

En una epidemia escolar, Atlee trató a 9 sarampionosos con piramidón y a 120 del modo habitual. En los primeros hubo más malestar, el eritema tardó más tiempo en madurar, la fiebre fué más pronunciada, y el porcentaje de complicaciones mayor.

Collier<sup>88</sup> trató 26 casos de sarampión con piramidón, en forma de cristales (0.13 a 0.3 gm.) en una cucharita con agua y, además, en sellos a intervalos de 4 horas de día y de noche. El efecto es más notable si se comienza bien temprano.

---

## TOS FERINA

*Diagnóstico temprano.*—McGee<sup>89</sup> comunica 64 casos de tos ferina en que se hizo el diagnóstico positivo por la naturaleza de la tos; presencia de epidemia e historia de exposición; y falta habitual de signos marcados de bronquitis, laringitis y secreción postnasal; más leucocitosis con linfocitosis absoluta y relativa. La tos considerada sospechosa era afebril, paroxística y espasmódica, aumentando de gravedad y empeorando de noche, sin responder al tratamiento habitual. Las fórmulas leucocitaria y diferencial se obtuvieron por lo común después que el niño había manifestado una tos sospechosa de 7 a 10 días. En 14 casos se hizo un diagnóstico negativo después que la tos había durado de 10 a 21 días. En ninguna enfermedad afebril con tos existe una leucocitosis tan marcada con un porcentaje tan elevado de linfocitos. En los 64 casos positivos la fórmula leucocitaria varió de 10,000 a 46,000, con un promedio de 19,273 leucocitos; y de 50 a 90 por ciento, con un promedio de 68.2 por ciento de linfocitos.

De la Puente afirma que en la reciente epidemia de tos ferina observada en su población (Acevedo, Argentina), observó un signo al parecer constante, que se presenta durante los 5 ó 6 días que anteceden a las crisis convulsivas de tos, y que podría, unido a los síntomas clásicos, ayudar al médico a descubrir la coqueluche. El signo consiste en el llanto del niño, que toma una forma peculiar, espasmódica, a sollozos contenidos e inspiraciones ruidosas, que reproducen bastante fielmente la "reprise" del acceso de tos ferina. Cuando se oye, parece que se está en presencia de un ataque de tos convulsa, pero la tos se halla reemplazada por sollozos. (De la Puente, L.: *Semana Méd.* 802 (mzo. 19) 1931.)

*Las placas en el diagnóstico.*—Sauer y Hambrecht<sup>90</sup> declaran que han empleado el método de las placas, introducido por Chievitz y Meyer en 1916, para el diagnóstico precoz de la coqueluche desde

---

<sup>88</sup> Collier, J. I.: *Brit. Med. Jour.* 1:1093 (jun. 14) 1930.

<sup>89</sup> McGee, W. A.: *Va. Med. Monthly* 57: 165 (jun.) 1930.

<sup>90</sup> Sauer, L. W., y Hambrecht, Leonora: *Jour. Am. Med. Assn.* 95: 263 (jul. 26) 1930. (Véase también la Publicación No. 30, de la Oficina Sanitaria Panamericana).

1925. De 200 casos particulares, las placas resultaron positivas en 52 de 53 enfermos en el período catarral; en 70 (65 por ciento) de 107 en el período paroxístico; y en ninguno de 40 en el período de declinación. El medio es fácil de preparar. A 500 gms. de patatas mondadas y cortadas en pedazos se agregan 40 cc. de glicerina y 1,000 cc. de agua destilada. Se hierve luego en un recipiente tapado hasta que se ablanden las patatas. El agua perdida por evaporación es reemplazada, y se cuela por gasa. A 500 cc. del filtrado agréganse 1,500 cc. de solución salina al 0.6 por ciento y 60 gms. de agar, obteniendo así 2 litros de agar al 3 por ciento. Con una alfombrilla de amianto y algunos meneos se impedirá la quema. No es necesario disolver todo el agar. La mezcla, reajustada al peso primitivo, es embotellada en cantidades de 150 cc. y esterilizada al autoclave. Después puede guardarse en una nevera durante varios meses. No hay que prestar atención si aparecen sedimentos, pues puede tirarse con facilidad el agar fundido al ir a utilizar el medio. El contenido fundido de un frasco es agregado a 30 cc. o más de sangre desfibrinada y se vierte en placas, de modo que cada una contenga 20 cc. del medio. Antes de agregarlo a la sangre calentada, debe dejarse enfriar el agar hasta algunos grados (45 C.) por encima del punto de solidificación. Conviene preparar las placas cuando se necesitan y no utilizarlas si tienen más de una semana. La exposición debida de la placa reviste la mayor importancia. Hay que mantenerla a 7.5 ó 10 cms. de la boca al tener lugar varias toses intensas. Si no puede lograrse a tos voluntaria, puede evocarse un acceso por los medios conocidos, incluso cosquilleos de la laringe o faringe, presión externa, etc. Las placas deben ser incubadas en posición invertida a las pocas horas de la exposición. Si la superficie parece seca, quizás convenga colocar algunas gotas de agua en el centro de la cubierta. Las colonias que se propagan rápidamente deben sacarse apenas se distinguen, y puede evitarse en gran parte su aparición limpiando la mesa con un paño húmedo precisamente antes de llenar las placas. Una negativa no excluye la tos ferina. En los casos dudosos el hallazgo del bacilo es decisivo. Hay que tener presente que algunos niños y muchos lactantes jamás manifiestan el "hipido." Los adultos y rara vez los niños, pueden contraer la enfermedad por segunda vez. Las placas incubadas deben ser examinadas en busca de colonias al cabo del segundo día. Si hay muchas colonias, pueden observarse en forma de gotillas brillantes y pequeñas, parecidas a mercurio, entre las colonias mayores de saprofitos. Son translúcidas, bastante elevadas y circulares, con un diámetro aproximado de 1 mm. A la luz refleja, la blancuzca colonia aparece rodeada de una zona mucho más oscura y de un diámetro dos veces mayor. Si hay pocas colonias, quizás no se reconozcan hasta el cuarto o el quinto día. El principal valor del diagnóstico precoz de la pertusis consiste en que permite aislar al

enfermo y a los niños susceptibles que se le han acercado, antes de que tengan ocasión de enfermar a otros.

*Encefalitis.*—Mikulowski<sup>91</sup> comunica los casos de tres lactantes en que la coqueluche se complicó con encefalitis.

*Cuadro leucocitario.*—Wildtgrube<sup>92</sup> estudió el cuadro leucocitario en 100 casos de tos ferina simple en niños, observando leucocitosis en 83.3 por ciento, y linfocitosis bien definida en 69.4 por ciento. Ambas fueron mucho menos frecuentes en los lactantes que en los niños de 1 a 3 años. La leucocitosis guardó casi siempre relación con la intensidad de la coqueluche, pero no pudo demostrarse ninguna relación entre su intensidad y los accesos de tos. En la mayor parte de los casos, el número varió de 20,000 a 30,000, y las tres fórmulas máximas fueron de 75,800, 83,400 y 90,000. En los casos graves, había formas patológicas de los linfocitos y ligera desviación de los neutrófilos a la izquierda. En muchos de los casos complicados con neumonía, no tan sólo había hiperleucocitosis, sino aumento relativo de los neutrófilos con desviación a la izquierda, y disminución de los linfocitos. Para el autor, la frecuente linfocitosis, existencia de formas patológicas de los linfocitos en los casos graves, e infarto de los ganglios intratorácicos, sólo puede atribuirse a una excitación directa del sistema linfático.

*Eritrosedimentación.*—En 82 eritrosedimentaciones realizadas por Rohr y Krieger<sup>93</sup> en coqueluchosos, en 86 por ciento se observó retardo, o sea lo contrario que en los procesos catarrales, en que hay aceleración. De 13 casos en que aumentó la velocidad, en 3 había una tuberculosis activa, y en otros complicaciones febriles. Los fracasos inexplicables se presentaron en 1.2 por ciento. El retardo de la sedimentación aparece en las primeras semanas de la dolencia y tal vez permita el diagnóstico precoz de la tos ferina.

*Tratamiento.*—Prétet<sup>94</sup> declara que todas las medicaciones propuestas contra la coqueluche no aportan más que paliativos, a menudo muy poco eficaces. En cambio, hay que fundar esperanzas en las vacunas, y quizás los sueros. La vacuna debe ser fresca, las cepas empleadas lo más variadas posible y provenientes de microbios recién aislados del organismo, y de valor antigénico bien comprobado por reacciones inmunológicas. Una concentración de 750 millones de gérmenes por centímetro cúbico, parece conveniente. El autor ha obtenido con la vacuna resultados bastante satisfactorios en conjunto, pero sin pretender que siempre yugule en algunos días una coqueluche declarada. De 48 casos de los más graves que tratara en 1929, en 34 la mejoría fué rápida y completa. En los otros 14, aunque no hubo complicaciones, no se pareció acortar mucho la duración total de la coqueluche. También se han probado vacunas mixtas

<sup>91</sup> Mikulowski, W.: Acta Paed. 9: 454 (mayo 20) 1930.

<sup>92</sup> Wildtgrube, F.: Ztschr. Kinderh. 50: 152 (obra. 15) 1930.

<sup>93</sup> Rohr y Krieger: Deut. med. Wehnschr. 56: (jun. 6) 1930.

<sup>94</sup> Prétet, H.: Progrès Méd. (eno. 31) 1931, p. 193.

preparadas con el bacilo de Bordet y con los microbios más frecuentes en la tos ferina. También se pueden preparar autovacunas sobre la misma base, pero vista la tardanza inevitable, precisa comenzar con una vacuna stock. También hay que pensar en las posibilidades de la seroterapia, y Bordet en 1906 propuso un suero que pareció dar algunos resultados, y que debería ser más investigado. Debré también ha experimentado con el suero de convaleciente. El autor resume así su posición: la coqueluche es contagiosísima, sobre todo al principio, antes de poder hacer el diagnóstico clínico; pero en cambio, el diagnóstico bacteriológico es fácil, y el médico no debe vacilar en pedirlo, siempre que sea posible, exigiendo el aislamiento absoluto del niño durante dos o tres días, hasta conocer el resultado de los cultivos.

Fischl<sup>95</sup> ha renunciado en la tos ferina a muchos métodos terapéuticos, que no consiguen efectos apreciables, tales como inyecciones de suero de terneros vacunados, de autoesputo, e intramusculares de éter, insuflaciones intranasales de quinina, y pincelaciones de la laringe con soluciones de sublimado, y rechaza igualmente todo método violento que excite al enfermo e intensifique la tos. Estos medicamentos le han resultado relativamente eficaces: La vacuna antivariólica, las fricciones de antitusina, la administración al interior de tussol y de la combinación luminalvoluntal, y la aplicación al interior o intramuscularmente, de eucodal. El autor reitera, en particular, la profilaxia, evitando toda ocasión de contagio, y estableciendo el diagnóstico precoz.

Agrelo declara que desde hace años no se había observado en Buenos Aires una epidemia de coqueluche tan difundida como la del año 1930. El autor asistió niños no solamente de más de tres meses, sino muchos que no llegaban al mes. Fué suerte que la epidemia apareciera cuando había pasado la estación fría, pues la mortalidad no llegó ni a 1 por mil en los niños atendidos en el Hospital de Niños. La multitud de enfermos permitió probar un gran número de medicamentos y tratamientos. El autor concluye declarando que no hay medicación específica de la tos ferina; que en el primer período y en los primeros 15 días pueden emplearse vacunas y tratamiento higieno-dieto-medicamentoso, y después solamente el último. El reposo es muy útil y lo mismo la aeración. Además de las vacunas, el autor probó el éter en inyecciones y en enemas, la efedrina, las gotas nasales y las gotas por vía digestiva. (Agrelo, R.: *Semana Méd.* 905 (ab. 2) 1931.)

*Éter.*—A McGee,<sup>96</sup> los enemas de éter le han resultado más satisfactorios que las vacunas, la efedrina o los sedantes en el tratamiento de la tos ferina. La dosis administrada dos veces diarias constó de

<sup>95</sup> Fischl, R.: *Rev. Méd. Germ.-Ib.-Am.* (obre.) 1930.

<sup>96</sup> McGee, W. A.: *South. Med. Jour.* 23: 689 (agto.) 1930.

4 cc. de éter y aceite de olivas a partes iguales por cada año de edad, salvo para los menores de un año, que recibieron 8 cc. de éter al 25 por ciento. Debe tratarse de retener el enema. Por regla general, el tratamiento continuó de 5 a 12 días. Los vómitos y el estridor cesaron por lo común a los 4 a 6 días, y los accesos dentro de 7 a 14.

*Ma-huang.*—Fundándose en 10 observaciones, Agrelo<sup>97</sup> declara que el alcaloide levógiro de la planta ma-huang es un poderoso medicamento para disminuir las quintas de la coqueluche, pero no cura, pues al suspenderse reaparecen los accesos. El efecto es más lento y prolongado que el de la adrenalina, y con dosis mucho más pequeñas da mejores resultados que ésta.

*Vacunoterapia.*—Blasco<sup>98</sup> discutió la profilaxia de la coqueluche, repasando las medicaciones corrientes en forma de inhalaciones, pincelaciones, fricciones, y medios internos y físicos, y después analizó los resultados obtenidos con varias vacunas. Con la vacuna curativa y preventiva de Bafanti (solución fisiológica al 0.50 por ciento de bacilos muertos), en 31 casos obtuvo 5 curaciones (16 por ciento), 16 mejorías, 5 sin mejoría, 2 defunciones, 4 complicaciones, y 3 perdidos de vista; con la serobacterina de Mulford (bacilos pertussis y de influenza, estafilococos dorados y blancos, estreptococos, neumococos y micrococos catarrales), en 35 casos, 7 curaciones (20 por ciento), 20 mejorías, 4 sin mejoría, 3 perdidos de vista, 1 defunción y 4 complicaciones; con la vacuna de Fher (bacilos de Bordet y de influenza, estafilococos, estreptococos, neumococos y micrococos catarrales) en 25 enfermos, 4 curaciones (16 por ciento), 12 mejorías, 7 sin mejoría, 1 perdido de vista, 1 defunción y 3 complicaciones; con la polivalente de Hermes (bacilos pertussis, estafilococos, estreptococos, neumococos, micrococos catarrales y bacilos de Pfeiffer) en 143 casos, 84 curaciones (58.7 por ciento), 33 mejorías, 15 sin mejoría, 7 perdidos de vista, 4 defunciones y 14 complicaciones; y con la de Puy en 63 enfermos, 17 curaciones (27 por ciento), 33 mejorías, 7 sin mejoría, 3 perdidos de vista, 3 defunciones y 7 complicaciones. Con la Hermes el porcentaje de curaciones fué superior al de cualquier otro tratamiento. El 10 a 13 por ciento de complicaciones representa bronconeumonías, habiendo que notar que algunos enfermos empezaron el tratamiento ya con ellas, y otras, padecían de varias dolencias. Para el autor, todo coqueluchoso debe ser tratado por medio de vacunas, y a más los medicamentos requeridos por las complicaciones. En la discusión, Moragas afirmó que todas las vacunas le han dado los mismos resultados si son aplicadas en los primeros días de la enfermedad, pero después los resultados son muy medianos. Lo importante, pues, es el diagnóstico precoz. Buxó Izaguirre también afirmó que es frecuente encontrar resultados adversos, aun empleando la vacuna. En 19 casos, obtuvo un 56 por ciento de curaciones.

<sup>97</sup> Agrelo, R.: *Semana Méd.* 37: 840 (sbre. 11) 1930.

<sup>98</sup> Blasco, F.: *Med. Ibera* 15: 18 (eno. 3) 1931.

Según Leitner,<sup>99</sup> la vacunoterapia constituye un gran adelanto en lucha contra la tos ferina. Debe comenzarse bien temprano, basando el diagnóstico en la fórmula leucocitaria. Las inyecciones deben ser percutáneas o intramusculares, a plazos de 24 a 48 horas, y es mejor utilizar dosis masivas de una vacuna concentrada. Si no se obtiene el efecto deseado, deben continuarse las inyecciones hasta administrar de 6 a 8. En los casos avanzados, no puede acortarse la enfermedad por medio de la vacuna, pero sí atenuarse los accesos.

En el tratamiento de la tos ferina Kramsztyk<sup>1</sup> empleó el método de Besredka de un filtrado bacteriano de bacilos pertúsicos, a los que se agrega un filtrado de cultivos en caldo de otras bacterias descubiertas en la faringe de los niños en varios períodos de la enfermedad. La faringe fué pulverizada con el filtrado tres o cuatro veces diarias, y al cabo de 3 a 8 días de tratamiento, disminuyeron el número e intensidad de los accesos. Cuando se comenzó el tratamiento tempranamente, la enfermedad reveló una evolución abortiva, sin presentarse el período convulsivo.

Kaupe<sup>2</sup> describe sus observaciones en un establecimiento para niños y lactantes. Empleó a concentraciones crecientes una vacuna, de la cual la No. 1 contiene 2,000 millones de *Bacillus hemophilus-pertussis*, la No. 2, 4,000 millones; la 3, 6,000 millones; y la 4, 8,000 millones. Las inyecciones son intraglúteas a plazos de 3 a 4 días. En el departamento de niños, 8 de 10 contrajeron tos ferina. La vacunoterapia hizo mejorar a los enfermos rápidamente, curándose de 10 a 12 días después de la primera inyección. Los otros 2 permanecieron sanos. De 15 lactantes que recibieron la vacuna, 2 manifestaron la tos ferina en forma leve y los otros permanecieron indemnes o acusaron una infección ligerísima. Las inyecciones fueron casi indoloras, y hasta los niños que manifestaron ligera fiebre tuvieron siempre buen apetito. El autor recalca que sus observaciones se limitaron a casos en que la tos ferina se hallaba en su incipiente o no había comenzado, y no sabe si la vacuna dará un resultado más favorable en un período más avanzado.

*Omisión de las vacunas.*—En vista de que en 15 años de empleo extenso no se han podido obtener pruebas satisfactorias del valor de las vacunas contra el *Bacillus pertussis*, el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana<sup>3</sup> ha acordado omitir de sus "Remedios Nuevos no Oficinales" los productos de ese género que habían sido aceptados hasta ahora. Un clínico, que forma parte del Consejo, declaró que, en lo que había podido averiguar por conducto de los pediatras y la literatura, reina una impresión general, difícil de prueba absoluta, de que las vacunas anticoqueluchosas recién pre-

<sup>99</sup> Leitner, P.: *Jahr. Kinder.* 129: 343 (nbre.) 1930.

<sup>1</sup> Kramsztyk, S.: *Monatschr. Kinder.* 48: 74 (sbre.) 1930.

<sup>2</sup> Kaupe, W.: *Med. Klin.* 26: 1740 (nbre. 21) 1930.

<sup>3</sup> *Jour. Am. Med. Assn.* 96: 613 (fbro. 21) 1931.

paradas y administradas durante el período de incubación, pueden ser útiles para modificar los accesos y mermar la mortalidad en los niños y lactantes coqueluchosos. Como profiláctico, según él, las vacunas no parecen poseer el menor valor, y una vez bien establecida la dolencia, hasta las vacunas recién preparadas parecen inútiles. Con respecto a las vacunas comerciales o stock, no puede presentar datos, ni aun presuntivos, acerca de su valor.

*Estreptovacuna.*—Belatskaya y Kaplansky<sup>4</sup> trataron a 80 coqueluchosos por medio de una vacuna estreptocócica combinada con vacuna anticoqueluchosa. El método mermó la gravedad de la enfermedad y mientras más pronto se inicie, mejor el resultado. En los niños pequeños surte más efecto que en los mayores.

*Efecto de la vacunación antivariolosa.*—Schlavone<sup>5</sup> presenta 74 historias clínicas para demostrar que, en un buen número de niños coqueluchosos, tras la vacunación antivariólica, obsérvase una evolución favorable, con disminución considerable y a veces sorprendente de las quintas, y en muchos casos también de los vómitos. En los casos favorables, cuando existe recidiva, ésta desaparece generalmente, y no aparece nunca sino existía. El autor aconseja el método en el tratamiento de coqueluchosos en buenas condiciones, y en los cuales la coqueluche aparece cuando puede hacerse primovacunación. Para él, el método no produce trastornos ni complicaciones, siempre que se trate de niños en buen estado general y sin complicaciones previas. No ha probado la revacunación, pero cree que cabe practicar ensayos. Se inclina a creer que el mecanismo de la acción es un pequeño absceso de fijación al nivel de las pústulas.

---

## ERISIPELA

*Tratamiento.*—Ude y Platou<sup>6</sup> hicieron un minucioso análisis de 402 casos hospitalizados de erisipela, clasificándolos según el método de tratamiento. Los tratamientos utilizados fueron: sulfato de magnesio y compresas de glicerina; roentgenoterapia; actinoterapia; antitoxina erisipelatosa; roentgenoterapia y antitoxina; y actinoterapia y antitoxina. Los últimos métodos terapéuticos han mermado la mortalidad de la erisipela aproximadamente en 44 por ciento. La mortalidad en las criaturas ha sido siempre elevada, y en 26 casos de la serie se elevó a 65.4 por ciento, aunque fué menor en 7 tratados con rayos ultravioletas. En los casos tratados bien con los rayos X o ultravioletas, los resultados inmediatos son sumamente halagadores, pues la defervescencia y la desaparición de síntomas tienen lugar de 3 a 4 días antes que en los tratados con sulfato de magnesio y compresas

<sup>4</sup> Belatskaya, N. G., y Kaplansky, S. I.: *Pediatrics* 13: 370, 1929.

<sup>5</sup> Schlavone, G. A.: *Semana Méd.* 37: 1723 (dobre. 4) 1930.

<sup>6</sup> Ude, W. H., y Platou, E. S.: *Jour. Am. Med. Assn.* 95:1 (jul. 5) 1930