 23% de ellos curándose las lesiones; no pudo averiguarse el resultado en 13%, y 10% no mejoraron. Hay que considerar que la asistencia fué absolutamente voluntaria, y que se cobró por el tratamiento. Las breves e intensas series de bismuto rara vez viraron

una Kahn positiva, y de vez en cuando los enfermos tratados tuvieron recurrencias. En el tratamiento de las lesiones abiertas del bejel, el bismuto es tan eficaz como los arsenicales, poseyendo dos virtudes más: efecto prolongado y excitación de las defensas naturales del organismo. En conjunto, el bismuto se presta mucho para los caprichosos beduinos, pues si abandonan el tratamiento como lo hacen a menudo, no sufren daño, ni se afecta el éxito del posible tratamiento subsecuente. (Hudson, E. H., y Crosley, S. S.: *Jour. Trop. Med. & Hyg.*, 245, nbre. 2, 1936.)

Estovarsol.—Refiriéndose a la afirmación de Cole (*Journal American Medical Association*, dbre. 26, 1936), de que no recomienda el empleo indiscreto del estovarsol por vía bucal en el tratamiento de la sífilis congénita, Traisman hace notar que los informes de los Estados Unidos, así como extranjeros, durante los últimos años, revelan la eficacia del medicamento en esos casos, y Hoffmann en un trabajo reciente declara que la mayoría de los pediatras, ginecólogos y dermatólogos lo prefieren a la combinación de neosalvarsán-bismuto (o mercurio), de modo que el medicamento ya ha pasado el período experimental. Contestando lo anterior, Cole explica que, aunque nunca ha negado la eficacia del estovarsol en la sífilis congénita, sí advierte que tanto se aproxima la dosis eficaz a la que provoca reacciones graves, que no debe emplearse indiscretamente, y Maxwell y Glaser, en su serie en una de las mejores clínicas pediátricas de los Estados Unidos, han observado una muerte y una toxemia intensa consecutivas a su empleo. Según Cole, el estovarsol posee valor indudable en la sífilis, y lo único que hay que considerar es si vale la pena utilizarlo cuando hay otros remedios igualmente eficaces y casi inocuos. (Traisman, A. S., y Cole, H. N.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 825, mzo. 6, 1937.)

Discutiendo el valor del estovarsol, Rosenbaum declara que ha empleado esa substancia en los niños desde marzo 1930, en unos 300 casos del Hospital de Niños de Chicago, sin observar muerte ni reacción grave, y siendo el resultado tan bueno por lo menos como con los métodos anteriores. Aunque Maxwell y Glaser tuvieron, según dice Cole, una muerte y una toxemia en una serie de 21 casos, fué empleando la posología de Tuscherer, que no considera edad o peso, mientras que el máximum utilizado por otros muchos viene a ser de unos 0.08 gm diarios, o sea una dosis nueve veces menor que la de Tuscherer. (Rosenbaum, H. A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1,280, ab. 10, 1937.)

Muertes consecutivas a la arsenoterapia.—Cook analiza las 63 muertes observadas en la Armada de los Estados Unidos después de haber administrado arsenicales durante un período de 17 años (1919-35). Le edad de los individuos varió de 18 a 47 años, teniendo la mayoría (67 por ciento) menos de 30 años. La duración de la infección sifilítica varió mucho, o sea, de 15 días a 20 años, pero predominando la sífilis temprana de menos de 6 meses. No hubo muertes después de la primera inyección; 31 habían recibido menos de 6 inyecciones y 31 más de 6. En el oncenio 1925-35 hubo una muerte por cada 26,000 inyecciones: una muerte de encefalitis hemorrágica por cada 78,158 inyecciones; una de dermatitis por cada 137,022; una de hemodiscrasia por cada 121,802, y una por lesiones vasculares por cada 132,703. Los habituales hallazgos autopsícos fueron edema y hemorragia en varios órganos, siendo manifiestamente secuelas de la hiperpermeabilidad de los capilares, lo cual constituye la principal acción del arsénico. (Cook, S. S.: *U. S. Naval Med. Bull.*, 407, jul. 1936.)

Reacciones al neosalvarsán.—En 1935, los médicos de la Armada administraron 129,453 dosis de arsenicales, observando 107 reacciones, 40 de ellas consistiendo en dermatosis arsenical, o sea un caso por cada 1,209 dosis. En varios casos se presentaron signos premonitorios, como trastornos gastrointestinales, urticaria,

malestar general y prurito, etc. (Cook, S. S.: *U. S. Nav. Med. Bull.* 569, obre. 1936.)

Yoduroterapia.—Gougerot hace notar que la vieja idea de que el yoduro es el medicamento del período terciario en la sífilis, con exclusión del mercurio, debe ser reemplazada por los dos principios siguientes: El yoduro debe ser empleado en todos los períodos de la sífilis, y no solamente en el terciario, siempre que existan sífilides infiltradas o fagedénicas, cuya resolución desea obtenerse; en los chancros que tardan en resolverse, y en los graves, exuberantes, terebrantes, fagedénicos; en las sífilis secundarias cutáneas papulosas; en las placas mucosas papulohipertróficas, en las osteítis, cefalea, sífilis maligna, arteritis cerebrales o de otro género, etc., estando indicado sobre todo en las sífilis esclerosadas viscerales arteriales. El yoduro está contraindicado en los portadores de lesiones faríngeas; en los tuberculosos congestivos; en los nefríticos agudos o subagudos, si las orinas están turbadas, poco abundantes, e informe azotúrico débil; en los enfermos susceptibles de manifestar hemorragias graves; en los anémicos, y en todos los que revelan idiosincrasia al medicamento, lo cual puede comprobarse administrando la primera vez sólo 0.50 gm. Es preferible administrar el yoduro y el mercurio por separado, suministrando el primero a dosis pequeñas, fraccionadas y múltiples, y si es posible, muy diluidas, para lo cual el autor ofrece varias fórmulas, prefiriendo la mezcla con leche y la asociación con azúcar y tintura de corteza de naranja amarga. La dosis más habitual es de 2 a 4 gm diarios, y excepcionalmente 5 gm, que se alcanza paulatinamente aumentando cada día 0.5 gm a partir de 2 gm. La dosis de 4 gm es para la sífilis activa. Para los tratamientos de consolidación, basta con 2 gm. El yoduro se combinará con todos los tratamientos antisifilíticos: mercurio, bismuto o arsénico, pudiendo bien asociarse, sobre todo cuando se trata del mercurio, o alternarse, por ejemplo, cura trimestral de mercurio o bismuto, seguida de un mes de yoduro, o en los primeros 10 días del mes mercurio; en la segunda década yoduro o yódicos, y en la tercera ácido fosfórico u otro tónico. (Gougerto, H.: *Prog. Méd.*, 376, mzo. 6, 1937.)

Aplicaciones y limitaciones de la piritoterapia.—En su repaso del estado actual de la piritoterapia producida por medios físicos, Krusen señala que discrepan las opiniones en cuanto a los medios mejores y más inocuos de producir fiebre, pudiendo utilizarse el calor radiante, gabinetes de varios géneros, mantas eléctricas, alta frecuencia, diatermia de ondas cortas, hidroterapia en varias formas, con la confianza de que producirán resultados favorables, si se utiliza una técnica apropiada para el método dado. También es manifiesto que debe evitarse el empleo de la piritoterapia, a menos que haya a mano un establecimiento debidamente montado para ello, o sea un hospital con personal preparado, enfermeras diestras y constante vigilancia médica, habiendo que seleccionar a los enfermos con el mismo cuidado que se despliega al ejecutar una operación de cirugía mayor. Todavía continúa la controversia relativa a la eficacia de la fiebre producida por medios físicos, por inoculaciones maláricas o inyecciones de heteroproteína. Clínicamente, la producción de fiebre artificial por medios físicos ofrece ciertos factores de seguridad que le conceden la preferencia en algunos casos, y el resultado obtenido también parece algo comparable al logrado con los otros métodos. Del repaso de la literatura por el autor, puede observarse que ya se ha empleado el método en no menos de 38 estados distintos, aunque en cierto número de ellos posee muy poco o ningún valor, y hasta puede resultar peligroso. Todo considerado, parece que la principal esfera de utilidad de esta terapéutica radica en la blenorragia, tanto aguda como crónica, y sus complicaciones, teniendo también su aplicación en la sífilis, en particular cuando se combina con la quimioterapia,

y puede ser útil en el asma bronquial incoercible; en casos seleccionados de artritis infecciosa crónica, corea y fiebre ondulante, en que los datos disponibles no permiten todavía sacar conclusiones definitivas. (Krusen, F. H.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1215, obre. 10, 1936.)

Barnacle y colaboradores realizaron un estudio comparado de la fiebre artificial y triparasamida comparados con el paludismo artificial, en 60 casos de demencia parálitica durante un año, aplicando la quimioterapia después de ambos métodos. En ese período, en la serie de fiebre artificial se beneficiaron netamente 70 por ciento (21 enfermos), y en el grupo del paludismo 63.3 por ciento (19). Las reacciones serológicas del líquido cefalorraquídeo no reflejaron el resultado clínico en uno ni otro grupo. (Barnacle, C. H.; Ebaugh, F. G., y Ewalt, J. R.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,031, sbre. 26, 1936.)

Malariotherapia em São Paulo.—O. A. focaliza a malariotherapia sob o ponto de vista de medicina geral, e mostra em seus minimos detalhes todas as dificuldades e complicações decorrentes do emprego da malaria durante 10 annos no Serviço do prof. E. Vampré. Relata a seguir os resultados colhidos em 300 casos, fazendo a apologia deste processo na paralyisia geral em todas as suas formas. Salienta o papel da malariotherapia nas atrophias opticas syphiliticas constituindo o melhor tratamento de tão sombria affecção. Nas dores enteralgicas da tabes tambem é entusiasta de malariotherapia. (Longo, P. W.: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 137, fev. 1937.)

Empleo de mosquitos.—Desde enero 1934, el tratamiento de la demencia parálitica en el Manhattan State Hospital de Nueva York, se ha verificado exclusivamente por medio de picaduras de mosquitos infectados con *Pl. vivax*. Hasta marzo 1936, se habían tratado 72 enfermos. Al cabo del período de incubación de ocho a 18 días, hubo hipertermia hasta de 40 C, seguida de accesos diarios y remisiones. Los escalofríos suelen comenzar de uno a cuatro días después de la iniciación de la hipertermia. Tras el ascenso agudo de la temperatura, suele restar una fiebre cutidiana, que puede variar de 40 a 41.1 C hacia el tercero o quinto día. La terciana o fiebre mixta es menos frecuente. Después de cesar espontáneamente los síntomas, se administraban a diario 2 gm de quinina por siete días, y en la fiebre únicamente si se presentaban síntomas de suma gravedad. En cuanto a la duración del ataque, promediaba 22 accesos. Una comparación del resultado clínico en los enfermos inoculados con mosquitos y directamente con sangre, revela que en el primer grupo el paludismo era menos intenso, permitiendo una serie más larga. En el grupo tratado con mosquitos, el coeficiente de remisión fué de 26.4%, y el de mejoría de 48.6%, comparado con 19.3 y 35.8% en el otro. (Kusch, E; Milam, D. F., y Stratman-Thomas, W. K.: *Am. Jour. Psych.*, 619, nbre. 1936.)

Tratamiento de la demencia parálitica.—En un informe reciente publicado por la Comisión de Hospitales para Casos Mentales del Consejo del Condado de Londres, se comparan estadísticas antiguas y recientes. En el sexenio 1908-1913 había 2,545 casos en los hospitales administrados por el Consejo, de los cuales 2,034 (casi 80 por ciento) resultaron mortales. En el sexenio 1930-1935, en que ya se utilizaron los tratamientos modernos, de los 1,914 casos hospitalizados, 85 por ciento recibieron algún tratamiento especial: 78 por ciento piretotherapia con o sin otra medicación, y 7 por ciento puramente farmacoterapia. El 31 de diciembre de 1935, habían muerto 782 (40.8 por ciento), 78 sido retirados, 379 (19.18 por ciento), dados de alta, y 430 permanecían en el hospital. La comparación de las dos series indica que, aún en el total de casos tratados y no tratados, la mortalidad ha bajado a la mitad; que la quinta parte de los casos de la segunda serie han sido dados de alta, la mayoría curados permanentemente,

y que han aumentado en 208 los casos reclusos, o sean aquéllos en que se ha estacionado el avance letal, pero en que los síntomas mentales no permiten el alta. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,232, obre. 10, 1936.)

Piretoterapia de la tabes.—De su repaso de la literatura, y en particular de los 29 trabajos mencionados, Bennet deduce que ciertos resistentes síntomas tabéticos, tales como dolores fulgurantes, crisis gástricas, ataxia y disfunción vesical, pueden aliviarse como en 50 por ciento de los casos por medio de procedimientos quimioterápicos muy enérgicos. Igualmente, un repaso de los métodos piretotépicos, y en particular la malarioterapia, revela que no alivian dichos síntomas en más de 50 por ciento de los tabéticos, mientras que la mortalidad de la malarioterapia oscila entre 10 y 20 por ciento. En 11 enfermos mencionados por el autor, de una serie de 23 casos, comprendiendo 14 que completaron la seroterapia, se aliviaron los dolores fulgurantes y las crisis gástricas, con una combinación de la hipertermia de Kettering y la quimioterapia, después que habían fracasado otras terapéuticas. En la mayoría de los 14 casos, cuatro de los cuales se hallaban en el llamado período apagado, también se aliviaron otros resistentes síntomas tabéticos, tales como ataxia, disfunción vesical, parestesias y cefaleas. Para el autor, este método es el mejor hasta ahora para el tratamiento de la tabes. (Bennett, A. E.: *Jour. Am. Med. Assn.* 845, sbre. 12, 1936.)

Piretoterapia en la blenorragia.—Fundándose en el resultado obtenido en 100 gonocócicos con la fiebre artificial, Owens declara que puede ofrecer alivio rápido y teatral en todos los casos de artritis gonocócica y epididimitis aguda. Este adelanto es más apreciado en la artritis, antes tan dolorosa, prolongada y a menudo incapacitante. Las uretritis agudas de menos de dos semanas de duración, no reaccionaron tan bien a la piretoterapia como las infecciones crónicas con invasión prostática, lo cual indica la posibilidad de que las curaciones aparentes no se deban por completo a la fiebre, sino que también intervenga la resistencia natural creada en los casos agudos. Los datos clínicos ya van denotando que pueden destruirse por completo ciertas cepas del gonococo con una temperatura tolerable para el enfermo, mientras que otras son más resistentes. Un número cada vez mayor de enfermos han obtenido una curación aparente después de una sola sesión de seis horas a una temperatura de 41.4 C, mientras que otros no se benefician apreciablemente ni con cuatro sesiones. Si los enfermos cooperan, puede obtenerse la curación absoluta de 80% de las gonococias, independientemente de las complicaciones, en el espacio de dos semanas. La capacidad para tomar el tratamiento depende del estado del corazón, la resistencia de la piel al calor, y el temperamento del enfermo. Los inapropiados por una razón u otra, constituyen 12% de la serie. De los 100 casos del autor, comprendiendo 17 con uretritis aguda, 61 con uretritis crónica e invasión prostática, 10 de salpingitis, 22 de artritis gonocócica, 24 de epididimitis aguda, y uno cada uno de iritis aguda con prostatitis crónica y uretritis aguda con oftalmía blenorragica, completaron el tratamiento 64, de los que se curaron 52 (81%), y lo abandonaron por una razón u otra 36. (Owens, C. A.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,942, dbre. 12, 1936.)

Empleo del filtrado en caldo de Corbus-Ferry.—Deakin empleó el filtrado gonocócico en caldo de Corbus-Ferry en una serie de 33 casos agudos y 19 crónicos de blenorragia, comparando el resultado con grupos testigos, y utilizando en ambas series el mismo tratamiento local e higiénico general. En todos los casos se verificaron pruebas de fijación del complemento. El resultado indica que los casos agudos no lo pasan tan bien con el filtrado como sin éste, y que los peores resultados se obtienen en los casos crónicos con fijación positiva del complemento, y los mejores en los casos crónicos con una fijación constantemente negativa del complemento. (Deakin, Rogers: *Jour. Am. Med. Assn.* 954, sbre. 19, 1936.)