

CRÓNICAS

VENÉREAS*

Sífilis congénita en Buenos Aires.—Entre unos 6,000 niños que han desfilado por el consultorio del autor, sólo ha encontrado siete casos de sífilis activa. Del 1° de julio al 31 de diciembre de 1932, pasaron por los consultorios externos 2,109 enfermos, y de ellos se trasladaron a la sección sífilis 71, o sea 3.36 por ciento. Del 1° de enero al 30 de junio de 1933 se examinaron 2,449, y sólo hubo 74 sospechosos, o sea 3.2 por ciento, cuya cifra se aproxima a la dada por los autores extranjeros. De 100 en que había motivos serios para sospechar sífilis, sólo 5 presentaron síntomas seguros, y de esos sólo 4 manifestaban síntomas de infección activa. Practicadas las serorreacciones en 87, sólo 17, o sea 19.54 por ciento, resultaron positivas. Al realizar serorreacciones en 64 madres sospechosas ellas o los hijos, sólo 24, o sea 37.5 por ciento, fueron positivas. En cambio, tres madres y un padre de los sífilíticos seguros acusaron reacción positiva. En un segundo grupo de 88 niños, en 39.8 por ciento no había ninguna manifestación clínica; en 55.7 por ciento manifestaciones probables; y sólo en 4.5 por ciento manifestaciones seguras. De 71 en que se verificara la Kahn, sólo 8.45 por ciento fueron positivos, y de 69 padres, 34.78 por ciento. Las dos series: de 100 y de 88 enfermos, dan resultados perfectamente comparables. En la práctica diaria, es un hecho que en más de 95 por ciento de los niños sospechosos no cabe formular un diagnóstico seguro, y la causa principal es que la sífilis congénita actual es una sífilis fuertemente atenuada. (Navarro, J. C.: *Semana Méd.*, 1157, ab. 19, 1934.)

Santa Fe.—La Provincia de Santa Fe posee actualmente 20 dispensarios polivalentes, distribuidos en su mayor parte en la zona norte del territorio de la Provincia, en los cuales se atienden toda clase de enfermedades, incluso lepra y venéreas. El número de casos de sífilis atendidos fué de 2,100 en el primer semestre de 1933, 3,769 en 1932, y 3,978 en 1931; de chancro blando, 101, 287 y 296; y de blenorragia, 1,980, 3,860 y 3,859. (Fidanza, E. P.: *Semana Méd.*, 1275, ab. 26, 1934.)

Rio.—No Rio de Janeiro, de 81 óbitos anuais, em média, no quinquênio de 1903-07, a época de Oswaldo Cruz, passou a sífilis a figurar, nos registros oficiais, com 485 óbitos anuais, em média, no quinquênio de 1918-22, que se seguiu à guerra, para atingir, por fim, a 679 óbitos anuais, no último quinquênio, de 1928-32. Para levar em conta o aumento da população, que pode ser admitida como de 750,000 habitantes no meio do 1° quinquênio, de 1,100,000 no meio do 2° e de 1,400,000 no meio do 3°, chegaríamos aos coeficientes de mortalidade, respectivos, de 11, 44 e 48 por 100,000 habitantes, significando uma quadruplicação da incidência da sífilis, da era de Oswaldo Cruz à época da guerra e aos nossos dias. Tamanho aumento não parece expressar a verdade, quando se sabe que, nesse período de tempo, tendo ficado a doença muito em foco, permitiu que se dessem transferências de causas de morte: os óbitos devidos primariamente à sífilis, manifestando-se sob a forma de hemorragias cerebrais, aneurismas, aortites, nefrites, etc., e que eram primitivamente atestados apenas pela causa imediata ou terminal, sem nenhuma referência à causa primária, passaram, de

*Crónicas sobre Venéreas han aparecido en el BOLETÍN de 1933, p. 165; 1932, p. 145; 1931, p. 40; 1930, 516 1929, pp. 332 y 777; 1928, pp. 688, 938 y 1,328.

1915 em deante, em grande parte, a ser atestados únicamente por essa causa: a sífilis. Prova disso é a reduçãõ correspondente do total de óbitos por afecções e doenças do sistema nervoso, do aparelho circulatório, do aparelho urinário, etc., transferidos para a rúbrica sífilis. Veja-se, por exemplo, sòmente, o que aconteceu aos óbitos por afecções das artérias, cujo coeficiente de mortalidade desceu, de 759 por 100,000 no 1° quinquênio, a 715 no 2° e a 517 no 3°. Doutro lado, a mortalidade fetal, que é em grande parte (60 por cento ou mais), no Brasil, causada pela sífilis, manteve-se notavelmente constante, nas proximidades de 70 por 1,000 nascimentos totais, vivos e mortos. Interessante é anotar que, entre 1927 e 1929, no Centro de Saúde de Inhauma, no Rio de Janeiro, sob a direção de J. P. Fontenelle, as gestantes examinadas demonstraram 11 por cento de positividade. Aliás, nos vários serviços dêsse mesmo Centro de Saúde, de entre 10,000 pessoas diversas (infantes, escolares, adultos, gestantes, tuberculosos, etc.), cerca de 50 por cento foram encontradas com Wassermann positivo, o que parece indicar muito elevada incidência da sífilis na população geral. (*Folha Medica*, maio 5, 1933.).

Paralisia geral no Brasil.—Em 19 anos, de 1913 a 1932, foram recolhidos ao Hospital de Alienados de Recife 15,928 doentes, dos quais 214 eram paralíticos gerais, percentagem, pois de 1.34. A proporção tem aumentado de 0.80 em 1918 a 1.32, 2.38, 5.45. A paralisia geral é muito menos freqüente em Recife que em outras regiões do Brasil. Em São Paulo a estatística de Juquerí, para os anos de 1836 a 1921 acusa um total de 6,741 doentes admitidos e 447 paralíticos gerais, isto é, 6.6 por cento. A estatística de Pennafiel (Hospital Nacional, Rio), dá para os anos de 1889 a 1904 um total de 9,609 internados e 266 paralíticos gerais, percentagem 2.76. No Rio a estatística levantada na Casa Eiras, compreendendo os anos de 1889 a 1903 dá uma percentagem de 4.3. As verificações dos profs. Juliano Moreira e Ulisses Viana, de 1905 a 1914, revelam em 11,474 internados, 486 paralíticos gerais, isto é 4.23 por cento. Marques Viana verificou 4.11 por cento de paralíticos gerais em 11,917 psicópatas internados. Eurico Sampaio, utilizando diferentes estatísticas (Teixeira Brandão, Juliano Moreira, F. da Rocha, Castro e Torres, Eiras, Schiller, Pennafiel, W. de Almeida, Marques Viana e êle próprio) achou em média 3.60 por cento de casos de paralisia geral entre os doentes internados. Aduauto Botelho, utilizando-se de elementos fornecidos pelo Instituto de Psicopatologia por onde passam quasi todos os doentes mentais indigentes da capital Federal, encontrou em 12 anos (1919 a 1930) a proporção de 3.11 por cento. Em Barbacena (Minas) em 6,868 doentes internados durante o período de 26 anos houve 43 casos de paralisia geral o que dá a percentagem de 0.62. Em 1931 e 1932 houve em Recife 90 homens e 15 mulheres atacados de paralisia geral; a proporção foi portanto de 1 mulher para 6 homens. Si computarmos o período de 1913-30 encontraremos a proporção de 1 para 9.4 e todo o período em apreço 1 para 7.5. Em outras partes do Brasil, têm sido encontradas as seguintes proporções: Pennafiel (1905, Rio), 1 mulher para 17 homens; Carlos Eiras (1905, Rio), 1 para 27; V. Almeida (1911, Rio), 1 para 28; Juliano Moreira (1914, Rio), 1 para 4.9; França da Rocha (1914, São Paulo), 1 para 6.8; Marques Viana (1915, Rio), 1 para 7; F. da Rocha e Pco. e Silva (1923, S. Paulo), 1 para 13; Eurico Sampaio (1922, Rio), 1 para 3.6; Aduauto Botelho (1933, Rio), 1 para 3.5. (Pernambucano, U.: *Arg. Assist. Psic. Pern.*, 155, No. 2, 1933.)

Medellin.—Tomando los datos de Uribe, Londoño declara que en Medellín la proporeión de sífilis adquirida en los hombres es alrededor de 12 por ciento. En 1932 los casos primarios subieron a 112, los secundarios a 756, los terciarios a 77, nerviosos 34, latentes 165, conyugales 63, hereditarios 49; y para otras venéreas: chancro blando y bubón, 305; bubón climático, 67; blenorragia, 466; y dermatosis: carate, 176; y otras dermatosis, 740. De 1917 a 1932 se trataron 14,853 casos de sífilis, 14,143 de blenorragia, y 13,490 de otras enfermedades. La sífilis

no ha disminuído en todo ese tiempo. En Medellín hay 1,400 mujeres públicas, de las cuales sólo se presentan al examen reglamentario 700. Londoño cree que debería haber dos dispensarios antivenéreos: uno para las mujeres públicas y otro para los demás enfermos, que podrían así servir de modelo. (Londoño, J. B.: *An. Acad. Med. Medellín*, 926, nbre.-dbre. 1933.)

Servicio antilúético en una maternidad habanera.—En enero de 1934, a iniciativa de los autores, se organizó en la Maternidad Municipal de la Habana un servicio de embarazadas sífilíticas. Actualmente ya se han inscrito más de 140 enfermas. De las primeras 133, eran sífilíticas ciertas 83 y probables 34, o sea 64.6 y 25.5 por ciento. De las embarazadas, después de un tratamiento más o menos enérgico, 15 han dado a luz 13 niños a término, de los cuales sólo uno falleció poco después del nacimiento, y en 11 la serología permanece negativa. El desastroso efecto de la sífilis sobre el producto de la concepción quedó demostrado por 314 niños malogrados en 460 embarazadas, de los cuales 163 fueron abortos, 72 prematuros, 4 gemelares y 75 nacidos muertos a término. De las 120 enfermas con sífilis cierta o probable, la Wassermann fué positiva en 57.5 por ciento. (Ramírez Olivella, J., y Pina Martino, J.: *Vida Nueva*, 1, jul. 15, 1934.)

Estados Unidos.—Los cálculos del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos indican que cada año solicitan tratamiento en el país 1,100,000 pacientes venéreos nuevos; es decir, unos 423,000 con sífilis incipiente, y 679,000 con blenorragia aguda. Ese cálculo representa claramente el mínimo, pues por lo menos la mitad de los infectados no buscan tratamiento sino después que la infección alcanza el período crónico o tardío, y hasta hay un grupo que jamás consulta a los médicos. Sin embargo, durante el año económico terminado el 30 de junio de 1933, sólo se denunciaron a las autoridades sanitarias 384,174 casos venéreos nuevos, o sean 149,527 de blenorragia y 234,647 de sífilis, lo cual indica que sólo se comunica la tercera parte de los casos nuevos, observándose que la notificación de la sífilis es más completa, pues representa 55.5 por ciento de los casos calculados, en tanto que para la blenorragia la proporción no pasa de 22 por ciento. (Editorial: *Ven. Dis. Inf.*, 243, obre. 1933.)

Un estudio realizado por la Oficina de Investigación Municipal de la ciudad de San Luis, E. U. A., por cuenta de la Asociación de Higiene Social del Estado de Missouri, reveló que los establecimientos públicos gastan por lo menos \$500,000 anualmente en tratar males venéreos; los particulares, \$932,256; gastado en médicos particulares unos \$500,000; y en arrestar y examinar prostitutas, \$115,000; sin que pueda calcularse lo gastado por los individuos mismos en autotratamiento y charlatanes. (Loeffler, H. C.: apud *Ven. Dis. Inf.*, 71, ab. 1933.)

En dos años, de septiembre de 1931 a agosto de 1933, ingresaron 568 enfermos en el departamento de sífilología y dermatología de la Universidad de Virginia. A 193 se les interrogó acerca de contactos sexuales, con los nombres y direcciones de las posibles fuentes de infección, y los contactos después de ésta. Un 81.3 por ciento facilitaron los datos deseados acerca de 278 individuos, 126 de los cuales se presentaron en la clínica. El resultado demostró que es factible buscar las causas de infección y las exposiciones en la sífilis, y que debe tratar de hacerse esto a fin de esterilizar a esos sujetos. De 51 casos primarios conocidos, 8 tenían lesiones primarias a su ingreso, 22 secundarias, y en 20 el diagnóstico fué serológico, pero el interrogatorio indicó una infección temprana. (Brumfield, W. A., y Smith, D. C.: *Am. Jour. Pub. Health*, 576, jun. 1934.)

Armada estadounidense.—En la Armada de Estados Unidos, el coeficiente de nuevos casos de sífilis por 1,000 ha ascendido de 10 en 1917 a 27.7 en 1932. El coeficiente para el chanero blando ha manifestado más oscilaciones, pero en 1932 llegó a 24, o sea poco más que en 1917 (21). En 1932 fué que por primera vez el coeficiente para el chanero blando fué menor que para la sífilis. Para

el autor, el aparente aumento en la sífilis y descenso en el chancro blando en la Armada, se debe a perfeccionamientos diagnósticos, aunque todavía puede mejorarse esto mucho. El tratamiento antisifilítico, aunque también ha mejorado, todavía dista de ser adecuado. A fin de evitar estas deficiencias notadas en cuanto al diagnóstico y tratamiento, el autor ha preparado un compendio de los principios por que debe guiarse el médico en esos casos. (Parsons, R. P.: *U. S. Nav. Med. Bull.*, 381, obre. 1934.)

Mortalidad de sífilis y alcoholismo.—Una investigación realizada en el distrito sanitario del condado Westchester de Nueva York, y una encuesta confidencial con respecto a 5,299 defunciones, permitieron determinar que la verdadera mortalidad sífilítica era casi el doble que la inscrita, y la alcohólica 57 por ciento mayor. La inmensa mayoría de los 365 médicos que denunciaron defunciones en el condado durante el bienio fiscal 1931-33, opinan que una notificación confidencial acrecentaría la eficacia de las declaraciones relativas a las causas de la muerte. (Nicoll, M., y Bellows, Marjorie T.: *Am Jour. Pub. Health*, 813, ago. 1934.)

La Kahn en México.—A propuesta de la Sección de Terapéutica, el X Congreso Médico Nacional votó en favor de la implantación en México de la sifilimetría, nombrando para ello una comisión que se acercara a las autoridades sanitarias, civiles y militares. Al mismo tiempo, propúsose la creación de uno o varios institutos profilácticos antilúéticos en que practiquen la sifilimetría por medio de las reacciones cualitativa y cuantitativa de Kahn. (Apud: *Hosp. Gral.*, 1419, dbre. 1932.)

Panamá.—En el laboratorio del Hospital Santo Tomás de Panamá, centro médico a donde acuden pacientes de todo el interior de la República, se han hecho de abril de 1924 a diciembre de 1933, 110,935 Wassermanns. Las positivas demuestran una situación alarmante, pero se ha notado un descenso gradual en el porcentaje anual, de 29 en 1924, a 17 en 1933, demostrando los beneficios aportados por la vigorosa campaña antisifilítica librada en el hospital. En los últimos 6 años, las cifras se han estabilizado entre 17 y 20 por ciento. En 1932, las muertes por sífilis determinadas en la autopsia llegaron a 51, y en 1933 sólo a 30. Las muestras examinadas en el decenio equivalen a nueve barriles de sangre humana. (Icaza, E.: *Bol. San.*, 21, ago. 1934.)

Puerto Rico.—Entre 78,475 Wassermanns realizadas en sangres recibidas de toda la isla de Puerto Rico en los laboratorios de San Juan y Ponce en los años fiscales 1931-32 y 1932-33, las positivas subieron a 16.97 por ciento; entre 11,426 sangres en que se practicaron la Wassermann y la Kahn conjuntamente, las positivas subieron a 17.12 con la Wassermann y 17.47 por ciento con la Kahn. De 394 ejemplares procedentes de comadronas auxiliares de Puerto Rico, 14.46 por ciento fueron positivos; y de 485 de costureras de talleres, 14.63. El porcentaje de positivas fué más alto en el sexo masculino, en la raza negra, y en los mayores de 20 años. Comparando los resultados con los de 1931, el autor sostiene que, hasta demostrar lo contrario, debe aceptarse la cifra de 5 por ciento de infección sífilítica para la isla de Puerto Rico, y de 10 por ciento para los centros urbanos. (Costa Mandry, O.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 411, jul. 1933.)

El *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico (Ibid.)* agrega que el porcentaje de sífilis congénita en la isla está muy por encima del de todas las enfermedades que reciben marcada atención de parte de las autoridades sanitarias, afirmando que, más que la tuberculosis y la malaria, la sífilis constituye una verdadera plaga, especialmente entre las clases bajas, sin que la diferencia sea muy grande entre las más altas.

Costa-Mandry, del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, analiza los resultados de la Wassermann en Puerto Rico durante el veintenio 1911-31. Del total de 138,644 exámenes verificados en ese plazo, 20 por ciento

resultaron positivos, comparado con 18.9 por ciento en 19,970 realizados en 1929-30. Entre 2,955 embarazadas indigentes las positivas subieron a 13.6; entre 392 jóvenes que recibían entrenamiento militar, a 5.1; en la penitenciaría a 26.6; a 16.68 en el manicomio, 3.08 en el Asilo de Niñas, y 7.02 por ciento en el de Niños. Esas cifras comprenden la población urbana, siendo más bajas en la población rural. (Costa-Mandry, O.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 209, (dbr. 1931.)

Blenorragia en Trujillo.—Gabaldón hace notar la propagación de la blenorragia en el Estado de Trujillo, Venezuela, y particularmente en la capital del mismo, que sólo cuenta con 8,000 habitantes. Por lo pequeña, es fácil conocer los portadores, y el autor cree no es nada decir que 30 por ciento están infectados. Ha asistido hasta a niños contagiados por sirvientas. En los últimos años ha examinado con otros profesionales no menos de 300 mujeres de vida libre, y todas estaban infectadas. (Gabaldón, F.: *Bol. Min. Sal. & Agric. & Cría*, 375, obre.—dbr. 1933.)

Europa.—Las autoridades sanitarias de Alemania declaran que han obtenido después de la guerra, una disminución de 30 por ciento en la sífilis. A los militares regresados debióse en gran parte el aumento marcado observado al terminar las hostilidades. Aunque no se dan estadísticas, sostiénese que ha habido también una marcada disminución en la blenorragia, mientras que el chanero blando casi se ha extinguido. Como factor primordial se menciona la ilustración del público gracias a la propaganda. El material del Instituto de Higiene de Dresde es empleado ampliamente en exposiciones ambulantes. En los puestos de socorro de las poblaciones grandes pueden obtenerse tratamientos profilácticos, pero los enfermos se atienden mejor al servicio hospitalario que les ofrece la ley del seguro. Un arma muy útil es la disposición del código penal que castiga con tres años de cárcel la transmisión a sabiendas de una infección venérea, y la ley se aplica tanto a hombres como mujeres. La inspección obligatoria de las prostitutas ha sido restablecida, haciéndose semanalmente en las clínicas del departamento de sanidad, aunque se aceptan certificados de médicos autorizados. Toda prostituta que evada ese requisito, es condenada a 18 meses de trabajo forzoso y, por supuesto, hospitalizada de estar infectada. Si hay que hospitalizarla, se la mantiene absolutamente separada de otras enfermas infectadas que se sostienen trabajando. El servicio social trata de rehabilitar a esas individuos, ayudándolas a conseguir colocación y mejorar de ambiente. Toda soltera embarazada que se presenta para una Wassermann antes del tercer mes del embarazo, recibe una prima de 30 marcos. En la propuesta revisión de las leyes relativas al ejercicio de la medicina, se reserva el tratamiento de las infecciones venéreas exclusivamente a los venereólogos, excluyendo hasta a los médicos generales. (Ruhland, G. C.: *Health News*, obre. 30, 1933.)

En Burdeos, la sífilis reveló un aumento marcado de 1917 a 1922, estacionamiento hasta 1926, aumento en 1927, nuevo estacionamiento hasta 1930, y rápido descenso de 1931 a 1933. Para el autor, el descenso se ha acentuado después de las fluctuaciones debidas a factores económicos. La prostitución clandestina es un factor más importante que la legalizada. La introducción del extranjero por marineros, viajeros y obreros forasteros, crea constantemente nuevos focos infecciosos en los puertos y regiones adyacentes, y de ahí dimanan las epidemias. Todos los portadores, de un sexo u otro, deberían ser aprehendidos y tratados. La ignorancia representa un gran factor en la difusión. Los estudiantes deberían recibir una instrucción mucho más completa en cuanto al diagnóstico de las lesiones primarias, y deberían mantenerse y extenderse los dispensarios en los distritos tanto urbanos como rurales. Los médicos de buques deberían descubrir y tratar los casos floridos a bordo. (Petges, F., y Joulia, P.: *Bull. Soc. franc. dermat. & syph.*, 917, 1933.)

En la ciudad de Nancy, en 1922 la situación con respecto a la sífilis era muy satisfactoria debido a la activa campaña librada en 1918 y 1919. En 1925 hubo un aumento, aparentemente debido a la llegada de muchos obreros extranjeros. Una nueva campaña ha hecho bajar de nuevo el coeficiente. La cúspide en 1930 procedió de un foco en una callejuela donde había varias tiendas que eran en realidad burdeles. Al clausurar esas tiendas y cafés y tratar las mujeres, el número de infecciones disminuyó casi en 50 por ciento en pocas semanas. Para el autor, las epidemias de sífilis suelen surgir alrededor de focos de esa naturaleza, y para yugarlos precisa vigilancia constante, lo cual puede lograrse por medio de la cooperación entre los dispensarios y el servicio social. (Spillman: *Ibid.*, 923.)

Dinamarca.—Dinamarca fué el primer país del mundo en ofrecer el tratamiento gratuito a los sífilíticos, comenzando con una ley de 1790. En 1874 se hizo obligatorio el tratamiento antivenéreo, y en 1906 obligatorio y gratuito. Con esas medidas ha mermado sobremanera la frecuencia de la sífilis, a tal punto que la mayoría de los pocos casos observados proceden del extranjero. Lo único obligatorio es el tratamiento, pero el enfermo puede escoger su propio médico y método. No se impone la hospitalización, a menos que los enfermos se nieguen a tratarse, y aun entonces no se impone si se abstienen de comercio sexual, aunque se les advierten los castigos que sufrirán si infectan a alguna otra persona. El médico comienza avisando al enfermo que debe hacerse tratar, y de seguirse el consejo ahí para la cosa. Si el enfermo prefiere a otro médico, debe avisarlo al primero. El nombre y dirección del enfermo sólo los conoce el médico, quien no lo denuncia a la policía sanitaria a menos que se desatiendan los avisos en cuanto a tratamiento. Si hay que notificar a las autoridades, se hace esto por número y no por nombre. Las fichas para la Wassermann también son anónimas. Con el sistema vigente, puede seguirse cada caso por años enteros. Hasta la fecha, la hospitalización obligatoria sólo ha sido necesaria en pocos casos. El sistema ha dado magnífico resultado, pero no tan bueno para la blenorragia como para la sífilis, pues muchas mujeres son blenorragicas sin saberlo, y es casi imposible afirmar con seguridad cuándo están curadas. La ley no estipula ningún tiempo preciso, pero se trata de lograr que los enfermos vuelvan para Wassermanns por varios años después de terminar el tratamiento. (Kissmeyer: *Bull. Soc. Franç. Dermat. & Syph.*, 926, 1933.)

Sífilis y cáncer.—Fundándose en las cifras para la sífilis y el cáncer en Noruega de 1876 a 1930, Touraine declara que las estadísticas de la primera revelan períodos de aumento por algunos años, seguidos de disminución, en una forma más o menos rítmica. Esas alzas de la sífilis van seguidas 20 ó 30 años después por períodos de elevada morbilidad cancerosa, y los mismo sucede con las bajas. Dicho plazo de 20 ó 30 años es el período que suele transcurrir entre la infección sífilítica y la aparición de cáncer en los sífilíticos. En las regiones de mucha sífilis, como las ciudades industriales y los puertos, también es elevada la morbilidad cancerosa, y viceversa. La sífilis acusa actualmente cifras muy bajas en Noruega y será interesante observar si va seguida de una disminución semejante en el cáncer. En la discusión, Jausion declaró que, aunque existe el cáncer metasífilítico, para él Touraine no ha considerado todos los factores. Es sabido que el arsénico es cancerígeno, y la quimioterapia intensa tal vez intervenga en la cancerogenia tanto como la sífilis misma. Pinard dijo que, para él, succidia precisamente lo contrario, pues los sífilíticos que había visto morir de cáncer eran los que habían recibido muy poco o ningún tratamiento. Touraine convino en esto. (Touraine, A.: *Bull. Soc. Franç. Dermat. & Syph.*, 1337, 1933.)

Cambios en la sífilis activa.—Analizando los datos de un dispensario para el decenio 1924-33 en el mismo mes, y comparándolos con los del año 1933, Bejarano y Enterría declaran que en los 10 meses del primer período, entre 1,419 enfermos, 8.7 por ciento eran de sífilis cutáneomucosa, mientras que entre 3,273 de 1933, la

proporción fué de 7.44 por ciento. Con respecto a sífilis secundaria, ésta es observada con más frecuencia en la mujer, y ha habido varias oscilaciones en los últimos 10 años, pero con tendencia franca a la disminución. Pasando a la forma terciaria, ésta, en la práctica, casi ha desaparecido, pues las cifras son insignificantes y la fecha de infección corresponde en la mayoría de los casos a períodos anteriores al de la estadística. En conjunto, se ha observado aumento de la sífilis primaria, sobre todo en la mujer; disminución de la secundaria, en particular en el hombre; y estacionamiento de la terciaria. El aumento de la sífilis primaria quizás proceda de diagnósticos más exactos y mayor cultura venereológica. Resumiendo su experiencia, Cordero conviene en parte con lo dicho, y manifiesta que en los últimos cinco años la sífilis activa vista corresponde en su mayor parte a casos recientes. En un 10 por ciento ha podido descubrir sífilis en prostitutas únicamente por la serología, por faltar síntomas clínicos. Cuesta, aportando datos de una provincia que casi siempre difieren de los de Madrid, comprobó en 1929-31 evidente disminución de los casos activos en Santander. En 1932, mientras estuvo ausente, el encargado del dispensario antivenéreo hizo un ensayo pre-abolicionista, sin hacer nada para obligar a las prostitutas a que acudiesen a los reconocimientos, y cuando volvió al consultorio los casos de sífilis habían aumentado. En el aumento observado, también ha intervenido el hecho de que al principio la medicación no era gratuita, y sí lo fué en 1932. Sáinz de Aja comentó que por unos gráficos de 1908 a 1921 por él publicados, no se ha observado cambio ninguno debido al sistema seguido con la prostitución, pero que a partir de 1911 hay un extraordinario descenso en la sífilis activa. Para él, por encima del abolicionismo o reglamentarismo, están el salvarsán y sus derivados. En los últimos años ha observado que el mayor contingente de sífilíticos activos corresponden a los meses que siguen al verano, por disminuir considerablemente en julio y agosto las consultas gratuitas. El problema de la lucha contra la sífilis es para él de cultura y dinero. Daudén agregó que no parece muy justa la comparación del mismo mes de distintos años, con 10 meses seguidos de un año. Cordero aclaró que no es partidario de la reglamentación por ser abolicionista convencido, pero con tratamiento obligatorio y vigilancia de los dos sexos. Para Bejarano, ningún venereólogo solvente puede defender el sistema reglamentarista, al menos como se practica en España. Para él también, el problema no es de abolición o de reglamentación, sino de tratamiento, cultura médica y educación cívica, y la reglamentación para nada se ocupa de estos problemas, pues todo lo que hace es matricular a unas pocas prostitutas y ejercer sobre ellas un reconocimiento que no sirve para nada. (Bejarano, Enterría y otros: *Actas Dermo-Sif.*, fbro. 1934.)

Preliminares para una campaña contra la sífilis congénita.—Parran, el comisionado de sanidad del Estado de Nueva York, recomienda un estudio de los siguientes puntos antes de emprender una campaña contra la sífilis congénita: (1) ¿Ofrece ya la facultad de medicina instrucción suficiente en la sífilis? (2) ¿Hasta qué punto son adecuadas las clínicas de los hospitales y del departamento municipal de sanidad en lo tocante a número, conveniencia del horario, y calidad del servicio clínico? (3) ¿Existe algún registro central u otra oficina donde pueda obtenerse información acerca de la clientela que acude a las clínicas? (4) ¿Están las clínicas dotadas de visitadoras sociales para la investigación epidemiológica de los enfermos que dejan de asistir y de las fuentes de infección? (5) ¿Asumen los directores de la clínica responsabilidad personal, o delegan el trabajo a un personal incompetente? (6) ¿Son las reacciones serológicas suficientemente fidedignas? (7) ¿Qué medios existen para facilitar a los prácticos cursos de perfeccionamiento y de repaso en el tratamiento de la sífilis? (8) ¿Cuenta el departamento de sanidad con los fondos y personal necesarios para atender a su parte del trabajo? (9) ¿En qué forma podría emprenderse un estudio epidemiológico

encaminado a descubrir casos y fuentes de infección? No cabe duda de que por medio de la cooperación entre los médicos y las autoridades sanitarias puede dominarse el problema de la sífilis, y los hechos que establecen la importancia del mal demuestran que hay que dominarlo. El plan comprende: *de parte de la profesión médica*: capacidad para reconocer la enfermedad y tratarla científicamente; tratamiento completo del enfermo y enseñanza a éste en lo tocante a la gravedad del estado; cobro de honorarios que no excedan los percibidos por servicios médicos comparables; creación de clínicas para los casos semipudientes; notificación de todos los casos, y en particular de los infecciosos que abandonan el tratamiento; serorreacciones en todas las gestantes, en todos los enfermos hospitalizados y en todos los sujetos que se presenten para examen físico, y para todos los casos sospechosos; y, por fin, aceptación de la responsabilidad en la investigación epidemiológica del origen de todos los casos incipientes, o denuncia al médico de sanidad para que éste investigue el punto. *Para las autoridades sanitarias*: creación de servicios gratuitos de diagnóstico; mantenimiento de clínicas gratuitas para los indigentes; distribución de drogas a los médicos para tratamiento de los indigentes o semipudientes; vigilancia y coordinación del trabajo realizado por las clínicas particulares; mantenimiento de un registro central confidencial de los casos; investigación de todos los casos infecciosos que abandonan el tratamiento, para que reanuden éste; investigaciones encaminadas a determinar la fuente de infección en los casos incipientes; y educación del público. (Parran Jr., T.: *Med. An. D. C.*, 29, fbro. 1934.)

Vaginitis infantil.—En la Ciudad de Nueva York, muchos organismos interesados sintieron la necesidad de un estudio detenido de las fases médicas y sociales de la vaginitis, y en 1926, la Sociedad Organizada de Beneficencia realizó una encuesta, descubriendo la frecuencia del mal, acordándose entonces separar los casos adultos de los infantiles, y estudiar el problema con relación al ambiente y ciertos factores sociales. Después, se organizó una Comisión de la Vaginitis, cuyo informe recalcó la necesidad de verificar más estudios sociales, clínicos y bacteriológicos. En el Centro Bellevue-Yorkville, se organizó después una comisión de la vaginitis, por indicación del Comisionado de Sanidad, cuyos informes aparecen ahora.

De 322 niñas con vaginitis supuestamente gonocócica, 241 fueron estudiadas bastante a fondo, clasificándose así: 79 por ciento con blenorragia clínica, 14 por ciento sospechosa, y 7 por ciento clínicamente negativas; bacteriológicamente, 102 positivas, 102 sospechosas, y 37 negativas; en conjunto, 97 por ciento positivas o sospechosas, y clínica o bacteriológicamente. Los datos clínicos y de laboratorio convinieron en 85 por ciento. Del resto, 12 por ciento eran clínicamente positivas o sospechosas, pero negativas en el laboratorio, mientras que en 3 por ciento sucedía lo contrario. De 113 casos en que se examinó a otros de la familia, en 92 por ciento, había uno o más familiares infectados. De 76 madres examinadas, 46 fueron positivas en cuanto a blenorragia, y otras 30 en cuanto a leucorrea crónica. La cérvicovaginitis rara vez se debió a coito o estupro. La infantil no se diferencia mayor cosa de la de los adultos, y la evolución es semejante, aunque rara la invasión pelviana, rectal o articular. En cambio, el reconocimiento del cuello mostró invasión como en 80 por ciento y más persistencia, probablemente debido a la forma infantil del útero. El tratamiento no abortó el mal, aunque acertaron algo la evolución las aplicaciones diarias de mercurocromo en solución acuosa al 2 por ciento a domicilio, y de mercurocromo en gelatina con el endoscopio en la clínica. Las vacunas no lograron tal efecto en 15 casos. Autolimitada, la enfermedad suele desaparecer en algunos meses. Brunet y Tolle hacen notar que, dada la contagiosidad, hay que enseñar la limpieza sistemática de la vulva a las niñas sanas de la familia, recalcando el empleo de artículos de uso personal exclusivo, y el cuidado de las afectadas. No basta con instrucciones de boca,

sino que hay que facilitar un impreso con todos los pormenores. A los adultos infectados, hay que advertirles el peligro que corren las niñas de la casa. El aseo perfecto de los genitales externos ha resultado casi tan bueno como métodos más complicados, tales como instilaciones intravaginales, duchas, etc., y tiene la ventaja de no hacer concentrar tanto la atención en dichos órganos. Para el diagnóstico, tal vez precisen varios frotis o cultivos, pero los síntomas y signos son suficientemente indicativos para poner en práctica las precauciones de rigor desde el principio. Por el contrario, la falta de antecedentes de cistitis, edema, prurito y exudado o inflamación aparente de la vulva, meato, o cuello uterino, refuta la contagiosidad. No se necesita hospitalización, salvo cuando hay trastornos más profundos, como peritonitis o artritis. De las 322 niñas estudiadas, la gran mayoría fueron enviadas por organismos médicos o sanitarios. La edad varió de menos de un año a 13 ó 14 años, pero 25 por ciento tenían 2 años o menos, más de la mitad menos de 6 y sólo una de cada 8 más de 9 años. El tratamiento se graduó por las condiciones, de modo que en 69 se necesitó alguna asistencia hospitalaria. Los casos fueron observados desde menos de 1 mes, a más de 2½ años, y en los 241 en que se obtuvieron datos completos, la asistencia promedió 15 meses; en los casos de la clínica, 16 meses con 14 visitas cada uno; y en los 29 hospitalizados, más de 5 meses. Clínicamente, de los 241 casos, 79 por ciento eran positivos, 14 por ciento sospechosos, y 7 por ciento negativos; bacteriológicamente, las cifras fueron 42 y 16 por ciento. Los dos métodos convinieron en 6 de cada 8 casos, o sea 87 por ciento. Antes del tratamiento, había 101 casos agudos, 45 subagudos, 46 crónicos, 33 sospechosos y 16 negativos, mientras que después del tratamiento las cifras eran: 9, 8, 132, 21 y 68. De los casos, 157 fueron tratados intravaginalmente o con vacuna, mientras que 84 sólo recibieron aseo o aplicaciones antisépticas. Con mercurocromo fueron tratadas 113, y 7 con acriflavina. La mejoría en los casos en que sólo se probó la limpieza, tardó algo más que en los tratados con mercurocromo, pero menos que en los tratados con vacuna. (Brunet, W. M., y Tolle, Dora M.: *Hosp. Social Serv.*, Supp. I, mzo. 1933. Las 98 páginas del folleto están dedicadas al tema.)

Para el diagnóstico bacteriológico, se empleó una coloración que combina los métodos de Gram y Pappenheim. (Scudder, Sara Alicia: *Ibid.*, 35.)

En el estudio médico-social, resultó difícil determinar la causa directa de la infección. En 53.3 por ciento se averiguó la más probable, y en 92 por ciento del grupo, en uno o más familiares había signos de blenorragia; en seis casos, en compañeras de juego; y en otros tres la fuente fué extrafamiliar. En 46.7 por ciento, se atribuyó la infección a casas-cunas, hospitales, colonias veraniegas, asientos de retrete, camaradas, etc., pero sin pruebas terminantes; en 2.5 por ciento se mencionó el contacto sexual, pero no había signos de estupro. Tampoco se consiguieron datos precisos acerca de incesto, aunque el padre de una niña se hallaba en presidio por sodomía. En la investigación, se obtuvieron muchos datos sobre raza, natividad, situación económica, etc. (Metcalf, Anne Ruth: *Ibid.*, 67.)

El abolicionismo en Argentina.—Giménez ha publicado en un folleto el proyecto de ley presentado por él al Parlamento argentino acerca de la profilaxia de las enfermedades venéreas. Con ese fin, se crea en el Departamento Nacional de Higiene una sección de profilaxia venérea; se exige el tratamiento obligatorio y la notificación por los médicos de las medidas tomadas; se declara obligatoria la enseñanza sexual en las escuelas; se establecen dispensarios; se crea una oficina para vender al costo medicamentos; se prohíbe el anuncio de tratamientos y medicamentos antivenéreos; se castiga la propagación; y se exige el certificado prenupcial. Un discurso pronunciado por el autor, después de describir los cuatro sistemas destinados a reprimir la prostitución y hacer la profilaxia antivenérea, aboga por el abolicionismo, o sea el método que consiste en ignorar la prostitución

y buscar otros modos de lucha, por medio de obras médico-sociales. La reglamentación todavía existe en vigor en varios países americanos, como Ecuador, Paraguay, Uruguay, etc. En cambio, el Brasil, Canadá, Estados Unidos, etc., han rehusado siempre reglamentar la prostitución. En la ciudad del Rosario hay en vigor una ordenanza que clausura los burdeles, aboliendo la reglamentación. Una ley aprobada por el parlamento provincial de Santa Fe contiene una cláusula que, a partir del 1° de enero de 1934, queda abolida la prostitución reglamentada en toda la Provincia. El delito de contagio venéreo ya figura en códigos europeos y de algunos Estados de la Unión americana, y también aparece en el proyecto de código penal pendiente de aprobación en el Brasil. En el último Anuario Demográfico de la Argentina (1912), entre 120,836 defunciones, sólo 542 son imputadas a la sífilis, pero a esas hay que agregar las producidas por otras enfermedades en las cuales interviniera la sífilis, como tabes, parálisis general, hemorragias cerebrales, infecciones geníto-urinarias, vicios de conformación congénita, y mortinatalidad, de modo que puede calcularse que la sífilis mata en la Argentina a más de 30,000 personas al año. En los 23 dispensarios antivenéreos de Buenos Aires, sin comprender las salas de consulta de los hospitales, se trató por primera vez en 1932 a 28,132 enfermos, de ellos 5,729 con sífilis, 14,945 con blenorragia, y 7,458 con otras enfermedades; y en la Provincia de Córdoba en 1932, en los 14 dispensarios antivenéreos, se efectuaron 138,485 tratamientos antisifilíticos. (Giménez, A. M.: "L'abolitionnisme au Parlement Argentin", 1933.)

Prostitución en el Perú.—Para demostrar que la prostitución se extiende rápidamente en el Perú, Rycroft declara que las casas de citas en 1926 sólo eran 133, pero para 1928 habían subido a 739; y los lenocinios, de 91 en 1915, ascendían a 249 en 1927. En la discusión, Bambarén afirmó que más que medidas punitivas contra las prostitutas enfermas o reglamentación, precisan amplia educación sexual e instrucción profiláctica. El criterio tradicional es la causa de que en el Perú se mantenga todavía la reglamentación. (Rycroft, W. S.: *Crón. Méd.*, 369, nbre. 1933.)

Prostitución en Montevideo.—Por decreto del 29 de mayo de 1934, se reorganizan los servicios de la profilaxia venérea en Montevideo y se declara disuelta la Comisión Honoraria de la Prostitución, transfiriendo sus cometidos al Departamento de Higiene Sexual del Ministerio de Salud Pública, quien además cuidará que las mujeres que obtengan permiso para su habilitación se sometan a las medidas de orden sanitario fijadas, y ejercerá superintendencia técnica sobre las comisiones departamentales y locales de prostitución que funcionen en la República. (*Diario Oficial*, jun. 14, 1934.)

Sífilis en prostitutas.—De 504 prostitutas examinadas frecuentemente en el dispensario oficial antivenéreo de Barcelona por Peyrí, afirmaron sífilis el 51 por ciento, resultando de éstas 41 por ciento positivas y 59 negativas, y los resultados fueron positivos en 37 por ciento del total. Negaron sífilis 49 por ciento, y de ellas resultaron positivas 33 por ciento. En Tolosa, Audry y Chatelier encontraron en 1927-28 un 50 por ciento de positivities, y en 1929, 33 por ciento. (Peyrí, A.: *Med. Ibero*, 292, fbro. 25, 1933.)

Abolicionismo en Tokio.—Tras una campaña de 50 años, va a abolirse dentro de poco la reglamentación en Tokio. Los burdeles se transformarán en restaurantes u hoteles, y las prostitutas pasarán a ser camareras. El famoso "yochi-wara" va a ser abolido, después de una existencia de 400 años. Las medidas antivenéreas que van a aplicarse, se hallan ahora en estudio. De las 57 prefecturas del país, 10 han abolido la reglamentación y 6 han ordenado a las prostitutas que cambien de oficio. A juzgar por los datos de esas prefecturas, el mal venéreo parece ir en descenso, y de resultar así en Tokio, la reglamentación desaparecerá de todo el país con el tiempo. (Carta del Japón: *Jour. Am. Med. Assn.*, 202, jul. 21, 1934.)

Contágio blenorragico em uma familia.—Malheiros traz uma curiosa observação de contágio de uma afección blenorragica em uma familia inteira pelo uso comum de objetos usados em quarto de banho, no caso em questão, esponja. A blenorragia foi transmitida por um moço á sua progenitora e três irmãs de 16, 14, e 4 anos de idade. Chama o A. a atención para a necessidade da advertência explícita aos clientes dos meios de contágio das molestias venéreas evitando-se assim essa dolorosa contingência que acaba de relatar. (Malheiros, R.: *Ann. Paul. Med. a Cir.*, 208, fev. 1934.)

Transmisión de la sífilis.—Smith y Brumfield recalcan que la determinación de las fuentes de infección y la pesquisa de los contactos, no han recibido en ninguna parte la atención que merecen en la sífilis. Esas fases, análogas a las planteadas por los portadores en otras enfermedades transmisibles, han sido casi olvidadas tanto en la práctica como en la literatura. Sin embargo, las fuentes de infección son relativamente fáciles de determinar, pues sólo hay que sospechar de algunas personas, y el mismo enfermo puede facilitar la información deseada. Precisan sí paciencia y tacto. Aplicando esas medidas, puede descubrirse y tratarse un número mayor de casos, disminuyendo el período de infecciosidad y la proporción de casos secundarios. Los autores publican gráficas típicas para demostrar los contactos en varios de sus casos sifilíticos. En un grupo de 25 personas investigadas, 19 resultaron infectadas. La proporción de contactos infectados se calculó en 1.3 para cada caso. (Smith, D. C., y Brumfield, W. A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1955, dbre. 16, 1933.)

Transfusión.—Post y Cooney agregan otro caso en una niña de 14 años, de transmisión fortuita de la sífilis por la transfusión sanguínea. Unos tres meses después de la transfusión se presentó una roseola, en que pudo identificarse el espiroqueto pálido, y la Wassermann, de negativa antes, pasó a ser de 3 más. (El primer caso de este género fué el comunicado en 1917 por Bernheim, tratándose de un hijo que transmitió la enfermedad al padre, que padecía de anemia perniciosa, ver el *BOLETÍN* de mayo 1930, p. 536, y fbro. 1932, p. 179.) (Post, C. D., y Cooney, G. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 258, eno. 28, 1933.)

Tzanck y Jubé han observado cuatro casos de diversas contaminaciones debidas a la transfusión sanguínea, y en los cuatro los técnicos eran improvisados. En un caso de Tzanck y Martineau, una donante se infectó con la sangre de una septicémica, comprobándose la contaminación por el hemocultivo. (Tzanck, A., y Jubé, L.; Tzanck, A., y Martineau, J.: *Prog. Méd.*, 527, 528, mzo. 24, 1934.)

Carnot y colaboradores mencionan un caso de sífilis consecutiva a transfusiones sanguíneas practicadas en un sujeto que padecía de tifoidea enterorrágica. En el donante, la Wassermann resultó después positiva. El enfermo curó de la tifoidea, pero por un mes presentó trastornos generales, fiebre, cefalea, adenopatía, etc., y a los 80 días de la última transfusión, una reseola típica, mientras que la Wassermann resultó fuertemente positiva en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo. Ya se conocen unos 20 casos análogos en Francia y unos 12 en los Estados Unidos, siendo sumamente raros en los centros de transfusión bien organizados, y presentándose sobre todo cuando el donante es escogido entre los allegados. Pinard declaró que a los casos publicados de sífilis y paludismo después de la transfusión, hay que agregar los que pasan desapercibidos, como el que él publicara con Robert. Tzanck y Liège dijeron que, a primera vista, parece que utilizando donantes en el ambiente inmediato del enfermo, debería disminuir el peligro de contaminación, pero sucede precisamente lo contrario. Milian convino con Pinard en que el número de contaminaciones sifilíticas debidas a la transfusión es más elevado que lo que se cree, y recordó la existencia de sífilis inaparente, bien conocida en el animal, que procede de la resistencia del sujeto y de la cantidad de virus inyectado. Esas sífilis permanecen latentes y pueden ocasionar víctimas que no conocemos todavía. Gougerot ha observado un brote de sífilis debida a

a transfusión realizada con fines de rejuvenecimiento, a pesar de haberse tratado a sangre con cianuro de mercurio. Para Milian, los casos deben ser raros, pues la coagulación de la sangre para obtener el suero exige cierto tiempo, que debe resultar fatal para los treponemas, y la formación del coágulo debe aprisionar a éstos. Paraf llamó la atención sobre la ineficacia de los antisépticos agregados *in vitro* al suero, pues todos los empleados en esas condiciones son ineficaces contra el treponema. En cuanto al suero, si bien menos virulento que la sangre íntegra, todavía lo es, como ha podido constatar en sus experiencias con la tuberculosis. (Carnot, Caroli. Maison y otros: *Prog. Méd.*, 524, mzo. 24, 1934.)

Reacción de Rosenthal.—Después de comparar la microprecipitorreacción de Rosenthal con la Kahn, Smith y Elmes declaran que donde no es posible llevar a cabo la última, la primera resultará un sustituto valioso. (Smith, E. C., y Elmes, B. G. T.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 595, nbre. 1933.)

Cultivo del gonococo.—Para McLeod y colaboradores, el cultivo es superior al examen de frotés en el diagnóstico de la blenorragia crónica en ambos sexos, y en todos los casos en la mujer, en particular si se obtiene el material del cuello uterino. Algunos casos, sin embargo, resultan positivos en los frotés y negativos en cultivo, parte de los cuales se deben sin duda a hacer un examen microscópico únicamente de frotés teñidos al Gram. En el cultivo, ayuda la incubación en aire que contenga 8 por ciento de bióxido de carbono. El reconocimiento de las colonias se facilita más empleando la reacción directa de la oxidasa, lo cual también ahorra tiempo. (McLeod, J. W., y otros: *Jour. Path. & Bact.*, 221, jul. 1934.)

Del Castillo y Herraiz comunican resultados muy buenos con un medio nuevo que consiste en 500 gm de carne de res, privada de aponeurosis y tejido adiposo, y 20 gm de pastillas de levadura en 1,000 gm de agua, que se dejan macerar por 15 horas. Se hierva luego la mezcla por 15 minutos y filtra, agregando suficiente agua para restituir el volumen primitivo. Entonces se añaden 20 gm de peptona de Witte y 0.5 gm de clorato de potasio. Se fija la p_H a 7.6, y se hierva de nuevo la mezcla pero únicamente lo suficiente para precipitar los fosfatos, y se refiltra. Luego se agregan 3.5 partes de agar agar por 96.5 partes de mezcla, y se esteriliza por tres días consecutivos durante 30 minutos cada vez, a presión alta al vapor. Se derrite a una temperatura de 45° C., se agrega 20 por ciento de sangre de conejo o de caballo, y el medio ya está dispuesto para empleo. (del Castillo, H., y Herraiz, L.: *Arch. Med. Cir. & Espec.*, 710, jun. 30, 1934.)

Tratamiento de la sífilis.—Sirven de base al trabajo de Loynaz Páez 102 historias de tratamiento continuo en casos seguidos serológicamente en el Servicio Anti-venéreo de la Sanidad Nacional de Venezuela. De los 102, 67 representan sífilis francamente reciente; el resto forma un grupo de contraste en donde los resultados, inferiores, acentúan la necesidad de tratamiento prolongado y precoz. Efectivamente, el tratamiento continuo empleado hizo, en el primer grupo, negativas las reacciones de la sangre en 91.35 por ciento de los casos, y en 69.7 por ciento las reacciones de líquido cefalorraquídeo. En cambio, en el segundo grupo los resultados fueron sólo de 54 y de 55.55 por ciento, respectivamente. El éxito considerable de aquel Servicio queda demostrado por la asistencia actual a su dispensario de más de 200 personas diariamente (un incremento de más de 50 por ciento en los 2 últimos años). Como base de una profilaxia efectiva, el A. preconiza el tratamiento más precoz posible de todo caso conocido de sífilis, usando los diversos medios de diagnóstico. El tratamiento debe ser prolongado el mayor tiempo posible en cada caso, y continuo. El tratamiento de elección, que ha dado ya su prueba en Caracas consiste en series cortas (6 a 7 semanas) de un arsenical trivalente alternado con series de igual duración de bismuto a dosis no menor de 0.08 cg de bismuto metal por semana. Ese tra-

tamiento, bien ensayado en la Sanidad Nacional en 67 enfermos de sífilis reciente, da un resultado serológico comparable al que dan los mejores tipos de tratamiento continuo. La gran diferencia de resultados que entre sífilis reciente y sífilis antigua se observa acentúa la importancia de la precocidad del tratamiento y la diferencia radical que existe entre las dos entidades. El movimiento total de enfermos en el año de 1933 en el dispensario fué casi de 40,000 asistencias. Los sífilíticos forman el 68 por ciento del material que concurre al dispensario. Los enfermos de chancro blando no llegan a 3 por ciento y los de gonorrea y sus complicaciones pasan de 29 por ciento. La pequeñez de la cifra de chancros blandos se debe en parte a que se les diagnostica con poca ligereza y a que se diagnostica el sífilítico con mucha frecuencia. Un movimiento total de enfermos vecino al 40,000 por año, como el del dispensario en una ciudad de menos de 140,000 habitantes es algo insólito. Un lote considerable de la clientela lo forma gente paupérrima o indigente, cuya infección está abandonada a libre curso, en el que seguiría, a no ser por el dispensario. (Loynaz Páez, O.: "Un tratamiento racional de la sífilis reciente," 1934.)

Influjo del tratamiento en la sífilis de las gestantes.—Sumarizando 1,000 casos de embarazo en sífilíticas, Reinberger y Toombs apuntan que 94 por ciento recibieron tratamiento, y 6 por ciento no. En las primeras, el embarazo llegó a término, sin signos clínicos ni serológicos, en 65 por ciento; 11.5 eran serológicamente positivas; 10 por ciento clínicamente positivas; y en 7.5 por ciento hubo mortinatalidad. Entre las que no recibieron tratamiento, el embarazo no llegó a término en ninguna; fueron positivas serológicamente 2 por ciento, clínicamente 1 por ciento, y la mortinatalidad subió a 3 por ciento (los porcentajes se refieren al total de 1,000). En la serie, las tragedias del embarazo en la sífilis han disminuido, pues, de 100 a 35 por ciento. Mientras más pronto se instituya la terapéutica más probabilidades habrá de éxito. Los signos serológicos en el nacimiento son más importantes que los clínicos. Independiente del tratamiento, hay siempre un pequeño porcentaje de tragedias. Aunque la enferma haya recibido tratamiento intenso y se muestre serológicamente negativa, debe ser tratada en cada embarazo sucesivo. El tratamiento no ejerce efecto nocivo ni sobre madre ni hijo, independiente del trimestre en que se inicie. Un tratamiento que parecería corrientemente infinitesimal, protege en un gran porcentaje de casos a la madre y al hijo, y se conviene generalmente en que la gestante se muestra más dócil al tratamiento que las mujeres no embarazadas o los hombres. He aquí la técnica seguida: la enferma recibe ocho dosis intravenosas de neosalvarsán, comenzando con 0.3 gm y aumentando semanalmente hasta 0.6 gm. Terminado este tratamiento, se comienza por 12 semanas una inyección semanal de 0.065 gm de salicilato de mercurio intramuscularmente. Después de un mes de descanso, independiente de la Wassermann y la Kahn, se reanuda el tratamiento. La dosis media total de neosalvarsán es de unos 2.3 gm, y de mercurio 0.5 gm. En lo tocante a profilaxia de la sífilis congénita en los niños, después de un examen clínico, se hacen exámenes serológicos de la sangre y líquido cefalorraquídeo, y se instituye el siguiente tratamiento: neosalvarsán intravenosamente hasta administrar ocho dosis, una cada semana, variando la inicial de 0.05 a 0.2 gm según la gravedad de la infección. A las 8 semanas, se pasa al mercurio y se continúa por 12 semanas. En los lactantes pequeños, se frota pomada mercurial al 38 por ciento en diversas zonas de la piel cada día. A los mayores, se les inyecta de 0.033 a 0.065 gm de salicilato de mercurio por vía muscular. Al cabo de ese período se hace una Wassermann sanguínea, y si positiva, se repite el tratamiento; si negativa, se deja descansar por seis semanas, al cabo de las cuales se hace otra Wassermann sanguínea; y de ser de nuevo negativa, sigue otro descanso de tres meses, y se hace entonces otra Wassermann. De resultar positiva, se inicia otra serie completa. No se considera curado a ningún caso, a menos que

no haya estado dos años bajo observación y tratamiento. Aproximadamente 80 por ciento de los casos así tratados, han permanecido serológicamente negativos. Los hijos de madres sífilíticas cuyas Wassermanns sanguíneas y cefalorraquídeas son negativas, son mantenidos en observación y comprobados cada trimestre por espacio de dos años. (Reinberger, J. R., y Toombs, P. W.: *South. Med. Jour.*, 532, jun. 1933.)

Neurosífilis y tratamiento.—Leger afirma que los indígenas de las colonias europeas son muy propensos a 2 treponematosis, a saber: la sífilis y la frambesia. Los arsenicales hacen desaparecer las lesiones cutáneas rápidamente, pero como son afecciones generales, hay que tenerlas siempre presentes. El *Treponema pertenue* cede fácilmente a los arsenobenzoles pero, por desgracia, no sucede así con el *Tr. pallidum*, pues los microorganismos pueden esconderse en los tejidos profundos y en el sistema nervioso central, y un tratamiento insuficiente estimularlos, en vez de destruirlos. Hace algún tiempo, el Departamento de Sanidad de las Indias Holandesas dividió la población en 2 grupos iguales: uno comprendía los sífilíticos que recibían tratamiento, y el otro los no tratados. A los 10 años, la porción no tratada acusaba la misma proporción de sífilis que antes, pero era benigna. En cambio, en los tratados con neosalvarsán, había muchos casos de ataxia, parálisis general y demencia. Esos enfermos habían sido tratados con pequeñas dosis de arsénico, y sin suficiente comprobación serológica. Morin, del Instituto Pasteur de Saigón, ha declarado que los indígenas de Cochinchina tienen hoy día más neurosífilis que antes de introducirse la arsenoterapia. De otros países, como Suiza, China y Argelia, se han recibido datos semejantes. En Buenos Aires, la proporción de parálisis general y demencia sífilítica ha aumentado de 14 a 21.85 por ciento. Esos informes no quieren decir que deba abandonarse la arsenoterapia, sino que debe ser intensa y prolongada, manteniéndose al enfermo bajo observación serológica. (Leger, M.: *Bull. Soc. Path. Exot.* 394, 1931.)

Artritis gonocócica.—Después de comunicar el éxito curativo en todos los 10 casos tratados, para Mateos la seroterapia endovenosa debe considerarse como tratamiento de elección en las artritis gonocócicas. La inyección debe ser lenta para prevenir posibles accidentes. Los accidentes séricos tardíos se presentan a menudo, pero desaparecen rápidamente ante el cloruro de calcio, hiposulfito de magnesio y adrenalina. El efecto curativo es constante. (Mateos, L.: *Rev. Méd. Barcelona*, 483, jun. 1934.)

Lipoides cerebrales.—Hoverson ya ha tratado 25 casos de demencia parálitica con inyecciones de un preparado de lipoides cerebrales, junto con triparsamida, obteniendo un 48 por ciento de remisiones. El tratamiento es ambulante y no se han observado efectos contraproducentes, pudiendo aplicarse en todos los períodos de la neurosífilis. La dosis de lipóide es de 1 cc por vía intraglútea cada dos días hasta llegar a 20 inyecciones. La triparsamida es administrada a la habitual dosis de 3 gm por un período de 10 semanas. (Hoverson, E. T.: *Am. Jour. Syph. & Neur.*, 221, ab. 1934.)

Diagnóstico y tratamiento del chanero blando.—Brucher Encina probó el bacilo de Ducrey para el diagnóstico y el tratamiento. Con autoinoculaciones, sólo alcanzó 57.1 por ciento de positivas en siete enfermos, pues en un caso hubo un chanero fagedénico, y en otro una siembra múltiple. En cuanto al resultado obtenido con el medio líquido, en 38 observaciones de chanero blando se obtuvo un 89.4 por ciento de positivas. En otros tres casos, el cultivo fué negativo y la evolución posterior demostró que no se trataba de chanero blando. Entre los positivos, hubo muchos casos en que el diagnóstico fué dudoso al principio, y con dicho medio se estableció el diagnóstico. El antivírus fué probado localmente en compresas de gasa, y de 21 casos, en 12 se obtuvo curación completa, con cicatrización que fluctuó entre 3 y 15 días; desaparición de la ulceración a las primeras curaciones, y del dolor; tampoco hubo complicaciones. De los otros

nueve casos, cuatro quedaron en franca cicatrización, y cinco a comienzo del tratamiento. Un chancro del mentón con autoinoculación, cicatrizó rápidamente con antivirius. Para el autor, este tratamiento es superior a los demás tópicos, aunque todavía no puede afirmarse si elimina los procesos secundarios. (Brucher Encina, J. E.: "Cultivo del bacilo Ducrey", 1932.)

Granuloma inguinal.—Haciendo notar que el granuloma inguinal es relativamente raro en los Estados del norte del Atlántico de los Estados Unidos, Poindexter describe cinco casos tratados en Washington, D. C., todos en negros (una mujer). Sólo en cuatro se encontraron los cuerpos de Donovan en los raspados de los bordes de las úlceras. En 1913, Grindon ya comunicó tres casos en negros de San Luis que no habían salido del país; pero sólo en 1920 con la comunicación de Symmers y Frost fué que se demostró el hecho positivamente. La mayor parte de los casos descritos han sido en negros, pero Croker también los ha visto en blancos. El predominio de los varones en este grupo discrepa de los porcentajes comunicados por Stitt y Sutton. En estos casos hubo antecedentes blenorragícos, indicando una relación de secuela o coexistencia. La elevada proporción en los negros se debe sin duda a la falta de higiene personal y quizás endemicidad entre ellos. De los varios tratamientos, el tártaro emético, ya por sí solo o combinado, parece ser específico, pero no puede hablarse definitivamente de curación permanente. Los cuerpos de Donovan desaparecen de la lesión como a las dos semanas de comenzar el tratamiento. La serorreacción negativa y la falta de reacción terapéutica al salvarsán, bastan para diferenciar de la sífilis. (Poindexter, H. A.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 195, mzo. 1934.)

De las lesiones de dos casos de granuloma inguinal, y de las heces de dos de otros cuatro, de Monbreun y Goodpasture aislaron un bacilo Gram-negativo del grupo *aerogenes*, el cual reproduce exactamente las características morfológicas del microbio de Donovan, incluso los típicos cuerpos que aparecen como fenómeno secundario en los cultivos más viejos en medios sanguíneos. Sin embargo, los cultivos de dicho bacilo no reprodujeron las lesiones específicas al ser inoculados en animales inferiores y en el hombre. El microbio de Donovan aparentemente hace aumentar el número de mononucleares en los cultivos histológicos en los explantes primarios de las lesiones humanas, pero no ha proliferado en subcultivo. A pesar de no haberse podido obtener la reproducción experimental, para los autores, vale la pena investigar más a fondo la hipótesis de que la enfermedad es primordialmente una infección intestinal crónica por un bacilo del grupo *aerogenes* y, secundariamente, una infección cutánea debida a la constante contaminación fecal. Los casos van en aumento en los Estados Unidos, en particular en los Estados del Golfo de Tampico y del sur del Atlántico, pudiendo convertirse en un importante problema sanitario en el futuro. (DeMonbreun, W. A., y Goodpasture, E. W.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 447, sbre. 1933.)

En 22 casos de granuloma inguinal, Greenwood empleó la diatermia, y los enfermos se curaron en un promedio de 70 días, lo cual es mucho menos que lo necesario con el tartrato estibiado. Las curaciones parecen ser permanentes. El hecho de que baste con tratar meramente los bordes de la úlcera, parece confirmar la labor de Castellani y Mendelson en el sentido de que el microbio causante no es el cuerpo de Leishman-Donovan, que sólo se encuentra en los frottes, sino un nosoparásito que hay que buscar en los bordes activos. (Greenwood, F. G.: *Brit. Jour. Rad.* 488, obre. 1931.)

En una serie de 14 casos de granuloma inguinal tratados con fuadina, Williamson y colaboradores no observaron ninguna reacción que pudiera llamarse peligrosa, ni que denotara contraindicaciones del medicamento. La fuadina, en general, pareció superior al tartrato estibiado en el tratamiento de dicha enfermedad. (Williamson, T. V., y otros: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1671, mayo 27, 1933.)