

CRÓNICAS

VENÉREAS¹

Higiene social en Argentina.—En septiembre 1935 quedó sancionada la ley argentina que organiza en todo el país la profilaxis de las enfermedades venéreas y la educación sexual. La ley, que consiste de 15 artículos, crea una sección de profilaxis; declara obligatoria la educación sexual; exige que todos los hospitales, sociedades o instituciones de más de 50 socios, dispongan de servicios para la profilaxis y tratamiento, y los hoteles, farmacias, etc., de equipos preventivos; impone tratamiento obligatorio por el Estado; crea una sección en el Instituto Bacteriológico para la fabricación y venta, al costo, de medicamentos; prohíbe las casas de tolerancia; exige el certificado de salud prenupcial, prohibiendo el matrimonio a los contagiosos; exime de derecho la fabricación o importación de productos reconocidamente eficaces para el tratamiento; y considera como acto de charlatanismo los tratamientos por medios secretos, por correspondencia, o de otra forma que se consideren inadecuados a juicio de la autoridad competente. (*Bol. Museo Soc. Arg.*, 308, nbre.-dbre. 1935.)

Día antivenéreo en Argentina.—La Liga Argentina de Profilaxis Social celebró por primera vez el 7 de septiembre de 1935, el Día Antivenéreo, que también ha sido instituido en el Brasil y Uruguay. Greco repite cálculos previos de que en la Argentina mueren cada año unas 30,000 personas de sífilis, o sea tantas como de tuberculosis y cáncer juntos. El número de enfermos también es mayor. Los muertos solamente, representan una pérdida anual de 36 millones de pesos, con la quinta parte de lo cual podrían costearse suficientes policlínicos para el tratamiento de los enfermos venéreos, que quizás representen la mitad o más de la población. (Greco, N. V.: *Semana Méd.*, 912, sbre. 26, 1935.)

Buenos Aires.—Baliña, Belbey y Zwanek, constituyendo una comisión designada por las autoridades municipales, presentan un plan de lucha antivenérea para la ciudad de Buenos Aires, analizando con todo detenimiento los varios factores que intervienen en el asunto. Según la inspección municipal, unas 25,000 mujeres se dedican a la prostitución en la ciudad, en mayor o menor grado. Recalcan los siguientes puntos para orientar debidamente la campaña: la promulgación de una ley antivenérea que abarque todo el territorio nacional; creación en la administración sanitaria y asistencia pública de una Dirección General de Profilaxis y Asistencia Social Antivenérea, y de un servicio social antivenéreo, para lo cual precisará un personal especializado, y el suministro de todos los elementos materiales necesarios. Además, habrá una comisión asesora honoraria que, con la Dirección, planeará y propondrá la forma mejor para la campaña. Las funciones primordiales comprenderán: diagnóstico, tratamiento curativo, servicio social, investigación permanente de los focos de contagio; instrucción, educación y propaganda; coordinación de la acción municipal y extramunicipal; cooperación con las sociedades y ligas de propósitos afines; y lucha contra el charlatanismo y el curanderismo. Actualmente existen 16 dispensarios antivenéreos municipales y un número de consultorios externos en los hospitales. Además, hay las instituciones no municipales, como los dispensarios del Departamento Nacional de Higiene, de los hospitales de colectividades extranjeras, y de ciertas sociedades e instituciones y compañías, sin contar las

¹ La crónica anterior sobre Venéreas apareció en el número de septiembre, 1935.

clínicas privadas y los dispensarios para embarazadas y niños en maternidades, servicios de puericultura, etc. Los dispensarios antivenéreos municipales deben reorganizarse ampliamente, dividiendo los enfermos en dos grupos, o sean los de sífilis y dermatosis, y los de vías urinarias. También hay que ubicarlos debidamente, y que buscar los medios de atraer a las mujeres a los mismos. La creación del servicio social es primordial. El sistema reglamentarista ya está desacreditado, y la organización profiláctica contemplada considera en un mismo plano a todas las mujeres que comercian con su cuerpo, y extiende a todos los venéreos, sin distinción de sexo ni de otro género, las mismas medidas. Desde luego, que con una organización sanitaria defectuosa, todo plan está de antemano destinado al fracaso. (Baliña, P. L., Belbey, J. C., y Zwanck, A.: *Semana Méd.*, 669, sbre. 5, 1935.)

Reglamentación en Buenos Aires.—En 1934 el Intendente Municipal de Buenos Aires suscribió la ordenanza municipal que, con otras complementarias, sancionan la supresión de la prostitución reglamentada y clandestina bajo todas sus formas en la Capital Federal. El decreto, ampliado el 15 de enero de 1935, ordena destruir los prontuarios de las prostitutas registradas; facilita el reintegro de las mismas a la vida cívica; recomienda el cumplimiento estricto de las disposiciones vigentes; proyecta una conferencia de las municipalidades cercanas a la Capital para proponer un plan de acción conjunta; y encarga a la Asistencia Pública una campaña intensa y permanente en favor de la educación sexual de la población. Según las estadísticas del Dispensario de Salubridad de Buenos Aires de 1899 a 1915, de 10,617 prostitutas registradas, 5,229 eran analfabetas, 4,279 carecían de oficio o profesión, 1,569 eran costureras, 852 planchadoras, 554 modistas y 535 sastres. (González, J. M. E.: *Rev. Méd. Lat. Am.*, 1431, sbre. 1935.)

Bogotá.—Entre unas 12,000 historias clínicas recopiladas en 14 años de ejercicio profesional, Torres Umaña encontró 1,103 niños sífilíticos, casi la mitad de éstos en los dos primeros meses de edad. En la clientela hospitalaria, 25 por ciento de los niños, o presentan signos patognomónicos de sífilis, aun con Wassermann negativa, o Wassermann positiva sin signos de lúes. En los niños sanos de los asilos la Wassermann es positiva en 5 por ciento más o menos, algo más en los lactantes, y menos en los niños mayores. En las gestantes de la clase obrera, la Wassermann o las floculorreacciones son positivas en 19 por ciento. (Torres Umaña, C.: apud *Rev. Fac. Med.*, 411, eno. 1935.)

Embarazadas.—En el estudio de 1,000 frotos de embarazadas en su clínica prenatal del Hospital de San Juan de Dios en San José de Costa Rica, Beeche Cañas encontró 537 positivos para el gonococo, o sea 53.7 por ciento, resultándole la secreción cervical de mayor valor que la uretral. Halló además tres casos de reumatismo gonorreico, pero ninguno de blenorragia rectal. (Beeche Cañas, L.: "La gonorrea y el embarazo en la mujer costarricense," 1935.)

Instituto venéreo cubano.—En el mes de mayo 1934 fué reinaugurado el Instituto Municipal de Profilaxis Venérea "Joaquín Albarrán," de La Habana, creado en 1928 para el tratamiento de las enfermedades de la piel y la profilaxis de las venéreas, y luego caído en abandono. La nueva organización cuenta con 3 servicios independientes: piel y sífilis, venereología de hombres, y de mujeres; subdivididos en 6 departamentos: archivo, inyecciones, curaciones, lavados, electroterapia y laboratorio, este último de funciones comunes a los 3 servicios. El personal técnico está constituido por un director, 4 especialistas de piel y sífilis, un sifiloterapeuta, 2 especialistas de venereología de hombres, y uno de mujeres, un electroterapeuta, un jefe de laboratorio, y personal auxiliar. El municipio de La Habana consigna al Instituto la suma de \$10,000 para la adquisición de medicinas. Durante el año 1934 se dieron en el Instituto 23,004 consultas de piel y sífilis, y se administraron 35,201 inyecciones, 3,793 tratamientos electro-

terápicos y 5,005 curaciones. El total de consultas del Servicio de Venereología llegó a 5,082 en el de mujeres, ya 8,923 con 27,121 tratamientos en el de hombres. En el laboratorio se practicaron 7,927 reacciones y coloraciones. (Ferrer, I.: *Rev. Med. & Cir. Hab.*, 1153, dbre. 31, 1935.)

Servicio antisifilítico.—Pina describe el primer año de funcionamiento del servicio antisifilítico en el Hospital Municipal de Maternidad de la Habana. Se inscribieron 290 mujeres que ya habían tenido 999 embarazos, con muerte del producto de la concepción en 61.6 por ciento. Serológicamente, resultaron positivas un porcentaje de 55.8 a 57.0, según la reacción empleada. De las 290, 18 fueron dadas de alta por no considerarse sifilíticas, y de las restantes 203 fueron clasificadas como positivas y 69 como sospechosas. De esas 272, abandonaron el tratamiento un 66.5 por ciento. De 103 que dieron a luz en la maternidad, un 17.4 por ciento tuvieron embarazos malogrados, pero de esas 18, una solamente había seguido el tratamiento indicado. De los 86 niños nacidos vivos, 70 fueron inscritos para tratamiento, presentando 21 manifestaciones específicas, y 30 serorreacciones positivas intensas. La reacción de la gota desecada de Chediak resultó muy conveniente para la investigación serológica en el niño. (Pina, J.: *Vida Nueva*, 137, agto. 15, 1935.)

Chile.—En el Hospital de Tocopilla en 1933, de 1,354 enfermos hospitalizados, 106 (7.8 por ciento) eran venéreos; en 1934, de 1,255, 89 (7.9 por ciento). En el Policlínico de Cesantía las cifras desde 1933 hasta agosto 1935 fueron 6,544 enfermos con 705 venéreos (10.7); en el de la Compañía Chile Exploration, 5,193 y 40 (0.7) en 1935, y en el del Seguro Obrero Obligatorio 21,383 y 786 (3.6) desde 1931 hasta agosto 1935. En la Sección de Prostitutas del Policlínico Sanitario Antivenéreo, desde principios de 1934 hasta agosto 1935, se examinaron 1,346 mujeres con 1,154 enfermas (85.8 por ciento). De una encuesta en Tocopilla desprendióse que 80 por ciento de las prostitutas lo son por razones económicas, 15 por ciento inducidas por otras mujeres, y 5 por ciento, por deseo propio; 95 por ciento son madres de uno o más hijos, o mujeres abandonadas o que tienen otras cargas de familia; 90 por ciento son analfabetas y 50 por ciento beben alcohol sin placer, casi por obligación de su oficio. El autor favorece la fusión de los diversos servicios encargados de la asistencia venérea en aras de la eficacia, según ya se ha hecho en pequeño en Tocopilla. (Cantuarias B., R., y Rodríguez R., A.: *Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 10, nbre. 1935.)

Con motivo de haberse observado en Lota en 1934 un aumento notable de las enfermedades venéreas, y habiendo acordado la Compañía Carbonífera e Industrial, la municipalidad de Lota y la Caja de Seguro Obligatorio, combinar sus recursos y esfuerzos para una activa campaña sanitaria en la población, el Presidente de la República autorizó en octubre de 1935 a la Dirección General de Sanidad para tomar medidas extraordinarias contra el mal venéreo, elaborando para ello un reglamento especial. Para director de la campaña se designó como delegado sanitario extraordinario al Médico Director del Seguro Obligatorio en Lota, Dr. Bernardo Mellibovsny, quien será asesorado por un consejo consultivo. (*Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 39, sbre. 1935.)

En el Consultorio para asegurados en Puerto Montt, Chiloe, en 1932 el número de inscritos subía a 5700 y el de los sifilíticos a 777 (13.6 por ciento) y el de los blenorragícos agudos a 300 (5.2 por ciento). En 1934, de 4,580, 491 (10.7 por ciento) tenían lues y 158 (3.4 por ciento) blenorragia aguda. Entre 885 asegurados nuevos, las cifras eran de 15.5 y 3.8 por ciento. En el Consultorio Maternal se practica a todas las embarazadas la Wassermann y el uranálisis, y de 82, 19.5 por ciento tenían lues y 4.8 por ciento blenorragia aguda. En el Consultorio de Lactantes, atendieron en 1934, 163 niños y un 20.8 por ciento resultaron sifilíticos congénitos. En el hospital de Puerto Montt, en 1934 atendieron 1,498 enfermos,

de los cuales 15.6 por ciento resultaron con lues y 3.4 por ciento con blenorragia aguda. (Maldonado B., Carlos: *Bol. Méd.*, 28, obre. 1935.)

Estados Unidos.—Basándose en los informes procedentes de 26 estados, durante el año de 1934, los casos nuevos de blenorragia sumaron en los Estados Unidos 1,037,000 y los de sífilis 518,000, comparados con 220,050 de escarlatina, 131,000 de tuberculosis, 43,156 de difteria, 22,217 de tifoidea, 7,517 de poliomieltis, y 5,371 de viruela. (*Ven. Dis. Inf.*, mayo 1936.)

Mortalidad sífilítica en Estados Unidos.—La mortalidad sífilítica en Estados Unidos ha reflejado un constante descenso en los últimos veinte años. Según la Oficina del Censo en el área de registro de la mortalidad de 1900, declinó de 21.0 en 1916, incluyendo tabes dorsal y parálisis general, a 17.0 en 1920, 15.0 en 1925, 12.7 en 1930 y 12.4 en 1932, o sea un descenso de 41 por ciento. En la ciudad de Nueva York, la mortalidad de la tabes dorsal, sobre la cual se tienen datos más exactos, descendió de 1.5 en 1916 a 0.5 en 1932 y 0.8 en 1934, o sea 60 por ciento. La sífilis congénita refleja el mismo descenso en los menores de un año, o sea de 1.5 por mil nacidos vivos en 1910, a 1.4 en 1915, 1.1 en 1920, 0.7 en 1925, 0.8 en 1930 y 0.6 en 1934. Estas cifras distan mucho de la realidad, pues en muchas muertes en que fué factor causante, no se mencionó la sífilis. Autoridades competentes consideran que de 5 a 15 por ciento de las cardiopatías se deben a la sífilis. (*Quart. Bull.*, N. Y. City Dept. Health, fbro. 15, 1936.)

Massachusetts.—En el Estado de Massachusetts, E. U. de A., se ha notado una disminución de la sífilis, según indican tres importantes datos: los informes de las clínicas prenatales, los informes de las clínicas antisifilíticas, y los informes de casos. En un estudio verificado por Hinton, para el quinquenio 1915-1919, en 10,427 gestantes, 4.2 por ciento acusaron Wassermanns positivas; 3.9 por ciento, dudosas; si se excluyen las pruebas verificadas en la sangre onfálica, la proporción sube a 9.9 por ciento. Un estudio verificado en 1935 para el quinquenio 1930-1934, reveló un coeficiente de 1.5 por ciento, es decir, una disminución de más de 70.5 por ciento, aunque se empleó en parte, una reacción mucho más sensible. En las clínicas antisifilíticas, el número de casos de sífilis ha disminuído de 3,796 en 1925, a 2,992 en 1934; mientras que ha aumentado el de casos de blenorragia. Otro tanto sucede en los informes de los médicos, en los que han disminuído en 11 por ciento, mientras que han subido los de blenorragia en 11.7 por ciento. Aunque los informes de casos de sífilis no son completos, por muchos años se ha venido observando una disminución de los casos primarios y secundarios, de 1,521 en 1930, a 1,070 en 1934. La mayor parte de esa disminución corresponde a personas menores de 30 años de edad. También se observa descenso en el coeficiente de sífilis conyugal, sobre todo en las mujeres. La neurosífilis ha disminuído de un coeficiente de 12.4 por ciento por 100,000 habitantes, a 8.4 por ciento en 1934. (Nelson, N. A.,: *Jour. Am. Med. Assn.*, 105, eno. 11, 1936.)

Pruebas sanguíneas en Connécticut.—En el Estado de Connécticut, entró en vigor el 1° de enero de 1936 una nueva ley exigiendo que todos los aspirantes al matrimonio se hagan verificar una prueba sanguínea, para demostrar que no padecen de enfermedad, no más de 40 días antes de expedirse el permiso para el casamiento. Un médico tiene que obtener la muestra de sangre, que envía por su cuenta a un laboratorio aprobado por el departamento de sanidad del Estado. El médico sólo firma su certificado si la prueba resulta satisfactoria.

Intradermorreacción en el chancro blando.—Del 10 de noviembre de 1934 al 19 de marzo de 1935, practicaron en el Hospital Municipal de Cleveland 433 intracutirreacciones en enfermos de chancro blando. En 52 la prueba resultó netamente positiva, y en 272 negativa, mientras que las otras 109 fueron repeticiones. Los 55 casos positivos se dividen así: 22 de manifestaciones activas, 5 con antecedentes previos de chancro blando, 20 con antecedentes de úlcera venérea y

bubones supurados, y 5 sin infección activa ni antecedentes, que pueden considerarse como seudopositivos. Este estudio parece confirmar previas observaciones en cuanto a la especificidad de un antígeno preparado del pus del bubón chancroideo, y empleado en la intradermorreacción para el diagnóstico. El tiempo transcurrido desde la aparición de la úlcera a la producción de una positiva, promedió cinco semanas. La presencia de un bubón parece acrecentar la rapidez y la intensidad de la reacción. La alergia evocada por una infección chancroidea dura muchos años, y en la experiencia de los autores, de 30 a 34 años. (Cole, H. N., y Levin, E. A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2040, dbre. 21, 1935.)

Abolición en México.—Las Legislaturas locales de los Estados de Coahuila y Durango han decretado recientemente la prohibición de la prostitución en la forma que se venía ejerciendo públicamente, en casas de tolerancia. En vez de los agentes especiales encargados de hacer cumplir los reglamentos de tolerancia, de ahora en adelante se encomienda a la policía la vigilancia del orden y corrección de ese grupo social.

Sífilis congénita en Lima.—En el Hospital del Niño de Lima entre 50,855 enfermos del consultorio, en 77 (1.53 por mil) se hizo el diagnóstico de sífilis en 1931-33. En el servicio de niños del autor en el hospital Loayza, entre 338 enfermos en un año hubo 14 luéticos (41 por mil) y casi la mitad de estos enfermos ingresaron en estado de suma gravedad. En la Maternidad de Lima, 317.9 por mil de las ingresadas en 1931-34 resultaron sifilíticas. Para García, muchos de esos casos, tanto en las madres como en los hijos, pasan desapercibidos, por tomar una forma atenuada. La sífilis del lactante en Lima, para él, acusa en muchos casos una sintomatología borrada o incompleta y el único modo de descubrirla es por medio del serodiagnóstico. (García, Enrique L.: *Crón. Méd.*, 159, mayo 1935.)

Profilaxia en el Paraguay.—Durante el año 1933 se dictó un decreto en el Paraguay creando una Comisión Especial de Profilaxis de Enfermedades Venéreas, la cual encomendó al Director del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis la presentación de un plan general de lucha antivenérea, que actualmente se halla en plena ejecución. Además de dicho Instituto, en los consultorios externos de otras reparticiones sanitarias de Asunción se atienden a enfermos de la especialidad. La sanidad del Ejército tiene reglamentado el servicio de venereología con la organización de un Centro de Sifilografía que funciona bajo la dirección del Director del Instituto Profiláctico. Se ha dado atención preferente al problema de la prostitución, sobre todo la clandestina. Se ha presentado también un plan de organización de un sífilocomio para la reclusión de mujeres enfermas, el cual no pudo habilitarse por falta de recursos. (*Inf. IX Conf. San. Pan.*)

Sifilicomio en Arequipa.—Ya se encuentra dispuesto en Arequipa, Perú, el local donde va a funcionar próximamente el sífilicomio, el cual tiene dos dormitorios con diez camas cada uno, y se halla provisto de todos los útiles necesarios. El nuevo establecimiento va a contar con un servicio de asistencia social. (*Ef. Comercio*, fbro. 27, 1936.)

Puerto Rico.—Para Costa Mandry el porcentaje de sífilis en Puerto Rico puede estimarse en 5 por ciento. En 1,905 reacciones en que se empleó la Wassermann, la positividad llegó a 5.03 por ciento, oscilando entre 1.7 en el grupo de 7 a 14 años, y 8.13 por ciento entre las personas de más de 45 años. En 1,212 madres atendidas en las Gotas de Leche de los centros urbanos y en algunos casos rurales de la isla, la Wassermann positiva llegó a 7.1 por ciento. (Costa Mandry, O.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 250, obre. 1935.)

Venezuela.—De 8,000 enfermos del Hospital Vargas cuyas historias repasara Pons, 2,000 (25 por ciento) fueron hospitalizados por sífilis. Entre 6,000, la Wassermann resultó positiva en 53.75 por ciento; y de 380 hospitalizados actualmente, 60 por ciento son clínicamente sifilíticos, con comprobación serológica

en 30 por ciento. De 1,900 sífilíticos, 1,107 son hombres, es decir, 3 para 2 mujeres. De 1,307 en que se estudió el modo de contagio, sólo en tres hubo posibilidad de infección extragenital: en una señorita, un beso del novio; un adolescente, en los puntos en que había sido inmunizado contra la viruela; y un niño inculado al tratarle una herida. De los 1,900 enfermos, 42.4 por ciento se encontraban en el período secundario. Fué enorme la frecuencia del chancro mixto (53 por ciento) y fagedénico (24.5 por ciento). De 793 mujeres, habían tenido hijos 39.2 por ciento y abortos 24.8; y de los 965 niños, murieron a una edad temprana 61 por ciento. De 217 embarazadas en que se hizo la Wassermann, resultaron sífilíticas 40 por ciento. Entre 238 historias de la consulta de puericultura, hubo un 23.5 por ciento de sífilíticos congénitos. De 100 niños nacidos en dos meses en la maternidad, la Wassermann resultó positiva en 17. En resumen, la sífilis es la enfermedad más frecuente del Hospital Vargas, y como la clientela de éste no es puramente de Caracas, el mal está extendido por toda la República. (Pons, A.: *S. E. M.*, 5, jul. 1935.)

Sífilis congénita en el Uruguay.—El estudio de Lorenzo y Deal y Etchelar se basa en 20,000 historias clínicas de niños hasta de 15 años de edad, de clínicas y dispensarios infantiles de Montevideo, entre las cuales descubrieron 200 sífilíticos congénitos, o sea una proporción de 1 por ciento. Entre 3,242 lactantes estudiados en un servicio de 1925-34 hubo 47 sífilíticos congénitos (1.45 por ciento). Entre 7,822 recién nacidos en el quinquenio 1929-33 en una clínica obstétrica, la proporción fué de 3 por ciento. Para los autores la semiología de la sífilis congénita ha experimentado en el último decenio una transformación en el sentido de aminoramiento y disminución de la intensidad. En la primera infancia un 63 por ciento de los sífilíticos congénitos son distróficos; en la segunda, 32 por ciento. En los sífilíticos congénitos menores de 6 meses se encuentra raquitismo precoz en 23 por ciento; craneotabes en 21 por ciento. La pseudoparálisis de Parrot fué menos frecuente en la primera infancia que la tibia de Lannelongue en la segunda. La triada de Hutchinson fué excepcional. La serorreacción más sensible fué la Kahn, alcanzando las positivas a 77 por ciento: 61 por ciento en primera infancia y 92 en la segunda. Sífilis sin estigmas, salvo reacciones, se observó en 4 por ciento. Los arsenicales pentavalentes por vía bucal dieron buenos resultados. (Lorenzo y Deal, Julio, y Etchelar, Rito: Pub. Dep. Cienc. Min. Sal Pub. Serie 2, No. 17, 1935.)

Alemania.—Ante la Sociedad Médica de Jena, Schultze comparó la frecuencia de las enfermedades venéreas en todo el país y en Turingia. Según el censo venéreo federal levantado en 1934, hay en Alemania 34.6 infecciones nuevas por cada 10,000 habitantes al año, y en Turingia 32.2. De 1927 a 1934, el descenso fué de 58.5 a 34.6, y de 39.9 a 32.2, respectivamente. La blenorragia representa el 78 por ciento del venéreo en Turingia, y el chancro blando tan sólo 0.5 por ciento; en tanto que la sífilis congénita ha disminuído en un 50 por ciento. Todos los años se producen 1,400 casos nuevos de sífilis y 4,200 de blenorragia. El centro principal para el registro de los enfermos es el consultorio antiveneéreo de Weimar. (Schultze, W.: Carta de Berlín, *Jour. Am. Med. Assn.*, 731, agto. 31, 1935.)

Etiopia.—En un reciente artículo en el *Siècle médical*, Raoul Bernard señala la difusión de la sífilis en Etiopia, calculándose que están afectados la mitad de los indígenas. Unos ocho de cada 10 niños mueren debido a la lúes, y son frecuentes el aborto y el parto prematuro. Muchos de los que sobreviven, presentan taras sífilíticas. Esa difusión obedece en gran parte a la creencia de los médicos indígenas de que las inyecciones en los primeros meses de la infección resultan perjudiciales, y que lo más conveniente es dejar que salgan las lesiones de la piel y mucosas, pues así se "elimina" el mal, y no creen que esas lesiones lo transmitan. Únicamente en la sífilis terciaria es que los indígenas aceptan medi-

camentos. Cuando un indígena sabe que está infectado, toma sangre de cabra y permanece en un cuarto oscuro y muy caluroso, consumiendo a pasto carne de cabra en los primeros cuatro o cinco meses. Transcurrido ese plazo, abandona el aislamiento, tomando un remedio que denominan "kousoo," y baños calientes. (Carta de París: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1202, obre. 12, 1935.)

Instituto Alfred Fournier.—Levaditi ha descrito recientemente los trabajos del Instituto Alfred Fournier, radicado en París, para el estudio y tratamiento de la sífilis. Ocupa un edificio de seis plantas, inaugurado en 1934. En el primer piso funciona un dispensario de diagnóstico y tratamiento, y se hallan la biblioteca, y las oficinas de la Liga Antivenérea. El segundo piso lo ocupa el laboratorio serológico, previamente instalado en el Instituto Pasteur, donde realizan millares de serorreacciones, y se dictan cursos para médicos y técnicos bajo la dirección de los sifilólogos del Hospital San Luis. En el tercer piso radican los laboratorios de sifilología experimental y quimioterapia aplicada; y en el cuarto el laboratorio para comprobación química y biológica de los medicamentos antisifilíticos. Quedan así reunidos en un solo establecimiento, todos los servicios y laboratorios, y el autor recomienda que ningún sifilólogo que vaya a París, deje de visitar el instituto. (Levaditi, C.: *Prophyl. Antiven.*, 525, sbre. 1935.)

Parálisis general.—De su estudio estadístico, Rodríguez Arias y Rodríguez Cuevillas deducen que de los ingresos totales de los manicomios, 7.3 por ciento corresponden a la parálisis general progresiva. La mortalidad de los paralíticos representa el 13.4 por ciento del total. La edad óptima para la aparición de ese síndrome es de 30 a 40 años, disminuyendo la frecuencia a partir de los 50, y siendo muy raro antes de los 30 años. En los casos no tratados, la parálisis general conduce a la muerte a 88 por ciento en el transcurso de dos años, y de los pacientes sometidos a la malarioterapia, remiten, antes de los seis primeros meses, el 56 por ciento. (Rodríguez Arias, B., y Rodríguez Cuevillas, C.: *Rev. Méd. Barcelona*, 229, mzo. 1935.)

Tabes y parálisis general.—Wile y colaboradores analizan un grupo de 436 casos de parálisis general y 378 de tabes, observados de 1925 a 1933, a fin de determinar la edad a que se presentan los síntomas en ambos estados. La iniciación fué más precoz en la parálisis general, y ésta fué más frecuente en las mujeres que la tabes. Sólo hubo cuatro enfermos menores de 20 años, que eran mujeres paralíticas. El tiempo transcurrido entre la fecha de la infección y la aparición de los síntomas en los paralíticos generales de más edad varió de 2 a 42 años, equivalente a 15.6 años por término medio, y en un grupo análogo de tabéticos, de 1 a 49, con un promedio de 16.8 años. Ni la ocupación ni el grado de intelectualidad parecieron desempeñar papel alguno en esos estados, pero la tabes fué más frecuente en los extranjeros. Según se ha demostrado ya para la neurosífilis en general, la falta o insuficiencia de tratamiento fué el factor dominante en la iniciación precoz, y en el grupo más joven, la semiología fué más grave en los paralíticos que en los tabéticos. (Wile, U. J., Poth, D. O., y Barney, B. F.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1329, obre. 26, 1935.)

Profilaxis en las prostitutas.—Confirmando las investigaciones experimentales de Sazerac y Levaditi, Kolle, Fournier y Schwartz, Sonnenberg manifiesta que, inyectando preventivamente a las prostitutas bismuto cada dos semanas, se las protege de la infección sífilítica. Estos estudios comenzados en 1929 y concluidos en 1934, demuestran que en Lodz, se ha reducido la sífilis en las prostitutas a una proporción de 4 y 8 por ciento. Algunas de esas mujeres han sido tratadas y resguardadas por ese método durante 9 años sin revelar intolerancia alguna. (Sonnenberg: *Gaz. Hop.*, 1523, nbre. 9, 1935.)

Profilaxis en Suecia.—Rietz declara que en Suecia la sífilis se ha convertido en enfermedad rara, desde que se emprendiera la campaña enérgica de profilaxia al

amparo de la ley antivenérea de 1919. Esa legislación incorpora los siguientes medios de combate: tratamiento obligatorio de los venéreos; asistencia médica, hospitalización y medicamentos gratuitos; denuncia anónima de los casos; notificación de las fuentes de contagio al médico de sanidad de la población o partido; medidas coercitivas contra las personas que sean fuentes de contagio o suspendan el tratamiento; interdicción del matrimonio de los enfermos en el período infeccioso; y costeo de la campaña antivenérea por el gobierno central. Según el autor, la denuncia de las fuentes de contagio, ha logrado que dos tercios se sometan a tratamiento. Desde 1919, la sífilis ha disminuído en Suecia de 6,000 a unos 431 casos nuevos al año, y la blenorragia en un 50 por ciento. (Rietz, E.: apud *Health News*, obre. 28, 1935.)

Rietz, Comisionado de Sanidad de Estocolmo, resume así los principios en que se funda la ley sobre profilaxia antivenérea en Suecia: Todo enfermo debe presentarse para tratamiento por un médico y seguir los consejos de éste; todo individuo tiene derecho a obtener gratuitamente tratamiento, incluso medicinas, diagnóstico, hospitalización y certificados de curación; todo médico que trata un caso nuevo debe tratar de obtener información sobre la fuente de la infección; enfermos reacios a tomar tratamiento pueden ser objeto de ciertas medidas obligatorias; todo individuo que, sabiendo que padece de una infección venérea, transmite ésta por descuido, puede ser castigado hasta a labor forzada; antes de obtener licencia para el matrimonio ambos contrayentes tienen que firmar una declaración en el sentido de que no padecen de enfermedad venérea en estado contagioso; y las autoridades locales de sanidad tienen que dar a conocer la existencia de clínicas antivenéreas. La reglamentación fué abolida simultáneamente y las meretrices pueden ser reprimidas por medio de la ley sobre vagancia. La ley sueca se asienta en dos bases: busca y descubrimiento del foco infeccioso como se hace con otras enfermedades contagiosas, y obligación de los enfermos de aceptar el tratamiento necesario. El resultado obtenido ha sido hasta mejor de lo esperado para la sífilis; en la blenorragia no ha sido tan satisfactorio, de modo que hay que buscar mejores métodos de tratamiento a fin de esterilizar antes al enfermo. El número de casos nuevos de sífilis en Suecia ha disminuído de 6,000 en 1919 a 431 en 1934, y de éstos como la cuarta parte contrajeron su infección en el extranjero. De los 431,110 correspondían a Estocolmo, 212 a otras poblaciones con un total de 1,500,000 habitantes y 109 a los distritos rurales con unos 4,000,000 de habitantes. La gonorrea ha disminuído a la mitad del máximo previo, pero en 1934 hubo 11,500 casos. De úlceras venéreas hubo en 1919 3,000 casos nuevos, en 1934 sólo unos 100 y muchos de éstos en marineros infectados en el extranjero. (Rietz, Einar: *Am. Jour. Pub. Health*, 357, ab. 1936.)

Peligro de la blenorragia.—En la 50ª Convención de la Sociedad de Ginecología de Alemania, en Munich, en octubre 1935, Spiethoof, de Leipzig, hizo notar que en lo tocante a producir esterilidad, la blenorragia es más peligrosa que la sífilis y en Alemania unos 8,000 hombres y 12,000 mujeres pierden así anualmente su fecundidad. La sífilis probablemente afecta la fecundidad en forma indirecta por su influencia sobre los partos prematuros. Como cabe decir que de 7 a 10 por ciento de la mortinatalidad se debe a la sífilis, la esterilidad debida a esta enfermedad puede calcularse en unos 2,000 o 3,000 al año. (Carta de Berlín: *Jour. Am. Med. Assn.*, 394, fbro. 1, 1936.)

Gonococia anorrectal.—Brunet y Salberg hacen notar que la gonococia anorrectal es una complicación frecuente pero a menudo desapercibida en la blenorragia femenina. En los últimos 3 años descubrieron 250 casos en su clientela, que representan 42 por ciento de todas las blenorragias observadas en dicho

período. El diagnóstico se basó en el hallazgo de diplococos intracelulares negativos al Gram y de 25 o más glóbulos de pus por campo en los frotos de las secreciones rectales. Los síntomas son por lo general leves y a menudo faltan por completo. Cuando la infección es crónica, puede actuar como reservorio de reinfección para la uretra y el cuello uterino. En la serie hubo 4 abscesos perineales y 3 fístulas rectales, pero esas complicaciones son raras. En el tratamiento lo más importante es la suavidad, utilizándose antisépticos poco irritantes en forma de supositorios (albuminato de plata al 2 por ciento en manteca de cacao) o instilaciones, semicupios calientes, alimentación no irritante, aceite mineral y descanso. La limpieza es muy importante. La duración del tratamiento promedió 19 semanas, variando de 2 semanas a 18 meses. A 90 enfermas se las dió de alta como restablecidas o no infecciosas, 105 abandonaron el tratamiento aun positivas, 30 se mostraron descuidadas y 25 fueron transferidas a otros médicos o clínicas. De 59 reexaminadas a plazos de 6 meses a 2 años, 10 resultaron positivas para el gonococo. (Brunet, W. M., y Salberg, J. B.: *Am. Jour. Syph. Gon. & Ven. Dis.*, 37, eno. 1936.)

Diagnóstico de la sífilis congénita.—Empleando el examen en campo oscuro de raspados de la vena umbilical, Ingraham pudo descubrir sífilis en 19 de 87 fetos viables de parturientas sífilíticas, o sea 21.8 por ciento. Sin embargo, como 35 de esas criaturas resultaron sífilíticas a la observación posterior, una ultramicroscopía negativa no es terminante. Es útil sí el método por su rapidez, pues en la mitad de las criaturas sífilíticas se hizo el diagnóstico a las pocas horas de nacer. Aunque esa técnica resultaría demasiado laboriosa para practicarla en todos los partos, está indicada cuando se ha diagnosticado sífilis en la madre. (Ingraham, Jr., N. R.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 560, agto. 24, 1935.)

Parmelee y Halpern realizaron un estudio comparado de la roentgenografía y la serología (Wassermann y Kahn) en el diagnóstico de la sífilis congénita en 104 recién nacidos. De los 67 sífilíticos, la roentgenografía fué positiva en 95 por ciento, y la serología sólo en 29 por ciento. Reiteran, pues, el gran valor de la demostración de lesiones óseas por los rayos X como criterio de diagnóstico de la sífilis congénita. (Parmelee, A. H., y Halpern, L. J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 563, agto. 24, 1935.)

Vulvovaginitis infantil.—Entre 292 niñas afectas de vulvovaginitis y examinadas por Ruys en el término de varios años en Amsterdam, sólo pudo descubrir, por medio de los cultivos, 57 que padecían de blenorragia. En muchos casos de vulvovaginitis sólo puede establecerse la etiología mediante los cultivos. Para el examen de los frotos, el Gram de van Loghem rindió los mejores resultados. La vulvovaginitis blenorragica sólo se presenta en forma aguda, y suele acompañarla la blenorragia rectal. En las otras formas agudas, intervienen los estreptococos hemolíticos, y bacilos de la influenza y diftéricos. La causa primordial de la vulvovaginitis crónica consiste probablemente en un estado constitucional. (Ruys, A. Charlotte: *Jour. Am. Med. Assn.*, 862, sbre. 14, 1935.)

Tratamiento.—Ormsby resume así sus relaciones relativas al tratamiento de la sífilis temprana: Con los métodos modernos puede erradicarse el mal en la mayoría de los casos. El tratamiento continuo, sin descansos, es el que da mejores resultados, recomendándose por ello series alternadas de salvarsán y bismuto por un período, por lo menos, de 18 meses, y empleando un minimum de 20 inyecciones del salvarsán antiguo o de su equivalente en otros salvarsanes. La Wassermann suele virar al terminar el primer período del tratamiento y debe continuar así permanentemente, indicando que el tratamiento marcha bien, pero sin impedir por eso que el médico lleve a cabo el plan bosquejado. Es absolutamente esencial una cantidad adecuada de salvarsán, y nada debe reducir ésta, aparte de la intolerancia. Está justificado un método uniforme cuando se

trata de grupos numerosos, pues esos enfermos tempranos comprenden principalmente jóvenes, sanos, aparte del mal, que toleran el tratamiento bien, y también por ser en esa época que el tratamiento ofrece más esperanzas de erradicar el mal. (Ormsby, O. S.: *Jour. Am. Med. Ass.*, 1242, ab. 11, 1936.)

Mafarsén.—En 18 meses, Foerster y colaboradores administraron a 223 sífilíticos 4,666 inyecciones intravenosas de mafarsén, (óxido de meta-amino-para-hidro-ifenilarsina). El medicamento hizo sentir su efecto prontamente en todas las lesiones visibles; los espiroquetos de las lesiones abiertas desaparecieron por lo general dentro de 24 horas. La curación de las lesiones visibles fué rápida, igual a la observada con el salvarsán. En casi todos los casos incipientes, la Wassermann viró a negativa. En la mitad reapareció la positividad encontrándose en 5 casos asociada a anomalías cefalorraquídeas. Las recidivas clínicas y serológicas fueron más frecuentes cuando el tratamiento había sido irregular o breve. No se observaron reacciones nitritoideas. Casi todos los enfermos toleraron bien el medicamento (dosis inicial de 25 mg) aumentándose gradualmente hasta 60 mg dos veces semanales. Las reacciones observadas fueron principalmente gastrointestinales. Hubo ictericia en 4 casos y se acentuó la insuficiencia renal en otros cuatro. Las propiedades del mafarsén parecen justificar un estudio detenido por varios años. (Foerster, O. H.: *Arch. Derm. & Syph.*, 837, dbre. 1935.)

Tratamiento de la sífilis congénita.—En la serie de Smith, que comprende 991 casos de sífilis congénita observados de 1914 a 1934, 70 por ciento eran negros y el resto blancos, predominando las mujeres. La edad media de los lactantes era 3.3 meses, y de los niños mayores 7.9 años. De 621 con sífilis congénita temprana murieron 169, o sea 27 por ciento, pero en 60 de ellos no se atribuyó la muerte directamente a la sífilis. En el grupo tardío hubo 23 muertes. La Wassermann era positiva en todos menos cinco, y en éstos los antecedentes familiares y manifestaciones clínicas bastaron para establecer el diagnóstico. El autor declara que la sífilis congénita temprana es curable, pero es preciso comenzar el tratamiento precozmente. Puede asegurarse que si un lactante menor de seis meses recibe 50 inyecciones antes de cumplir dos años, tiene un 84 por ciento de probabilidades de curación clínica y serológica. El coeficiente de recidivas aumenta con la edad a que se inicia el tratamiento, y disminuye según la cantidad de éste. A menos que esté invadido el sistema nervioso, la sífilis de por sí rara vez produce la muerte en las criaturas mayores de seis meses, o menores de esa edad que han recibido más de una serie terapéutica. Todas las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita ceden al tratamiento, salvo las neurosifilíticas, que pueden seguir evolucionando a pesar de aquél, y aun después de negativarse las serorreacciones. (Smith Jr., F. R.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 409, agto. 10, 1935.)

Vacuna espiroquética.—Para Hilgermann, y está demostrado que la eficacia de la quimioterapia en la sífilis no procede de su efecto esterilizador, sino más bien inmunizante. Si la curación de la sífilis temprana exige la presencia de cantidades apreciables de sustancias protectoras, eso es todavía más importante en las formas crónicas. La administración de vacunas espiroquéticas permite compensar la falta de sustancias protectoras en el organismo, el cual puede entonces contrarrestar la infección o fortalecer el efecto de la quimioterapia. Para el autor, la vacunoterapia es factible en la sífilis, desde que ha logrado cultivar prolíficamente y producir cultivos anavirulentos del espiroqueto pálido. La vacuna también puede ser empleada, según él, para descubrir focos inactivos en los casos latentes. (Hilgermann: *Münch. med. Wchnschr.*, 1760, nbre. 1, 1935.)

Malarioterapia no Rio.—No Instituto de Neuro-Sífilis do Rio de Janeiro contam já com uma estatística comprendendo 769 malarisados. O doente a malarisar é submetido, além dos exames que se procedem com o fim de diagnostico, a exames

complementares, com o fim de evitar o mais possível os insucessos. Com esta norma conseguiu-se diminuir o numero de insucessos. Desde outubro 1935 não se verificam mais óbitos; portanto dos 85 últimos malarisados a percentagem de mórtes é igual a zero. Assim também, a estatística até 1933, que era de 3.83% de óbitos, passou a ser de 3.38%. As vias de inoculação são as seguintes: intramuscular, endovenosa, intracerebral, sub-occipital, lumbar. O criterio para remalarisação é o seguinte: quando o doente peiora dentro de um anno ou mais, após a primeira malaria e quando o estado do doente não se modifica com a primeira malaria. De fato, tem-se doentes remalarisados 2-4 annos e até 6 annos após a primeira malarisação. O numero de remalarisados no Pavilhão Guinle atinge a 9% da totalidade de malarisações. Comparando as percentagens de aproveitamento da primeira malaria e da remalarisação, observa-se que, no primeiro caso, 44% aproveitaram do tratamento, enquanto que este aproveitamento fica, no segundo caso, reduzido a 27%. As probabilidades de exito, portanto, na remalarisação, são muitos menores. Um fato curioso é a ausencia de obitos pela malarisação nas raças preta e mestiça, das quais foram malarisados 105 casos, excluindo os malario-resistentes que somam 12. A malario-resistencia no preto é de 24.33%, no mestiço é de 4.41%, e no branco apenas 2.04%; nos nacionais de 5.04%, e no estrangeiro de 1.68%. A percentagem de malario-resistencia nos 600 casos malarisados até 1933 é de 3.84, relativamente baixa, portanto, si levarmos em conta que nelles estão incluidos os doentes de raça preta. A percentagem de tabes no estrangeiro é muito maior que no brasileiro, correspondendo no total geral á 9.33 de nacionais e 17.98 de estrangeiros, o que corresponde praticamente a 2 estrangeiros para 1 nacional. A maior percentagem de remissões se observou entre 26 e 40 anos (18.95) e entre 41 e 54 anos (20.15), o que contrasta com os 7.14% apenas de remissões entre 11 e 25 anos. O mesmo fato se observa quanto aos doentes que obtiveram resultados clinicos, onde a sua percentagem que é de 48.34 entre 26 e 40 anos desce a 21.42 entre 11 e 25 anos. Entre 55 e 70 anos as percentagem são relativamente pouco mais baixas, com excepção do que diz respeito aos obitos, que se eleva a quatro vezes mais do que a maior percentagem do grupo anterior. (Costa, Mathias; e de Barros, Cortes: *Medicamenta*, 17, obro. 1935.)

Piretototerapia.—Simpson describe un método sencillo, graduado y relativamente poco costoso para evocar y mantener fiebre en el tratamiento de la neurosífilis, consistente en una cámara hipertérmica. En los últimos cuatro años se han tratado así en el Instituto Kettering de Investigación Médica de Miami, 383 enfermos, sin ningún contratiempo. Al observarse que los mejores resultados se obtenían cuando se combinaban la fiebre artificial y la quimioterapia en las primeras manifestaciones, se aplicó el tratamiento a los casos de sífilis primaria o secundaria temprana. El resultado demostró que la piretototerapia puede ser de mucho valor en esos casos, en particular cuando la quimioterapia sola parece inadecuada. Las estadísticas en la neurosífilis sintomática y asintomática, y la sífilis seropositiva resistente, compáranse por lo menos con las de la más peligrosa, prolongada e inconstante malarioterapia. Para la piretototerapia no precisa la hospitalización. Ya hay pruebas de que la piretototerapia artificial fortalece e intensifica la acción de la quimioterapia antisifilítica. Los casos descritos comprenden sífilis temprana, demencia paralítica, tabes, neurosífilis difusa y asintomática, y sífilis seropositiva resistente. De 20 casos de demencia paralítica, en 12 se obtuvo remisión completa, y dos más volvieron a su trabajo, es decir, que 14 fueron rehabilitados socialmente. En cuatro la mejoría clínica representó 50 por ciento, en dos 25 por ciento. No ha habido recidivas. La serología se negativó en cuatro, se volvió menos positiva en nueve, y continuó positiva en siete en la sangre, y para el líquido cefalorraquídeo las cifras fueron cinco, siete y ocho

(volviéndose más positiva en dos). La reacción del oro coloidal disminuyó en 12, se elevó en tres, y no varió en cinco. De 10 casos de tabes, dos atáxicos recobraron la marcha normal, seis revelaron alguna mejoría en la marcha, y dos no variaron. En todos desaparecieron los dolores radiculares, a menudo después de los primeros dos o tres tratamientos. La serología sanguínea se negativó en cuatro, se volvió menos positiva en tres, continuó negativa en uno, y positiva en dos. Para la cefalorraquídea, las cifras fueron dos, tres, cuatro, y uno. En siete casos de forma tabética de demencia paralítica hubo mejoría mental en seis, y el otro murió sin mejoría a los seis meses de terminarse el tratamiento. En todos se atenuaron los dolores radiculares, y en dos se necesitó más piritoterapia. En cuatro de los cinco atáxicos mejoró la marcha, y uno que había tenido ataxia por tres meses, recuperó la marcha normal. (Simpson, W. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2132, dbre. 28, 1935.)

Diatermia.—Del estudio de la diatermia en 33 casos tratados de febrero 1931 a 1934 y analizados en febrero 1935, Epstein, Solomon y Kopp deducen que la diatermia posee cierto valor terapéutico pero no tanto como la malarioterapia en la demencia paralítica. De los 33, 8 mejoraron y pueden trabajar, otros 7 han mejorado pero no pueden sostenerse, 4 aun hospitalizados han mejorado, 4 no han mejorado y 10 han muerto. Los porcentajes, son pues: restablecimiento 21.9, mucha mejoría 12.5, mejoría moderada 15.6, sin mejoría 50 por ciento, mientras que para 173 casos tratados con malaria el porcentaje fué: restablecimiento 36.7, mucha mejoría 20.7, mejoría moderada 18.3 y sin mejoría 24.3; y para 81 casos tratados con triparsamida: restablecimiento 37.5, mucha mejoría 16.3, mejoría moderada 10.0, y sin mejoría 36.2. En un caso de los 33 hubo una marcada recidiva clínica y serológica a los 4 años de haberse administrado la diatermia. Esta quizás dé mejores resultados cuando se prolonga más y la temperatura es más elevada. La mortalidad dentro de 2 años del tratamiento fué de 27 por ciento para la diatermia, comparado con 14.8 para la malaria y 13.5 para la triparsamida. Un repaso de la literatura corrobora las observaciones anteriores, pues de 648 casos comunicados de 1929 a 1935, sólo se observaron buenas remisiones en 27 por ciento con la diatermia. (Epstein, S. E., Solomon, H. C. & Kopp, I.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1527, mayo 2, 1936.)

Justipreciación de la piritoterapia.—Repasando los resultados obtenidos en el hospital para marineros, de Nueva Orleans, en 203 casos, así como en centenares en la literatura, no sólo de neurosífilis y blenorragia sino de otras muchas enfermedades, incluso tuberculosis, asma, corea, endocarditis, etc., Slaughter afirma que no se ha realizado todavía suficiente trabajo en muchas dolencias, para permitir una justipreciación bien fundada. Cuando se celebre la primera Conferencia Internacional sobre Piritoterapia en la ciudad de Nueva York, en septiembre, 1936, quizás ya haya suficientes datos disponibles para poder sacar deducciones precisas en dichos estados. Para el autor, la piritoterapia ya ha demostrado su valor en la blenorragia y sus complicaciones, la neurosífilis, el asma, la corea, y la artritis infecciosa aguda. Las estadísticas recopiladas en la Clínica Mayo, en el Hospital del Valle de Miami, en Dayton, y en el Hospital de Marineros de Nueva Orleans, revelan más de 900 casos tratados, con una sola muerte. En Nueva Orleans se trataron 203 casos sin mortalidad. En el Hospital de Nueva Orleans y en unos otros 20 hospitales de los Estados Unidos, utilizan el hiperterma de Kettering, que consiste en un gran armario calentado y humedecido por electricidad, rigiéndose el calor y la electricidad por un termostato y un humidoestato, respectivamente. La bibliografía del autor comprende 24 fichas, todas de literatura estadounidense. (Slaughter, W. H., y Trautman, J. A.: *Hosp. News*, 10, mayo 1936.)

Piritoterapia de la blenorragia en el varón.—Anderson y colaboradores trataron

con fiebre artificial una serie de 32 casos de uretritis blenorragica con epididimitis, siendo de notar la rapidez con que la fiebre, dolores, hiperestesia, edema e inflamación cedieron al primero y segundo tratamientos. La uretritis necesitó otros tratamientos. Se curaron 25 y mejoraron 7. Los casos crónicos con artritis mostráronse más resistentes, pero de 19 se curaron todos menos dos, y éstos mejoraron. En la serie de 497 tratamientos con 2,485 horas de pirexia, no hubo accidentes graves. En 25 por ciento se presentó herpes simple como al mes del primer tratamiento, pero desapareció después del segundo. Para los autores, la piritoterapia representa un método eficaz, satisfactorio, inocuo y rápido para el tratamiento de la blenorragia masculina. (Anderson, T. H. B., Arnold, R. C., y Trautman, J. A.: *Hosp. News*, 1, sbre. 15, 1935.)

Tratamiento del chancro blando.—Rebaudi declara que en casos de chancro blando, bubones no sífilíticos y ulceraciones fagedénicas del pene, en que fracasaran otros tratamientos, ha obtenido la curación con inyecciones de clorhidrato de emetina, de 2 a 4 gms., hechas, según el caso, cada día o cada dos días. (Rebaudi, Leonidas: *Dia Médico*, dbre. 9, 1935.)

FRAMBESIA¹

Nordeste Mineiro.—Os limites do Nordeste Mineiro geralmente se marcam do rio Dóce ao rio Jequitinhonha, comprehendendo ainda os valles do Mucury e do S. Matheus. O café, gado e madeira são as suas principaes producções. O homem do Nordeste, do campo, é fraco e debilitado pela má alimentação, em vista da formidavel crise que assobera a região. Os municipios comprehendidos nos limites acima e que constituem a fóco endemico da bouba são: Theophilo Ottoni, Itambacury, Malacacheta, Jequitinhonha, Capellinha e parte de Peçanha e Santa Maria do Suassuhy. O apparecimento dos primeiros casos de bouba na região não data de mais de 25 annos mais ou menos. Os historiadores não se referem á bouba entre os indicios encontrados ás margens do Mucury. Aliás, Silva Araujo já mostrou, exhaustivamente, que a bouba não existia entre os indigenas. A colonização do valle já não foi feita mais com o elemento africano e sim com o immigrante europeu, suissos e allemães, principalmente. Quando tudo isso não bastasse para se affirmar que a endemia boubatica é recente, ha a observação diaria de que os adultos constituem a maioria dos parasitados, completamente ao inverso dos outros logares endemicos. Em 651 doentes examinados pelo autor encontrou o seguinte: 0 a 5 annos, 10.2%; 5 a 15 annos, 31.4; mais de 15 annos, 58.2%. Pelo grande intercambio com o Nordeste do paiz, julga Ferreira Lopes que a bouba do Nordeste do Estado encontrou origem no antigo fóco da Parahyba, na emigração dos flagellados. Julga tambem ser mais possivel que a origem dos primeiros casos de Minas esteja no Suleste bahiano, sabendo-se que na Bahia a bouba existe desde o tempo da chegada dos cseravos africanos. Tanto assim é, que no Suleste bahiano limitrophe com Minas e com o mesmo terreno, a incidencia é elevada. No Posto de Salto Grande, na divisa com a Bahia, a maioria absoluta dos doentes matriculados é de bahianos. O surto em Minas augmentou formidavelmente de 1929 e 1930 para cá, em consequencia da grande crise economica. O clima é sem duvida uma das principaes causas predisponentes, pois não se encontra endemia de bouba a não ser nas zonas tropicaes. No Nordeste Mineiro, se observa um facto interessante: só em zona de matta, portanto com clima quente e humido, se encontra um só caso. A falta de asseio

¹ La crónica anterior sobre Frambesia apareció en el *Boletín* de septiembre, 1935.