

## FRAMBESIA<sup>1</sup>

**Ceará.**—Durante os 14 meses (1929-30) de atividade do Posto Itinerante do Ceará, matricularam-se um total de 4,690 boubaticos, assim distribuidos: Baturité, 1631; Acarape, 1274; Capistrano de Abreu com Açudinho, 974; Canafistula, 508, e Aracoíaba, 303. A terapeutica empregada foi exclusivamente o neosalvarsan. Os meios de transmissão mais comumente observados são o contacto direto do boubatico á pessoa indene cujo organismo seja portador de uma solução de continuidade que sirva de porta de entrada e o contacto indireto por meio de objetos de uso, cópos, toalhas, roupas. Papel preponderante na transmissão da boubá representam os insetos, principalmente as moscas e os mosquitos que mecanicamente transplantam os virus. Muitas vezes, sempre em escolares, localizou-se a boubá-mãe na curva poplitéa e na face posterior da côxa, no seu terço inferior, atribuído ao contagio por intermedio dos bancos escolares. Sem pretender contestar a transmissão por intermedio das aguas das cacimbas, conforme evidenciou Steel citado por Waldemir Miranda, não é essa segundo o A., a causa de predileção pelos pés e terço inferior das pernas na localização do cancro boubatico inicial. O pôvo (de Baturité e imediações) acusa, no inverno o mato verde como sendo o responsavel pela transmissão, sendo muito abundante, na estação chuvosa, a vegetação que margina os caminhos, em geral muito estreitos, é certo que os portadores de lesões nos pés e no terço inferior das pernas, ao passarem nesses caminhos deixam as folhas do mato que quasi os fecham, contaminadas, tornando-se essas folhas transmissoras. E esta, diz o A., talvez a causa principal da predileção pelos pés e terço inferior das pernas na localização da boubá-mãe. Isto explica igualmente a razão de ser do numero consideravel de infecções novas durante a estação chuvosa. A transmissão venerea da boubá nunca foi por o A. constatada nos 4,690 boubaticos. Nunca observou uma creança infectada antes do 20° ou 30° dia após o nascimento. E habitual o contagio pela amamentação (não pelo leite), quando as mães são portadoras de lesões nos seios, principalmente nos mamelões. Preconiza o A. como medida preventiva, o uso de sapatos, calças compridas ou perneiras, principalmente durante a estação chuvosa, para evitar o contagio por meio das folhas verdes que invadem os caminhos. Outrosim, admitindo-se esse modo de contagio, seria aconselhavel a roçagem sistemática dos caminhos na época invernosá. De par menciona a educação sanitaria dos moradores das zonas endemicas, por meio de conselhos, conferencias, propaganda por intermedio de boletins, etc. Aqui grande serviço poderia ser prestado pelas professoras rurais. (Almeida, J. J.: *Ceará Med.*, 12, jan. 1938.)

**Cuba.**—Pardo-Castelló señala que la frambesia existe probablemente en Cuba desde hace unos 40 años, resultando 63.2% de los 274 casos estudiados de más de un año de duración. Más de 97% de los afectados son naturales del país; 59% de raza negra, y 60.5% varones. La enfermedad hoy día se limita a la provincia de Oriente. El autor propone que se divida la provincia en tres grandes zonas, para terminar su investigación en 1938, y que se nombre un inspector para hacerse cargo de la zona occidental de la provincia. Una vez terminada la investigación, la Comisión de la Frambesia podría cesar, pero manteniendo inspectores que continúen el tratamiento y observación de los casos por lo menos durante cinco años. El mejor tratamiento parece ser por medio de los arsenobenzoles y el bismuto, pero cuando no puede usarse éste, el estovarsol y el espirocid resultan substitutos valiosos. De los 274 casos observados hasta el 20

<sup>1</sup> La última crónica sobre Frambesia apareció en el *Boletín* de julio 1937, p. 647.

de noviembre de 1937, se han dado ya de alta provisional 148. En Barbacoa la proporción de casos por 1,000 habitantes es de 2.7. (Pardo-Castelló, V.: *Vida Nueva*, 335, jun. 15, 1938.)

La enfermedad existe en la Isla solamente en la provincia de Oriente, y en ésta sólo en ciertos términos municipales; la frambesia ha existido en esas zonas desde la guerra de independencia, siendo probable, pero no seguro, que la introdujeran trabajadores de las islas vecinas hace más de 49 años; hasta ahora sólo se han descubierto 451 casos, de los cuales ya se han curado 259, y continúan en observación 189. Para el autor, la enfermedad no constituye una epidemia o endemia peligrosa. (Pardo Castelló, V.: *Med. Hoy*, 486, agto. 1938.)

Venezuela.—Comenzando por hacer notar que en Venezuela los principales focos de frambesia radican en el oriente de la República, el Estado Trujillo, las costas de Barlovento, Cúpira, Naiguatá, etc., Cárdenas Becerra analiza sucesivamente las distintas fases del mal, y presenta las observaciones personales realizadas por él en varias partes del país, habiendo tratado 578 enfermos, un 97.5% de los cuales declara curados, con un tratamiento a base de bismuto liposoluble. (Cárdenas Becerra, H.: "Alg. observ. sobre la buba, etc., en el Oriente de Venezuela," Caracas, 1937.)

En su tesis de graduación, Lovera estudia la distribución geográfica de la frambesia en Venezuela y la lucha contra el mal en el sitio que estudiara, o sea la población de Bejuma. De 400 sujetos, 260 (60%) resultaron atacados, teniendo 35.76% más de 20 años, 24.23% de 10 a 20, 4.23% de 5 a 10, y 1.15% de 1 a 5, y siendo 61.92% hombres. Los 64 enfermos latentes que recibieron seis inyecciones de 2 cc de bivatol como dosis total, no presentaron recidivas ni malestar sintomático alguno en los ocho meses de la campaña. Cuando se utilizó una dosis mayor, fué debido a haberse presentado infecciones secundarias. De 137 enfermos que necesitaban asistencia, muchos se curaron a la cuarta dosis, aunque se prosiguió la serie. En los ocho meses que duró el trabajo, sólo se constataron tres casos nuevos, comparados con 115 el año anterior, lo cual demuestra la eficacia de la obra. La lesión inicial correspondió a los miembros inferiores en 78.12%; superiores, en 6.25%; cara, 7.03%; abdomen, 0.78%; genitales, 0.78%; generalizada, 7.03%. (Lovera, Ildemaro: "Contribución a los estudios clínico, serológico y sanitario de la buba," Caracas, 1938.)

Colonies françaises d'Amérique.—Dès 1777, la Guyane française était déjà très atteinte par le pian et Bajon en donnait une longue description. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, cette endémie devenait plus rare. Considérant le pian en voie de quasi-disparition de certains pays d'Amérique, Léger s'exprimait ainsi en 1928: "Dans les Antilles françaises, Guadeloupe et Martinique, de même que dans notre colonie Sud-Américaine de la Guayane, le pian, considéré autrefois comme un fléau au même titre que la lèpre, a pour ainsi dire disparu." Sauf pour la Guadeloupe, où le pian, quoique plus rare, existe encore en certains points, cet optimisme reste entièrement justifié en ce qui concerne la Martinique et la Guyane française. A la Guadeloupe, au lieu de sévir comme autrefois avec sévérité partout, ou sous forme de poussées épidémiques comme en 1927, il semble se localiser particulièrement depuis 1930 dans la région "sous le vent." Les statistiques des trois dernières années mentionnent seulement 501 cas en 1932, 265 en 1933 et 364 en 1934. Par contre, à la Guyane, à part 5 hospitalisations en 1932, aucun cas n'est signalé en 1933 et 1934. Les statistiques ne font pas état du pian à la Martinique depuis plusieurs années, bien qu'il puisse en exister encore de rares cas dans le nord de l'île. La lutte contre le pian doit être engagée selon les méthodes qui ont prévalu contre la maladie du sommeil en Afrique et certainement avec moins de frais et des résultats plus immédiats, à condition toutefois que les moyens d'action soient suffisants. Après avoir établi par prospections

minutieuses la carte d'endémicité pianique de toute une circonscription ou d'un cercle, on doit attaquer le pian sur place, village par village, en commençant par les régions les plus contaminées. Tous les pianiques traités et fichés doivent être revus et traités à nouveau au moins trois fois dans la première année et les rechutes ou cas nouveaux se produisant dans l'intervalle des visites doivent être si possible isolés, ou en tout cas traités dans le minimum de temps, soit sur place par un infirmier visiteur, soit au poste médical le plus proche avec le concours de moyens de transport rapides pour les médecins ou les aides de santé. Il est évident que, là comme toujours, le médecin devra compter sur un concours absolu de l'administration locale dans cette oeuvre de prophylaxie sociale. En matière d'hygiène, surtout en milieu indigène, là où la persuasion et la patience échouent, il faut savoir en temps voulu user de fermeté dans l'intérêt général, tant au point de vue thérapeutique que prophylactique. (Cartron: *Ann. Méd. & Phar. Coloniales*, 5, eno.-mzo. 1937.)

**Relación entre la frambesia y la sífilis.**—De su estudio de la frambesia entre campesinos de Jamaica, y de la sífilis en los habitantes de la ciudad de Baltimore, Turner deduce que existen diferencias fáciles de reconocer entre ambos males. Estas diferencias no pueden explicarse tomando por base factores tales como raza; edad al contraer la infección; vía de entrada del parásito, o estado social y económico. Ciertos factores climatológicos parecen desempeñar un papel en la distribución de la frambesia, pero no se observaron datos indudables de que modificaran marcadamente la evolución, bien de la frambesia o de la sífilis, en un individuo, y típicos casos de ambas infecciones fueron observados en personas que vivían en el mismo medio ambiente en la ciudad de Kingston. La inoculación de conejos con treponemas de casos de ambas enfermedades, produjo lesiones que variaban según la enfermedad de que padeciera el sujeto. Por ejemplo, 13 cepas de espiroquetos frambésicos produjeron la misma clase de lesión en el conejo, y ocho cepas de espiroquetos sífilíticos obtenidas de enfermos de Jamaica produjeron lesiones que, aunque semejantes entre sí, pueden diferenciarse sin dificultad de las producidas por espiroquetos frambésicos. Estas observaciones confirman las verificadas previamente con cepas frambésicas aisladas en Haití, y cepas sífilíticas obtenidas de personas que vivían en Estados Unidos, Europa, y Haití. La capacidad para producir lesiones características en el conejo no se perdió tras pases seriados durante un período de tres años. El autor deduce, pues, que el *T. pallidum* posee propiedades patógenas distintas de las del *T. pertenue*, y que las diferencias observadas entre la frambesia y la sífilis en el hombre se deben, por lo menos en parte, a diferencias inherentes en el factor etiológico. (Turner, *T. B.: Am. Jour. Hyg.*, 477, mayo 1937.)

## LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL<sup>1</sup>

**América.**—Los primeros casos de linfogranulomatosis inguinal observados en América fueron en 1892 en la Guayana Inglesa por Ozzard y Neal, a los cuales siguieron los de Conyers y C. W. Daniels en 1896; Galloway en 1897; Neal, Ozzard y Lockett en 1898; Maitland y Fowler en 1899; y los de Wise en 1906. En 1911, Flu presentó siete casos de Paramaribo, Guayana Holandesa. En 1912 Rabello señaló por primera vez el mal en el Brasil, y Terra publicó otro caso el mismo año. En 1912 también Aragoã y Vianna no sólo encontraron el germen señalado por Rabello, sino que lo denominaron *Calymmatobacterium granuloma*, creando un nuevo género y estudiando nueve casos. Souza Araujo comunicó nuevos casos en 1914, y Carini uno en São Paulo. Para 1915 Souza Araujo ya tenía 20 casos

<sup>1</sup> La última crónica sobre Linfogranulomatosis Inguinal apareció en el *BOLETIN* de julio 1937, p. 656.