

CRÓNICAS

VENÉREAS¹

Argentina.—Obarrio, el director de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria, ha presentado al Secretario de Higiene y Seguridad de la ciudad de Buenos Aires un proyecto de ley para la lucha antivenérea en la República Argentina, así como un proyecto de ordenanza para la ciudad de Buenos Aires. Las medidas propuestas comprenden: advertencia obligatoria al enfermo de la naturaleza del mal; declaración obligatoria; busca de portadores; castigo de la transmisión; tratamiento obligatorio; certificado prenupcial; lucha contra la prostitución; profilaxis individual; limitación del contagio venéreo en todas las formas posibles; y lucha contra el charlatanismo. En resumen, propónese la creación de dispensarios, servicios médicos especiales, laboratorios, e institutos de investigación y enseñanza para llevar a la práctica estas ideas. (Obarrio, J. M.: *Semana Méd.*, 1585, mayo 30, 1935.)

La frecuencia de las enfermedades venéreas en distintas agrupaciones argentinas examinadas, es ésta: *blenorragia*: Ejército Nacional, 3.12 por ciento (promedio de 10 años); Marina Nacional, *blenorragia aguda* 7.76, *crónica* 1.81, total 9.57 por ciento (promedio de nueve años); dispensarios antivenéreos nacionales, *aguda* 28.58, *crónica* 10.06, total 44.64 por ciento (primer semestre de 1932); dispensarios antivenéreos municipales y particulares de la ciudad de Buenos Aires, *aguda* 45.47, *crónica* 19.89, total 65.36 por ciento (año 1932); Hospital Italiano de Buenos Aires, *aguda* 14.58, *crónica* 15.61, total 30.19 por ciento (cinco años); dispensario antivenéreo de La Plata, 59.17 por ciento (año 1932). *Sífilis primaria*: Hospital Italiano de Buenos Aires, total de chancros 1,073 (quinquenio 1928-32); Hospital Ramos Mejía, total de chaneros, 2,478 (1910-1913). En el Ejército Nacional, el porcentaje de chancros blandos es de 1.03, comparado con 0.31 para la sífilis; en los dispensarios nacionales, la proporción de chaneros simples es de 2.34 por ciento (semestre de 1933); en los municipales y particulares de Buenos Aires, 6.65; en el dispensario antivenéreo de La Plata, 1.43; y en la clínica dermatosifilográfica de La Plata, 0.32 por ciento. El *granuloma venéreo* es poco frecuente en Argentina, y los dos primeros casos fueron estudiados por el autor en 1914, observándose a menudo casos entre prostitutas y pederastas. La *linfogranulomatosis inguinal subaguda* es algo frecuente, correspondiendo la primera observación a Destéfano y Vaccarezza en 1923. En la estadística de cinco años del servicio del autor, el porcentaje es de 0.2. El *papiloma venéreo* (vulgarmente "crestas de gallo") es una enfermedad frecuente y molesta, aunque benigna, que figura con una proporción de 1.94 por ciento. *Provincias*: La sífilis primaria aparece en la Provincia de Córdoba con 9.29 por ciento de los enfermos examinados, y en la ciudad de Córdoba, 11.3 por ciento de los enfermos que concurren al dispensario central. En Mendoza, la mortalidad por sífilis registrada en 1932 asciende a 75 defunciones, 49 de ellas en niños menores de tres meses. En Jujuy, de marzo 1932 a septiembre de 1934, se han examinado y tratado los siguientes enfermos: *blenorragia aguda*, 700, *crónica* 357; *sífilis primaria* 411, *secundaria* 1,029. En el Anuario Demográfico del Departamento Nacional de Higiene para 1916, la mortalidad aproximada por sífilis era de 117.2 por 1,000 defunciones, y para el año 1932, según los cálculos viene a ser de 110.82. En su minucioso artículo,

¹ La última crónica sobre este asunto apareció en el *Boletín* de nbre. 1934, p. 1032.

el autor discute los distintos problemas planteados por la profilaxia antivenérea, con una multitud de datos, mostrándose en favor de la declaración obligatoria, siempre que el Estado ofrezca medios de tratamiento y ayude a la familia, de necesitarlo ésta. (Greco, N. V.: "Primera Conferencia Nac. Asis. Soc., Trabajos", Tomo III, 1ª parte, 1934.)

Conclusiones en Colombia.—En la Primera Convención Nacional Antivenérea celebrada en Medellín, Colombia, el 22 de abril de 1935, se aprobó una serie de conclusiones, proclamando la unificación de los sistemas empleados en los centros de tratamiento, a fin de dar a todos la misma organización científica. Con ese fin, se discutieron los siguientes puntos: tratamiento de la sífilis y de la blenorragia; uniformidad de las estadísticas; enfermeras visitadoras; puestos profilácticos; prostitución; legislación antivenérea; y síndrome de Nicolás-Favre. La conferencia recomendó la adopción del certificado médico prenupcial, pidiendo la colaboración de todos aquéllos que deban intervenir en la celebración del matrimonio. A las Facultades de Medicina se recomendó: la apertura de cursos de perfeccionamiento sobre enfermedades venéreas; cursos de serología; e incluir en los cursos de clínica sifilográfica y dermatológica un programa sobre la campaña antivenérea. (*El Espectador*, mayo 8, 1935.)

Embarazadas costarricenses.—En la clínica prenatal del departamento de obstetricia del Hospital San Juan de Dios, de San José, un número regular de enfermas en los servicios gratuitos quejábanse de pesantez, dolor en el empeine y leucorrea abundante, lo cual indujo a Beeche Cañas, junto con Salazar, a hacer frotos de la secreción uretral y cervical. De 1,000 frotos realizados, 53.7 por ciento resultaron positivos para el gonococo, hallándose tres casos de reumatismo gonocócico, pero ninguno de blenorragia del recto. (Beeche Cañas, L.: *Cons. Int.*, 30, ab. 1, 1935.)

Chile.—Analizando los cuadros de morbilidad de algunos policlínicos instalados por la Caja de Seguro Obligatorio de Chile en centros netamente obreros, como en Lota, obsérvese que entre 19,098 consultas en 1933, 10,488 o sea más de 50 por ciento, correspondieron a casos venéreos. Como las consultas promedian cuatro por enfermo, esto daría un total de 2,622 enfermos en Lota, y como la población obrera estaba constituida ese año por 6,100 obreros, tendríamos que cerca de 43 por ciento eran casos venéreos. En el Ejército, entre 9,844 individuos en 1933, fueron atendidos por enfermedades venéreas 986, es decir, 10 por ciento, lo cual parece ser bastante representativo, en particular para la edad de que se trata. Aceptada esa proporción de 10 por ciento para los 600,000 obreros asegurados en 1934, habría 60,000 casos venéreos, a lo cual hay que agregar un número igual o superior que no solicitan atención médica, de modo que en una población de 600,000 hay más de 100,000 venéreos que deberían ser tratados. (Anón.: *Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 1, mzo. 1935.)

Para Banderas Bianchi, la morbilidad venérea en el Ejército de Chile resultaría muy superior a 9 por ciento de realizarse exámenes prolijos. Según él, no es extraordinario el coeficiente de 43 por ciento calculado para los obreros de Lota, y el mismo podría extenderse a todos los grandes centros poblados del país. El complicado problema debería abordarse uniendo los esfuerzos de las distintas entidades dedicadas a la lucha antivenérea, o sean sanidad, seguro obrero, municipalidades, centros obreros, policlínicos de la beneficencia, etc. (Banderas Bianchi, T.: *Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 3, mayo 1935.)

Al estudiar las fichas sanitarias de 4,246 embarazadas en el Consultorio de Asegurados de Valparaíso, Vizcarra encontró sífilis en 21.9 por ciento, blenorragia en 10.3, tuberculosis en 3.3 y mala dentadura en 41.6. En 1931 se contaba con 1,660 camas en las maternidades chilenas, registrándose ese año 166,351 partos, o sea 1 cama para 100. En Chiloé, donde ocurren unos 7,000 partos anuales, se

cuenta con 6 camas solamente, y en Cautín con 13 camas para 11,500 partos. (Vizcarra, J.: *Med. Soc.*, mzo. 1, 1935.)

En el Policlínico Antivenéreo de Concepción, el porcentaje de blenorragia en los enfermos se aproxima a 40, y el de sífilis, a 30, aunque no se atienden niños. En Talcahuano las cifras son 43 y 35, y en Coronel 63 y 23 por ciento. (González Pastor, E.: *Rev. Asist. Soc.*, 306, sbre. 1934.)

Dispensarios antivenéreos en Valparaíso.—El Presidente de la República de Chile ha aprobado con fecha 27 de diciembre de 1934, un convenio celebrado entre la Dirección General de Sanidad y la municipalidad de Valparaíso, en virtud del cual la última queda autorizada para proceder al examen, tratamiento y hospitalización de las mujeres que ejercen el comercio sexual en dicho puerto, bien en los dispensarios antivenéreos dependientes de la Dirección General de Sanidad o en centros especialmente habilitados. Un reglamento determinará la forma en que funcionarán dichos centros. (*Diario Oficial*, eno. 12, 1935.)

Estados Unidos.—Bajo los auspicios del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, se verificó recientemente un censo de un día para determinar el número de casos de sífilis y de blenorragia bajo constante asistencia médica en los Estados Unidos, tomando como índice 49 localidades representativas, recibándose informes de 39,000 fuentes médicas, que representan aproximadamente la cuarta parte de la población. Según esos datos, el coeficiente venéreo es 7.7 por 1,000 habitantes en los Estados Unidos: 4.3 para la sífilis, y 3.4 para la blenorragia. Un 71 por ciento de los sífilíticos buscaron tratamiento cuando la infección ya había pasado a un período avanzado, y 51 por ciento de los blenorragícos después de llegar a la fase crónica. En las poblaciones de 100,000 habitantes o más, el coeficiente venéreo es menor que en las más pequeñas. Del total de casos venéreos, un 64 por ciento eran tratados por médicos particulares, y más de la mitad de los casos particulares eran tratados por 5 por ciento de los médicos, o sean venereólogos. Puede calcularse que hay 493,000 individuos constantemente bajo tratamiento u observación para blenorragia, y 683,000 para sífilis, en los Estados Unidos. Las infecciones nuevas ascienden anualmente a 4 por 1,000 para la sífilis, y 8 por 1,000 para la blenorragia; es decir, que cada año hay 1,500,000 personas que buscan tratamiento para un estado u otro. El coeficiente mayor para la sífilis es a la edad de 16 a 30 años. Cálculase que siete de cada 100 individuos de 40 años o más continúan constituyendo un problema potencial en cuanto a tratamiento sífilítico. Provisoriamente, cabe decir que la tendencia en la sífilis parece ascendente, y en la blenorragia descendente; pero quizás este descenso refleje el descuido en buscar tratamiento durante la crisis económica, más bien que disminución del número de infecciones. (Usilton, Lida J.: *Ven. Dis. Inf.*, 147, mayo 1935.)

Clínicas y enfermeras.—Miller, enfermera del departamento de sanidad de Oakland, California, apunta que, a pesar del gran número de clínicas antisifilíticas en los Estados Unidos, en muy pocas localidades existe un sistema bastante completo. En general, se necesita menos secreto y una actitud más científica hacia la lúes y, sobre todo, una individualización mayor, pues cada caso debe servir de lección objetiva potencial y de punto de partida para la localización y erradicación de otros muchos casos más. Todo el personal debe hallarse inspirado por la idea de la erradicación completa del mal, para que la clínica no se convierta en una especie de máquina. (Miller, Rachel K.: *Am. Jour. Pub. Health*, 192, fbro. 1935.)

Negras embarazadas.—McCord ha realizado un minucioso estudio clínico de 2,150 negras embarazadas, que asistieron a su clínica prenatal en Atlanta en el transcurso de 12 años, todas las cuales acusaron una Wassermann fuertemente positiva en algún período de la gestación. En la serie hubo 123 abortos tempranos, 154 abortos tardíos, 505 partos prematuros, y 1,368 a término. En los partos a

término hubo 1,269 nacidos viables, 73 mortinatos, y 26 neomortinatos; y en los prematuros 248, 184 y 73, respectivamente. El tratamiento antenatal, consistente en la administración intravenosa de 0.45 gm de neosalvarsán una vez en semana, y dos fricciones semanales de unguento mercurial, estaba encaminado primordialmente a la prevención de la sífilis congénita. El autor formula las siguientes conclusiones como resultado de su estudio: el embarazo no afecta la exactitud de la Wassermann, que debe hacerse sistemáticamente en la práctica prenatal; el tratamiento antisifilítico prenatal, independiente de la intensidad del estado, salva de la sífilis congénita a un 95 por ciento de las criaturas; el mejor resultado se obtiene con 10 o más tratamientos; el tratamiento debe ser moderado, pero continuo, y no es menester controlarlo con la Wassermann; el empleo simultáneo del arsenical y un metal pesado ha producido buenos resultados, y no parece entrañar peligro para la madre; en la gran mayoría de los casos una Wassermann fuertemente positiva en la sangre del cordón umbilical, implica sífilis congénita en la criatura, pero una negativa carece de valor diagnóstico; el cuadro característico de osteocondritis de los huesos de las extremidades, es patognomónico de sífilis congénita. (McCord, J. R.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 89, jul. 13, 1935.)

Manipuladores de alimentos.—En contestación a una pregunta recibida, el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York declara que no hay pruebas científicas de que la sífilis y la blenorragia sean diseminadas frecuentemente por manipuladores de alimentos. Según un cálculo conservador, aproximadamente 7 por ciento de la sífilis es contraída extragenitalmente. La mayor parte de los chancros extragenitales se deben probablemente a besos, quedando alrededor de los labios. Un repaso de la literatura revela pocos casos de sífilis atribuidos a manipuladores de alimentos. Aun cuando se adquiriera en los restaurantes, la sífilis puede deberse a parroquianos infectados más bien que a empleados del establecimiento. Si los enfermos de sífilis reciben un tratamiento intenso con salvarsán, hasta un mínimo de dos o un máximo de cuatro series, ya no representan un peligro para el público y podrá permitírseles que trabajen como cocineros o camareros, con tal que continúen recibiendo tratamiento. Por esas razones el Estado no alienta la promulgación de ordenanzas municipales que exijan el examen físico de los manipuladores de alimentos, pues aunque lo favorece el público, poseen muy poco valor demostrado para impedir la difusión de la lúes o las gonococias. (*Health News*, fibro. 25, 1935.)

Yucatán.—Los estudios de Shattuck y otros pusieron de manifiesto la aparente rareza de las manifestaciones clínicas de la sífilis entre los mestizos e indios de Yucatán, pues entre 2,100 examinados sólo en seis se sospechó sífilis, variando los signos clínicos de estigmas congénitos a iritis. No se observó ni un solo caso de chancre o de lesión secundaria. (Shattuck, G. C., y otros: "The Peninsula of Yucatan, Medical etc. studies," 473, 1933.)

Gonococias en niñas.—Gómez y colaboradores emplean el término de gonococia genital, por no parecerles ni el de vulvovaginitis ni el de cervicovaginitis, suficientemente exactos. Después de encontrar dos casos agudos en la Casa de Cuna de México, examinaron a todas las niñas en la misma sala, encontrando 24 enfermas, según comprobara el laboratorio. La cervicitis es muy común, pues solamente en dos de las 24 no estaba afectado el cuello. No se encontró ninguna complicación fuera del aparato genital. En dos que murieron de otras causas, la autopsia reveló permeabilidad del útero y trompas, e integridad de los ovarios. De 14 casos reexaminados al año del alta, sólo uno manifestó gonococos, comprobándose que la localización era en el cuello. La profilaxia debe tomar en cuenta la resistencia del gonococo a los medios comúnmente empleados contra él, y en la terapéutica la pomada de Chaufler fué la que mostró más eficacia, curando en uno a seis meses. La propagación puede hacerse por ropas infectadas y por útiles de

aseo, y si en cada caso se practicara una investigación social, se daría con el foco contaminante en el seno de la misma familia o en la escuela. Esta misma forma de propagación es la que acarrea epidemias en los establecimientos de niños, como la relatada por González en 1933. En la Casa de Cuna hay además otras dos formas de contagio, o sean la masturbación mutua de las pequeñas, y la reinfeción por ropas insuficientemente desinfectadas. (En un trabajo publicado por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos en 1925, *Reprint No. 5, Venereal Disease Information*, se analizó la causa de la gonococia en 52 niñas, deduciéndose que puede por lo general descubrirse en algún otro miembro de la casa, o en objetos infectados empleados por algún otro familiar, y que el mejor tratamiento consiste en la instilación diaria de algún gonococida por el médico o enfermera, y el aseo frecuente por la madre.—RED.) (Gómez, F., Salgado Palacios, E., y González, Elena: *Rev. Mex. Puer.*, 889, nbre. 1934.)

Reglamentación de la prostitución en el Uruguay.—Por una ordenanza del 27 de septiembre de 1933, se resuelve que se denunciará en el Uruguay la existencia de prostíbulos clandestinos para que la Policía proceda a la inmediata clausura de los mismos y conduzca a las mujeres que practican en ellos, y aquéllas que sean sorprendidas en la vía pública u otros locales en actos relacionados con el ejercicio de la prostitución clandestina, a la Inspección Sanitaria de la Prostitución para examen médico. Para los efectos de esta ordenanza, considéranse prostíbulos clandestinos los locales que no se ajusten a los requisitos del Consejo de Salud Pública o aquéllos a los que concurren mujeres no inscritas en el Registro de la Inspección Sanitaria de la Prostitución. (*Bol. Jef. Pol. Mont.*, 459, jul.-sbre. 1933.)

Proyecto de ley en Uruguay.—Por iniciativa del Ministro de Salud Pública, el Presidente del Uruguay ha presentado a la Asamblea General un proyecto de ley sobre prevención de enfermedades venéreas, incorporando el delito de contagio sexual, y asentando sobre éste y la denuncia y tratamiento de esos males, la profilaxia de la prostitución, al mismo tiempo que queda abolida la reglamentación. Una tentativa de abolicionismo, fracasó previamente por no haberse proyectado medidas sustitutivas. El nuevo proyecto de ley comprende los siguientes capítulos: obligatoriedad del tratamiento; solicitud de certificados por las autoridades de higiene a las personas sospechosas, y hospitalización forzosa cuando sea necesaria; denuncias; sanciones penales y deberes de los médicos. Los farmacéuticos no podrán despachar productos para tratamiento antivenéreo sin prescripción facultativa, exceptuados los medios profilácticos. (*Diario Oficial*, dbre. 12, 1934.)

Sífilis congénita en Montevideo.—Tomando por base las historias clínicas de 20,000 niños de 0 a 15 años de una clínica infantil, dispensarios, varias policlínicas y la clientela civil, Lorenzo y Deal, y Etchelar, encontraron 200 sífilíticos congénitos, es decir, 1 por ciento; siendo la cifra para los lactantes 1.45 por ciento. En los dos últimos lustros se ha observado aminoramiento de la intensidad de los síntomas y disminución de los mismos. En la primera infancia, 63, y en la segunda 32 por ciento de los sífilíticos congénitos son distróficos. En los menores de seis meses se ve raquitismo precoz en 23 por ciento, y cráneotabes en 21 por ciento. La triada de Hutchinson es excepcional. El 56 por ciento de los sífilíticos menores de tres años tienen esplenomegalia, y la hepatoesplenomegalia es frecuente. La reacción más sensible es la Kahn, alcanzando las positivas 61 por ciento en la primera infancia, 92 en la segunda, y 77 por ciento en todas las edades. Hay un 4 por ciento de casos sin estigmas, aparte de las reacciones. Sólo en los antecedentes de tres niños se encontró gemelismo. El llanto se suele observar a veces como síntoma en los lactantes. Siempre que se emplean arsenicales, para obtener éxito y mejoría serológica, precisa la combinación con bismuto y mercuriales. El uso de los arsenicales pentavalentes, como el estovarsol, por vía bucal, da

buenos resultados. En una clínica obstétrica, de 1929 a 1933, de 7,822 nacidos, resultaron sífilíticos congénitos 235, o sea 3 por ciento. Otras estadísticas de Montevideo revelan estas cifras para la sífilis congénita: sobre 3,000 lactantes Morquio da una cifra de 0.26 por ciento; Burghi, sobre 1,231 de 0 a tres años, 145 (11.8 por ciento); García San Martín, 160 sobre 6,949 (2.44 por ciento); Canzani, sobre 300 partos, sólo dos niños sífilíticos congénitos (0.66 por ciento); Pacheco, sobre 2,650, siete (0.26); Bonaba y Leone Bloise, 89 casos en 18 años (promedio anual de 4.9); y Navarro, 3.18 por ciento. (Lorenzo y Deal, J., y Etchelar, R.: *Arch. Urug. Med. Cir. & Espec.*, 489, mayo 1935.)

Lucha en Venezuela.—Según una información (fbro. 21, 1935) facilitada por el Dr. H. Toledo Trujillo, Ministro de Salubridad y de Agricultura y Cría de la República de Venezuela, la lucha antivenérea en el país comprende los siguientes puntos: (1) Abolición del sistema de las casas de tolerancia, pues la prostitución no ha sido nunca reglamentada, ni el Gobierno ha permitido casas de tolerancia sometiénolas a control oficial. (2) Leyes y reglamentos que protegen la moralidad pública, incluso prohibición de tener casas de prostitución, del proxenetismo, y de explotar la prostitución de otro, y expulsión de prostitutas extranjeras, mientras que el Código Penal prohíbe la seducción, la prostitución o corrupción de menores, y los ultrajes al pudor. (3) Las principales medidas empleadas para combatir directamente las enfermedades venéreas, son la propaganda educativa y la asistencia y tratamiento gratuito de los enfermos en dispensarios públicos, de los cuales funciona uno en Caracas desde 1926, en el cual las visitas en aquel año ascendieron a 9,548 comparado con 53,162 en 1934. Con este dispensario colabora la sección de serología del Laboratorio de Bacteriología y Parasitología. Una resolución gubernativa también dispone que no se recargue el precio de los preparados medicinales contra los males venéreos, en más de 10 por ciento sobre su valor de factura y los gastos hasta el lugar de expendio.

Jamaica.—*Jamaica Public Health* (jun. 1935) declara que no hay datos fidedignos sobre la verdadera frecuencia de la sífilis y la blenorragia en dicha isla. En el Hospital General de Kingston ha funcionado una clínica gratuita para el tratamiento de esas enfermedades por varios años, en la cual trataron en 1933, 452 casos de sífilis, pero sin consignar cuántos nuevos. En 1932 y 1933, la Comisión de la Frambesia examinó unos 6,500 individuos en los distritos rurales de una parroquia, y sólo descubrió seis casos incipientes de sífilis; y en 1933 en otra parroquia, entre más de 20,000 personas sólo seis casos seguros y 10 dudosos. A juzgar por esas estadísticas, la sífilis no debe ser muy frecuente, sobre todo en los campos, pero esa información no es terminante. En cuanto a blenorragia, en 1933 en los hospitales del Gobierno ingresaron 1,019 casos, mientras que se trataron 2,566 en los dispensarios. Sin duda muchos casos más se dirigen a los médicos particulares, y muchos crónicos jamás se hacen tratar. Un hecho digno de nota es que la blenorragia a menudo produce ceguera neonatal, y en Jamaica, aunque no se ofrece tratamiento especial para la enfermedad, apenas se conocen casos de ceguera en las criaturas. Estos hechos se publican para demostrar la necesidad de un censo venéreo en la colonia. La sífilis y la frambesia son tratadas gratuitamente por los médicos de distrito.

Tuberculosis.—Entre 6,000 casos de tuberculosis pulmonar, Ernst observó 66 en que coexistía la sífilis, comprendiendo únicamente los que acusaban una reacción positiva. La sífilis había precedido a las manifestaciones tuberculosas en la mayor parte de los casos por varios años, sucediendo lo contrario sólo en cuatro. Para el autor, no cabe descartar el examen serológico en busca de sífilis en las instituciones para tuberculosos, pero basta con una de las floculorreacciones. En cuanto a duración de la vida en los tuberculosos abiertos, no hay diferencia mayor entre los que tienen y no tienen sífilis. La tendencia curativa

sí es mucho menor en los sífilíticos que en los otros: 6.6 y 30 por ciento, respectivamente. El tratamiento antisifilítico a menudo mejora el resultado terapéutico. (Ernst, F.: *Med. Klin.*, 1934, dbre. 14, 1934.)

Complicaciones quirúrgicas de la blenorragia.—Del análisis de 1,000 casos tratados, Goldstein deduce que son frecuentes las complicaciones quirúrgicas de la blenorragia, pues 418 de ellos manifestaron 710 complicaciones (41.8 por ciento), y de éstas 247 muy agudas, en particular 175 de epididimitis. De los 418 fueron operados 86, o sea 21.2 por ciento. El autor aboga por la intervención precoz en dichas complicaciones, evitándole así sufrimientos al enfermo, acelerando la convalecencia, y mermando considerablemente la proporción de cronicidad. En particular, una epididimotomía temprana puede evitar muchos casos de esterilidad unilateral, y hasta bilateral. (Goldstein, A. E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 800, mzo. 9, 1935.)

Serodiagnóstico.—En el informe de la comisión nombrada en los Estados Unidos para avaluar las pruebas de serodiagnóstico utilizadas actualmente en la sífilis, declaróse en las conclusiones que la prueba ideal debe ser específica y sensible, adaptándose a las condiciones diversas y a veces desfavorables que se encuentran en la práctica corriente. Las pruebas que resultan fidedignas cuando se verifican con sueros o líquidos cefalorraquídeos hemolisados, anticomplementarios o contaminados, son sin duda más útiles que las que no pueden verificarse en esas circunstancias. El estudio verificado por 13 serólogos de los Estados Unidos en un grupo de 1,017 ejemplares sanguíneos y 220 cefalorraquídeos, indica que, debidamente verificadas, poseen valor igual las pruebas de fijación del complemento y de floculación. Aunque la mayor parte de las floculorreacciones son aproximadamente iguales en valor a las pruebas de fijación del complemento para el líquido cefalorraquídeo, es un hecho que algunas de ellas son relativamente inadecuadas. Si se verifican dos pruebas simultáneamente, importa poco si se escogen dos de fijación del complemento o de floculación, o una de floculación y una de fijación. En la selección de una o más pruebas para empleo general, hay que considerar en segundo lugar el costo, rapidez y facilidad, lo cual no figuró en la encuesta actual. Ciertas pruebas que pueden verificarse rápidamente con muestras sanguíneas, parecieron rendir resultados comparables a los obtenidos con pruebas de ejecución más prolongada. Hay ciertas indicaciones de que una floculorreacción muy sensible y debidamente verificada, puede emplearse sistemáticamente para excluir la probabilidad de sífilis, y de resultar negativa, es muy probable que también lo sean otros métodos. Si la prueba resulta positiva, debe repetirse y compararse con una o más de las otras pruebas muy específicas. A pesar de la diferencia en los símbolos empleados habitualmente, resulta satisfactorio comunicar los resultados como meramente positivos, dudosos o negativos, y la comisión recomienda ese sencillo método para comunicar las pruebas cualitativas, pues resultaría muy útil para el clínico. La comprobación serológica en este caso fué verificada en condiciones relativamente ideales, de modo que el resultado no se compara forzosamente con el obtenido habitualmente con la serología. El porcentaje de resultados positivos obtenido por los distintos serólogos, varió de 53.7 a 82.9 en 43 casos de sífilis primaria no tratados; 98.4 a 100 en 65 secundarios no tratados; 58.0 a 86.4 en 307 tardíos; 65.8 a 88.2 en el total de 415 casos de sífilis; 42.0 a 72.0 en 50 casos de lepra; 1.9 a 7.7 en 53 casos de tuberculosis; 1.6 a 9.7 en 62 neoplasias; 2.2 a 8.9 en 46 estados febriles; 8.6 a 20.6 en 36 casos de paludismo; 2.0 a 3.9 en 51 de ictericia; y 1.9 a 3.8 en 54 mujeres embarazadas. (Cumming, H. S., y otros: *Ven. Dis. Inf.*, 189, jun. 1935; *Jour. Am. Med. Assn.*, 2083, jun. 8, 1935.)

Perfeccionamiento de la fijación del complemento.—Hamann y Thomson, en los Laboratorios del Departamento de Sanidad de la Ciudad de Nueva York, han

modificado la reacción de fijación del complemento para la blenorragia, empleando el suero de un conejo inmunizado contra el gonococo y titulado de manera que 0.02 cc acuse una reacción de 2 más cuando se emplea como testigo en la prueba. Así se puede determinar la cantidad óptima de complemento que debe usarse para obtener resultados exactos y uniformes, independientemente de la resistencia de las células empleadas o del título hemolítico del complemento. El trabajo, con todos los pormenores y la técnica, va a ser publicado pronto en una de las revistas de laboratorio. (Apud: *Quart. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, No. 2, 1934.)

Tratamiento.—El comité de peritos designados por la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, cuyos estudios comenzaron en 1928, y comprendiendo representantes de varios países europeos y de Estados Unidos, ha convenido en las siguientes recomendaciones y principios para el tratamiento de la sífilis: El tratamiento debe iniciarse lo más pronto posible en el período primario seronegativo, utilizando para el diagnóstico en todo lo posible el examen microscópico de las secreciones de las lesiones primarias, o de los ganglios linfáticos. Antes de iniciar el tratamiento bosquejado, debe verificarse un examen físico apropiado para determinar la existencia o ausencia de contraindicaciones. Mientras se aplica el tratamiento, hay que vigilar cuidadosamente al enfermo, y en particular mucosas, piel, riñón, e hígado. La observación clínica y serológica después de completar el tratamiento debe ser adecuada, y siempre por no menos de tres años. Es indispensable el examen adecuado del líquido cefalorraquídeo, por lo menos antes de dar de alta de observación al enfermo. Los principios por que debe regirse el tratamiento son éstos: empléese una dosis individual comparativamente elevada del arsenobenzol escogido, o de los bismutos o mercuriales, administrándose las dosis con rapidez comparativa, en particular al principio; manténgase un ataque persistente, evitando intervalos tan largos que permitan al parásito reponerse; adminístrese aproximadamente tanto tratamiento a los casos primarios, como a los secundarios. El material estudiado no permitió llegar a una decisión precisa en cuanto a los relativos méritos del tratamiento intermitente, con series de inyecciones a plazos cortos, separadas por descansos de algunas semanas, y del tratamiento continuo; o del empleo simultáneo de los arsenicales y bismuto o mercurio, y la postergación del bismuto o mercurio hasta después de administrar varias inyecciones de arsenicales. Sin embargo, parece factible formular un sistema de tratamiento intermitente y otro de tratamiento continuo, que rindan resultados satisfactorios en los casos corrientes o de sífilis temprana. Parece posible que el tratamiento intermitente propuesto resulte continuo, o casi continuo en su efecto, debido a la continua absorción de bismuto por algunas semanas después de suspenderse temporalmente el tratamiento. El plan de tratamiento intermitente para varones es éste: para adultos de un peso medio y de menos de 50 años, en los que no haya contraindicación, adminístrense varias series de inyecciones, según el plan indicado más adelante. Al principio de esa serie, algunos administran de una vez toda la dosis semanal (0.6 a 0.75 gm), mientras que otros la fraccionan en dos dosis (0.3 y 0.45 gm) en la primera semana. Recomiéndase que en los casos que permanecen o se vuelven serológicamente negativos durante o al terminar la primera serie, se administren cuatro series, con descansos de tres a cinco semanas entre ellas. En los casos que no se han vuelto seronegativos hacia el final de la primera serie, además del tratamiento anterior deben administrarse otras series, hasta que el enfermo haya recibido como mínimo tres además de la que produjera una serología negativa. Si el clínico lo prefiere, puede prolongarse este tratamiento. En los casos que presentan signos de recidivas clínicas de forma incipiente, deben seguirse principios semejantes a los enumerados anteriormente. Para las mujeres (no embarazadas), sígase el mismo

plan bosquejado para los hombres, con la excepción de que la dosis de neosalvarsán debe reducirse en 0.15 gm, y la de salvarsán en 0.1 gm. De hallarse indicada alguna disminución en la posología, debe disminuirse el número de inyecciones más bien que la dosis individual, o que alargar los intervalos. Al cesar el tratamiento, deben verificarse un examen físico completo y pruebas serológicas por lo menos cada dos meses durante el primer año, y cada trimestre después, hasta que hayan transcurrido por lo menos dos años. Conviene entonces verificar otro examen físico completo y pruebas del suero y del líquido cefalorraquídeo. Como alternativa, más en armonía con la tendencia hacia los cursos prolongados, pueden administrarse tres series de 10 a 12 inyecciones cada una, de los arsenicales. Para conseguir el entrelazamiento de los metales pesados y los arsenicales, que algunos creen protege contra neuro-recidivas, comiencese el bismuto dos, tres o hasta cuatro inyecciones antes de terminar la serie más larga del arsenical, continúese todo el tiempo que está suspendido el arsenical, y hasta que se comience la próxima serie de arsenical. Luego se suspende el bismuto mientras se completa la serie arsenical. La sal bismútica aconsejada es el salicilato en suspensión oleosa, a dosis completa para el adulto, tomando en cuenta el peso. Pueden utilizarse otros preparados de bismuto, pero tomando en consideración el contenido metálico equivalente y la velocidad de la eliminación. Las fricciones mercuriales son de mercurio metálico al 50 por ciento en una base oleosa apropiada, conteniendo cada dosis de fricción 4 gm, y administrándose de cinco a seis fricciones por semana. La dosis de yoduro es optativa, según las indicaciones. En este método no se recomienda el empleo intramuscular de mercuriales insolubles. Compréndase, además, que cuando se utiliza un metal pesado después de la última serie de salvarsán, debe haber descansos de seis a ocho semanas entre cada serie de 10 semanas de inyecciones, o cada serie de 40 fricciones. En los casos primarios que han permanecido constantemente seronegativos, debe administrarse un mínimo de cinco series de "606" o "914." Los casos primarios seropositivos deben recibir todo el tratamiento que exige este sistema. (*Quart. Bull. Health Orig.*, 239, mzo. 1935.)

Plan de Tratamiento Intermitente

SEMANA	"914"	"606"	COMPUESTO BISMÚTICO INSOLUBLE BIMETÁLICO*
1 ^a	0.6 a 0.75 gm	o 0.4 a 0.5 gm	más 0.20 a 0.24 gm
2 ^a	Id.	Id.	Id.
3 ^a	Id.	Id.	Id.
4 ^a	Id.	Id.	Id.
5 ^a	Id.	Id.	Id.
6 ^a	Id.	Id.	Id.
7 ^a	Id.	Id.	Id.
8 ^a	Id.	Id.	Id.
9 ^a.....	.....	.....	0.20 a 0.24 gm
10 ^a.....	.....	.....	0.20 a 0.24 gm

* For bismuto insoluble entiéndense los compuestos de escasa hidrosolubilidad. Deben administrarse, por lo tanto, en suspensión: los de escasísima solubilidad (el oxiclórico, etc.) por lo común en suspensión acuosa; y los más solubles (subsalicilato, yodobismutato de quinina, tártaros alcalinos, etc.) en suspensión oleosa vegetal. De preferirse un compuesto liposoluble (v.gr., canfocarboxilato, etc.), es conveniente administrar dos inyecciones de media dosis cada una por semana. La dosis de todos los bismútics debe calcularse según su contenido en bismuto metálico. Como sustituto del bismuto, puede emplearse una serie de mercurio, bien en forma de fricciones (40 días, empleando 3 gm de *Unguentum hydrargyri*) o de inyecciones (70 mgm de calomel o 120 mgm de salicilato de mercurio, etc., suspendidos en una base adecuada).

Plan de Tratamiento Alternante Continuo para la Sífilis Temprana

DÍA O SEMANA	"606"	TRATAMIENTO INTERINO	PRUEBA SEROLÓGICA	OBSERVACIONES
1 ^{er} día	0.3 a 0.6 gm	1	Las primeras tres inyecciones de "606" deben ser a razón de 0.1 gm por cada 11.3 kg de peso; la cuarta y siguientes inyecciones de la primera serie, por término medio, 0.4 gm para los hombres y 0.3 para las mujeres. En la mayoría de los enfermos se sanan rápidamente las lesiones y la prueba serológica vira a negativa durante la primera serie. Si no puede emplearse "606," sustitúyanse 8 a 10 dosis de 0.3 gm de argenteocosalvarsán (argentesalvarsán, argentoarsenobenzol, etc.), o 10 a 12 dosis de "914" (0.45 a 0.6 gm como máximo para las mujeres, y 0.6 a 0.75 para los hombres.) Esto reza también con las series posteriores.
5 ^o "	0.3 a 0.6 "			
10 ^o "	0.3 a 0.6 "			
3 ^a semana	0.4 gm			Si se emplea mercurio, nótese el entrelazamiento de una semana al final de la primera y comienzo de la segunda serie de "606." Al llegar aquí, unos cuantos días sin tratamiento pueden entrañar peligro. Neurorecidiva.
4 ^a "	0.4 "			
5 ^a "	0.4 "			
6 ^a "	0.4 "			
7 ^a "	0.4 "		1	
8 ^a "		Bismuto, 4 dosis de 0.2 gm, más yoduro de potasio, o unguento mercurial y yoduro de potasio.		
9 ^a "				Reanúdese el "606"; suspéndase el bismuto. Obsérvese la prueba serológica provocativa después de la primera inyección de "606."
10 ^a "	0.4 gm		1	
11 ^a "	0.4 "			Trátase de prevenir la suspensión del tratamiento por breves períodos, en particular en esta época temprana.
12 ^a "	0.4 "			
13 ^a "	0.4 "			
14 ^a "	0.4 "			
15 ^a "	0.4 "			
16 ^a "	0.4 "			El bismuto es mejor que el mercurio, y debe emplearse si es posible. Exáminese el líquido cefalorraquídeo si puede contarse con la cooperación del enfermo en este período. De ser anormal, continúese o intensifíquese el tratamiento, según requiera el caso, volviendo a examinar el líquido dentro de seis meses.
17 ^a "	0.4 "		1	
18 ^a a 23 ^a semanas		Bismuto, 6 dosis (o unguento mercurial), más yoduro de potasio.		
24 ^a semana	0.4 gm			
25 ^a "	0.4 "			
26 ^a "	0.4 "			
27 ^a "	0.4 "			
28 ^a "	0.4 "			
29 ^a "	0.4 "			
30 ^a a 37 ^a semanas		Bismuto, 8 dosis (o mercurio) más yoduro de potasio.		
38 ^a semana	0.4 gm		1	
39 ^a "	0.4 "			
40 ^a "	0.4 "			
41 ^a "	0.4 "			
42 ^a "	0.4 "			
43 ^a "	0.4 "		1	

Plan de Tratamiento Alternante Continuo para la Sífilis Temprana—(Cont.)

DÍA O SEMANA	"606"	TRATAMIENTO INTERINO	PRUEBA SEROLÓGICA	OBSERVACIONES
44 ^a a 53 ^a semanas	.....	Bismuto, 10 dosis (o unguento mercurial), más yoduro de potasio.	.....	Obsérvese que las series de bismuto o mercurio van prolongándose gradualmente: de cuatro a seis, ocho, y ahora a 10 semanas.
54 ^a semana	0.4 gm	.....	1	La mayoría de los enfermos primarios o secundarios tempranos, bien seronegativos o seropositivos, deben recibir por lo menos cinco series de "606."
55 ^a "	0.4 "	.....	
56 ^a semana	0.4 gm	.....	
57 ^a "	0.4 "	.....	
58 ^a "	0.4 "	.....	
59 ^a "	0.4 "	.....	1	
60 ^a a 69 ^a semanas	.....	Bismuto, 10 dosis (o unguento mercurial), más yoduro de potasio.	.....	Ofrece mayor seguridad concluir el tratamiento con bismuto o mercurio que con "606."
70 ^a a 122 ^a semanas	Periodo de observación	Sin tratamiento	Háganse 6 a 12 pruebas	
123 ^a semana	.....	.....	.....	Verifíquese un examen físico y neurológico completo, punciones lumbares y, de ser posible, radioscopías del corazón y grandes vasos.
→				

Resumiendo sus observaciones clínicas y de laboratorio, Herrold dice que en la blenorragia una aplicación diaria de un antiséptico basta para cohibir las infecciones leves, y es más inocua que las inyecciones frecuentes; que las infecciones graves no se prestan para aplicaciones locales de antisépticos, y en las intermedias debe suspenderse el tratamiento local de no obtenerse una mejoría clínica rápida. La terapéutica intravenosa e intramuscular no ejerce influjo predominante sobre la infección uretral, y el beneficio que acarrea se debe a su efecto favorable sobre los anexos infectados. Los recientes antígenos gonocócicos deben aplicarse con reserva hasta que se hayan normalizado mejor. (Herrold, R. D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1821, dbre. 15, 1934.)

Vacunoterapia.—Fundándose en sus observaciones en 158 casos en que ha empleado vacunas, García Ayuso declara que el valor de éstas es escaso en la blenorragia, y sólo merecen utilizarse para comprobar la mejoría del enfermo mediante la alergia cutánea producida por el antígeno. (García Ayuso: *Actas Dermo-Sif.*, 2, mayo 1935.)

Para Barringer, la vacunoterapia no es un específico de la blenorragia, pero resulta muy útil en la mujer en las formas agudas y subagudas y, probablemente, también en las crónicas. Resulta probablemente inútil en las infecciones mixtas. En las agudas y subagudas, probablemente acortará el período de hospitalización, pero entraña el inconveniente de las reacciones graves, en particular a dosis masivas. Probablemente convendrían más las dosis pequeñas combinadas con el tratamiento habitual indicado. La importancia de la vacunoterapia justificaría más estudios cuidadosos de la posología, reacciones de fijación del complemento, y pruebas de curación. (Barringer, Emily Dunning: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1825, dbre. 15, 1934.)

Tripaflavina en la blenorragia.—Para Gáspár, con su perfeccionamiento, la tripaflavinoterapia rinde resultados mucho mejores. Emplea una concentración al 1/7,000 y hasta 1/6,000, que le ha resultado eficaz sin lesionar los tejidos. Emplea las irrigaciones de Janet con un litro de solución a una temperatura de 25°C. Para prolongar más el efecto sobre la mucosa, suministra un régimen seco y trata de reducir el número de micciones a tres diarias, aplicando un riego después de cada una, de modo que la solución mantenga constantemente su efecto. Sus enfermos le llegaron del segundo al quinto día de la infección. Entre 50 casos, la enfermedad permaneció limitada a la uretra anterior en 26, o sea 52 por ciento, lo cual es mucho mayor que con los métodos habituales. De esos 26, uno se curó en tres días, uno en siete, uno en ocho, cinco en dos semanas, siete en cuatro, dos en seis, uno en ocho, y tres en 12 semanas; es decir, mucho más rápidamente que con otros métodos, y con desaparición más pronta de los síntomas agudos dolorosos. El dolor y ardor a la micción cesan después de uno o dos tratamientos. El flujo para o disminuye mucho en uno a tres días, y la orina se aclara en uno a cuatro días. El autor tiene pensado en el futuro probar concentraciones más elevadas, a fin de determinar el máximo tolerable con inocuidad. (Gáspár, F.: *Ztschr. Urol.*, 113, No. 2, 1935.)

Piretoterapia.—Después de repasar el tratamiento de las gonococias con los medicamentos corrientes, y discutir la acción bactericida del calor sobre el gonococo, Desjardins y colaboradores describen la piretoterapia, de 33 enfermos de uretritis gonocócica simple o complicada con cervicitis, salpingitis o artritis. Excluyendo cuatro por varios motivos, de 29 se curaron 25 en un promedio de 5.4 sesiones en días alternados, y en un solo caso fueron menester hasta 12. Cuatro enfermos no se curaron, quizás debido a insuficiente tratamiento. La hipertermia fué aplicada por medio de una cámara hermética que encubre todo el cuerpo, salvo la cabeza, y en que están graduadas la temperatura y la humedad. El aparato de calefacción queda en la parte inferior y emite una corriente térmica que circula en la cámara a razón de 10 veces por minuto. Con la técnica actual, se hace subir gradualmente la temperatura del enfermo a 41.1°C y se mantiene entre 41.1 y 41.7° durante seis horas en las dos primeras sesiones. Después de esto suele cesar el flujo uretral y los frotos son negativos, aplicándose una o dos sesiones más para mayor seguridad; pero de no cesar el flujo a la segunda sesión, las siguientes se prolongan por siete u ocho horas. En el curso de las aplicaciones, el enfermo recibe constante atención médica y enfermeril. Para contrarrestar la fatiga y pérdida de peso, principalmente debido a la hiperhidrosis y pérdida de cloruros, durante cada sesión se hace ingerir a los enfermos de dos a cinco litros de solución de cloruro de sodio al 0.6 por ciento. A algunos enfermos nerviosos o aprensivos, hay que administrarles sedantes, recomendándose la codeína, pentobarbital y amital sódicos. Las contraindicaciones son las mismas ya mencionadas para la piretoterapia en general, o sean senilidad, cardio y nefropatías, arterioesclerosis, tuberculosis pulmonar y diabetes, si bien en las dos últimas puede aplicarse este tratamiento en casos selectos. (Desjardins, A. U., Stuhler, L. G., y Popp, W. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 873, mzo. 16, 1935.)

Bierman y Horowitz declaran que la calefacción prolongada e intensa de los órganos pelvianos, ha resultado eficaz en la blenorragia de la mujer. Con la diatermia y la fototerapia por espacio de una y media a una y tres cuartos de hora, se obtiene una elevación térmica de 40.5 a 41°C. Luego, con un electrodo vaginal *ad hoc* provisto de un termómetro, se mantiene la temperatura entre 43.9 y 44.5° C por 3½ horas. Hay que contar con un juego de cuatro electrodos. El tratamiento es indoloro, pero molesto, y precisa una vigilancia completa. En 19 de 23 enfermas, los gonococos desaparecieron por completo con un promedio de menos de tres tratamientos. En dos de los otros casos el cuello quedó desem-

barazado de gonococos después de dos tratamientos, pero no la uretra, exigiendo la última coagulación de los conductos de Skene. Un caso de cervicitis, tratado una vez, no quedó libre de gonococos. En un caso la uretra se reinfectó, debido a una persistente proctitis blenorragica. Los casos de salpingitis o artritis quedaron sin dolor al cabo de uno o dos tratamientos. El flujo anormal desapareció rápidamente. Las tumoraciones desaparecieron, pero en cinco de 18 casos de salpingitis persistió la hipertrofia anexial. El tratamiento no debe ser empleado de haber enfermedad cardiovascular o pulmonar. (Bierman, W., y Horowitz, E. A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1797, mayo 18, 1935.)

FRAMBESIA¹

Chocó.—Rodríguez, el director de higiene de Chocó, Colombia, hace notar lo sorprendente que quedó al llegar a la Intendencia en 1930 y ver la frecuencia del pian. Al principio confundió muchas micosis y leishmaniasis con el mal, lo cual descubrió al ver que los casos no reaccionaban al antimonio y sí cedían al bismuto. Hasta ahora ha tratado a 4,000 enfermos. Para él, es dudoso que el vector sea el *Ornithodoros turicata*, pues apenas hay casa donde no exista éste, y a pesar de ello y de ser constantemente picados muchos niños y adultos, no adquieren la enfermedad. Aunque pueden verificarse reinoculaciones experimentales, ésta no es la regla en la práctica, pues madres que sufrieron bubas en la infancia amantan niños bubosos, permaneciendo indemnes. Una mujer llevó cuatro niños que a las pocas semanas de nacidos se habían llenado de bubas, sin que ella presentara en ninguna de las cuatro ocasiones manifestación alguna, y hay centenares de casos semejantes. La inmunidad, pues, si no absoluta, debe ser relativa. Aunque el período de incubación ha sido calculado entre 14 y 15 días, el de invasión no puede precisarse, pues en la mayoría de los casos el brote secundario aparece a las pocas semanas de la buba madre, mientras que en un número no despreciable demora hasta dos y tres años. La lesión primitiva ocupa en no menos del 60 por ciento de las veces, el pie y la pierna, descubiertos siempre en el campesino; y el 40 por ciento restantes entre cara y manos, siendo la última localización la más frecuente en los niños. El autor no ha visto más de cinco bubas madres en regiones cubiertas, y los individuos siempre calzados no parecen contraer la enfermedad. Para él, la única forma del contagio es el contacto directo de la piel excoriada con las pústulas u objetos contaminados, y de comprobarse ese hecho, simplificaría la erradicación. De ser así, los insectos hematófagos sólo propagarían el mal mecánicamente, y la mosca doméstica, por fortuna muy rara en la región, sería el principal vector animal. Para Rodríguez, no se ha llamado suficientemente la atención sobre la ausencia de adenitis y linfangitis generalizada, como en la sífilis, lo cual parece constituir prueba de que la infección no se difunde por vía linfática. La posible invasión por vía sanguínea, tampoco parece frecuente. El terciarismo sólo se manifiesta en 20 por ciento de los casos, afectando exclusivamente los miembros y la cara, y escogiendo a los adolescentes, y de preferencia los del sexo femenino. Al revés de la sífilis, que "ama las arterias," la frambesia respeta siempre el sistema vascular. El terciarismo se manifiesta exclusivamente en las serosas y cartílagos articulares, en las vainas tendinosas, huesos y tejidos de los miembros. El tratamiento va, como en los miembros superiores, a calmar el dolor y a suprimir los fenómenos inflamatorios, pues las lesiones ya no retrocederán. En el Chocó, infinidad de individuos están imposibilitados para el trabajo y la marcha. El "clavo" es otro accidente que debe ser

¹ La última crónica sobre este asunto apareció en el BOLETÍN de obre. 1934, p. 951.