

el Dr. Julio V. Uriburu, obsérvanse por término medio 50 enfermos por año. De éstos un buen porcentaje proviene de Avellaneda, Lomas y Quilmes, poblaciones adyacentes a la capital. Las tiñas supuradas son más raras y la fávica es excepcional y casi siempre importada. Los enfermos que llegaban al Servicio eran enviados al de Radiología, en donde se les sometía a la depilación roentgenológica, de acuerdo con las reglas clásicas establecidas. Los resultados eran en general inmejorables y nunca hubo que lamentar accidentes de importancia. Como el número a tratar no era grande, los enfermos no alteraban el ritmo ordinario de trabajo de ninguno de los Servicios del hospital. Pero a mediados del año 1932, una epidemia en uno de los asilos de niños varones de la Sociedad de Beneficencia hizo probar la talioterapia. La dosis fué en todos los casos idéntica, 8 mg por kg de peso. En los 220 casos tratados la depilación fué: muy buena en 203, 92.27 por ciento; discreta en 11, 5 por ciento; fracasó en 6, 2.73 por ciento. El talio, como tampoco los rayos X, no cura la tiña, puesto que no tienen ninguna acción sobre los parásitos que la provocan. Una vez depilado el cuero cabelludo, es necesario proceder como si se tratara de una tricoficia de la piel lampiña. Es indispensable usar de rapidez y de energía. Todas las noches se coloca sobre el cuero cabelludo la siguiente pomada: aceite de cade, vaselina y lanolina, a la cual se agrega 1 por ciento de ácido salicílico si se trata de una tiña tricofítica. Se envuelve la cabeza con un pañuelo de hilo. A la mañana siguiente se lava con agua y jabón, y una vez seca se frota enérgicamente con alcohol yodado al 10 por ciento. Los enfermos son observados de cerca a fin de evitar las dermatitis medicamentosas (eczematizaciones, acné cádico, foliculitis, etc.) Con este procedimiento sólo se vieron recidivas en tres casos (1.36 por ciento), y este insignificante porcentaje es achacado a deficiencias en el tratamiento domiciliario. Las causas de la talio-resistencia no han sido determinadas, pero llamó la atención que eso ocurriera en seis enfermos que por su peso (2 a 7 k) podían haber recibido una dosis más alta. Uno de ellos recibió cinco meses después otra dosis depilatoria idéntica, la cual tampoco surtió efecto. Dentro de las manifestaciones desagradables acusadas por los enfermos, la más común fué la artralgia. Las mialgias se suelen confundir con las artralgias, con las cuales coexisten y dan lugar al síndrome de pseudo-reumatismo tático. Los trastornos a cargo del aparato digestivo fueron menos frecuentes y de menor importancia. La fiebre fué observada por excepción y muy difícilmente pudo ser atribuida con seguridad al medicamento. La mayoría de los enfermos pertenecía al sexo masculino: 173 varones (78.64 por ciento) y 47 niñas (21.36 por ciento), mas de los 173, 110 pertenecían al asilo de varones en donde había estallado la epidemia. Haciendo esta deducción, queda una ligera predominancia del sexo masculino (varones, 57.27 por ciento; niñas, 42.73 por ciento). En esta estadística las tiñas alcanzaron su mayor difusión entre los cinco y los siete años. (Pierini, L. E.: *Rev. Arg. Dermatosis*, 18, t. XVIII, 1ª p., 1934.)

Vacunoterapia de la actinomicosis.—La fe de los autores en la vacunoterapia de la actinomicosis se basa en un caso cérvico-facial que no había mejorado con yoduro de potasio y, sin embargo, mejoró rápidamente desde la tercera y curó desde la quinta inyección de una heterovacuna antiactinomicótica. (Croveri, P., y Cuceo, G.: *Arch. Ital. Sc. Med. Col.*, 241, ab. 1, 1934.)

ESPIROQUETOSIS*

Ratas de Buenos Aires.—Chiodi afirma que el virus por él encontrado en las ratas de Buenos Aires, es el espiroquete ictero-hemorrágico de Inada e Ido, dados sus caracteres morfológicos y biológicos, y el conjunto de lesiones que

* En el BOLETÍN de ono., 1034, p. 41, apareció otra crónica sobre Espiroquetosis.

produce en el cobayo. El hallazgo cobra interés práctico por la posible producción de casos humanos de la enfermedad de Weil o espiroquetosis icterohemorrágica. (Chiodi, E.: *Rev. Soc. Arg. Biol.*, 189, jul. 1934.)

Ratas de Chile.—La sospecha de posibles casos de enfermedad de Weil en diversas épocas, hizo emprender a Páez, en espera de nuevos casos humanos, una pesquisa sistemática de la enfermedad en las ratas grises de Santiago, encontrando una proporción de 25 por ciento de infección. El autor llama al virus del tipo *L. icterohaemorrhagiae*, por no poder diferenciarlo de la cepa aislada en el Japón y designada allí *Spirochaeta autumnalis* de la fiebre autumnal, cuya acción sobre animales de experimentación es casi idéntica, diferenciándose de la *icterohaemorrhagiae* sólo en las serorreacciones y producción de cuadros humanos de carácter gripal. (Páez, R., *Rev. Inst. Bact. Chile*, 3, Vol. IV, Nos. 1-2.)

México.—Gastélum, jefe del Departamento de Salubridad Pública de México, declara que desde hace varios años ha estado observando la aparición de casos frecuentes de fiebre icterohemorrágica en el Estado de Sinaloa, México. En 1927 y 1928, el Prof. C. C. Hoffmann, del Departamento de Salubridad Pública, fué enviado a Mazatlán y Culiacán a fin de precisar la naturaleza de una infección febril con ictericia grave, de extraña sintomatología, y que causaba la muerte con cierta insistencia, pero sus investigaciones encontraron serias dificultades, como había sucedido antes con las practicadas por otro investigador. Gastélum, en colaboración con el Departamento Federal de Salubridad Pública, ha realizado una investigación en busca del espiroqueto icterohemorrágico en los riñones de las ratas, que tanto abundan en diversas regiones del Estado de Sinaloa, y particularmente en Mazatlán; pero reserva para otra comunicación los pormenores de ese trabajo. Menciona dos casos presuntos y uno seguro de fiebre icterohemorrágica en personas que habitan la misma zona de la ciudad de Mazatlán, y describe su último caso fatal que considera típico, aunque sin mencionar el hallazgo del espiroqueto. Para Gastélum, tiene un trascendental interés epidemiológico señalar primero la existencia de la enfermedad en México, y su distribución territorial. (Gastélum, B. J.: *Pasteur*, 133, dbre. 1933.)

América.—Hasta mediados de 1933, los casos comprobados de espiroquetosis icterohemorrágica en Estados Unidos y Canadá sólo ascendían a 10. Aunque en los Estados Unidos ha habido muchas epidemias de ictericia, en particular antes de 1922, en la mayor parte de ellas no se hizo la comprobación bacteriológica. La ictericia infecciosa es notificable en muy pocos Estados. Las muertes debidas a la forma espiroquética en el área de registro son las siguientes: 1922, 65; 1923, 29; 1924, 45; 1925, 52; 1926, 48; 1927, 34; 1928, 41; y 1929, 52; pero no hay pruebas de que el diagnóstico fuera más que clínico. En 1929 se modificó la nomenclatura internacional, y las cifras no son exactamente comparables, siendo éstas para los años siguientes: 1930, 43; 1931, 75; y 1932, 52. De la América Latina, en la Argentina han comunicado brotes de ictericia infecciosa en Tucumán y La Plata, pero sin encontrar el espiroqueto. En el Brasil han denunciado brotes en el norte del país, y en 1916 se mencionó la infección de las ratas de Río de Janeiro y la existencia de algunos casos humanos del mal. En Colombia, en una investigación de una epidemia de ictericia infecciosa en la vecindad de Santa Marta, Bauer y Kerr en 1930 no pudieron encontrar espiroquetos. En Ecuador, Carbo Noboa ha declarado que 2 por ciento de las ratas de Guayaquil se hallan infectadas, y Heintert comunicó dos casos humanos en que se encontraron espiroquetos. En México se han denunciado varios brotes de ictericia hemorrágica, pero todavía no se ha mencionado el hallazgo de espiroquetos en el hombre. En Venezuela en 1918, Iturbe y González mencionaron el *L. icterohaemorrhagiae* como parásito común de las ratas en Caracas, y en 1920 Pino Pou describió un caso en que se encontraron espiroquetos por la inoculación en animales. En Guadalupe, Leger comunicó en 1932 que el suero de dos ictericos observados en

agosto de 1931 aglutinaba la cepa del *L. icterohaemorrhagiae* del Instituto Pasteur. En Trinidad, de 120 ratas examinadas en 1931 por Pawan, 26.6 por ciento resultaron positivas para el espiroqueto icterohemorrágico. (Cumming, H. S.: comunicación a la Of. Int. Hig. Púb., mayo 1934.)

Europa.—Según Schüffner, en el último decenio ha habido en Holanda 452 casos de ictericia espiroquética con 46 muertes. En Londres, recientemente, al observar inesperadamente un caso y ser comprobado el diagnóstico por Schüffner en Holanda por la aglutinorreacción, Fairley investigó las historias de otros empleados de las alcantarillas, encontrando en ocho antecedentes más o menos precisos de una enfermedad grave asociada a ictericia. Las aglutinorreacciones practicadas por Schüffner resultaron fuertemente positivas en 7 de los 8 casos cuando se empleaban cultivos vivos o formolizados de la cepa clásica de Weil. Esos trabajadores habían dedicado mucho tiempo a retirar los ladrillos en una sección de cloacas, lastimándose muchas veces las manos. La cara interna de los ladrillos está cubierta de limo y es sabido que los leptospiras pueden subsistir en éste por un período indeterminado. Las ratas, naturalmente, abundan en muchas alcantarillas. Al comentar estos trabajos, el *Journal of the American Medical Association* (agto. 18, 1934, p. 493) hace notar que en los Estados Unidos hasta 1933 se habían denunciado 8 casos de ictericia leptospírica. (Esto, por supuesto, se refiere únicamente a casos comprobados bacteriológicamente.—RED.)

Visto el aumento de casos de la enfermedad de Weil en Hamburgo en el otoño de 1932, a Gachtgens se le ocurrió emplear para el diagnóstico, junto con la prueba de aglutinación, la reacción del complemento con un antígeno preparado de cultivos de espiroquetos icterígenos. En 70 casos seguros o presuntos de la enfermedad, practicó ambas reacciones, y en 29 las dos convinieron. En los 41 casos en que la evolución clínica no confirmó el diagnóstico provisorio de enfermedad de Weil, ambas reacciones se manifestaron negativas, y lo mismo resultó en otros 200 casos de otras afecciones. Las dos pruebas se complementan y comprueban recíprocamente. (Gachtgens, W.: *Klin. Wchnschr.*, 697, vol. 12, 1933.)

Seroterapia.—En una infección de laboratorio con la enfermedad de Weil, al salpicarle en la cara a una laboratorista algún material virulento, la enferma fué tratada con suero de convaleciente por vía muscular apenas se descubrieron los espiroquetos. El efecto fué favorable, y Uhlenhuth y Zimmermann recomiendan que otros prueben la medida, y hasta la inmunización para los laboratoristas que trabajan con el espiroqueto icterógeno. (Uhlenhuth, P., y Zimmermann, E.: *Med. Klinik*, 464, ab. 6, 1934.)

Holanda.—El Servicio de Sanidad Pública de Holanda ha enviado a los médicos una circular relativa al descubrimiento y tratamiento de la enfermedad de Weil, de la cual se denunciaron en 1932, 207 casos, 16 de ellos letales. Al presentarse la enfermedad, debe hacerse todo lo posible para impedir que las aguas negras, y subsecuentemente las de baño, sean contaminadas. El diagnóstico temprano es conveniente, debido a que acrecienta las probabilidades de éxito con la seroterapia. No debe esperarse el resultado del hemanálisis antes de inyectar el suero, el cual puede obtenerse del Real Instituto de Serología de Utrecht. El de equino es el preferido, reservándose el de conejo para los que ya han recibido suero de equino para otros trastornos. La dosis es de 40 a 60 cc por vía subcutánea, y puede repetirse. El tratamiento posterior consiste principalmente en fomentar la diuresis por medio de dextrosa e insulina. (Carta de Holanda: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2127, jun. 23, 1934.)

Recidivas.—Copanaris apunta que la característica principal de la espiroquetosis icterógena que se presentó en forma epidémica en varias aldeas de la isla de Cefalonia (36 casos estudiados en 1932), aparte de la semiología, que también discrepó de la de las típicas infecciones icterohemorrágicas, consistió en las recidivas

al cabo de un período de tres o cuatro meses, con síntomas más graves que los del primer ataque, que afectaban sobre todo al sistema nervioso. La epidemia también se caracterizó por pertenecer el espiroqueto causante a un tipo distinto al de la enfermedad de Weil y a los otros espiroquetos patógenos disponibles, como reveló la inaglutinación de éstos por el suero de los enfermos en el momento de la convalecencia. La infección tuvo lugar por el agua de lluvia, recogida en reservorios infectados por las ratas. En la isla de Corfú sobrevino otra epidemia, que probablemente reconoció la misma causa. (Copanaris, Ph.: *Off. Int. Hyg. Pub., Bull. Mens.*, 1968, nbre. 1933.)

Rusia.—Aunque no cabe duda de la existencia de la leptospirosis icterohemorrágica en la U. R. S. S., no se ha demostrado la presencia de una ictericia infecciosa de origen paratífico. La opinión contemporánea acerca de que la enfermedad aparece en focos pequeños, choca completamente con las observaciones de los investigadores soviéticos en 1918-20, en que la enfermedad invadió toda una serie de poblaciones. Esa diseminación arroja dudas sobre la importancia epidemiológica exclusiva de la rata, y pone sobre el tapete el papel epidemiológico del leptospira aquícola. El descubrimiento del leptospira en niños afectados de ictericia catarral (en Smirnov y Leningrado), plantea igualmente el punto de si todas las epidemias de ictericia infantil son amicrobianas. Cuando se presentan casos de atrofia amarilla aguda del hígado durante una epidemia de ictericia catarral, y se descubren leptospiros en los enfermos de ambos grupos, cabe preguntarse si las dos enfermedades no constituyen una sola entidad nosológica, y si no convendría aplicar a las gestantes el tratamiento específico, que quizás haría disminuir la enorme mortalidad observada en las mujeres grávidas por algunos autores. La existencia en la U. R. S. S. de leptospirosis anictérica de origen hídrico, hace suponer que tal vez exista la misma enfermedad en otros países europeos. En este último mal, el papel epidemiológico de los leptospiros aquícolas es más que probable, pero debe aun ser confirmado en el laboratorio. Las leptospirosis no son, pues, exclusivamente afecciones tropicales, y el asunto es de actualidad y acreedor a estudios detenidos. (Trassoff, S.: *Off. Int. Hyg. Pub., Bull. Mens.*, 690, ab. 1934.)

Sodokú en Colombia.—Serpa describe un caso de sodokú observado en Bogotá, y el único de su práctica. El individuo procedía de una región del interior, muy infectada con paludismo. El sujeto había sido mordido por un ratón. El examen bacteriológico resultó negativo, y la erupción habitual fué muy discreta. En el tratamiento, el tártaro emético resultó muy superior al salvarsán. (Serpa, R.: *Rev. Méd. Bogotá*, 487, eno. 15, 1934.)

Sodokú en Chile.—Wilhelm observó en 1929 en el Hospital Naval de Talcahuano el primer caso comunicado de sodokú en Chile, en una niña de 12 años, mordida mientras dormía, por un ratón en la oreja. El diagnóstico se comprobó por el descubrimiento de espirilos en la sangre procedente de la herida, y por la inoculación del ratón. La Wassermann fué también positiva. La enfermita sanó después de ser tratada con neosalvarsán. El Dr. Cienfuegos observó otro caso en 1930 en Talcahuano, y el mismo año Wilhelm estudió su segundo caso en una niña de 3½ años, en que también se comprobó el diagnóstico bacteriológicamente. En 1931 en Lota, Espinoza invitó al autor a que fuera a ver un caso que tenía. A los casos citados y comprobados, deben agregarse otros tres enfermos, en que la fiebre por mordedura de ratón se acompañó del hallazgo del *Spirochaeta morsus-muris*. Páez ha estudiado la infección espontánea y experimental de los ratones de Santiago y de los cobayos, y de 109 ratones, tres resultaron infectados con *Sp. morsus-muris*. En 1931, el autor examinó 35 ratones provenientes del Apostadero Naval de Talcahuano, descubriendo cuatro infectados. (Wilhelm, O.: *Bol. Serv. Nac. Sal.*, 25, jul. 1934.)