

*Mongolismo en el negro.*—Al comunicar un caso de mongolismo en una niña negra de 13 años, Gesell declara que dicho estado es más frecuente en la raza negra que lo que se suele creer habiendo encontrado en la literatura 115 casos y 28 desde 1924 (32 contando el actual) en Estados Unidos. Las estadísticas para los Estados de Massachusetts y para las escuelas públicas indican que la frecuencia es casi igual para la raza blanca que para la negra, siendo respectivamente de 0.27 y 0.32 por ciento para totales de 14,376 y 1,848 alumnos de ambas razas. Entre los blancos de los Estados Unidos el total de mongólicos blancos comprobados subió a 0.0016 y para los negros a 0.00069, pero esas cifras parecen erróneas para los últimos. En la literatura también aparecen casos de mongolismo en los chinos, los japoneses y los indios así como en los semitas. De los países americanos se han comunicado casos en México y Bermuda y otras Antillas inglesas. (Gesell, A.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1146, ab. 4, 1936.)

*Mongolismo en Montevideo.*—Martínez y Arancibia presentan 13 casos de mongolismo observados en el Hospital de Niños de Montevideo, en los cuales los antecedentes familiares, la Wassermann y la Kahn, y el cuadro clínico, denotaban la existencia de sífilis. Reconociendo que esta casuística es pequeña, los autores instan a los investigadores a analizar en forma más completa el problema. (Martínez, B. D., y Arancibia, F.: *Arch. Arg. Ped.*, 728, nbre. 1935.)

*Profilaxia escolar.*—Para Smith, los siguientes puntos deben ser considerados por los encargados del cuidado de los niños: a una edad temprana, debe administrarse una vacuna anticoqueluchosa, a dosis suficientes, junto con la antoxina diftérica, sin que al parecer esté contraindicada la combinación de ambas. El sarampión y la coqueluche deben ser enérgicamente precavidos o atenuados en todo lo posible, hasta después de los cinco años. Si ha habido contacto con un caso de sarampión, y un ataque es casi inevitable, debe administrarse suero buscando la atenuación. Para ello, debe tenerse en existencia suero sarampionoso en gran escala, y medios para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina. Puede evitarse mucha pérdida innecesaria de tiempo y molestia, permitiendo que los contactos con casos de sarampión, parotiditis, varicela y roseola epidémica asistan a la escuela, con tal que se les haya mantenido alejados de la fuente de infección apenas se reconociera ésta. (Smith, R. E.: *Practitioner*, 283, sbre. 1935.)

---

## TIFOIDEA<sup>1</sup>

*Estados Unidos.*—Según el *Journal of the American Medical Association*, junio 6, 1936, p. 1983, en 93 ciudades de los Estados Unidos, con una población global de unos 37,500,000 habitantes, hubo en 1935, 385 defunciones de tifoidea comparadas con 470 en 1934. En 24 ciudades no hubo una sola muerte, en tanto que 47 revelaron coeficientes de 0.3 a 1.7 (en 3 de ellas todas las muertes fueron en forasteros); 15 de 2 a 4.7; 7 de 5 a 7.6 y ninguna sobre esta cifra. Para las 78 poblaciones para las cuales hay datos completos desde 1910, el coeficiente de tifoidea fué 0.98 por 100,000 comparado con 1.17 en el año anterior. Ciertas poblaciones grandes del país acusaron los siguientes coeficientes: Nueva York, 0.5; Chicago, 0.4; Detroit, 0.3; Los Angeles, 0.9; Filadelfia, 0.9; Boston, 0.5; y Washington, 2.6.

*Nueva York.*—En la ciudad de Nueva York se denunciaron en 1935, 349 casos de tifoidea o paratifoideas con 34 muertes (4.6 casos, y 0.45 muertes por 100,000 habitantes), lo cual constituye un nuevo fondo bajo para la enfermedad. De paratifoidea hubo 35 casos: 7 de forma A y 28 de forma B. Del total de casos

<sup>1</sup> La última crónica sobre Tifoidea apareció en el Boletín de diciembre 1935, p. 1187.

más de la cuarta parte estaba representada por infecciones contraídas fuera de la ciudad. (*City New York, Dpt. Health, Quart. Bull.*, 43, mayo 15, 1936.)

*Puerto Rico.*—Según Costa Mandry las primeras referencias a la tifoidea en Puerto Rico, parecen haber sido las de Dumont en 1875. Las estadísticas de 1890 a 1899 revelan una mortalidad de 42.8 por 100,000. Las cifras en los últimos quinquenios han sido de: 18.8 de 1910-1914; 10.4 1915-1919; 14.8 1920-1924; 20.9 1925-1929; 6.3 1930-1934. En los cultivos verificados en el laboratorio insular de 1934 a 1935, de 189 de la sangre, 11.11 por ciento, y de 484 del coágulo, 9.9 por ciento revelaron el bacilo. De 86 casos comprobados con el cultivo para la seroaglutinación, fueron positivos 76.7 por ciento, dudosos 15.1 por ciento y negativos 8.1 por ciento. Para la aglutinación se utilizaron dos antígenos: el flagelar (formolado o flocular) y el somático (alcoholizado o granular.) En conjunto, para el autor el hemocultivo empleado en los 10 primeros días de la enfermedad, debe ser el método de preferencia para el diagnóstico. Los cultivos fecales y urinarios son de inestimable valor en todos los períodos de la enfermedad. La seroaglutinación debe reservarse como medio secundario cuando no es posible emplear otros procedimientos. Una aglutinación positiva puede ser de gran valor, pero sin aceptarse nunca como prueba *prima facie* de infección, e igualmente una negativa no indica que el sujeto no tenga la enfermedad. (Costa Mandry, O.: *Bol. Asoc. Méd. Puerto Rico*, 1, eno. 1936.)

■ *Caracas.*—En su tesis, Rísquez Iribarren estudia las septicemias de Caracas, discutiendo su historia y bacteriología, y presentando dos casos en que el bacilo causante fué el *Proteus vulgaris*. Ya en 1907 Valero describió una bacteriemia que había observado en enfermos de muy diversas regiones de Venezuela y que atribuyó a un coco o pareja de cocos, pero sin comprobación bacteriológica. Torrealba, en su estudio de la enfermedad de Chagas, encontró formas móviles en la sangre, que asimiló a las de Valero, pero suponiendo que eran productos de los tripanosomas. Rísquez y Martín Vegas vieron esas formas en Caracas en 1925, llamándolas hemoconias. Por fin, J. R. Rísquez, en 1935, basándose en 226 hemocultivos (véase el *Boletín* de junio 1935, p. 545) declaró que existen en Caracas bacteriemias y septicemias no específicas, y hasta específicas, que no se conforman al cuadro nosológico que marcan los tratados. (Rísquez Iribarren, R.: *Gac. Méd. Car.*, 241, agto. 31, 1935.)

*Portadores.*—Fundándose en un estudio verificado en el Estado de Massachusetts, Anderson, Hamblen y Smith declaran que el coeficiente de tifoidea residual (transportada por portadores) en una comunidad dada, es efecto del número de portadores producidos en los 5 a 10 años anteriores. La mayor parte de los portadores infectan o inmunizan a sus allegados inmediatos dentro de pocos años (5 a 10), presentándose casos subsecuentes, principalmente entre las nuevas personas susceptibles que se introducen en el medio ambiente. Esto explica la rápida baja de la tifoidea residual después que se han reducido a un mínimo las infecciones transmitidas por la leche y el agua. El número probable de portadores de tifoidea en Massachusetts ha disminuído de 191 en 1875 a 114 en 1900, 74 en 1910, 17 en 1920, 7 en 1930 y 2 en 1934, mientras que el número de muertes ha disminuído en el mismo período de 1,059 a 13. El número de casos producidos por portadores disminuye constantemente a partir de los 5 años del estado de portador y a los 40 años se presenta una cifra casi insignificante. (Anderson, G. W., Hamblen, Angeline D. & Smith, Helen M.: *Am. Jour. Pub. Health*, 396, ab. 1936.)

*Mariscos.*—Lancelin recuerda los trabajos de Dubreuil y después de Loir y Legagneux, acerca de la virulencia de los gérmenes contenidos en los mariscos de los puertos y de los estuarios. En Tolón, donde las cloacas desembocan cerca de la costa y de los criaderos de mariscos, el autor pudo observar una contamina-

ción muy marcada de los mariscos. Entre los marinos del Estado que consumen a menudo mariscos, ha observado 401 casos de tifoidea muy grave con 42 muertes, aunque todos esos sujetos estaban vacunados contra la tifoidea. (Lancelin: *Gaz. Hôp.* 1555, nbre. 16, 1935.)

*Almejas.*—En la historia de la tifoidea en la ciudad de Nueva York no aparece ningún número mayor de casos imputados a mariscos infectados hasta 1915, en que de 150 casos de un brote, 80 por ciento se debieron presuntamente a la ingestión de ostras infectadas. En los 10 años siguientes, no se imputó a esa causa ningún grupo de casos. Sin embargo, en 1924-25, un brote de más de 625 casos fué relacionado con mariscos infectados obtenidos en las costas de Long Island, formando parte de un brote mucho más extenso, que comprendió un número considerable en varias poblaciones del este de los Estados Unidos, y alcanzó hasta Chicago. El porcentaje de casos de tifoidea debidos a mariscos en Nueva York ha variado de un máximo de 22.7 en 1924, a un mínimo de 2.3 en 1932. En 1933 hubo un aumento, debido en particular al consumo de almejas infectadas, a 17.9, que bajó a 6.6 en 1934, pero volvió a ascender la cifra a 13.3 en 1935 hasta octubre. (Anón: *Quart. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, 87, nbre. 1, 1935.)

*Virulencia del antígeno "Vi."*—De sus estudios, Dyachenko deduce que las cepas del *B. typhosus* que son inaglutinables o insensibles a las aglutininas somáticas, son virulentas, mientras que las aglutinables o sensibles indican poca virulencia; es decir, que la virulencia e inaglutinabilidad de las cepas parece deberse a la presencia del antígeno "Vi." Cuando se eliminan por la absorción las aglutininas O y H, la aglutinorreacción puede servir para demostrar *in vitro* la presencia del anticuerpo Vi. (Dyachenko, S. S.: *Jour. Hyg.* 108, fbro. 1936.)

*Salmonelosis infantil.*—Hormaeche, Peluffo y Aleppo describen tres casos observados en niños, de enterocolitis debidas a salmonelas aparentemente del tipo *Typhi murium*. Los autores buscaron otras salmonelas del hombre y los animales en Montevideo, encontrando cepas de mono, ratón, cobayo y cerdo, aunque predominando las múridas. (Hormaeche, E., Peluffo, C. A., y Aleppo, P. L.: *Arch. Arg. Ped.*, 277, ab. 1936.)

*Diagnóstico rápido.*—Welch y Mickel describen un método rápido para el diagnóstico de la tifoidea y paratifoideas, por medio de películas, que sólo consume unos 4 minutos. En el estudio de 1,100 sueros, este método resultó por lo menos tan específico como el de los tubos. La estabilidad de los antígenos empleados, la rapidez y exactitud con que puede analizarse un suero, indican que la prueba debe resultar magnífica para los laboratorios de sanidad y para los hospitales en que a menudo es importante hacer el diagnóstico inmediato de la tifoidea. En este método utilizanse 4 antígenos tratados con alcohol de *Eberthella typhosa* O, *E. typhosa* H, *Salmonella paratyphi* y *S. schottmuelleri*, que se preparan hasta formar una crema clara, cultivando grandes cantidades de microbios en agar en frascos de Blake y arrastrando las colonias con solución salina concentrada con formaldehído. Todos los antígenos se titulan contra conocidos sueros positivos y negativos, cuyo título se ha determinado previamente por una técnica estándar. (Welch, H., y Mickle, F. L.: *Am. Jour. Pub. Health*, 248, mzo. 1936.)

*Agglutinación cualitativa.*—Después de estudiar el comportamiento de las aglutininas O y H en el suero de 39 enfermos de tifoidea así como en 11 testigos, Dessy y Lolli afirman que si bien la aglutinorreacción según la técnica de Combienco puede ser un complemento útil de la Widal, en la práctica no substituye a ésta y mucho menos constituye un indicio seguro de índole pronóstica. (Dessy, Giuseppe; y Lolli, Nicola: *Clinica & Labor.*, 418, dbre. 1935.)

*Prueba de Marris.*—González Barreras y Souto Granja realizaron la prueba de Marris en 22 casos de tifoidea y paratifoidea, y en 18 de otras afecciones. De

los tifoídicos un 72.7% fueron positivos y de los otros 55% negativos. Modificando la prueba en el sentido de emplear dosis de 1 mgm. de sulfato de atropina en vez de una de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  mgm., el porcentaje positivo subió a 88.8% en 36 casos y a 23% en 26 de otras afecciones. La prueba debe verificarse entre el quinto y décimo quinto día de la enfermedad, según aconseja Marris. Para los autores toda prueba positiva es un gran apoyo en todo caso clínicamente sospechoso, mientras que una negativa pone en duda el diagnóstico en un caso clínicamente sospechoso de tifoidea o paratifoidea. Es de notar que las reacciones obtenidas del quinto al décimo día resultaron positivas invariablemente. (González Barreras, P.; y Souto Granja, Roberto: *Rev. Med. & Cir. Habana*, 793, nbre. 1935.)

*Inmunización en Chile.*—En 1932 se denunciaron en Chile 1,218 casos de tifoidea; en 1933, 1,143, y en 1934, 1,372. Para la Provincia de Chiloé las cifras fueron: 194, 69 y 24, respectivamente. Éstos son los casos denunciados y que se han podido investigar, aunque deben ser aumentados en 25 por ciento para acercarse más a la realidad. En la Provincia de Chiloé sólo en 4 ciudades tienen agua potable y en éstas sólo se han presentado casos aislados y en muy raras ocasiones. El peligro radica en los sectores en que la gente no cuenta con ese servicio ni con eliminación apropiada de las inmundicias. Ahí es que tiene su razón de ser la vacunación antitifoidea. El autor la ha introducido en Chiloé, y de 1931 a mayo de 1935 se han realizado 30,467 inmunizaciones, sobre todo en los escolares. En ningún caso se observó reacción general peligrosa, y aun las reacciones locales han alcanzado a menos de 10 por ciento de los inmunizados. La Caja de Seguro Obligatorio que, por medio de sus postas y estaciones médicas rurales, ha llevado a los sectores más alejados del país la medicina curativa, tiene ante sí un espléndido campo de acción en lo tocante a profilaxia en este terreno. (Maldonado B., C.: *Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 15, sbre. 1935.)

*Vacunación en el ejército.*—Bruni, profesor honorario de higiene militar en la escuela de sanidad militar de Florencia, repasó recientemente la epidemiología de la tifoidea en los soldados. La mayor frecuencia en estos comparados con los paisanos, depende de la edad y condiciones de vida. En los distintos países emplean diversas clases de vacunas. En el ejército italiano utilizan las formuladas cuyas reacciones locales y generales son insignificantes. Castellani ha recalado el empleo de las vacunas polibacterianas combinando la antitifoidea y la anticolérica y ha recomendado la tetrabacteriana para los que trabajan en Africa. Las bacterias para preparación deben ser seleccionadas cuidadosamente. (Carta de Italia: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1933, mayo 30, 1936.)

*Francia.*—Minuciosas estadísticas publicadas por los Ministerios de la Marina y de la Guerra franceses demuestran que en esos cuerpos armados la morbilidad y la mortalidad tifoideas acusan una disminución desde 1906, 2 veces mayor que en la población civil, sin que el resultado pueda atribuirse a otra cosa que a la vacunación, como también lo indican por otra parte, los menores coeficientes en los vacunados. En París, la morbilidad ha descendido de 0.78 por 1,000 en 1901-13 a 0.29 por 1,000 en 1925-34, o sea en una proporción de 2.68:1, mientras que para la marina (5.48 a 1.6) y el ejército (6.04 a 0.84) la proporción es 4.2:1 y 7.2:1. En cuanto a mortalidad por 100,000 el descenso ha sido en París de 10.54 en 1901-13 a 4.83 en 1920-31, y en Francia de 11.3 en 1906-13 a 4.5 en 1924-32, mientras que en el ejército la disminución ha sido de 84 a 17, y en la marina de 69 a 9. Los adelantos debidos al mejoramiento en los abastos de agua y en la propaganda higiénica, han afectado seguramente a la población civil más que a los medios militares. Por otro lado, los alojamientos de los marinos y el agua consumida por éstos, eran desde mucho antes mejores que en la población civil. Hay que hacer notar que estas cifras son muy superiores a las correspondientes a grupos semejantes en Estados Unidos. (*Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.*, 668, ab. 1936.)