

suero dextrosado al 10 por ciento, a dosis de 150 a 500 cc. todos los días, y llegando, si es posible, a 15 inyecciones. Por vía bucal administró de 30 a 60 cc. 3 veces diarias. En general, los resultados fueron mejores en los casos más agudos. La solución debe ser fresca.

*El arsileno glucosado en el tratamiento.*—Después de repasar la literatura, Meynadier<sup>10</sup> sostiene que el arsileno glucosado es, de todas las medicaciones empleadas en la encefalitis epidémica, en sus diferentes manifestaciones clínicas, el que proporciona mejores resultados, no encontrando ninguna contraindicación a las inyecciones intravenosas de 0.20 Gm. (5 cc.) tres veces por semana en series de 15 inyecciones.

## AFECCIONES VENÉREAS

*Estadísticas de un preventorio nocturno en Chile.*—González<sup>11</sup> comenta las estadísticas de un puesto nocturno de profilaxia antivenérea en Santiago de Chile. A cada individuo se le entrega una tarjeta anónima con preguntas y respuestas adecuadas, para que la devuelva al consultorio. Desde agosto de 1927, de 1,112 atendidos, sólo se han recibido 40 respuestas, que demuestran que ningún individuo ha contraído la blenorragia o la sífilis después del tratamiento. De los 8,320 enfermos atendidos en el dispensario 4,295 corresponden al preventorio. El escaso número que concurre al puesto de profilaxia en relación con la población masculina de la capital, obliga a atribuir el creciente número de contagios que registra la estadística médica a falta de interés o de conocimiento de las ventajas que aporta el tratamiento profiláctico.

*Profilaxis en Uruguay.*—Scoseria,<sup>12</sup> el presidente del Consejo Nacional de Higiene del Uruguay, repasa así la profilaxia de la sífilis en el Uruguay. En 1918 se creó, por un acuerdo entre dicho consejo y la Asistencia Pública, el Instituto Profiláctico contra la Sífilis, dirigido por una comisión autónoma, en que se hallan representadas las diversas ramas de los servicios públicos interesados. El instituto creó el mismo año su primer dispensario en Montevideo, y el año siguiente 5 dispensarios más en los hospitales de la población, extendiendo luego su acción a todo el país, de modo que el número de dispensarios llega actualmente a 60, en un país de 190,000 km.<sup>2</sup> y 2,000,000 de habitantes. Hoy día la comisión tiene en proyecto la creación de clínicas ambulantes para alcanzar todas las partes del país. En todas las dependencias del instituto, los exámenes clínicos, investigaciones serológicas y tratamiento son absolutamente gratuitos. En todo lo posible, se ha hecho una propaganda intensa para demostrar la necesidad de ir al dispensario a la menor sospecha. El laboratorio del

<sup>10</sup> Meynadier, R.: Tesis de Montpellier, 1927.

<sup>11</sup> González, Danubio: Rev. Soc. Urol. 3: 1265 (eno.) 1928.

instituto centraliza en la capital todas las investigaciones relativas a enfermedades venéreas, y cada semana realiza un millar de análisis serológicos, habiendo ya realizado 350,000. La acción del instituto en la población civil se ve complementada por la de las autoridades sanitarias del ejército, en el cual los médicos militares están provistos de todos los elementos necesarios para el tratamiento venéreo y la profilaxia. Todo el personal de la policía, a su ingreso en el servicio, tiene que someterse a un examen serológico. En las prisiones rigen disposiciones análogas. En el país existe un centro de colocación para las amas mercenarias, las cuales tienen que someterse a un examen clínico y serológico. El instituto también cuenta con una clínica odontológica para los enfermos. Hoy día se ocupa de preparar la carta sifilítica del país. La directiva se preocupa constantemente de enseñar a la población todo lo relativo a las afecciones venéreas, vulgarizando la higiene preventiva, y vende a un precio mínimo los paquetes profilácticos. Ha distribuido igualmente una porción de folletos instructivos. La prensa ha desempeñado un papel importantísimo, publicando frecuentemente carteles y anuncios. El instituto ha asociado en su propaganda los elementos que pueden ayudar la acción sanitaria del médico. En los cursos de los futuros maestros de escuela figuran conocimientos elementales sobre los males venéreos. En 1920, el Poder Legislativo creó un impuesto de 1 centésimo por hectárea de tierra destinada a la crianza del ganado, el cual va a parar al instituto, y produce 150,000 pesos anuales. Otra ley exime de derechos de importación a todos los productos medicinales que el instituto declare eficaces contra la sífilis, y autoriza al Consejo Nacional de Higiene a fijar el precio de venta de esos medicamentos, y a la Asistencia Pública a adquirirlos al por mayor para revenderlos a los boticarios. El Gobierno uruguayo también ha firmado con el Gobierno brasileño un convenio, probablemente el primero en su género, para la defensa mutua contra las dolencias venéreas. El número de casos tratados en los dispensarios en toda la República desde 1918 es de 128,826. En el año 1926 las cifras fueron: Montevideo: consultantes nuevos, 7,250; sifilíticos, 1,335; chancros, 195; sífilis secundaria, 296, y en las otras poblaciones 12,996, 2,545, 411 y 419, respectivamente.

*El líquido cefalorraquídeo en Haití.*—En Haití, donde la sífilis abunda más que en ningún otro país del mundo, es notable que se desconozcan la tabes y la parálisis general. Hay dos grandes grupos epidemiológicos, la frambesia y la sífilis, que, consideradas juntas, son casi universales allí.<sup>12</sup> Apenas hay un habitante que no se reinfecte frecuentemente con paludismo maligno, y sólo en los últimos 2 ó 3 años, la capital y población principal, Port-au-Prince, ha quedado relativamente indemne a la enfermedad. En todas las demás partes

<sup>12</sup> Scoseria, José: Bull. Men. Off. Int. Hyg. Pub. 20: 1804 (nbre.) 1928.

<sup>13</sup> Parsons, R. P.: U. S. Naval Med. Bull. 26: 916 (obre.) 1928.

es raro poder pasar un año sin infectarse. Las indagaciones realizadas durante el año pasado, revelaron parásitos en la sangre de 40 a 90 por ciento de los habitantes. En un grupo de 33 casos de frambesia, el líquido cefalorraquídeo fué constantemente negativo, en tanto que en un grupo de 30 sífilíticos sólo hubo 4 Wassermanns de 4 más. Al parecer, la forma sífilítica manifiesta bastantes líquidos cefalorraquídeos positivos, pero los grupos fueron demasiado pequeños para poder sacar conclusiones definitivas. En el grupo sífilítico, se encontraron lesiones medulares no tabéticas, pero se han notado muchos casos semejantes entre los frambésicos de Haití. Por lo pronto, la explicación más lógica de la falta de tabes y de parálisis general en Haití, donde la sífilis es universal, consiste en la ubicuidad del paludismo allí.

*Estados Unidos.*—El estudio realizado por Usilton y Riley<sup>14</sup> en el Estado de Tennessee, agrega millón y medio de personas a las indagaciones de la frecuencia venérea que ha practicado el Servicio de Sanidad Pública en los Estados Unidos. La investigación se hizo por el método del censo de un día, comunicando los casos bajo tratamiento cada médico o clínica pública. El 1° de julio de 1928 había en el territorio comprendido 11,346 personas que tomaban tratamiento venéreo. El coeficiente fué de 6.4 por 1,000 entre los blancos, y de 12.1 por 1,000 entre los negros, en tanto que las cifras para blenorragia fueron de 3.3 y 4.2, y para sífilis de 3.1 y 8.0, respectivamente. Un porcentaje menor de los negros infectados se presenta en busca de tratamiento para la blenorragia que para la sífilis. De los 1,590 médicos que informaron, 46 por ciento trataban uno o más casos, pero 90 por ciento de los casos particulares quedaban a cargo de 25 por ciento del total de médicos. De los casos blancos, 79 por ciento eran tratados en la práctica particular, comparado con sólo 29 por ciento de los negros. En las poblaciones pequeñas de Tennessee, el coeficiente fué, con una excepción, mayor que en las ciudades de Cleveland y Detroit. En el Estado, se halla casi igualmente dividida la opinión de los médicos en cuanto a aumento y disminución de las afecciones venéreas. De los 11,346 casos, 8,306 se encontraban bajo tratamiento en una de las 4 poblaciones principales del Estado.

*Frecuencia en el Estado de Nueva York.*—La población total del territorio comprendido en el estudio de Pfeiffer y Cummings<sup>15</sup> casi llega a 6,000,000. La frecuencia porcentaria en los hombres fué casi la misma para sífilis (3.34) y para blenorragia (3.00), en tanto que en las mujeres la sífilis (1.93) fué casi dos veces menos frecuente que la blenorragia (0.88). De las mujeres bajo tratamiento por sífilis el día del estudio, un 44 por ciento asistían a clínicas, en tanto que

<sup>14</sup> Usilton, L. J., y Riley, W. D.: Ven. Dis. Information 9: 419 (obre. 20) 1928.

<sup>15</sup> Pfeiffer, A., y Cummings, H. W.: New York State Jour. Med. 28: 1147 (obre. 1) 1928.

sólo asistían a ellas 21 por ciento de las blenorragicas. Los 10 años de esfuerzo organizado por el Gobierno Federal y el del Estado, han hecho probablemente que millares de personas infectadas reciban tratamiento científico.

*Frecuencia de la sífilis en una clínica obstétrica.*—La frecuencia de la sífilis en las enfermas obstétricas del Colegio de Medicina de la Universidad de Nebraska, E. U. A., es de 5.5 por ciento.<sup>16</sup> En una serie de 51 que tenían una Wassermann de 4 más, hubo 52 mortinatos y abortos en 16 enfermas. Entre las 14 que tenían una Wassermann de 3 más, hubo 2 mortinatos o abortos en 2 enfermas; en las 33 que tenían una Wassermann de 2 más, 10 mortinatos o abortos en 10 enfermas, y en las 34 que tenían una Wassermann de 1 más, 7 mortinatos o abortos en 6 enfermas. Entre 118 mortinatos, la sífilis fué la probable causa en 23.8 por ciento, encabezando la lista. La muerte se imputó a probable sífilis cuando la mujer tenía una Wassermann de 3 ó 4 más, con antecedentes de abortos repetidos. Para el autor, todas las sifilíticas deberían ser tratadas durante el embarazo con arsenammina y mercurio o bismuto, independiente de la fecha de infección y del tratamiento anterior, y por fin, sin prestar atención a la Wassermann negativa.

*Dictamen de los peritos de la Liga de las Naciones.*—En la reunión celebrada por los peritos de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, del 8 al 10 de octubre de 1928, se llegó a las siguientes conclusiones: En la lucha contra la sífilis, los resultados no han correspondido al progreso terapéutico, quizás porque los nuevos descubrimientos en el diagnóstico y tratamiento no son explotados como procede, y por no existir un método terapéutico uniforme. Una estadística de los varios métodos utilizados en clínicas y dispensarios permitiría formar una idea general mejor; para ello, los directores de las clínicas deberían enviar a la Sección de Higiene fichas relativas a los enfermos durante cierto período de tiempo, comprendiendo los observados más de seis meses, así como casos más antiguos, para los que se poseen datos suficientes. El director debe, además, enviar una exposición general de los principios que aplica. Aparte de esta labor retrospectiva, debería proponerse a las clínicas dispuestas a cooperar, que comiencen en una fecha dada a anotar los casos nuevos de acuerdo con lo solicitado en esas fichas, a fin de poder contar con datos suficientes dentro de algunos años. Sería de desear que otros organismos, tales como las cajas de seguro e instituciones particulares, colaboraran en la investigación. El comité lamentó que se hayan puesto de venta en varios países preparados bismúticos que no corresponden a las indicaciones de los fabricantes, e indicó que convendría dar a conocer los métodos utilizados en algunos países para la comprobación oficial de esas substancias.

<sup>16</sup> Sage, E. C.: Nebraska State Med. Jour. 13: 495 (dubre.) 1928.

Según el comité, ningún plan nacional de profilaxia antisifilítica es completo si no comprende enseñanza teórica y práctica de la sifilología a los estudiantes de medicina. Además, deberían ofrecerse cursos de ampliación a los médicos generales. La discusión relativa a las variaciones en la frecuencia de la sífilis, fué aplazada hasta otra fecha.

*Profilaxis en Europa.*—En la reunión celebrada en Nuremberg por la Sociedad Alemana contra el Mal Venéreo hablaron autoridades de varios países.<sup>17</sup> En Inglaterra, según declarara la Sra. Neville Rolfe, secretaria general de la Sociedad Inglesa contra el Mal Venéreo, esa sociedad no aprueba la distribución gratuita o venta pública de profilácticos, sino que prefiere aconsejar a los interesados que vayan después de exponerse, cuanto antes a un centro de desinfección. En Inglaterra, como en otros países, pueden comprarse preventivos en las boticas. Dicha señora hizo notar que en Inglaterra se evita en todo lo posible dictar leyes que coarten la libertad personal del individuo. En dicho país no hay burdeles, pero se tolera la solici-tación en ciertas poblaciones, y principalmente en los puertos. En Inglaterra han prestado un servicio muy valioso los hoteles para mujeres y niños que padecen de enfermedades venéreas, y en los que reciben también a solteras a punto de dar a luz. Cavaillon, secretario general de la Unión Internacional contra el Peligro Venéreo, hizo notar que hasta en Francia, donde se iniciara la reglamentación, va siendo abandonada gradualmente. En la mayor parte de las ciudades francesas hay todavía burdeles, pero se van eliminando. Marcus describió el éxito de los asilos Welander en Suecia. De 140 niños heredosifilíticos, la información subsecuente reveló que sólo 22 acusaban signos, principalmente mentales, de infección sifilítica. Suecia fué el primer país en dictar legislación relativa al tratamiento gratuito de todos los casos venéreos, ejemplo ese seguido después por Brasil, Inglaterra y Francia, entre otros países.

*Resultados en Alemania.*—La nueva ley federal contra el mal venéreo cumplió un año de existencia el 1º de noviembre. La liga de médicos (Aerztebund) llevó una lista de todos los casos nuevos durante un período de 7 días, a saber, del 21 al 27 de junio de 1927, y del 19 al 25 de junio de 1928, descubriendo que han disminuido tanto la blenorragia (14.5 por ciento) como la sífilis (30 por ciento). La disminución debe ser en realidad mayor, pues antes de dictarse la ley, muchos casos venéreos no aparecían en las estadísticas, por tratarlos profanos. Las estadísticas anteriores, si bien no fidedignas, demuestran que antes de la guerra había tres veces más blenorragia, que sífilis; durante la guerra y el período post-guerra la proporción cambió a 2 a 1. Más adelante la sífilis ha disminuido con mayor rapidez que la blenorragia, de modo que la proporción es hoy día de 5.3 a 1. En el último censo federal (junio de 1928), la proporción en

<sup>17</sup> Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 92: 249 (eno. 19) 1929.

el Gran Berlín fué de 5.3 a 1, y según las últimas estadísticas, de 6.5 a 1. Hasta 1927 el chancro blando reveló una marcada disminución, pero en 1928 observóse un aumento de 18 por ciento.

*Afecciones venéreas entre los niños de Frankfort.*—Entre los escolares varones de la ciudad de Frankfort, en Alemania, no se descubrió blenorragia, pero de 4,582 niñas, 16 la tenían, así como 2 de edad preescolar.<sup>18</sup> En 11 varones escolares, y en 2 niños más pequeños, se distinguió sífilis, así como en 10 niñas de edad escolar y 4 más pequeñas. No cabe duda de que estas dos enfermedades acusan cifras inferiores a la realidad, pues los médicos escolares cuentan con limitadísimos medios de diagnóstico.

*Campaña contra la sífilis en Turquía.*—En febrero de 1921, el terrible aumento en la sífilis después de la Guerra Mundial hizo dictar en Turquía una ley para el dominio y profilaxis de esa enfermedad.<sup>19</sup> La ley impuso el tratamiento obligatorio, pero dejando al sífilítico en libertad de escoger su propio médico. Los médicos están obligados a comunicar sus casos, y además, si los enfermos prosiguen o no el tratamiento. Los permisos para matrimonios sólo se conceden después de la presentación de un certificado de salud. A los hombres se les practica un examen completo, y a las mujeres sólo se les reconocen las manos, garganta y boca.

*Viena.*—El presidente del consejo superior de salubridad discutió recientemente en Viena las obras antivenéreas.<sup>20</sup> Declaró que va perdiendo constantemente terreno el concepto de que sólo las prostitutas transmiten estas afecciones. La reglamentación ha resultado ineficaz. En casi todos los países, las leyes castigan a toda persona que exponga a sabiendas a otra a infección, pero esas disposiciones resultan inútiles para la protección social. Un 67 por ciento de los varones de 14 a 27 años están infectados. De los de más de 30 años, más de 14 por ciento se encuentran constantemente bajo tratamiento. Las leyes recientes, en particular en Alemania, tratan de descubrir los sujetos venéreos de ambos sexos, y de facilitar el examen médico obligatorio de los sospechosos. El nuevo código penal de Alemania castiga con 3 años de prisión a toda persona que exponga a otra a una infección venérea, o que se case a sabiendas de que se halla infectado. En Suecia se comunican resultados favorables con una ley semejante, y en Austria están pidiendo legislación idéntica.

*Mortalidad de sífilis en Rumanía.*—La mortalidad por sífilis entre los habitantes de Rumanía en 1926 fué de 3.61 por 1,000 habitantes.<sup>21</sup>

*Prostitución.*—El ministerio italiano del interior ha expedido una circular a los prefectos, encomendándoles que vigilen a las prostitutas, en particular desde el punto de vista de la posible propagación

<sup>18</sup> Hagen: Münch. med. Wchnschr. 75 : 1450, 1928.

<sup>19</sup> Carta de Turquía: Jour. Am. Med. Assn. 91 : 1906 (dbr. 15) 1928.

<sup>20</sup> Carta de Viena: Jour. Am. Med. Assn. 91 : 1050 (obre. 6) 1928.

<sup>21</sup> Bull. Min. San. si Ocrot. Soc. 46 : 164 (Jun.) 1928.

de la tuberculosis.<sup>22</sup> Esta vigilancia será función de los inspectores médicos a cargo de la profilaxia venérea. El problema resulta más difícil en lo tocante a las prostitutas clandestinas.

*Certificado prenupcial.*—Sirlin<sup>23</sup> afirma que ni la ciencia médica ni nuestra mentalidad están preparadas para hacer obligatorio el certificado prematrimonial. Dicha medida traería más perjuicios que beneficios. Aún en Alemania, país militarizado, el Reichstag se limitó a aconsejar y recomendar el certificado. Lo más lógico sería tentar el terreno estableciendo uno o dos centros de información médica prenupcial. Como preliminar a la instalación de estos centros, es necesario intensificar una campaña de profilaxia social y de cultura sexual. Si no se ha creado el estado de conciencia de la necesidad y conveniencia del certificado, la burla será bastante fácil. Tan espinoso es el problema, que lo demuestra la divergencia en la fecha en que se debe obtener el certificado en varias partes; es decir, desde 15 días a una semana antes de la boda, a la víspera misma de ésta. Aún después, ¿quién garantiza la fidelidad del hombre? En las estadísticas de Fournier, de 312 mujeres contaminadas con sífilis por el esposo, éste, en 30 por ciento había contraído la enfermedad después del matrimonio.

*Centros prenupciales.*—En el informe anual del centro de consultas matrimoniales de Frankfort sobre el Maine, en Alemania, preparado por el profesor Raecke, se ve que van desapareciendo los prejuicios del público contra estos centros así como la reserva de la profesión médica, aunque todavía es cierto que sólo 6 por ciento de la clientela fué enviada por médicos. En 3 por ciento de los casos la información fué solicitada por ciertos organismos oficiales; en 25 por ciento se presentaron novio y novia; en 22 por ciento buscaron la información padres o allegados, en 2 por ciento de los casos se condenó enérgicamente el matrimonio, pero no se sabe qué porcentaje siguió el consejo; en 33 por ciento se recomendó aplazamiento del matrimonio, por haber ciertas enfermedades.

*Papel de la sífilis en la psicoastenia.*—De su estudio de 109 casos de psicoastenia, Toporkoff<sup>24</sup> deduce que la sífilis congénita desempeña un papel importante en la patogenia, de modo que en esos casos examina a toda la familia en busca de signos de sífilis.

*Hereditofilia y epilepsia.*—Babonneix<sup>25</sup> declara que la teoría que establece relaciones de causalidad entre la epilepsia esencial y la hereditofilia, cuenta con bastantes argumentos valiosos en favor suyo para ser conservada, pero a condición de que no trate de ser aplicada a todos los casos.

*Sífilis vesical.*—La estadística de sífilis vesical presentada por Chacholka<sup>26</sup> en este trabajo comprende 56 casos. Sus observaciones

<sup>22</sup> Carta de Italia: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1122 (obre. 13) 1928.

<sup>23</sup> Sirlin, Lázaro: Semana Méd. 35: 1213 (nbre. 1) 1928.

<sup>24</sup> Toporkoff, N. N.: Progrès Méd. 43: 1837 (nbre. 3) 1928.

<sup>25</sup> Babonneix, L.: Gaz. Hôp. 101: 1692 (nbre. 28) 1928.

<sup>26</sup> Chacholka: Jour. Urol. 25 (jun.) 1928.

han subido de 14 en 1900 a 169 en 1925. El diagnóstico fué hecho en la mayoría, apoyándose más bien en el resultado del tratamiento específico que en la Wassermann. Hay dos formas cistoscópicas de la sífilis vesical: Un aspecto curioso de la mucosa, que toma un color como de cera, y acusa pequeñas elevaciones, cuyo color se cambia a veces en marmóreo, conglomerados de granulaciones planas, uniformes de un color pardo rojizo, que forman islotes. Hay que acostumbrarse a no considerar la lesión como rara, pues en general la sífilis vesical es mucho más frecuente que la tuberculosis. Buscándola, se encuentra en muchos casos. Es preciso ensayar el tratamiento específico sin ningún antiséptico urinario.

*Sífilis renal.*—Valerio <sup>27</sup> declara que la heredosífilis y la sífilis adquirida son la causa de 60 por ciento de las nefropatías. Algunas de las nefritis se traducen en la infancia por albuminurias ligeras, con períodos más o menos prolongados de mejoría o curación aparente. En el diagnóstico hay que avalorar cuidadosamente los antecedentes y las distintas pruebas. El tratamiento será muy cuidadoso.

*Sífilis y embarazo.*—Aunque la maceración fetal puede dimanar de nefritis, desprendimiento prematuro de la placenta, tuberculosis materna o estrangulación onfálica, en todos los casos surge la sospecha de sífilis.<sup>28</sup> De 80 a 95 por ciento de las madres que tuvieron hijos macerados acusaron una Wassermann positiva. De los heredosifílticos, sólo 15 por ciento nacen a término. Los abortos de los primeros meses de la gestación no se deben a sífilis, aunque ésta puede intervenir en los abortos repetidos. En la clínica del profesor Peham se practican sistemáticamente Wassermans en todas las mujeres, ya den a luz allí o se presenten para diagnóstico del embarazo. Antes y después del parto, también se practican pruebas en la sangre retroplacentaria. El porcentaje de infección sifíltica en 28,000 casos fué de 6, que es probablemente la proporción correcta para las mujeres embarazadas y parturientas de la población vienesa. Debe concederse mucha atención a la sífilis latente, pues se descubrió en 67.13 por ciento de las madres que dieron a luz fetos macerados. La lesión primaria se encuentra probablemente localizada en el cuello en 15 por ciento de las infecciones. Como 14 muertes atribuidas al salvarsán en la literatura fueron en gestantes, precisa cautela al emplear el remedio. El autor administra de 4.2 a 4.5 Gms. de neosalvarsán, lo cual suele bastar para trocar la reacción positiva en negativa.

*Parálisis general en actores y cantantes.*—En el *Deutsche medizinische Wochenschrift* del 22 de junio, Heller discutió la frecuencia de la parálisis general en los actores alemanes de 1785 a 1870. Sólo 1.5 por ciento de los artistas eminentes murieron de parálisis sifíltica, o sea

<sup>27</sup> Valerio, A.: Brasil Méd. No. 38 (sbre. 22) 1928.

<sup>28</sup> Katz, Heinrich: Wien. klin. Wchnschr. 41: 1192, 1928.

1 cada 4 años, sin que figurara entre ellos ninguna mujer. Para Heller esto no se debe a ninguna peculiaridad de los actores o a causa del tratamiento, pues la mayor parte de los casos se remontan a una época en que el tratamiento pecaba de insuficiente. Para él, la constitución desempeña un papel importante, pues estos artistas encuentran abundante ocasión de exteriorizar sus emociones, en tanto que, de faltar tales ocasiones, según dicen los psicoanalistas, puede lesionarse el cerebro.

*Pesquisa de la sífilis congénita.*—Perez <sup>29</sup> recalca que en las maternidades deben hacerse investigaciones en busca de sífilis en las mujeres grávidas que van a tratarse, por medio del estudio clínico, las reacciones biológicas y las manifestaciones de la patología ovular. Una maternidad moderna, concebida en esa forma, deja de ser una simple casa de partos, para transformarse en un puesto más avanzado del ejército médico que combate los azotes sociales, y en especial la sífilis. De todos los servicios hospitalarios, las maternidades son las más indicadas para llevar a cabo la profilaxis de la sífilis, con el fin de tratar a la madre y a la raza futura. Es necesario que se establezcan consultorios profilácticos en las maternidades, en donde se centralice la dirección del patólogo, el pediatra y el sifilólogo, para tratar a la mujer atacada de sífilis, en los diferentes estadios de su vida genital, y a los hijos que tenga.

*Cardiopatía con insuficiencia.*—De los 56 casos discutidos por Smith y Kimbrough, <sup>30</sup> 39 eran en negros y 17 en blancos. La edad media de los primeros era de 45.8 años, y de los últimos, de 52.6 años. Cuarenta y nueve eran varones. El intervalo medio desde la infección inicial al comienzo de la insuficiencia duró 22 años; el más corto 8 años y el más largo 41. De los 56, 49 tenían Wassermanns sanguíneas positivas. La radiología resultó de valor para determinar las anomalías cardíacas y aórticas. En 48 no había historia de tratamiento específico. Sábese que 21 de los enfermos han muerto, que 18 están vivos y no se conoce el paradero de los otros. De los 18 vivos 13 han mejorado. En los 21 muertos, la duración de la vida, desde la iniciación de la insuficiencia, fué de 3.2 años.

*Infección sifilítica de los cadáveres.*—Las observaciones de Grigoriev y Jarysheva <sup>31</sup> demuestran la posible infección por medio de cadáveres sifilíticos. El virus sifilítico permaneció virulento en la nevera 48 horas después de nacer el feto sifilítico macerado, según confirmaron las inoculaciones en conejos que produjeron un típico chancro con espiroquetos en los jugos histológicos. Los preparados argénticos del hígado del feto revelaron algunos espiroquetos después que el tejido había permanecido en la nevera de 72 a 96 horas, y hasta 6 ó 10 días después del parto.

<sup>29</sup> Perez, M. L.: *Folha Med.* 9: 257 (agto. 5) 1928.

<sup>30</sup> Smith, D. C., y Kimbrough, R. D.: *South. Med. Jour.* 21: 634 (agto.) 1928.

<sup>31</sup> Grigoriev, P. S., y Jarysheva, K. G.: *Klinch. J. Sar. Univ.* 5: 83 (ibro.) 1928.

*Possible transmisión por los lápices labiales.*—A una muchacha, que 5 semanas antes había tomado prestado el lápiz labial de una amiga, so le presentó un típico chancro en el labio superior. A fin de descubrir la posibilidad de infección de esta naturaleza, Buschke y Joseph<sup>32</sup> colocaron suero de un chancro en un lápiz labial, y lo mantuvieron a la temperatura ambiente; al humedecerlo con suero fisiológico, a las 24 horas, descubrieron que los espiroquetos se hallaban inmóviles. Los cultivos secados durante 2 horas, todavía revelaban espiroquetos móviles. En los lápices labiales, los espiroquetos quedan protegidos contra el efecto nocivo de la luz. La infección es, pues, posible, pues la mucosa labial tal vez tenga erosiones en que puedan inocularse los espiroquetos.

*Dermotropismo de la sífilis tropical.*—La preferencia, según Ríos,<sup>33</sup> que tiene el treponema de ciertos sífilíticos, especialmente en los países cálidos, a localizarse en la piel o mucosas y la de otros, en especialidad en los países templados de occidente, en el parénquima nervioso ha llamado justamente la atención de los investigadores. La rareza de la parálisis general progresiva y de la tabes en los nativos de los países de la zona tropical así como la frecuencia de las manifestaciones cutáneas, mucosas y óseas en ellos ha sido invocada a favor del dualismo, diciendo los partidarios de esta teoría que la sífilis llamada exótica era producida exclusivamente por el treponema dermatropo. En general la sífilis exótica es más ruidosa que verdaderamente grave, provocando a veces mutilaciones incurables pero amenazando poco la vida del enfermo. No se complica jamás por así decirlo de tabes y de parálisis general progresiva. En estos últimos tiempos muchos autores atribuyeron la rareza de la sífilis nerviosa en los países tropicales a la gran frecuencia del paludismo en dichas regiones. En efecto Wagner y von Jauregg de Viena ha observado ciertas curaciones o remisiones más o menos duraderas en paralíticos generales que habían contraído el paludismo. Esta infección atacaría a la mayoría de los hombres de color creando en su organismo una inmunidad duradera que actuaría contra el treponema. Para ser demostrada, la intervención del paludismo como factor en contra de la localización nerviosa del treponema deben continuarse las investigaciones. La presencia de numerosas sífilis nerviosas en ciertas regiones muy impaludadas del viejo mundo (Italia) permitiría pensar que la malaria no es la causa de la ausencia de la parálisis general progresiva y de la tabes en la sífilis exótica. Las excavaciones y los trabajos modernos realizados en el Perú han aportado, parece, alguna luz sobre la existencia de la sífilis en la América precolombina. El estudio de esqueletos de los antiguos incas así como también el de ciertos trabajos de alfarería ejecutados por los mismos demuestra de una manera casi evidente la existencia

<sup>32</sup> Buschke, A., y Joseph, A.: Mediz. Welt 2: 1417 (sbre. 22) 1928.

<sup>33</sup> Ríos, A. F.: An. Fac. Cienc. Méd. Asunción 1: 43 (abr.-jun.) 1928.

de lesiones que pueden considerarse casi patognomónicas de la lues. Los trabajos de J. Tello, la interpretación de los huacos, y el hecho de que la historia de la sífilis comenzó en Europa después del descubrimiento de América, así como numerosos trabajos aparecidos en Europa y América hacen hasta cierto punto verosímil la existencia de la sífilis en América antes de su descubrimiento y su posible conducción a Europa por los conquistadores españoles. La primera conclusión llevaría a suponer que sea el origen primitivo, autóctono o heteróctono del virus sudamericano y abstracción hecha de su proveniencia animal cuya realidad es por lo menos dudosa. La explicación de la dermatropía inicial del virus sudamericano puede sin grandes dificultades encontrarse en el hecho de que este virus ha cultivado durante siglos sobre los tegumentos de indígenas que tenían todas las razones del mundo para presentar reacciones cutáneas ulcerosas (piel descuidada, expuesta a injurias de todas clases) más bien que reacciones nerviosas (ausencia completa de cansancio del sistema nervioso). Se puede agregar que esta explicación es válida dado que la sífilis existía en América desde época inmemorial y que por lo tanto su antigüedad en éste continente se pierde en la noche oscura de la historia precolombina.

*Incoordinación tensional en la tabes.*—En la tabes, según Dumas y sus colaboradores,<sup>34</sup> se observan considerables variaciones de la tensión arterial, y las que se producen de un día a otro, fuera de toda crisis dolorosa, son tan importantes como las observadas durante las crisis. También existe una labilidad tensional muy considerable en ciertos casos.

*Frecuencia de la aortitis sífilítica.*—De 206 enfermos que han ingresado en el Servicio de Cardiología del Hospital General de México, 73, o sea 38 por ciento, eran aórticos.<sup>35</sup> En 68 se diagnosticó aortitis sífilítica, o sea en 33 por ciento de los cardiovasculares estudiados. Si se reúnen las 68 aortitis con 2 aneurismas, la sífilis reivindica el 93 por ciento de las aortopatías. Esta proporción formidable sólo cede, pues, al reumatismo, el cual existía en 47 por ciento de los enfermos. En 132 aórticos se buscó la sífilis, y 101 fueron clasificados así; en 90 había sífilis clínica; la Bordet-Wassermann fué positiva en 81 casos. La sobreposición clínica y serológica no fué perfecta, pues 16 de Wassermann negativa, tenían manifestaciones o antecedentes sífilíticos, y 7 de los indemnes fueron traicionados por una reacción positiva. De cada 14 aórticos, sólo 1 es, pues, no sífilítico. De 100 sífilíticos, 44 presentaban lesiones clínicas de aortitis crónica, 14 lesiones incipientes o dudosas, 10 lesiones de arteritis pulmonar, 6 de ellos coexistían con aortitis, y sólo 38 parecían tener indemnes los grandes troncos arteriales. De 123 casos de aortitis, 43 tenían de 30 a 40 años, 25 de 40 a 50, 26 de 50 a 60, 7 más de 60, 16 de 20 a 30, y 5 de

<sup>34</sup> Dumas, A., Froment, R., y Mercier: Jour. Méd. Lyon, No. 202, 1923.

<sup>35</sup> Chávez, Iguacio: Rev. Mex. Cienc. Méd. 3: 27 (eno.-jun.) 1923.

16 a 20. Hubo un 55 por ciento de hombres. Un 78 por ciento de los enfermos era francamente alcohólico. De 100 sífilíticos examinados, 58 por ciento eran fumadores, y de los 44 aórticos, lo eran 63 por ciento. En cambio, del total de 123 aórticos, había tabaquismo en 59 por ciento. En 30 de 100 sífilíticos había antecedentes palúdicos. En el grupo de los 44 aórticos, el paludismo bajó a 27 por ciento, en tanto que en los 38 indemnes subió a 40 por ciento. En los 123 casos de aortitis sífilítica, guardó una proporción de 26 por ciento.

*La vaginitis blenorragica infantil como enfermedad estacional.*—Blum<sup>36</sup> repasó los casos de vaginitis blenorragica aguda observados en el Asilo de Criaturas Hebreas de Nueva York durante el período 1916–1921, para determinar las variaciones estacionales. La frecuencia mayor correspondió al invierno, viniendo después la primavera y el otoño. Es sabido que en los niños los exantemas predisponen a las infecciones vaginales, y que la blenorragia latente suele manifestarse en todo proceso febril agudo. En todas las estaciones hay casos crónicos y agudos.

*Conjuntivitis neonatal estafilocócica.*—Thomas<sup>37</sup> declara que en los lactantes puede presentarse conjuntivitis purulenta aguda sin signos de vaginitis previa en la madre. De 100 casos consecutivos en recién nacidos, ninguno pareció ser debido al gonococo. En todos los casos se aisló el estafilococo de las conjuntivas y algunas otras lesiones, siendo probablemente transmitido por el aceite de olivas o ácido bórico contaminado, o por ambos.

*Frambesia entre los beduinos.*—Hudson<sup>38</sup> realizó sus observaciones en tres años de práctica en una población sobre el Río Eufrates de la Siria Francesa. Los beduinos padecen de una enfermedad llamada bejel, a la cual los médicos denominan sífilis, aunque los árabes mismos declaran que no lo es, por no ser contraída por el contacto sexual, ni traducirse por un chancro primario. Casi todos los adultos declaran que padecieron de la enfermedad “cuando eran chiquitos.” La Kahn resultó positiva en 22 de 31 beduinos, o sea en 72 por ciento. Ciertas características del bejel se parecen a la sífilis, y otras a la frambesia, por lo cual sería mejor llamarla trepanomatosis, comprendiendo así a las tres enfermedades, según ha propuesto Butler.

*La frambesia en Papúa.*—Según describiera el Dr. Strong,<sup>39</sup> en la Conferencia Internacional Sanitaria del Pacífico, la principal labor higiénica realizada en Papúa versa sobre el tratamiento del pian, cuyo problema ha sido atacado desde 1920. De 1923 hasta 1926 se han administrado 20,794 tratamientos. Al principio se empleaba el neosalvarsán, pero últimamente el tartrobismutato de sodio. Con el bismuto se utiliza la vía intramuscular, y se han observado algunos

<sup>36</sup> Blum, Julius: Arch. Pediat. 45: 357, 1928.

<sup>37</sup> Thomas, A. B.: Jour. Inf. Dis. 43: 306 (obre.) 1928.

<sup>38</sup> Hudson, E. H.: U. S. Naval Med. Bull. 26: 817 (obre.) 1928.

<sup>39</sup> Strong: Rep. Inter. Pac. Health Con., 1926, p. 22.

casos de estomatitis postterapéutica en los ancianos. Parece que una dosis de 0.13 Gm. es todo lo que conviene emplear. Algunos médicos han empleado tentativamente la vía venosa con el bismuto, a dosis de 0.06 Gm. disueltos en 10 cc. de agua para los adultos, y 8 cc. para los niños. No se han observado muertes después de las inyecciones, y sólo un caso de asfixia en un niño. La gran ventaja del bismuto, comparado con el neosalvarsán, radica en el costo.

*Linfogranulomatosis inguinal subaguda.*—De sus estudios y experiencias, Gay Prieto<sup>40</sup> deduce que la aparición de linfogranulomatosis inguinal después de contactos sexuales sospechosos, la frecuente existencia de una puerta genital de entrada, la localización en los ganglios inguinocrurales, hacen suponer que se trata de una enfermedad venérea, cuyos caracteres clínicos y anatómicos permiten diferenciarla. La intradermorreacción es rigurosamente específica, y tiene por consiguiente valor excepcional para el diagnóstico. La afección no es autoinoculable, pero observaciones de casos en que ha habido un contacto sexual evidente, hacen suponer que sí es inoculable a la especie humana. La mayor parte de los intentos de inoculación a los animales de laboratorio han fracasado. Únicamente un pequeño número de investigadores, entre ellos el autor, han logrado inocularla al cobayo. Esta linfogranulomatosis experimental cura espontáneamente en dos o tres semanas, pero en algunos casos se pueden hacer pases sucesivos en el cobayo. En tanto que nuevas investigaciones no pongan en claro la etiología, debe estimarse la afección como un síndrome ganglionar, y no como una entidad morbosa independiente. El síndrome se desarrolla muy frecuentemente en individuos tuberculosos, y es en algunos casos favorablemente influenciado por la tuberculosis. Esta linfogranulomatosis carece de tratamiento específico. Debe conservársele el nombre actual simplemente por ser el más difundido.

*El granuloma venéreo en Venezuela.*—Iriarte y Salas<sup>41</sup> concluyen que el granuloma venéreo es una enfermedad crónica mucho más esparcida en Venezuela de lo que en general se cree, pasando a menudo indagnosticado o confundido con otras lesiones. Todavía no se ha podido probar de una manera concluyente cuál es el agente etiológico. Hasta la fecha, el mejor tratamiento es el tártaro emético, mas dista mucho de ser satisfactorio. La enfermedad recidiva frecuentemente. La gelificación del suero sanguíneo por el formaldehído no parece ser una reacción específica.

*El granuloma venéreo en la Nueva Guinea Holandesa.*—Vogel<sup>42</sup> declara que en la tribu de los marandineses de las Indias Holandesas la afección más nociva es el granuloma venéreo. Debido a las defectuosas condiciones higiénicas, se ha tratado a más de 4,000 enfermos, obte-

<sup>40</sup> Gay Prieto, J.: Med. Ibero 22 : 409 (nbre. 3) 1928.

<sup>41</sup> Iriarte, D. R., y Salas, L. M.: Gac. Méd. Caracas 35: 212 (jul. 31) 1928.

<sup>42</sup> Ann. Méd. & Pharm. Col. 26: 353 (jul.-sbre.) 1928.

niéndose 86.1 por ciento de curaciones con una sola inyección, 12.8 por ciento de recidivas que tuvieron que ser tratadas varias veces, y 1.1 por ciento de mortalidad. El tratamiento ha durado por término medio 53 días por enfermo. Dos médicos continúan esa obra hasta lograr reducir la enfermedad a casos esporádicos.

---

## SARAMPIÓN

*Puerto Rico.*—De las cuatro enfermedades más comunes de la infancia, el sarampión es la más importante en Puerto Rico, pues apenas hay escarlatina, la mortalidad diftérica no pasa de 12 por 100,000, y la coqueluchosa fué de 35 por 100,000.<sup>43</sup> En cambio, la mortalidad sarampionosa representó 57 por 100,000 de 1921 a 1925. La enfermedad revela una periodicidad casi perfecta, con intervalos indemnes de dos años, y epidemias de dos años también. Por ejemplo, en 1919 y 1920 apenas hubo muertes de sarampión; en 1921 y 1922 sobrevino una epidemia; en 1923 y 1924 indemnidad; en 1925 y 1926 otra epidemia, y en 1927 y 1928 indemnidad. El sarampión no siempre aparece como tal en las tablas de mortalidad, pues como la bronconeumonía es una de sus complicaciones más frecuentes, muchas muertes aparecen en este encasillado, aunque la causa primaria fué el sarampión. Otra complicación frecuente en Puerto Rico es la diarrea y gastroenteritis.

*Dominio en las instituciones.*—Según Godfrey,<sup>44</sup> la abstención absoluta de los visitantes y nuevos asilados es el único método razonablemente seguro para impedir que el sarampión penetre en una institución de niños pequeños, cuando es epidémico en la comunidad circundante. En lo tocante a impedir la mortalidad por sarampión, lo más importante es el debido cuidado de los contactos y la higiene y enfermería de los pacientes. El suero de convaleciente es un coadyuvante valioso, pero no puede suplantar a la segregación y al cuidado higiénico de los casos incipientes. La elevada mortalidad en el sarampión es debida por lo común, si no siempre, al estado físico del enfermo, deficiencias en su medio ambiente o en la asistencia, y rara vez a virulencia inherente. El autor describe un brote de 155 casos con 14 muertes en una institución para defectuosos mentales. Todas las muertes recayeron en los que tenían cocientes mentales de menos de 25.

*Diseminación.*—En un informe reciente del Consejo Médico de Investigación de la Gran Bretaña se discute el respectivo papel que desempeñan las escuelas y los hogares en la propagación del sarampión. En general, en la Gran Bretaña el sarampión es principalmente una enfermedad de la infancia, pero el período en que tiene

<sup>43</sup> Fernós Isern, A.: Porto Rico Rev. Pub. Health & Trop. Med. 4: 149 (obre.) 1928.

<sup>44</sup> Godfrey, Jr., E. S.: Jour. Prev. Med. 2: 251 (mayo) 1928.