

Acriflavina.—Gurevich ⁶⁷ probó en 13 casos de escarlatina grave el clorhidrato de acriflavina combinado con antitoxina escarlatinosa; en 11 el clorhidrato sólo. La dosis de acriflavina fué de 0.05 a 0.2 gm. (en una solución de 0.5 al 2 por ciento) inyectada en la vena cubital, con otra dosis al cabo de 2 ó 3 días. Desde el segundo día hubo marcada mejoría. Según parece, aunque el medicamento no acorta la evolución de la escarlatina séptica, logra alivio notable. No modifica, aparentemente, los adenoflemones y periadenitis, o las manifestaciones septicopéimicas. Las nefropatías contraíndican el tratamiento. Las desventajas del método consisten en la posible trombosis, pérdida de peso tras inyecciones repetidas, y vómito, vértigo y ardor bucal durante la inyección.

SARAMPIÓN

Chile.—En Chile, ⁶⁸ el número de muertes de sarampión en el sexenio 1915–1920 fué de 8,636, comparado con 14,251 debidas a la coqueluche, 124 a la escarlatina y 1,376 a la difteria; las cifras para 1921–1926 fueron: sarampión, 8,707, y coqueluche 11,778; y para la escarlatina y la difteria 142 y 472, respectivamente en el trienio 1921–1923. Como se verá, la mortalidad por sarampión ha sido siempre menor que la producida la coqueluche, salvo en los años 1921 y 1924, en que las muertes fueron de 3,181 y 3,094 para el primero y 2,007 y 1,929 para el último. Como se verá, la difteria y la escarlatina acusan cifras muy inferiores en ambos periodos. Tomando el sexenio 1921–1926, la mortalidad sarampionosa viene a ser de 26.8 por cien mil habitantes, lo cual es bastante mayor que en Francia (8.8) y Alemania (18.3) [y Estados Unidos (4.9, 1925–27.—RED.)]. Las epidemias de sarampión en Chile se presentan cada 3, 4 ó 5 años, provocando el natural aumento de mortalidad. En 1930 hubo también una epidemia grave, con cuyo motivo el autor discute los distintos modos de profilaxia antisarampionosa, o sean la morbilización activa, la inmunización pasiva, la seroprofilaxia y seroatenuación, los sueros de Ferry y Tunicliff, y por fin, la hemoterapia. Para él, de todos los métodos, el último es el que reúne mejores condiciones para el éxito. Con ese nombre designa la inyección de la sangre de los padres o allegados que han padecido anteriormente de sarampión.

Costa Mascaró ⁶⁹ describe 150 casos en que probara en Chile la profilaxia del sarampión con suero de convaleciente. La dosis fué de 3 cc. administrados entre el quinto y sexto días del período de incubación, habiéndose agregado un antiséptico al suero. Con ese método,

⁶⁷ Gurevich, E.: Vrach. Gaz. 22: 1653 (nbre. 30) 1930.

⁶⁸ Scroggie V., A.: Arch. Hosp. Niños "Roberto del Río" 1: 237 (dbre.) 1930.

⁶⁹ Costa Mascaró, A.: La "profilaxia del sarampión por el suero convaleciente," 1930.

se obtuvo un 60 por ciento de seroprevención y 30 por ciento de seroatenuación. Los fracasos fueron 14, pero en 2 la inyección fué muy tardía, y en otro se trató de un accidente. Descontados éstos, quedan, pues, 7.3 por ciento de fracasos. Estos sólo llegaron a 2.5 por ciento cuando la inyección tuvo lugar entre el primero y cuarto días, 11.4 por ciento entre el quinto y sexto, y 30 por ciento entre el séptimo y octavo. En Chile, de 1915 a 1929 murieron 22,786 de sarampión, comparado con 30,801 de coqueluche, 1,429 de escarlatina y 2,569 de difteria.

Predicción de una epidemia en Nueva York.—Fundándose en previos datos y observaciones, el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York ha predicho una epidemia de sarampión para el año 1931, pues esos brotes aparecen a plazos periódicos de 3 a 5 años. Espérase que habrá de 40,000 a 60,000 casos fuera de la Ciudad de Nueva York. A fin de precaverse y mermar en todo lo posible la mortalidad, el Comisionado de Sanidad del Estado convocó una conferencia para discutir medios y modos de combatir la dolencia. (*Health News*, dbre. 22, 1930.)

En la Ciudad de Nueva York, en cambio, el año 1930 fué sarampiñoso, habiéndose denunciado unos 25 mil casos, pero sólo con 152 muertes; aunque a cada una de éstas deben agregarse dos más, o sean defunciones de neumonía imputables al sarampión. Aun así, la mortalidad fué mucho menor que en años anteriores. Si el sarampión aumenta en el resto del Estado, también es posible que aparezcan más casos en la Ciudad de Nueva York. Con ese motivo, el Departamento Municipal de Sanidad ha recordado las ventajas obtenidas tratando a los niños expuestos al sarampión, con inyecciones de sangre íntegra de los padres. He aquí la técnica recomendada por el Dr. Park: límpiense del modo habitual o desinfectétese con yodo la piel del codo del donante. Enrólese en la porción superior del brazo un trozo de tubo de goma, para que distienda la vena y sea más fácil perforarla. Luego, con una jeringa de cristal esterilizada, de una capacidad de 30 cc. y una aguja también esterilizada, extráiganse 30 cc. de sangre, la mitad de la cual es inyectada intramuscularmente en la nalga derecha, y la otra mitad en la nalga izquierda del niño. Si sólo hay a mano una jeringa de 20 cc., háganse dos extracciones, cada una de 15 cc. Para niños mayores, debe emplearse una dosis dos veces mayor, pero recordando que el objeto no es impedir el sarampión del todo, sino permitir que se presente en una forma más leve y modificada. (*Weekly Bull.* N. Y. C. Dept. Health, dbre. 27, 1930.)

Uruguay.—Morquío ⁷⁰ discute la epidemia de sarampión observada en Montevideo en 1930, y de paso, la evolución de la enfermedad en el país. En el pabellón de contagiosos de su clínica, en los 20 años de existencia, se ha asistido a 724 niños sarampiñosos, de los que murie-

⁷⁰ Morquío, L.: Arch. Ped. Uruguay 1: 533 (obre.) 1930.

ron 107, o sea 14.8 por ciento. La estadística de la clínica no permite saber el número de enfermos que hay en la ciudad, pero sí cuando hay o no hay epidemia. Esas epidemias aparecen cada tres o cuatro años: 1912, 1916, 1920, 1923, 1927 y 1930, y en los intervalos hay años en que sólo se registran uno o dos casos, posiblemente exóticos. No basta que existan algunos casos, para que surja la epidemia. Esta se caracteriza siempre por su marcha progresiva e intensa difusión. Todas las epidemias son análogas en conjunto, pero cada una ofrece ciertas particularidades. La de 1930 no evadió esa regla. En el año se asistió en el hospital a 78 casos, 13 de ellos de contagio interno difícil de evitar, dadas las condiciones defectuosas del hospital. En cuanto a la seroprofilaxia, fué empleada con excelentes resultados, pero luchando con dificultades prácticas. La edad de los niños varió de 1 a 14 años, y la mayoría (45) quedaron entre la edad de 3 y 5 años. Por lo general, llegaron al hospital en un período avanzado, y con complicaciones. De los 78, 64 tenían complicaciones y 14 no. Las complicaciones más frecuentes fueron: bronconeumonía, 19; congestión pulmonar, 17; meningitis tuberculosa, 9; esplenoneumonía, 2; pulmonía, 2; pleuresía, 1; y otitis, 15. Por su rareza, hay que hacer notar la meningitis sarampionosa, simulando meningitis tuberculosa, con curación completa, y una meningoencefalitis. De los 78 fallecieron 22 (28.2 por ciento) que correspondieron a los casos de meningitis, bronconeumonía, laringitis, crup diftérico, y pleuresía. De los 22, 13 correspondieron a tuberculosis.

Ponce de León⁷¹ analiza una encuesta sobre la epidemia de sarampión que azotó a Montevideo en el invierno de 1930, en una de las secciones de la población. En ella, entre un total de 5,548 familias con 9,265 niños y 25,459 adultos, hubo 1,378 casos de sarampión, de ellos sólo 11 en adultos. Pese al número extraordinario de médicos en la ciudad, más de la tercera parte de los sarampionosos no tuvieron asistencia médica, aunque 52 por ciento pertenecían a sociedades mutualistas. De 1,378 sarampionosos, un 63 por ciento concurrían a la escuela, y fué allí donde se contagiaron, lo cual demuestra, para el autor, el acierto del Consejo Nacional de Higiene al clausurar las escuelas antes de que la epidemia revistiera más gravedad. En un 4 por ciento de los casos se observaron complicaciones, la mayoría de ellas en el árbol respiratorio, y sólo hubo 9 defunciones, o sea 6.5 por mil. La población afectada vivía en pésimas condiciones.

En una sección de Montevideo, desde noviembre, 1929, hasta agosto, 1930, Rodella⁷² anotó 1,378 casos de sarampión, 11 de ellos en adultos, lo cual representa 147.5 por mil de la población infantil, y 39.5 por mil de la población total. La epidemia acusó su período álgido en el mes de junio, al cual correspondieron 36 por ciento de los

⁷¹ Ponce de León, M.: Bol. Cons. Nac. Hig. 25: 59 (eno.) 1931.

⁷² Rodella, M.: Bol. Cons. Nac. Hig. 24: 445 (mbre.-dbre.) 1930.

casos. La mortalidad alcanzó a 6.5 por mil; hubo complicaciones en 4 por ciento, y un 35 por ciento de los casos no tuvieron asistencia médica. El contagio de la mayor parte de los casos fichados fué en el medio escolar. De las 740 familias en que hubo sarampión, 548, o sea 74 por ciento, envían sus hijos a la escuela, y en 6 escuelas estudiadas, un 19.3 por ciento de los niños matriculados tuvieron sarampión. Las condiciones higiénicas en que vivían las familias pueden sintetizarse así: 51 por ciento buenas, 35 por ciento medianas, y 14 por ciento malas. En las partes de población más densa, ni se contemplan las mínimas reglas de higiene, y la población infantil vive, por decirlo así, en la calle, pues no huy lugar en la casa, y faltan plazas, jardines y otros lugares de esparcimiento.

Lactante.—El sarampión es excepcional en el lactante, pues lo protege la inmunidad materna. García⁷³ atendió en 1930 una fuerte epidemia de sarampión en la clínica epidemiológica de la Casa de Expósitos de Buenos Aires, en menores de un año. El número de caso llegó a 56; 48 de ellos expósitos. Éstos están colocados con amas que viven en sus domicilios, y tienen la obligación de asistir dos veces por mes al consultorio; y el resto hospitalizados en los pabellones de la casa, donde contrajeron la enfermedad. En los 29 casos hospitalizados, hubo 6 muertes (20.68 por ciento), comparado con 26.31 en los atendidos por amas, y 12 por ciento en el grupo particular asistido en el consultorio. La mortalidad total fué de 21.4 por ciento, o sea menor que las cifras habituales. De los 12 fallecidos, 3 murieron a las 48 horas, 2 a los 3 días, y hubo entre ellos 2 tuberculosos, 3 heredosifilíticos, y 3 descompuestos. Por regla general hubo complicaciones: 89.4 por ciento. Predominaron las afecciones broncopulmonares y las otitis, mas no hubo meningitis, sino estados meníngeos por congestión. La coqueluche complicó 3 casos, sin ninguna muerte. La profilaxia no es posible cuando llega el niño ya enfermo. A fin de contrarrestar la bronconeumonía, se utilizó el Haptinógeno Neumo y el suero glucosado hipertónico, a más de tónicos.

Relación con la vivienda.—Halliday⁷⁴ realizó una encuesta sobre las condiciones de la vivienda en relación con la frecuencia y letalidad del sarampión, tomando grupos de personas que vivían en distintas condiciones sociales de la ciudad de Glasgow, durante una epidemia. En los hacinados cuarteles obreros, la morbilidad fué 3.7 veces mayor en los niños de 5 años que en los de 5 a 10 años. Por el contrario, en las casas aisladas, sin promiscuidad, sólo representó en los primeros 40 por ciento de la correspondiente a los segundos. Esa diferencia se confirmó por medio de investigaciones estadísticas en las escuelas.

⁷³ García, L. C.: Rev. Espec. 5: 465 (obre) 1930.

⁷⁴ Halliday, J. L.: "Medical Research Council, Special Report Series No 120, H. M. Stat. Off., 1928", apud. Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub. 23: 144 (eno.) 1931.

Según que los niños hacia la edad de 5 años provenían de casas "obreras" o aisladas, la proporción de los que habían tenido sarampión era marcada o baja. La estadística de las denuncias, aunque incompleta, habla en el mismo sentido, revelando que en las ciudades en que los albergues obreros son mucho más numerosos, el porcentaje de niños atacados del sarampión antes de la edad escolar es mucho más elevado. En la encuesta realizada, se tuvo la buena suerte de no dar con una sola defunción pero las estadísticas generales y hospitalarias no dejan la menor duda con respecto a que la enfermedad es mucho más peligrosa mientras más pequeño el niño. Tomando en conjunto sus datos, el autor deduce que hasta los 2 años es de 10 a 20 veces mayor, de 2 a 3 años, 8 a 12 veces; de 3 a 4 años, 3.5 a 4 veces; y de 4 a 5 años, de 1.5 a 2 veces mayor. No cabe, pues, duda del influjo nocivo que ejercen las habitaciones hacinadas y mal construídas, por favorecer el contagio antes de la edad escolar, y contribuir a aumentar la gravedad del sarampión.

Afinidad con la tos ferina.—Para Mikulowski,⁷⁵ existe una afinidad profiláctica, epidemiológica y clínica entre el sarampión y la tos ferina. La complicación de ambas produce una elevada mortalidad en los menores de cinco años. Durante una epidemia de sarampión, toda agravación de los síntomas pulmonares en los pequeños que han tenido coqueluche, debe ser considerada como sarampión, y el pequeño debe ser aislado. Si el niño muere antes de manifestar síntomas, la muerte debe atribuirse al sarampión en el período de incubación, y los contactos deben ser aislados. En las creches, asilos y escuelas, debe evitarse todo contacto entre los sarampionosos y los otros niños, en particular con los que han tenido coqueluche. El autor no favorece la vacunación con inmunisero sarampionoso entre esos niños, y prefiere utilizar la inmunización pasiva con suero de convaleciente.

Las estadísticas ⁷⁶ que revelan el influjo de la edad, la vivienda y las condiciones atmosféricas y sociales sobre el sarampión, acusan mucha semejanza con las de la tos ferina. En las grandes ciudades, las epidemias de sarampión van, por lo común, acompañadas de epidemias de tos ferina. En los niños que habían tenido coqueluche, el sarampión provocó por lo general una recidiva, o complicaciones pulmonares. Si se exacerban los síntomas de coqueluche durante un período de sarampión, el niño debe ser aislado como sospechoso de sarampión.

Forma atípica.—En un sanatorio para tuberculosos, Finkelstein y Stojanowskaja ⁷⁷ observaron una epidemia, que en algunos síntomas fué muy atípica. Del 20 de diciembre de 1927 al 1° de abril de 1928 observaron 28 casos, patentizando así la contagiosidad. Los 150 niños estaban alojados en 4 pabellones, y casi todos los casos tuvieron

⁷⁵ Mikulowski, V.: *Pediatrics* 38: 984 (sbre. 15) 1930.

⁷⁶ Mikulowski, W.: *Schw. med. Wchnschr.* 60: 982 (obre. 18) 1930.

⁷⁷ Finkelstein, L. O., y Stojanowskaja, R. W.: *Arch. Kindknde.* 90: 181 (mayo 24) 1930.

lugar en el pabellón para los niños de 5 a 8 años. En la ciudad cercana no se observó la enfermedad. La afección no fué precedida de prodromos, y la única manifestación constante fué un exantema. En algunos casos hubo conjuntivitis y rinitis, pero breve, y en ninguno se elevó la temperatura a más de 37.6° C. (el promedio para los niños del sanatorio). Todos los niños se sintieron bien. El exantema se propagó rápidamente, y a las 24 horas el cuadro patológico ya se hallaba completo. El exantema desapareció dentro de 24 a 48 horas, dejando tras sí una vaga pigmentación que duró varios días. En ningún caso se observó descamación ni infarto ganglionar. Para los autores, se trata de roseola epidémica atípica.

Neumonía.—Ellison⁷⁸ encontró microbios del grupo de la influenza en los pulmones de 46 por ciento de 75 casos de neumonía sobrepuesta al sarampión, en varias epidemias de Londres. Probablemente, se menosprecia la frecuencia de esos microbios en la neumonía sarampionosa. Los casos de neumonía pueden ser tratados sin temor en las salas del sarampión, si se toman ciertas precauciones contra el hacinamiento. Los estreptococos hemolíticos revisten menos importancia como causa de bronconeumonía en los niños, que en los adultos sarampionosos.

Recídas.—El caso de Liebig⁷⁹ es notable, pues el enfermito se había hallado bajo constante observación clínica al presentarse en él otro exantema sarampionoso a los 30 días del primero, y no había habido posibilidades de reinfección durante la convalecencia. Para el autor, algunos enfermos pierden la capacidad para desarrollar anticuerpos contra el virus sarampionoso. La causa no se conoce, pero si la fiebre denota las fuerzas defensivas del organismo contra la infección, la falta de fiebre en el niño y la larga duración del primer exantema, denotan que no podía formar anticuerpos.

Profilaxia.—Knoepfmacher y Stross repasan los varios métodos recomendados para la inmunización contra el sarampión. La inmunización activa no ha dado los resultados buscados. En la inmunización pasiva, el método de Degkwitz de suero de convaleciente, adolece del inconveniente de que es difícil conseguir las cantidades necesarias. Tratando de vencer esa dificultad, los autores extraen al enfermo 10 cc. de sangre el día en que se presenta el exantema, y la inyectan en el adulto que va a servir de donante. De 7 a 14 días después, se inyecta de nuevo sangre reciente al donante, al cabo de otro tanto tiempo, otra vez. Como a los 7 días se extrae el suero reactivado, y después de comprobar la esterilidad, es colocado en ampollitas de 5 cc. Hasta ahora, han obtenido suero de 16 donantes. Tal vez aumente la eficacia, mezclando los sueros de distintas personas. El suero obtenido fué empleado para proteger a varios grupos de

⁷⁸ Ellison, J. B.: Arch. Dis. Child. 6: 37 (fbro.) 1931.

⁷⁹ Liebig, H.: Med. Klin. 26: 968 (jun. 27) 1930.

niños expuestos, en un total de 115, que recibieron 5 ó 10 cc. En 64 a 72 por ciento de los niños, la profilaxia fué eficaz. El suero reactivado sólo parece proteger por cierto tiempo limitado. (Knoepfelmacher, W., y Stross, J.: *Wien. klin. Wchnschr.* 213 (fbro. 13) 1931.)

Seroatenuación e inmunización.—Debré y sus colaboradores⁸⁰ han tratado de determinar el mínimo de manifestaciones morbosas que precisan para obtener una inmunidad duradera al sarampión. Ciertas observaciones demuestran que se necesita una temperatura elevada durante 1 ó 2 días, algún catarro y alguna erupción cutánea. Fuera de eso, la inmunidad es insuficiente; si bien, de adquirirse la enfermedad, ésta aparece modificada. En contraposición a lo que se piensa, el hombre no pasa de la receptividad absoluta a la inmunidad absoluta en el sarampión.

Seroprofilaxia.—En una institución que albergaba unos 325 niños: 150 menores de 2 años y el resto de 2 a 4 años, estalló una epidemia de sarampión que duró 2 meses, y de 318 niños susceptibles, 132, o sea 42 por ciento, manifestaron la enfermedad.⁸¹ De 56 expuestos que recibieron 30 cc. de sangre íntegra de adulto, 43 contrajeron el sarampión, y como 23 de los 56 manifestaron una forma atenuada y 13 quedaron absolutamente protegidos, cabe deducir que un 64 por ciento se benefició con las inyecciones. Inyectando la sangre durante los primeros 5 días del período de incubación o de 1 a 8 días antes de éste, se logró atenuar el sarampión en 23 de 26 niños, pero no si se inyectaba fuera de dichos períodos de tiempo. La modificación del sarampión no fué tan pronunciada con la sangre de adulto como con el suero de convaleciente. El porcentaje de complicaciones en ese grupo llegó a 11, comparado con 25 en el grupo testigo, y esas complicaciones sólo se presentaron en los niños que no manifestaron sarampión atenuado. Ciento doce criaturas que no se expusieron abiertamente recibieron 30 cc. de sangre de adulto y permanecieron sin sarampión. Todos los 38 niños que recibieron 8 cc. de inmunisero de cabro (Tunncliff) contrajeron sarampión típico, a pesar de que 20 recibieron el suero dentro de los primeros 3 días del período de incubación, y el porcentaje de complicaciones en ese grupo fué aproximadamente idéntico que en los testigos. De 13 niños que recibieron suero normal de cabro, 12 se enfermaron con sarampión típico. Sesenta niños recibieron 6 cc. de suero de convaleciente y de ellos 44, o sea 73 por ciento, permanecieron completamente protegidos y 14, o sea 23 por ciento, manifestaron un sarampión marcadamente atenuado; es decir, que quedaron protegidos 96 por ciento sin observarse complicaciones entre ellos. De 23 niños que no recibieron ni suero ni sangre, todos manifestaron un sarampión típico y en 35 por ciento hubo complicaciones, entre ellas 2 casos de

⁸⁰ Debré, R., y otros: *Progrès. Méd.* p. 1, 119 (jun. 21) 1930.

⁸¹ Barenberg, L. H., Lewis, J. M., y Messer, W. H.: *Jour. Am. Med. Assn.* 95: 4 (jul. 5) 1930.

bronconeumonía. Para los autores, el suero de convaleciente es el profiláctico más eficaz contra el sarampión, pero tiene aplicación limitada por no poderse conseguir a veces. La sangre de adultos normales que han padecido del sarampión posee mucho valor, y es el profiláctico más práctico.

Nabarro y Signy⁸² han inyectado suero de sarampionoso convaleciente en 586 casos, 461 de ellos en el Hospital de Niños de Londres, tras infecciones de sala, y 25 de la clientela particular, tras infecciones domiciliarias u hospitalarias. En la serie del hospital, los fracasos llegaron a 3 por ciento, y en los externos a 5.6 por ciento. En ambas series, los fracasos comprenden varios casos inyectados después del quinto día, y casi todos fueron sumamente leves. Todas las inyecciones fueron intraglúteas, y la dosis fué de 5 a 7 cc. El suero también ha sido probado en el tratamiento del sarampión grave, pero sin éxito, pues el contenido de anticuerpos no es suficiente y se necesitarían dosis enormes. Podría utilizarse la sangre íntegra en vez del suero, inyectándola intramuscularmente, a una dosis doble que la de suero.

Morales y Mandry⁸³ presentan datos que demuestran el valor profiláctico del inmunisuero de adulto en el sarampión. De 120 niños expuestos al sarampión en la familia e inmunizados con suero de convaleciente, 102, o sea 85 por ciento, quedaron completamente protegidos, y 14 de los 18 atacados manifestaron sarampión atenuado. De otros 132 en la misma categoría, inmunizados con dosis de 20 a 40 cc. de inmunisuero de adulto, 106, o sea 80.3 por ciento, quedaron completamente protegidos, y 20 de 26 atacados manifestaron sarampión atenuado. Las dosis de 10 y 15 cc. de suero de adulto sólo rindieron protección completa en menos de 50 por ciento de las personas, pero evocaron por lo común una forma atenuada o leve de la enfermedad. De 183 niños no tratados (testigos) que vivían en las mismas casas, sólo 34 ó sea 18.6 por ciento no contrajeron la enfermedad. Entre 513 niños (6 meses a 15 años) que recibieron la seroterapia, sólo 2 manifestaron reacciones leves.

Profilaxia con suero paternal.—El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York distribuye a los médicos unos paquetitos que contienen una solución estéril de citrato de sodio, que sirven para recoger la sangre de los padres. Ésta es utilizada para la profilaxia del sarampión, habiéndose demostrado que una inyección de 20 a 30 cc. de sangre íntegra de un adulto que ha padecido de sarampión, puede modificar o impedir la enfermedad cuando se administra a un niño dentro de 4, y quizás 6 días, de la exposición. Las inyecciones de sangre íntegra de adulto son aconsejadas para los niños de 3 meses a 5 años que se han puesto en contacto con casos, y para los niños

⁸² Nabarro, N. D., y Signy, A. G. Brit. Med. Jour. 1: 12 (eno. 3) 1931.

⁸³ Morales, E. G., y Mandry, O. C. Am. Jour. Dis. Child. 39: 1214 (jun.) 1930.

mayores, cuyo estado físico es tal que cabe esperar complicaciones, de presentarse la dolencia. El suero de convaleciente, a dosis de 5 cc., debe ser utilizado para menores de 3 meses cuyas madres no han padecido del sarampión. (*Health News*, mzo. 30, 1931.)

Bivings y Dickson⁸⁴ emplean suero en vez de sangre íntegra, por necesitarse una dosis menor. Su técnica consiste en extraer una cantidad de sangre dos veces mayor que la necesaria de suero, del padre o de algún otro donante apropiado, que haya padecido de sarampión. Empleando una aguja grande se impide la coagulación prematura y se da ocasión a que brote suficiente sangre. Ésta es recibida en un recipiente estéril y guardada de 12 a 24 horas en un sitio fresco. La inyección es subcutánea entre los omóplatos. De 103 enfermos tratados, 71 quedaron completamente protegidos, y 32 manifestaron el sarampión en forma modificada.

Seroprofilaxia por vía conjuntivonasal.—Anderson y Gérard⁸⁵ han publicado una nueva técnica aplicable a la seroprofilaxia del sarampión. Por creer que la vía conjuntivonasal es lógicamente la puerta de entrada del virus, la utilizan para introducir el suero de convaleciente, mediante instilaciones cotidianas a dosis de varias gotas durante un período de 8 a 10 días. Los primeros ensayos en un pequeño brote escolar les parecieron alentadores.

Profilaxia con suero normal de equino.—Mazziotti⁸⁶ trató de averiguar si podía obtenerse la profilaxia del sarampión, como hizo Pontano en los niños sanos con suero normal de equino, igualmente en los niños enfermos hospitalizados. Realizó sus experimentos simultáneamente en 1929 en la clínica pediátrica y en el Hospital del Niño Jesús, de Roma. En el primer experimento permanecieron indemnes como dos terceras partes de los niños y el resto manifestaron incubación prolongada. En el segundo, 24 de 36 quedaron indemnes y 8 manifestaron incubación prolongada. El éxito parcial obtenido hubiera sido probablemente total, si en vez de las pequeñas dosis de 5 a 7 cc. de suero, se hubieran administrado cantidades mayores. Para el autor, debe investigarse más el punto, a fin de resolver la profilaxia sarampionosa.

Piramidón.—Ronaldson y Collier⁸⁷ emplearon el piramidón a dosis de 0.065 gm. por cada año de edad, con un máximo de 0.325 gm., en 150 casos de sarampión. En los últimos ha empleado una solución acuosa, que contiene 0.065 gm. por 4 cc., por ser menos susceptible de producir náuseas. El medicamento fué administrado cada 4 horas, hasta que bajó la temperatura. El efecto es principalmente antipirético, pero también modifica algo los otros síntomas. La utilidad es mayor cuando se emplea tempranamente.

⁸⁴ Bivings, F. L., y Dickson, R. W.: *South. Med. Jour.* 23: 880 (obre.) 1930.

⁸⁵ Anderson, C., y Gérard, P.: *Gaz. Hôp.* 103: 990 (jul. 5) 1930.

⁸⁶ Mazziotti, P.: *Riv. Clin. Ped.* 28: 1049 (nbre.) 1930.

⁸⁷ Ronaldson, G. W., y Collier, J. I.: *Brit. Med. Jour.* 2: 994 (dbre. 13) 1930; Attlee, W. H. W.: *íd.* p. 996.

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.

Collier⁸⁸ 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.—McGee⁸⁹ 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 Hambrecht⁹⁰ declaran que han empleado el método de las placas, introducido por Chievitz y Meyer en 1916, para el diagnóstico precoz de la coqueluche desde

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

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

⁹⁰ 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).