

y la de sífilis probable, 1 por ciento. La solución definitiva de la identidad de la frambesia y la sífilis, parece depender de si puede demostrarse que la primera ocasiona o no de cuando en cuando arteritis "sífilítica," y eso sólo puede determinarse mediante un cuidadoso estudio clínico-patológico de series numerosas en distintos sitios. (Wilson, P. W.: *U. S. Nav. Med. Bull.*, 391, obre. 1934.)

LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL¹

São Paulo.—O A. chega ás seguintes conclusões: A molestia de Nicolas e Favre é de maior incidencia em São Paulo do que nos climas frios. No decorrer de 1933 tivera ocasião de observar cerca de 60 casos. Nunca conseguiu exactamente determinar o período que vae do coito infectante ao apparecimento da adenite, pois em todos os casos houve mais de um coito suspeito. O periodo que vae do coito ao apparecimento da adenite varia de 20 a 30 dias. Os chamados corpusculos de Gamma não passam de restos picnoticos e são também encontrados na esporotricose, com as mesmas características que na lei. O melhor tratamento dos experimentados é o pelo iodureto de sodio a 10 por cento em injeções endovenosas de 1 gr. em dias alternados. Os antimonias devem ser collocados em segunda plana pela sua actividade e por causa dos phenomenos de intolerancia. A sulfo-pyretoterapia deu sempre bons resultados, porém constitue tratamento penoso. O prognostico é benigno, havendo todavia casos chronicos que podem trazer edema e elephantiasis do penis e escroto. Ha casos de cura expontanea. (Baptista, Luis: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 197, fev. 1935.)

Costa Rica.—En el servicio de urología del Hospital de San Juan de Dios, Saenz ha observado numerosos casos de linfogranulomatosis inguinal, principalmente en varones, y rara vez en mujeres. Ignora quien haya sido el primero en observarlos en el país. Rotter, del departamento de anatomía patológica, desde 1931 llamó la atención sobre la relativa frecuencia con que se observa el mal en el país. Para Picado, Padilla fué el primero en Costa Rica que se ocupó de la enfermedad hace unos 12 años. (Saenz, A., Rotter, W., y Picado, C.: *Rev. Méd.*, 165, mayo-jun. 1934.)

Comentando los datos relativos a la linfogranulomatosis inguinal, Echeverría afirma que en 1895-97 el Dr. Thomas M. Calnek operó con muy buenos resultados algunos casos en Costa Rica, que entonces se consideraban como precursores de la peste bubónica, y se designaban bubón tropical o climatérico. (Echeverría, E.: *Rev. Méd.*, 246, sbre.-obre. 1934.)

Niñas.—Luján y Rotter describen dos casos de linfogranuloma inguinal en niñas de seis y siete años de edad, sin que hayan podido encontrar en la literatura casos semejantes en la infancia. De su estudio epidemiológico deducen que la enfermedad puede ser transmitida a las niñas por contacto directo no sexual, pudiendo, al parecer, suceder lo mismo en los adultos. (Luján, M., y Rotter, W.: *Rev. Méd.*, 225, sbre.-obre. 1934.)

Chile.—Fundándose en la observación de 10 casos y un estudio minucioso de la literatura, Agliati deduce que la linfogranulomatosis inguinal constituye la expresión local de un proceso infeccioso general, reconociendo origen venéreo en la inmensa mayoría de los casos. Para él, no existe ningún tratamiento verdaderamente eficaz. (Agliati B., J.: "El linfogranuloma inguinal", 1934.)

Venezuela.—Iriarte hace notar que en 1926 publicó un trabajo sobre granuloma venéreo en Venezuela con casos autóctonos, y aunque después de ocho años no se

¹ Otras crónicas sobre este asunto han aparecido en el *Boletín* de jun. 1928, p. 714; nbre 1928, 1339; ab. 1929, p. 344; agto. 1929, 788, 798; eno. 1931, 50, 64; mayo 1932, 555; fbno. 1933, 174; eno. 1934, 30.

ha dicho nada más sobre el asunto, eso no indica que la enfermedad no sea frecuente en el país. (Iriarte, D. R.: *Gac. Méd. Caracas*, 297, obre. 15, 1934.)

Conservation du nom bubon climatique.—A l'occasion d'une étude historique concernant la maladie étudiée dès 1865 par Trousseau dans une de ses cliniques, sous le nom d'affection ganglionnaire des créoles, et connue de tous les médecins coloniaux français et étrangers, sous le nom de bubon climatique, depuis l'étude qui en a été faite, à Hong-Kong, par Cantlie en 1896, Brumpt demande la suppression des dix-huit synonymes de cette affection vénérienne. C'est en effet depuis 1913 seulement que cette maladie, banale dans les régions tropicales, a été étudiée en France sous les noms de lymphogranulomatose inguinale, de quatrième maladie vénérienne, puis de maladie de Nicolas-Favre, etc. Certains de ces noms peuvent prêter à confusion avec les dénominations données à d'autres affections d'étiologie inconnue ou vénérienne et, d'autre part, ces changements de noms peuvent être très préjudiciables aux recherches, c'est pourquoi il convient, par une saine application de la nomenclature scientifique, de conserver le nom de bubon climatique utilisé depuis près de quarante ans dans toutes les régions tropicales. (Brumpt: *Gaz. Hop.*, 200, 9 fév. 1935.)

Identidad del factor etiológico.—En 1932 (ver *Boletín de mzo.* 1932, p. 262) el virus de la enfermedad de Nicolas-Favre fué identificado en las vegetaciones rectales de casos de ano-rectitis úlcerovegetativa mediante la inoculación en animales de experimentación, lo cual parecía comprobar la identidad de los dos estados; pero Frei criticó el resultado, alegando que la única prueba verdadera de la existencia del virus del linfogranuloma inguinal en la vulva o recto, consistiría en inyectar tejido genital o rectal, o cerebro de mono inoculado con dicho tejido, en sujetos normales, y producir el mal. Levaditi y colaboradores aislaron recientemente virus linfogranulomatoso de las vegetaciones del colon pelviano, en un caso de rectocolitis primaria. Ese virus, que llaman cepa M, lo aislaron por inoculación en el cobayo y pases subsecuentes por un cinocéfalo, que murió al sexto día, revelando meningoencefalitis linfogranulomatosa. El virus del cobayo, inoculado por primera vez, no resultó virulento para los ratones, pero después de pases por el mono se volvió muy virulento para ellos. Los monos inoculados con el virus revelaron poliadenitis generalizada y rectitis ulcerada, encontrándose un virus específico en los ganglios inoculados y otros linfáticos, y en la mucosa ano-rectal, a los 11 días de la inoculación. A dos enfermos de parálisis general se les inoculó entonces el virus: en uno en los ganglios inguinales, y en el otro en el prepucio. El primero reveló adenitis y periadenitis, y una alergia específica no tan sólo al antígeno de Frei preparado con la misma cepa, sino al preparado de un caso corriente de linfogranulomatosis inguinal. El segundo manifestó supuración local acompañada de hipertrofia bilateral de los ganglios inguinales, y el pus obtenido por la punción prepucial a los 18 días de la inoculación contenía virus linfogranulomatoso, patógeno tanto para los monos como los ratones, y el enfermo reaccionó a los antígenos lo mismo que en el primer caso. Los antígenos preparados del cerebro del mono inoculado con la cepa M resultaron absolutamente específicos en los casos de la enfermedad, y el suero de los parálíticos generales y de los casos corrientes de linfogranulomatosis inguinal, también resultó virucida para el virus linfogranulomatoso, lo cual no sucedía con el suero normal. Para los autores, estos experimentos demuestran definitivamente que la enfermedad de Nicolas-Favre, y por lo menos ciertos casos de ano-rectitis vegetante, son producidos por el ultravirus linfogranulomatoso. (Levaditi, C., Mollaret, P., y Reinié, L.: *Bull. Acad. Méd.*, 439, ab. 9, 1935.)

Signos oculares.—A fin de comprobar los hallazgos de Kitagawa sobre los fenómenos oculares en la linfogranulomatosis venérea, Espíldora y Coutts estudiaron 10 casos de síndromes ganglionares, uno génito-ano-rectal, y uno de

estiomena vulvar. De los 12, sólo en tres fué el fondo de ojo negativo, y en los tres la linfogranulomatosis era de tipo inguinal, variando la duración de 40 días a ocho meses. En los nueve positivos, las alteraciones retinopapilares fueron características, llamando la atención el edema y la dilatación y tortuosidad de las venas. Aunque Kitagawa no exploró la presión de la arteria central de la retina, los autores la estudiaron en sus 12 casos, encontrando en todos una hipertensión variable, aunque no exagerada. (Espíldora, C., y Coutts, W. E.: *Rev. Méd. Chile*, 633, nbre. 1934.)

Cultivo del virus.—Tamura dice que, cuando se siembra pus del linfogranuloma inguinal en el medio histológico de Tyrode, que emplearan Maitland y sus colaboradores para el cultivo del virus vacunal, se vuelve turbio. Esa turbidez procede del agente etiológico, que puede transmitirse en cultivos seriados, o cultivos alternados con inoculaciones en el cobayo. El agente etiológico en el pus o líquido sobrenadante turbio pasa por los Berkefeld N. El autor ha empleado los cultivos calentados para hacer el diagnóstico por medio de la intracutirreacción, y para el tratamiento por inoculaciones subcutáneas en nueve casos. De estos, tres pueden ser considerados como curados a las ocho semanas, y los otros parecen seguir una evolución semejante. (Tamura, J. T.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 408, agto. 11, 1934.)

Tauber cree que, siguiendo el método de Tamura, ha logrado cultivar el virus del linfogranuloma inguinal empleando la solución de Tyrode diluida al 1/5 con tejido de cobayo. El pus sospechoso fué colocado en la solución, diluido al 1/10 en suero fisiológico. Del tercero al cuarto día, y hasta el duodécimo, se presentó una ligera turbidez en los tubos, pero después tuvo lugar la desintegración. Esto se repitió hasta en 25 o 30 pases. Ya se ha probado el material obtenido en la terapéutica, con resultados semejantes a los obtenidos con el antígeno de Frei, la irradiación, y la exesión. Para el autor, la enfermedad quizás sea autolimitada, pues los casos no tratados aparentemente lo pasaron tan bien como los tratados. (Tauber, E. B.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1833, dbre. 15, 1934; 2037, dbre. 29, 1934.)

Reacción de Frei.—Del examen de 105 prostitutas en que empleara como antígeno el material procedente de un típico caso de linfogranulomatosis inguinal en un hombre, del Vivo encontró en cinco una típica reacción de Frei, y en nueve una positiva al dmelcos. Ambas reacciones también fueron positivas en un caso del síndrome génito-ano-rectal. Dos de las enfermas positivas acusaban una típica forma inguinal de la enfermedad de Nicolas-Favre, y una de ellas también blenorragia, y una sífilis. Ni la infección sífilítica ni la blenorragia afectaron aparentemente la alergia linfogranulomatosa. Otra de las positivas había sido hospitalizada por uretritis blenorragia, siendo una vieja prostituta, que unos 15 años antes había manifestado un infarto bilateral de los ganglios inguinales. La dmelcos fué negativa. Otra enferma padecía de sífilis terciaria y, además, de adenitis inguinal subaguda, y la dmelcos fué también negativa en ese caso. La quinta positiva fué la del síndrome génito-ano-rectal. Para el autor, la Frei es muy específica cuando se emplean antígenos fidedignos, pero pone en duda los elevados porcentajes de positivas mencionados por algunos autores en casos latentes o asintomáticos, y en portadores. (Del Vivo, G.: *Dermosif.*, fbro. 1935; apud *Ven. Dis. Inf.*, 236, jul. 1935.)

Frei positiva en el líquido pustular.—De sus experimentos, Strauss y Howard deducen que, si una reacción de Frei es suficientemente poderosa para provocar vesiculación, el contenido de la vesícula es capaz de producir una reacción semejante a la Frei en los enfermos de linfogranuloma inguinal. La sustancia reactiva es probablemente un resto del antígeno primitivamente inyectado, que no se ha combinado con anticuerpos. Estos anticuerpos no son circulantes, sino fijos.

Los autores recomiendan que otros comprueben y amplíen sus observaciones. (Strauss, M. J., y Howard, M. E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1930, dbre. 15, 1934.)

Tratamiento.—Thomas y McCarthy trataron un caso de linfogranuloma inguinal con un filtrado autógeno, quedando sorprendidos al ver lo rápido y completo de la curación. El filtrado fué preparado según la técnica de Besredka, obteniendo cultivos de un estreptococo hemolítico y de varios microbios anaerobios y semianaerobios de la incisión verificada en la zona afectada. La aplicación consistió en compresas impregnadas en el filtrado, que se colocaron como tapones en la herida. Los autores no pretenden sacar conclusiones definitivas de un caso, pero creen que vale la pena probar este método en el linfogranuloma inguinal, vistos los resultados favorables también obtenidos con el mismo en la tricomoniasis vaginal. (Thomas, W. A., y McCarthy, E. R.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1934, mzo. 10, 1934.)

TUBERCULOSIS¹

Congreso panamericano.—En el III Congreso Panamericano de Tisiología, que se reunió en Montevideo en diciembre de 1934, fueron aprobadas las siguientes conclusiones: *Bases económicas de la lucha antituberculosa:* considerando que los conocimientos actuales permiten establecer un sistema técnico de asistencia y profilaxis antituberculosa que disminuirá en forma trascendental los estragos actuales de la tuberculosis, como lo demuestran las estadísticas de los países más especializados en la materia, recomienda a los gobiernos: 1° Debe crearse en cada país un organismo central autónomo y ejecutivo, de lucha antituberculosa, destinado a coordinar todas las organizaciones correspondientes y que manejará los recursos del fondo nacional contra dicha enfermedad. 2° Recomienda, asimismo, aprovechar todos los recursos económicos posibles (iniciativa privada, impuestos, etc.), reconociendo como fundamental el seguro especial obligatorio contra la tuberculosis. *Patogenia y tratamiento del empiema tuberculoso:* 1° Los empiemas consecutivos al neumotórax artificial están vinculados habitualmente a un colapso ineficaz, a una mala indicación del método y a una conducta técnica defectuosa. La profilaxis del empiema ha de fundamentarse en los conceptos mencionados. 2° La curación del empiema sólo se alcanza por el adosamiento de las paredes de la cavidad empiemática. La terapéutica médica y quirúrgica tienen indicaciones que deben ser individualizadas en cada caso. *Colapsoterapia médico-quirúrgica:* 1° Recomiéndase el neumotórax como tratamiento básico de la tuberculosis pulmonar entre los métodos colapsoterápicos. La precocidad de su iniciación ofrecerá mayores ventajas sociales, rendirá más éxitos y será también uno de los medios profilácticos de las complicaciones futuras. 2° Reconócese el gran progreso de la colapsoterapia quirúrgica, recomendando el perfeccionamiento de los métodos clínicos que permitan establecer con mayor certidumbre sus respectivas indicaciones y, especialmente, recomienda la vinculación más íntima entre el tisiólogo internista y el cirujano legítimamente especializado. *Crítica al tratamiento de la tuberculosis pulmonar:* 1° Que los fondos destinados en cada país a tratar a los tuberculosos deben emplearse de acuerdo con un plan que comprenda todo el territorio, en cuyo plan se considere de preferencia la ubicación de los recursos técnicos, en centros dotados racionalmente de todos los elementos de que hoy se dispone para tratar la tuberculosis. 2° Que la base del tratamiento de la tuberculosis pulmonar continúa siendo la cura higiénico-dietética, cura que es

¹ Crónicas sobre este asunto han aparecido en el *Boletín* de jun. 1928, p. 715; agto. 1928, 977; dbre. 1928, 1476; sbre. 1929, 899; jul. 1930, 804; fbro. 1931, 169; mzo. 1932, 262; ab. 1932, 396; mzo. 1933, 252; dbre. 1934, 1124.