

MICOSIS Y DERMATOSIS¹

Argentina.—Recapitulando, Niño dice que en Argentina las micosis del aparato respiratorio adquieren el tipo de las llamadas broncomicosis producidas por los géneros *Monilia*, *Aspergillus*, *Penicillium*, etc., de evolución casi siempre benigna, y que responden a la yodoterapia; y que las propiamente pulmonares, de evolución casi siempre mortal y bastante frecuentes, son producidas por los géneros *Actinomyces*, *Coccidioides*, *Mycoderma* y *Criptococcus*. Como no es posible establecer el diagnóstico por el examen clínico y radiológico, reviste importancia considerable el examen del esputo. (Niño, F. L.: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 431, nbre. 1934.)

Ejército Argentino.—De Vedia repasa en un estudio muy detenido las epidermomicosis del Ejército Argentino, de las cuales, las más importantes para el médico militar son las tricoficias y las epidermoficias. De las últimas, se observó en 1927 una epidemia de eczema marginal en el Colegio Militar de Buenos Aires. Aunque las tricofitides afectan casi exclusivamente a niños, en el servicio militar argentino se han observado dos casos. En el Hospital Militar Central fueron atendidos del 20 de enero de 1933 hasta el 7 de junio de 1934, 186 enfermos, de los cuales 7.52 por ciento presentaban epidermomicosis, y como 72 padecían de sífilis y chancro blando, el grupo en realidad sólo comprende 114, y el porcentaje sube a 12.3. De esos casos, siete fueron de eczema marginal, tres de Kerion celsi, dos de epidermoficia de las manos, uno de epidermoficia intertriginosa de los pies, y uno de foliculitis agminada. En el consultorio externo de dermatosifilología del mismo hospital, del 2 de febrero de 1933 al 29 de septiembre de 1934, se atendieron 664 militares, y 76 estaban afectados de epidermomicosis, o sea 11.44 por ciento. Restados 81 casos de sífilis o chancro blando, queda un grupo de 583, y el porcentaje de epidermomicosis sube a 13. Los 76 casos se subdividen así: 37 de epidermoficia de las manos o pies, 17 de eczema marginal, 4 de Kerion celsi, 2 de sicosis crónica, 2 de foliculitis agminada, y 14 de tricoficia superficial. El detenido estudio del autor comprende datos sobre diagnóstico, profilaxia y tratamiento, con recomendaciones específicas en cuanto a la misión que corresponde al médico militar, incluso el estudio de ese grupo de afecciones. (La micología es una ciencia todavía poco cultivada en la Argentina, siendo de notar en particular los estudios de Negroni y Uriburu. El *M. fulvum* fué descubierto en 1907 en Buenos Aires por Uriburu, quien también encontró en 1909 el *Trichophyton exsiccatum*, el *Tr. violaceum* y el *Tr. polygonum*. Además, Negroni encontró el *Tr. sulfureum*, asegurando que en Argentina jamás se encuentra el *crateriforme*. Del grupo *Neo-Endothrix* Negroni ha encontrado el *Tr. cerebriforme* y el *Tr. plicatilis*. El mismo autor ha comprobado la presencia de representantes de los grupos *Gypseum* y *Niveum*, así como de tricofitos megasporos. Negroni ha apreciado en el país la enorme frecuencia de las epidermoficias de los pies, especialmente en los concurrentes a los clubs de gimnasia, habiendo identificado el *E. inguinale*, el *E. interdigitale* y el *E. rubrum*. Uriburu ha observado casos de tiña favosa en la Argentina, y lo mismo Negroni después.) (De Vedia, E. B.: *Rev. San. Mil.*, 409, nbre.-dbre. 1934.)

Micosis respiratorias en Argentina.—Resumiendo su estudio, Niño dice que en Argentina las micosis del aparato respiratorio adquieren el tipo de las llamadas broncomicosis producidas por hongos de los géneros *Monilia*, *Aspergillus*, *Penicillium*, etc., de evolución casi siempre benigna, y que reaccionan a la yodoterapia. En cambio, en el tipo de las micosis pulmonares propiamente dichas,

¹ La última crónica sobre Micosis apareció en el *BOLETÍN* de nbre. 1934, p. 1051.

la evolución es casi siempre mortal, sin terapéutica eficaz hasta ahora. Las últimas son relativamente frecuentes en Argentina, siendo producidas especialmente por hongos de los géneros *Actinomyces*, *Coccidioides*, *Mycoderma* y *Criptococo*. Como no es posible establecer con certeza el diagnóstico clínico y radiológico, reviste mayor importancia el examen cuidadoso del esputo por un técnico. (Niño, F. L.: *Prensa Méd. Arg.*, 2017, obre. 24, 1934.)

Blastomycosis en Argentina.—En un folleto de 164 páginas, muy bien ilustrado, publicado por la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina, Niño estudia clínica, parasitológica, anatomopatológica y experimentalmente la blastomycosis humana generalizada por *Cryptococcus* (nueva especie), continuando así sus previos trabajos. Concluye que en el caso discutido se trata de un interesante parásito vegetal, blastomiceto del género *Criptococo* que puede considerarse por sus particularidades como especie nueva. Los cobayos, ratones y ratas blancas se mostraron muy sensibles a la infección experimental; el perro y el conejo, menos sensibles; y el mono, gato y paloma, refractarios. Según todas las probabilidades, la vía de propagación o generalización de esta blastomycosis sería la hematógena. Clínicamente se observaron lo mismo que en otras blastomycosis, manifestaciones cutáneas y viscerales. Esta blastomycosis no es identificable con la llamada Enfermedad de Gilchrist por *Mycoderma dermatitidis*, ni con la Enfermedad de Posadas por *M. immitis*. El enfermo fué un español de 60 años de edad que ha vivido 20 años en Argentina, y fué observado en Buenos Aires. Para el autor las blastomycosis podrían dividirse en: tegumentarias (cutáneas puras, mucosas y cutáneo-mucosas que comprenderían las llamadas dermatitis blastomicéticas), y viscerales (que podrían subdividirse en primitivas y secundarias y localizadas y generalizadas). Este trabajo contiene una minuciosa reseña de las varias fases del asunto, incluso una bibliografía de 110 fichas. (Niño, F. L.: "Blast. Hum. Gen.," 1934.)

São Paulo.—En un estudo feito por Almeida sobre mycoses observadas a partir de 1932 e baseado em culturas ou preparados, verificou-se que 17 casos eram de blastomycose, dos quaes nove com cultura positiva, tres confirmados por exame histologico e quatro por exame do pus a fresco, tendo o caso restante apresentado cultura negativa nos tubos enviados após semaduras. Em casos de tinha do pelo e da pele o material examinado revelou cinco vezes *Piedraia hortai*, tres vezes *Trichophyton violaceum*, duas vezes *Sabouraudites felineus* e *Trichophyton granulorum* e uma vez *Cytenomyces mentagrophytes*. Dois casos de mycetomas actinomycosica de lesões de joelho e uma do dorso, deram culturas positivas. Nas theses das Dras. Lybia Grandinetti e Inah Camargo vêm publicados estudos sobre esporotricose e "sapinho." Quanto ás mycoses pulmonares, é provavel que o genero *Penicillium* seja o causador commum em São Paulo. (Almeida, F. de: *Rev. Bio. Hyg.*, 50, jul. 1934.)

Piedra colombiana.—Del estudio comparativo, morfológico y microscópico de nódulos y parásitos piédricos, Parodi y Niño deducen que la piedra de Colombia de nódulos negros, es idéntica a las del mismo tipo observadas en otros países de América y, por lo tanto, producida por la *Piedraia hortai*. (Parodi, S. E., y Niño, F. L.: *Prensa Méd. Arg.*, 2435, obre. 26, 1934.)

Guerrero.—Según el primer censo del mal del pinto realizado en México, el Estado de Guerrero es el más atacado del mal, pues en 1929-31 había allí 131,315 enfermos, o sea más que en ninguna otra entidad federativa, de las 12 o 14 invadidas. La enfermedad predomina en las márgenes del río Balsa o sus afluentes; es decir, que la distribución se relaciona directamente con el sistema hidrográfico. Tratando de averiguar si esa relación era real o sólo aparente, al reanudarse en 1935 los trabajos interrumpidos, González Herrejón preparó un mapa, que publica ahora con todos los elementos necesarios, del cual resulta que si bien es verdad que

es mayor la densidad de población en los municipios recorridos por dicho río, o colindantes (1.21 por km²), la diferencia de densidad de población pinta es de 5.1 habitantes por km², de modo que debe intervenir el sistema hidrográfico en una forma aun no conocida. (González Herrejón, S.: *Medicina*, 547, nbre. 25, 1935.)

Dermatosis en Yucatán.—Basándose en 10,000 observaciones en el consultorio del Comité Pro-Infancia, y en 5,000 en otro dispensario, Santos Cetina declara que entre las últimas ha habido unos 300 casos de dermatosis infantiles, o sea 6 por ciento, repartidos así: sarna, 25 por ciento; erupciones sudorales, 25.0; impétigo, 20.0; pénfigo benigno, 15.0; queratosis pilar, pelagra y culebrilla y varias, 5 por ciento cada una. La pelagra y "culebrilla" se describen juntas, por tener en común su aparición en niños ya muy desnutridos o caquécticos. La culebrilla es un eritema rojo oscuro, que abarca totalmente la mitad inferior del cuerpo, interesando hasta la cara dorsal de ambos pies, pudiendo compararse a un calzoncillo rojo oscuro, con pequeñas escotaduras en ciertos sitios. Se diferencia de la pelagra en su extensión más amplia en los miembros que afecta, y su predilección por la porción inferior del cuerpo. (Santos Cetina, F.: "Mem. Prim. Cong. Méd. Penins.," 131, 1934.)

Cromoblastomycosis en Paraguay.—Boggino describe un caso que para él es el primero en Paraguay, de dermatitis verrucosa blastomicótica (cromoblastomycosis) en el pie. El caso es autóctono en un agricultor de 50 años. El diagnóstico fué clínico-histológico. (La primera observación de cromoblastomycosis fué la de Pedroso en São Paulo en 1911. La enfermedad ha sido después observada tanto en el Brasil como en Guayana Francesa, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, Uruguay y Tejas). (Boggino, J.: *Rev. San. Militar*, 31, obre. 1935.)

Cromoblastomycosis en Puerto Rico.—Desde 1931, en que Carrión descubrió por primera vez en Puerto Rico un caso de cromoblastomycosis, han aparecido en la Isla seis casos. En cinco el cuadro clínico corresponde con bastante fidelidad al descrito por otros autores en otros sitios, y el *Hormodendrum pedrosoi* era el organismo responsable en cuatro. En uno no se pudo cultivar el parásito, por perderse de vista al enfermo. El hongo aislado en el otro fué un *Hormodendrum* algo semejante al *pedrosoi*, pero, al mismo tiempo, presenta numerosas diferencias, perfectamente definidas, por lo cual el autor propone el nombre de *Hormodendrum compactum* para designarlo. (Carrión, A. L.: *P. R. Jour. Pub. H. & Trop. Med.*, 546, jun. 1935.)

Cromoblastomycosis en el Uruguay.—Al comunicar un caso autóctono, el primero de cromoblastomycosis en el Uruguay, MacKinnon hace notar que el hongo patógeno aislado en cultivo puro es el *Phialophora verrucosa Thaxter* (Medlar, 1915), siendo esta la primera vez que se aísla en Sudamérica, y siendo el caso el tercero que aparece en la literatura de cromoblastomycosis producida por el mismo. Histopatológicamente, las lesiones fueron análogas a las de la esporotricosis. La cromoblastomycosis acusa una vasta distribución geográfica, produciéndola distintos agentes, según la región. En América, ya se han comunicado casos en el Brasil (21), en los Estados de Minas Gerais, São Paulo, Río de Janeiro, Espírito Santo, Goyaz y Baía; en el Paraguay un caso y en Puerto Rico otro, todos producidos por el *Trichosporium pedrosoi*. En Estados Unidos han descrito dos, y en Uruguay uno producidos por *P. verrucosa*. También se ha comprobado un caso en Costa Rica. (MacKinnon, J. E.: *Arch. Urug. Med. Cir. & Espec.*, 201, agto. 1934.)

Favo autóctono en Uruguay.—Tiscornia Denis estudia clínicamente los dos primeros casos de tiña favosa típica del cuero cabelludo en el Uruguay, en dos niñas. En un hermanito el diagnóstico es dudoso, y la madre es una vieja fávica cicatricial. En el Uruguay hasta ahora se conocen ocho casos autóctonos de favo, correspondiendo a cuatro focos, incluso el de la familia descrita ahora, aunque

existen otros más sobre los cuales pueden presentarse algunas objeciones. Si se exceptúa el caso de Brito Foresti publicado en 1918, los comprobados corresponden a los tres últimos años, coincidiendo el aumento con la frecuencia con que los especialistas empiezan a mandar sus casos para examen micológico. El favo en el Uruguay no debe, pues, ser considerado como muy raro, pues existe no solamente como enfermedad recién importada, sino en niños uruguayos contagiados por uruguayos, no sólo en sus formas típicas, sino también en las atípicas. (Tiscornia Denis, J. M.: *Arch. Urug. Med. Cir. & Espec.*, 303, sbre. 1935.)

MacKinnon también señala la frecuencia de las tiñas fávicas en el Uruguay, mencionando el diagnóstico de ocho casos nuevos distribuidos en tres focos, en el Instituto de Higiene Experimental de Montevideo, formando parte de los mencionados por Tiscornia Denis. (MacKinnon, J. E.: *Ibid.*, 315.)

Dermatosis en Venezuela.—En el año transcurrido desde enero 1934 a enero de 1935, Jiménez-Rivero trató en dos consultorios de Caracas 1,586 individuos aquejados de diversas afecciones cutáneas, de los cuales separa 100 de indudable naturaleza sifilítica. La edad fué la siguiente: menores de 10 años, 17.8 por ciento; 10 a 20, 21.6; 20 a 40, 38.6; y más de 40 años, 21.8 por ciento. Del total, 847 eran mujeres. Entre las dermatosis más difundidas, ocupa el primer puesto el eczema con 20.32 por ciento, revistiendo todas las características clínicas. Fué indudable la patogenia parasitaria en 19.21 por ciento de los casos de eczema, y el origen microbiano en 9.27. El eczema del lactante representó menos de 4 por ciento del total, aunque se trata de consultorios para adultos. La forma micótica de los pies fué encontrada en un 13.24 por ciento del total de eczemas, y la interdigital de las manos en 5.96. En el tratamiento, el método que dió mejor resultado fué la autourotterapia de Jausion y Paleologue, que sin ser específica, obtuvo hasta 80 por ciento de curaciones. Entre unas 2,600 inyecciones, sólo se observaron tres accidentes terapéuticos, caracterizados por abscesos, en un caso de desenlace fatal, tratándose con toda probabilidad de una diabética. Para evitar estos percances, el autor recomienda que todo enfermo, sobre todo si de alguna edad, sea sometido previamente a un examen detenido y a un uranálisis. En Venezuela, el eczema reconoce causas múltiples, generales unas, otras locales, necesitándose, por consiguiente, diversos métodos de tratamiento, y antes de emplear un método dado hay que estudiar la alcalosis y la acidosis, y también el sistema endocrino-simpático; y antes de administrar vacuna a los micóticos, deben ser desensibilizados. (Jiménez-Rivero, M.: *Medical*, 237, sbre. 1935.)

En Venezuela, las dermatomicosis revisten señalada importancia por su extrema frecuencia. En muchas de ellas no es necesario el laboratorio, pues el complejo morfológico ya identifica el estado, por ejemplo, eritrasma, eczema marginado, pitiriasis versicolor, etc. Jiménez Rivero comunica cuatro casos en que el departamento de micología de la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico identificó el hongo, resultando en uno *Torula rosa*, en otro tórula roja del tipo rugoso, en otro *Hormodendrum* y *Aspergillus*, y otro *Aspergillus* y *Rhizopus nigricans*. Estas investigaciones son puramente iniciales, sin que el autor pretenda deducir definitivamente el papel patógeno de las especies mencionadas. (Jiménez Rivero, M.: *Gac. Méd. Caracas*, 225, agto. 15, 1934.)

Repasando las dermatomicosis observadas en Maracay, del Corral describe un hongo patógeno, que considera nuevo y que llama *Trichosporum venezuelensis*, relatando dos casos de piedra producidos por el mismo. La intradermorreacción con el antígeno brasileño "dermotricofitina" es completamente negativa, de lo cual cabe deducir que las intradermomieinas venezolanas son mucho más específicas o, por lo menos, más genéricas, pues con éstas el resultado es muy positivo. El autor ya ha aislado de 15 a 20 especies distintas de hongos en 37 casos de los más importantes observados, y algunas de ellas parecen específicas del país. Su

estudio parece corroborar la hipótesis de Lapeyre en el sentido de que en la patología de las elefantiasis tropicales interviene un triple factor: filárico, microbiano y micótico. (Del Corral, P.: *Rev. Med. & Cir.*, 35, 43, dbre. 1934.)

Acanthosis nigricans en Venezuela.—Jiménez-Rivero y O'Daly publican el primer caso de *acanthosis nigricans* observado en Venezuela, tratándose de un mestizo de 32 años del Estado Yaracuy. (Jiménez-Rivero, M., y O'Daly, J. A.: *Medical*, 204, mayo 1935.)

Esporotricosis en Venezuela.—Vegas comunica un caso en una joven de 24 años, de Margarita, que considera es el primer caso de esporotricosis comunicado en Venezuela. El hongo identificado fué el *Rhinocladium beurmanni*. (Vegas, M.: *Rev. Pol. Caracas* 1377, ab. 1935.)

Piedra en Venezuela.—Para Briceño-Iragorry, la piedra no es tan rara en Venezuela como parece indicar la falta de trabajos relativos a ella, pues varios médicos parecen haber observado casos. El primer trabajo sobre la piedra venezolana fué el de Brumpt y Langeron en 1934, refiriéndose a los cabellos de un caso que les enviaran de Caracas. El mismo año del Corral describió dos casos observados por él en Maracay. Los autores describen ahora siete casos más. El hongo causante en un caso fué identificado en París por Langeron como *P. hortai*, demostrando así la existencia de esta especie en Venezuela, además de la *P. venezuelensi*. (Briceño-Iragorry, L.: *Medical* 208, mayo 1935.)

Aspergilosis en Venezuela.—Briceño-Iragorry recuerda que en 1927 ya describió un caso de pie de Madura producido por aspergilos. En un estudio sobre el eczema marginado en Venezuela, observó que al lado del hongo causante (*Trichophyton rubrum*) se encontraban a veces otros, igualmente hallados en distintas afecciones de la piel, entre los que los siguientes fueron identificados por Langeron: *Esterigmatocystis nigra*, *E. nidulans*, y dos especies de *Aspergillus*. De ellos el *E. nidulans* es patógeno, habiéndosele encontrado en las otomicosis, en faringomicosis y pie de Madura, y por Iriarte en lesiones caratosas. Para el autor, el *Aspergillus niger* encontrado por Iriarte en el primer caso de otomicosis descrito en Venezuela, debe ser también *E. nigra*. (Briceño-Iragorry, L.: *Bol. Soc. Ven. Ciencias Naturales*, No. 19, 407.)

Microsporia.—De Cisneros describe una extensa epidemia de tiña, que duró bastantes meses, en la Casa Provincial del Niño de Murcia, España, afectándose 109 de 265 niños de ambos sexos. El brote fué en particular interesante por el elevado número de portadores de lesiones microscópicas. Al referirse a la literatura, el autor menciona que en Sudamérica esa clase de tiña es rarísima, siendo generalmente de origen animal y producida por el *Microsporum felineum*, habiéndose descrito casos aislados en Bello Horizonte y en Buenos Aires. En España, ya habían sido publicados previamente algunos casos por De Moragas en Barcelona y otros, y hubo además la intensa epidemia de hace algunos años en Granada, y la del Asilo de la Paloma descrita por De Gregorio. En el diagnóstico, es de mucho valor la luz Wood, proyectada con la lámpara de Vigni sobre las cabezas de los niños, pues la tonalidad de la fluorescencia varía para cada una de las razas causantes, en colores que oscilan desde el verde al grisáceo y violado. El tratamiento debe ser, por un lado colectivo, dado el carácter epidémico y, por otro, individual, según las condiciones de cada caso. (De Cisneros, G. J.: *Actas Dermo-Sif.*, 3, mzo. 1935.)

Coccidioides immitis e Pseudococcidioides mazzai.—Almeida faz breves considerações a propósito de um seu trabalho sobre a identidade dos cogumelos *Coccidioides immitis* e *Pseudococcidioides mazzai*. Comenta, a seguir, uma referência feita pelo Dr. O. da Fonseca filho, a seu trabalho e apresenta uma nova documentação fotográfica de aspectos morfológicos de uma mesma célula, em cortes seriados, do *Coccidioides immitis* em pulmão humano, aspectos que con-

testam as referências do autor citado. (Almeida, F. P.: *Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo*, 29, 1934, fasc. 1.)

Intradermoreacción de la tricoftina.—En 26 casos de micosis, la intradermoreacción con tricoftina pura o diluída al 1 por 50, produjo reacciones netas más violentas en las formas profundas que en las superficiales, y más marcadas en las tricofitosis que en las micosis. Esas reacciones patentizan en dichos enfermos una sensibilización de grupo y también de especie. La intradermoreacción a la leche produce en las micosis reacciones positivas de intensidad variable, pero por lo general menos fuerte que en otras dermatosis alergizantes o sensibles. La tricoftina produce igualmente positivas en las dermatosis no micóticas. Aun diluída al 1 por 50 produce intradermoreacciones mucho más positivas que la leche, sucediendo lo contrario con las no micóticas. Cuando se quiere demostrar por intradermoreacción la presencia o ausencia de micosis en una dermatosis, se deben siempre inyectar al mismo tiempo leche y tricoftina pura y diluída. (Rookx, Marcel: *Rev. Belge Sc. Méd.*, 742, dbre. 1935.)

Allergides.—A existencia de trichophytina foi primeiro revelada em 1902, por Plato, em filtratos de culturas de trichophytos. Mais tarde, em 1909, substancia analoga foi encontrada por Pautrier e Lutembacher nas culturas de esporotrichos. Em 1927, Fonseca e Arêa Leão demonstraram que nas culturas do parasito da blastomycose mais commum do Brasil, o *Coccidioides histopocellulare*, existe uma substancia dotada de propriedades similares. Signaes clinicos para o lado da pelle reveladores de um estado allergico e cujo apparecimento estaria ligado á acção de cogumelos foram, como taes, primeiro descriptos em 1910 por Jadassohn, sob o nome de *trichophytides*. Antes delle, Lewandowsky, Sabouraud, Pellizari, as tinham seguramente observado, mas sem reconhecer sua pathogenia. A noção de origem endogena das allergides mycosicas encontrou apoio não só nas experiencias de inoculação por via sanguinea nos animais de laboratorio, como tambem nas observações parasitologicas directas in *anima nobili*. O ponto de partida ou lesão primaria que dá origem ao apparecimento de uma trichophytide pode ser uma trichophyceae profunda, uma tinha tonsurante superficial, uma epidermophyceae, um favo e, até mesmo, uma onychomycose. E' na phase culminante ou no periodo de declinio dessa lesão primaria que se installam geralmente as trichophytides. Durante muito tempo e até mesmo os ultimos annos, prevaleceu entre os especialistas a noção de que só as dermatomycoses de localizaçãõ profunda eram capazes de se acompanhar de lesões allergicas. Pouco a pouco, porém, alguns investigadores foram levados a interpretar como manifestações de allergia certos typos de reacções cutaneas que, embora occorrendo em outras partes do corpo, coincidiam com a presença de lesões dermatomycosicas superficiaes. Plato e Neisser, na Clinica de Bresslau, em 1902, foram os primeiros a demonstrar a existencia nas culturas antigas (de 2 a 3 mezes) de dermatophytos, de uma substancia a cuja injeccão subcutanea os individuos apresentando lesões profundas de dermatomycose reagiam diversamente dos individuos normaes. Por analogia com o que von Pirquet praticou em relação á tuberculose, Bruno Bloch introduziu o emprego da cuti-reacção e mostrou que ella podia já ser positiva do setimo ao oitavo dia, após a infecção humana experimental pelo *Achorion quinckeanum*. Segundo os typos de cogumelos que se empreguem para o preparo da trichophytina, pode ser esta mono—ou polyvalente, pode ser uma trichophytina propriamente dita preparada com trichophytos, ou pode ser uma microsporina, uma epidermophytina ou uma favina conforme seja preparada com micrósoros, epidermóphytos ou achorios. Em casos de esporotrichose, Pautrier e Lutembacher (1909) foram os primeiros a procurar uma reacção allergica especifica, empregando a via subcutanea que Pautrier e Mantoux substituiram pela intradermica. Ravaut, em 1929, estendeu a pratica das reacções intradermicas á

infecções cutaneas produzidas por levedos. A levurina preparada por esse autor se obtem a partir de culturas de 3 mezes de cryptococcus cultivados em caldo maltosado. Em collaboração com Aréa Leão, em 1927, já tinha demonstrado a existencia de uma substancia, de natureza e propriedades semelhantes ás da trichophytina, nas culturas de *Coccidioides histoproculture*, o agente mais commum de blastomycose no Brasil. Em trabalho anteriormente publicado, em collaboração com Aréa Leão, o A. deu conta dos resultados obtidos no tratamento das tinhas tonsurantes do couro cabelludo, das tinhas da pelle glabra, do favo e das onychomycoses com o emprego da vaccinotherapie especifica. Esses resultados foram de tal ordem que abandonou por completo e emprego dos raios X no tratamento das tinhas tonsurantes e do favo. Fonseca tem tratado por esse processo muitas centenas de doentes de epidermophyceas, trichophyceas do couro cabelludo e da barba, microsporeas, onychomycoses, favo. O processo não apresenta inconvenientes, a vaccinação é indolor, as reacções provocadas são raras, moderadas e passageiras, occorrendo em 1 ou 2 por cento dos casos. Combatem-se esses symptomas, preventivamente ou após seu apparecimento, por um agente dessensibilizante como o hyposulfito de sodio ou de magnesio. A vaccinotherapie mycosica, primeiro empregada com exito no tratamento das dermatomycoses por Jausion e Sohier foi, por Jausion e seus collaboradores applicada tambem ao tratamento das eczematides, do lichen plano e do psoriasis. O emprego da vaccinotherapie mycosica no tratamento das eczematides foi no Brasil primeiro praticado por Joaquim Motta com resultados muito favoraveis. No lichen plano e no psorise, no pequeno numero de casos até agora disponiveis o A. empregou as vaccinas mycosicas polyvalentes como unico agente therapeutico. Os resultados dessa tentativa foram muito além da expectativa. (Da Fonseca f., Olympio: *Rev. Med. Cir. Brasil*, 289, set.-out. 1934.)

Etiologia del pinto.—El análisis de Vargas divide las distintas hipótesis etiológicas del pinto en tres grupos: infeccioso, de carencia y tóxico. El grupo infeccioso comprende los subgrupos bacilar, micótico, espiroquético, protozoario y protofítico. Puede eliminarse la transmisión por animales hematófagos, pues éstos no se encuentran siempre en todas las zonas pintógenas, y varían de un lugar a otro. Además, en las zonas en que existen, hay pueblos con pinto y sin pinto, y pican a gente que nunca contrae la enfermedad. El transporte mecánico se excluye por lo anterior, y porque no lo permite la limitación de las zonas pintógenas. El contagio de persona a persona queda eliminado, pues cada día se ven enfermos transportados a zonas no pintógenas, que no transmiten el padecimiento. En los hospitales fuera de zonas pintógenas donde hay pintos asilados, solamente éstos presentan la enfermedad, y se citan numerosos matrimonios donde un sólo cónyuge es pinto. El germen causante no puede encontrarse localizado en las manchas en forma de bacilo, hongo, espiroqueto, etc., aunque podría localizarse en algún órgano o tejido profundo. En cuanto a bacilos, no parece intervenir el descrito por Gaviño ni ningún otro, pues los caracteres de las manchas no corresponden a los de inflamación, y centenares de exámenes de preparaciones han resultado siempre negativos. Los hongos se encuentran con relativa frecuencia, pero en contra de la teoría micótica de Ruiz Sandoval, Irys, etc., se observa la existencia en la misma mancha de varias especies que no aparecen siempre en el mismo tipo de mancha; el hecho de que en personas sanas recién llegadas a zonas pintógenas se encuentran los mismos hongos que en los enfermos; la imposibilidad de reproducir la enfermedad por inoculación de los cultivos; y, por fin, que el color de las manchas no se debe, como se creía, a productos del metabolismo de hongos cromógenos. La hipótesis espiroquética sólo se apoya en ser la Wassermann regularmente positiva, y ser todos los pintos, con excepción del blanco, sensibles al tratamiento con arsenicales, mercuriales y bismúticos. En cambio, faltan todos los demás caracteres de las espiroquetosis; no se encuentra, como en éstas, el agente causante

en las lesiones cutáneas; y no hay sensibilidad a los cambios de clima. También es sabido que ni la Wassermann ni el tratamiento mencionado son estrictamente específicos de las espiroquetosis. La teoría de protozoarios y protofitos de origen intestinal de González Guzmán, no explica las indudables remisiones del padecimiento en personas poco atacadas cuando viven largo tiempo fuera de zonas pintógenas. La teoría de una carencia de Magaña Erosa también debe rechazarse, pues el autor ha inyectado a numerosos enfermos soluciones acuosas de tirosina en las manchas blancas, sin observar nunca cambio alguno de coloración, y la tirosina es una importantísima sustancia melanógena. Quedan por juzgar ahora los factores secundarios y coadyuvantes, y precisaría para ello una minuciosa investigación, ya en camino por Vargas. Al terminarla, cree que podrá dar a conocer el tratamiento efectivo del pinto más resistente, o sea el blanco. (Vargas, L.: *Bol. Inst. Hig.*, 196, agto. 1935.)

Etiología del eczema marginado.—El *Trichophyton rubrum* parece ser, según Carrión, el único hongo responsable de la *Tinea cruris* (*eczema marginatum*) en Puerto Rico. Esta opinión está fundada en los estudios de laboratorio llevados a cabo en más de 150 casos desde hace varios años. La investigación subsecuente quizás revele la presencia de algún otro organismo micoides responsable en algunos casos. Por otra parte, en la tiña del pie parecen intervenir por lo menos tres diferentes especies, es decir: el *T. rubrum*, el *T. mentagrophytes* y el *Epidermophyton floccosum*. De los dos casos de tiña de los dedos del pie aquí estudiados, uno presenta además una lesión en la mano, otra en una uña de un dedo de la mano y varias en las uñas de los pies. En ambos se logró aislar el *E. floccosum* en los espacios interdigitales y en uno, además, en una uña del pie. Aunque las dos razas micóscicas pertenecen indudablemente a la misma especie, se diferencian entre sí por ciertas características culturales en el medio de Sabouraud. También resulta interesante en este caso la coincidencia con el *T. rubrum* en una uña de un dedo de la mano y en un dedo del pie. (Carrión, A. L.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 263, mzo. 1935.)

Tricofitina.—Traub y Tolmach probaron las inyecciones intradérmicas de tricofitina en 135 casos de dermatofitosis. Catorce quedaron aparentemente curados, pero algunos tuvieron recaídas, y en 58 más se notó mejoría. En 63 casos el estado permaneció lo mismo o empeoró. En conjunto, la tricofitina ejerció poco o ningún efecto en la evolución de la enfermedad, sin observarse diferencia alguna en los resultados con dos preparados distintos. Si se aplica tratamiento local simultáneamente, no es posible determinar el verdadero valor de las inyecciones. En vista de que los enfermos presentan alternativamente períodos de remisión y de recaída, hay que mostrar mucha reserva al clasificar los resultados de cualquier tratamiento de la dermatofitosis. (Traub, E. F., y Tolmach, J. A.: *Arch. Derm. & Syph.*, 413, sbre. 1935.)

Tratamiento.—A Loos, el verde brillante le ha resultado la medicación más eficaz en la epidermofitosis de los pies y las manos, viniendo después el clorhidrato de acriflavina, el oxicianato y la solución de formaldehído. El ácido salicílico, el benzoico y el azufre son menos eficaces, y el alquitrán y el alcohol todavía menos. El sublimado corrosivo, el yodo y el cloro son muy fungicidas, y el timol fungiestático. Los metales resultaron virtualmente ineficaces. Como tratamiento más eficaz, el autor recomienda el verde brillante, ácido benzoico y azufre. La profilaxia está todavía por resolver, pero se recomienda adición de cloro al agua del baño, limpieza de los pisos con solución fenicada, y desinfección de las esponjas y otros accesorios del baño con solución de formaldehído, timol o alcohol. En la profilaxia personal podrían probarse los pediluvios acidulados, las fricciones de alcohol y el empleo de polvos desinfectantes (azufre). (Loos, H. O.: *Arch. Dermat. & Syph.*, 602, nbre. 10, 1934.)

Colorantes.—Gómez-Vega sumariza así sus estudios de la acción micostática

in vitro de ciertos colorantes. El violeta de cristal y sus compuestos, el violeta de genciana y de metilo, revelaron marcado efecto específico o actividad selectiva sobre los hongos de los géneros *Monilia* y *Torula*, inhibiendo el desarrollo de los mismos a diluciones de 1 por millón. Por ser un compuesto muy definido, el violeta de cristal fué el mejor de los tres colorantes. Otros hongos toleraron concentraciones cinco veces mayores. El violeta de cristal reveló valor curativo en algunas dermatomicosis. Otros colorantes, tales como la fuchsina ácida, tionina, cloruro de metilotionina y eosina, parecen excitar el desarrollo de los hongos imperfectos así como ciertas cepas de sacaromicetos, tricofitos y epidermofitos. El mercurocromo no reveló acción fungistática al 1 por 500, pero resultó ser un sensibilizador poderoso a la luz visible, inhibiendo el desarrollo de cepas de monilias, sacaromicetos, epidermofitos y tricofitos, al 1 por 10,000, después de una breve exposición a la luz solar. Un caso de oniquia y otro de tiña se curaron después de dos tratamientos con mercurocromo más aplicación de luz visible por 15 minutos. El cresol reveló mucha eficacia fungistática, matando al 1 por 250 a los hongos en medio minuto. (Gómez-Vega, Paulina: *Arch. Derm. Syphil.*, 49, Vol. 32, jul. 1935.)

Tratamiento con filtrados.—Smith publica seis casos de microsporia del cuero cabelludo tomados al azar, en que empleó en el tratamiento un filtrado del *Microsporon lanosum*. En 10 años de experiencia dermatológica no recuerda haber visto casos que curaran con tanta facilidad como éstos, acortándose aparentemente la evolución. También se produce cierta desensibilización. Considera su informe preliminar. En la discusión, Moore hizo notar las diferencias del resultado del tratamiento en distintas partes del país, y así lo corroboró Gaines citando a Wise, quien declara que la tiña tonsurante observada en el sur de los Estados Unidos es más dócil al tratamiento que la del norte, que apenas cede a los rayos X. (Smith, L. M.: *South. Med. Jour.*, 610, jul. 1935.)

Vacunoterapia de la actinomicosis.—Sumando 5 casos ya comunicados, Negroni ya ha tratado 20 enfermos de actinomicosis con su vacuna. En la mayoría, la localización fué cérvicofacial. Sus cifras indican que con la vacuna se curó un 70 por ciento, correspondiendo 40 por ciento a la localización cérvicofacial, no se sabe si por la benignidad o por ser la más frecuente de las localizaciones. La vacuna es un filtrado atóxico de los cultivos de varias cepas de *Actinomyces asteroides* y una de *A. bovis* en medio líquido de Sauton. En algunos de los enfermos se habían ensayado infructuosamente otros tratamientos. El número de inyecciones varió de 4 a 20 o más. De las tres muertes, una fué en un sujeto con localización cerebral. (Negróni, P.: V Cong. Nac. Med. Arg., Actas & Trab., T. VI, p. 765.)

España.—Al hacer la investigación micológica en 150 casos provenientes de Madrid, 40.6% resultaron positivos al examen directo; 38% por cultivo; y con cualquiera de ambos métodos, 42.6%. De los de cultivo positivo, 39.2% correspondieron a tricofitias, 28% a microsporia, y 16.4%, cada uno, a favo y epidermofitias. De los 22 casos de tricofitias, 9 eran humanos y 13 de origen animal; de los humanos 8 eran de *Trichophyton violaceum* y de los de origen animal, 10 de *Gypseum asteroides*. El *Microsporium audouini* se observó siempre en niños y en la cabeza. De los 9 casos de favo, 7 pertenecían a niños y 2 a mujeres, y en todos la localización era en la cabeza. El epidermofito inguinal se aisló en cuatro casos de eczema y en dos de micosis del pie. Entre 1,912 enfermos de dermatitis, la micosis representó un 3.6%, pero un estudio más detenido reveló cifras más altas. En la discusión Gay hizo notar que en el tratamiento de la tiña en Granada utiliza actualmente la técnica de Buschke, o sea mitad de dosis de rayos X y mitad de dosis de talio, que resulta excelente. (Cisneros, G. J. de; y Vallejo Vallejo, L.: *Act. Dermo-Sif.*, obre. 135.)

Comentando la frecuencia de la tña en distintas partes de España según se va poniendo de relieve gradualmente, Sáinz de Aja cree que debe crearse u organizarse en España una lucha nacional contra la tña, a fin de reducir al mínimum el número de enfermos. (*Med. Ibera*, 162, eno. 25, 1936.)

ESPIROQUETOSIS¹

Argentina.—Miyara y colaboradores han podido diagnosticar, mediante la observación clínica, los dos primeros casos de espiroquetosis icterohemorrágica en la Provincia de Mendoza, comprobados por la seroaglutinación. Ambos curaron con la medicación sintomática, el primero en un plazo relativamente breve, y el segundo con mayor lentitud después de soportar graves alternativas. En todo caso de ictericia febril con marcada uremia, y también en las formas catarrales, debe tenerse presente esa entidad morbosa. La persistencia de aglutininas en la sangre de los enfermos, permite hacer el diagnóstico retrospectivo hasta dos años después de la curación. (Miyara, S., Martínez Leanes, H., y Funes, P. E.: "Investigaciones sobre espiroquetosis icterohemorrágica," Pub. No. 23, Misión Estudios Pat. Reg. Arg., 1935.)

Con motivo de un caso letal de espiroquetosis icterohemorrágica observado en una argentina de 22 años y comprobado por medio de la aglutinorreacción, Barros publica un minucioso artículo, en que considera la enfermedad en sus varias fases. (Barros, E.: *Prensa Méd. Arg.*, 93, eno. 9, 1935.)

Buenos Aires.—Por haberse observado a mediados de 1933 un caso clínicamente sospechoso de espiroquetosis icterohemorrágica, Chiodi realizó un estudio en las ratas de la ciudad de Buenos Aires, estableciendo en forma indudable que algunas son portadoras del espiroqueto causante. La primera investigación de ese género fué realizada por Uriarte, y por Spada y Morales Villazón. Hace algún tiempo, Grapiolo y Palazzo comprobaron un caso de espiroquetosis humana en un enfermo procedente de Rufino. (Chiodi, E.: *Fol. Biol.*, jun.-agto. 1934.)

Ratas.—Entre 160 ratas procedentes de distintas partes de la Argentina, Chiodi encontró dos cepas del *Leptospira icterohaemorrhagiae*, pareciendo ser esta la primera vez que se aísla en los murinos del país. La identificación del microbio mismo parece indudable, por los caracteres morfológicos y biológicos, y el conjunto de lesiones que produce en el cobayo. El primer caso de espiroquetosis humana en Argentina parece haber sido comprobado por Grapiolo, Fossati y Palazzo en una enferma de Rufino, provincia de Santa Fe. Investigaciones en murinos ya habían sido hechas por Uriarte en 1917-18, Spada en 1919, y Morales Villazón en 1923, pero con resultados indecisos o negativos. (Chiodi, E.: *Rev. Inst. Bact.*, 342, jul. 1934.)

Costa Rica.—Trigueros recuerda que hace algunos años llamó la atención sobre varios casos de piroxia que por su modalidad clínica clasificó como Enfermedad de Weil, pero que ahora cree que deben catalogarse más correctamente entre las hepatonefritis infecciosas por poder comprender varias formas y agentes infecciosos, entre ellos el espiroqueto ictero-hemorrágico y el hematozoario palúdico, y hasta el virus de la fiebre amarilla. Algunos son benignos pasando casi desapercibidos, sobre todo en los niños, pero otros tan graves como la fiebre amarilla. En un colegio se presentó un caso, considerado al principio como de fiebre amarilla, habiendo terminado en la muerte. El alumno estaba recién llegado de un lugar elevado donde no existen los mosquitos vectores. Al

¹ La última crónica sobre Espiroquetosis apareció en el *BOLETÍN* de dbr. 1934, p. 1122.