

día por vía subcutánea, y de preferencia, subescapular. Por ahora no puede practicarse una verdadera vacunación contra la gripe, sino solamente contra la flora microbiana susceptible de agravarla.

Tratamiento abortivo.—Como tratamiento abortivo de la influenza, Nesnera⁶⁴ receta un polvo compuesto de clorhidrato de quinina, acetfenetidina y ácido acetilsalicílico, 0.32 gm. de cada uno para los adultos, y en las epidemias graves, 1.1 gms. Para los niños de 5 a 6 años, la dosis es la cuarta parte; de 8 a 10 años, la tercera parte; de 12 a 14, la mitad; de 15 a 16, las dos terceras partes; de 17 años, tres cuartas partes; y lo mismo para personas de 65 años y más. El primer polvo se toma apenas aparecen los síntomas y luego, según la gravedad, el segundo de dos y media a 3 horas después; el tercero, de cuatro y media a 5 horas después; y el cuarto lo mismo. Si el tratamiento se comienza a tiempo, la fiebre por lo general cesa después de los primeros 4 sellos. Después de la cuarta dosis se comienza a administrar la mitad cada 3 ó 4 horas alargando los intervalos después.

Angina de pecho.—De 412 enfermos de influenza aguda,⁶⁵ 9 manifestaron angina pectoral, aunque ninguno había tenido síntomas de la enfermedad antes. Todos se hallaban en la mitad de la vida. En la mayoría, la electrocardiografía reveló miocarditis grave. Tres enfermos murieron. No hubo relación entre la gravedad del ataque de influenza y la fecha de la iniciación del primer acceso anginal, ni entre la aparición de éste y el resultado inmediato. La angina pectoral postinfluenzal no debe ser considerada como secuela rara durante la convalecencia de la influenza en las personas de edad media.

NEUMONÍA

Chile.—Sobre 30 neumococos aislados en Chile de afecciones diversas fueron:⁶⁶ aglutinables, 43.52 por ciento; hiperaglutinables, 23.33 por ciento e inaglutinables por método alguno, 33.33 por ciento. Los diversos tipos se reparten así: II puro, 26.66 por ciento; I, puro, 3.33; tipos mixtos, 13.33; grupo IV, 33.33 por ciento. Llama la atención la ausencia del tipo III puro, el que se encuentra asociado ya al II con predominio de éste, ya a los I y II, con predominio del II. Si las proporciones establecidas se encuentran confirmadas por investigaciones más extensas, sería recomendable recurrir (para la terapéutica anti-neumocócica preventiva y curativa) con preferencia a las vacunas y sueros elaborados con predominio del antígeno neumocócico tipo II.

Determinación rápida de los tipos.—Bullock y Schuman⁶⁷ declaran que con la microaglutinorreacción de Sabin es posible determinar el

⁶⁴ Nesnera, E.: Practitioner 124: 231 (fbro.) 1930.

⁶⁵ Hyman, A. S.: Jour. Am. Med. Assn. 94: 1125 (ab. 12) 1930.

⁶⁶ González Antolín, F.: Tesis, 1929, Chile.

⁶⁷ Bullock, J. G. M., y Schuman, A. H.: Am. Jour. Pub. Health 20: 878 (agto.) 1930.

tipo de los neumococos con pequeñas cantidades de exudado peritoneal. Los autores han fundido los 23 tipos de neumococos en los siguientes 5 grupos: (A), 1 a 5; (B), 6 a 10; (C), 11 a 15; (D), 16 a 20; y (E), 21 a 23. Después de determinar qué mezcla de antisueros aglutina el exudado peritoneal del ratón, se determina el tipo específico, comprobando el exudado con los antisueros de tipos individuales comprendidos en la mezcla. Como la distribución de tipos no es igual en la población, los agrupan así: los antisueros de los tipos 1, 2 y 3 no son mezclados a fin de poderlos comprobar por separado; se mezclan los números 4 hasta 8, llamando a la mezcla grupo A; en una película se colocan aparte gotas de 1, 2, 3 y 4 diluidos; si el neumococo comprobado no pertenece a uno de esos tipos, se comprueba con los restantes antisueros dispuestos en grupos B, C, D y E. Como en Nueva York son más frecuentes los tipos 1 a 8, puede hacerse el diagnóstico ya en la primera película. Según el mayor o menor contenido de aglutininas, se emplean diluciones de suero en las siguientes proporciones: 1 por 25, 1 por 15, y 1 por 10. La última resultó la más satisfactoria. El método ha sido utilizado 30 veces y comprobado por separado sin que fracasara en ningún caso. Los grupos pueden disponerse de acuerdo con la frecuencia de los tipos en distintos grupos de personas o en la población.

Leucocitosis.—Middleton y Gibbon⁶⁸ afirman que la ausencia de leucocitosis es un signo desfavorable, y la leucopenia ominoso en la neumonía.

Tratamiento.—Betha⁶⁹ compara las estadísticas de un grupo de hospitales representativos de los Estados Unidos que revelan que, en tanto que en los últimos dos o tres decenios ha disminuído marcadamente la mortalidad en la mayor parte de las enfermedades, en lo tocante a la neumonía y bronconeumonía es casi idéntica que hace 40 años. Ha tratado 50 casos con resultados mucho mejores con su plan: atención minuciosa a la asistencia general, sin demasiado "manoseo"; protección del aparato circulatorio; régimen limitado, mas bastante rico en hidratos de carbono; eliminación perfecta; alcalinización ligera; tratamiento sintomático e inactividad magistral cuando el caso va mejorando y no hay nada indicado. Pormenores: descanso absoluto, físico y mental; mucho aire puro, pero sin corrientes; bolsa de hielo a la cabeza si la temperatura pasa de 39° C.; baños diarios con esponjas; higiene bucal; de 15 a 30 gms. de petrolato líquido por la noche; enemas si se necesitan para la distensión; aceite de ricino por la mañana si se necesita; citrato de sodio (2 gms. cada dos horas mientras esté despierto el enfermo), pero suspendiéndose de haber signos de edema pulmonar; 3 ó 4 cc. de espíritu aromático de amoníaco cada 3 horas si precisa estímulo; digital, de presentarse

⁶⁸ Middleton, R. P., y Gibbon, jr., J. H.: Am. Jour. Med. Sc. 180: 31 (jul.) 1930.

⁶⁹ Betha, O. W.: Jour. Am. Med. Assn. 95:925 (sbro. 27) 1930.

fibrilación o estremecimiento auricular; codeína (dosis pequeñas) de necesitarse para aliviar el dolor, la tos o la inquietud; suprimanse morfina, atropina, estriquina, esparteína, ácido acetilsalicílico y oxígeno. Dieta: agua, sopas y caldos colados, leche malteada o preparados semejantes, jugos de fruta, café o té con crema o lactosa, si el enfermo está acostumbrado a ello. Después de la crisis o de la defervescencia por lisis, impónganse un régimen escaso en proteína, con comidas pequeñas y frecuentes. Hágase guardar cama al enfermo por lo menos dos semanas después que la temperatura alcance la normal permanente y evítese todo esfuerzo violento por varios meses. Trátase al enfermo y no la enfermedad. El médico debe ver al paciente por lo menos tres veces cada 24 horas. En tiempo frío protéjasele contra enfriamientos. No se aplique ningún aparato constrictor al tórax. Si se necesitan fajas para el dolor pleurítico, quítense cuanto antes. El enfermo debe descansar de espalda o del lado afectado.

Tratamiento.—En el hospital de Trujillo, Puerto Castilla, Honduras, ⁷⁰ trataron durante el año 89 casos de neumonía, con una mortalidad de 19.10 por ciento, comparado con 39.47 el año anterior. No se siguió ningún método específico de tratamiento. En 24 casos se empleó el mercurocromo al 1 por ciento a dosis de 20 a 25 cc. Muchos medicamentos se emplearon sintomáticamente, y los casos repuestos estuvieron hospitalizados unos 19 días, incluso el tratamiento de las complicaciones. La mejor mortalidad no se acaba de explicar. Por regla general los casos llegaron en un período más temprano que en años anteriores, y el mercurocromo fué administrado también más precozmente.

Seroterapia.—Felton ⁷¹ hace notar que en la seroterapia de la neumonía deben recalcarse dos factores: primero, la dosis no está todavía completamente fijada, aunque los estudios en camino ya han logrado algo. Los métodos utilizados para determinar la dosis de suero íntegro quizás no ayuden en lo tocante al suero concentrado, pues los sueros aprobados varían de 200 a 2,400 unidades por centímetro cúbico, y puede calcularse la diferencia que eso representa tratándose de dosis de 100 cc., como la recomendada por Cole. En cambio, en lo tocante a los sueros concentrados, hay más uniformidad. El otro factor es el tratamiento temprano, es decir, que hay que descubrir métodos para el diagnóstico precoz. Queda en pie todavía el punto de si el suero antineumocócico íntegro contiene alguna virtud terapéutica que no posea el concentrado, pero el autor juzga eso improbable. Obtenido un inmunisero más potente, un concentrado más eficaz, y mejor conocimiento de la dosis y de la administración temprana, se habrá encontrado la solución de la inmuniseroterapia en la neumonía.

⁷⁰ Phelps, B. M.: XVIII An. Rep. U. F. Co. Med. Dept., 1929, p. 134.

⁷¹ Felton, L. D.: Jour. Am. Med. Assn. 94:1893 (jun. 14) 1930.

Desvitalización de los neumococos.—Ross ⁷² comunica que los neumococos cultivados en leche pueden ser desvitalizados a una temperatura de 60° C. y servir todavía para preparar vacunas bastante eficaces por vía bucal. Sin embargo, las desvitalizaciones mejores correspondieron a neumococos virulentos desecados y disociados mecánicamente (en un mortero de ágata), a los matados con ácido clorhídrico, y a los disueltos en bilis o en glicocolato de sodio y filtrados por Berkefeld. Fué alentadora la rapidez con que se presentó inmunidad específica para tipo después de la vacunación bucal con esos neumococos desvitalizados. La resistencia ya reveló aumento a las 48 horas de ingerir el material, y puede a veces distinguirse al cabo de 24 horas. En las pocas pruebas clínicas hechas hasta ahora, Ross no observó malestar alguno tras la ingestión de neumococos matados con ácido, a dosis mucho mayores que si se hubieran calculado tomando por base el peso. Las investigaciones de Ross sobre el asunto comenzaron en 1926, y desde entonces ha publicado varios trabajos.

Autohemoterapia.—Taylor ⁷³ probó en 38 casos consecutivos de neumonía las inyecciones intrapulmonares de sangre íntegra y autóctona. De los 38 murieron 12, ó sea 31.5 por ciento. La mortalidad neumónica en la división de Guatemala promedió 39.9 por ciento en los años 1922-1927. Las inyecciones, pues, no rindieron efecto contraproducente y quizás fueran beneficiosas.

MENINGITIS

Estados Unidos.—Williams ⁷⁴ declara que los informes recibidos por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos para los últimos cinco años indican que ha habido un aumento gradual en el número de casos de meningitis meningocócica. El coeficiente ha aumentado en el área de registro de los Estados Unidos, de 0.4 por 100,000 en 1910, a 3.9 en 1917. Luego disminuyó, para aumentar nuevamente de 1.6 en 1927 a 2.6 en 1928. Las estadísticas para 1929 no están completas todavía, pero revelan coeficientes muy distintos para diversas partes del país. El número de casos en los últimos cinco años ha sido: 1925, 1,859; 1926, 2,226; 1927, 3,204; 1928, 5,781; y 1929, 9,660. No se pretende que estas estadísticas sean completas. El problema de control de la meningitis es sumamente difícil. Al parecer lo más importante es: Rápido reconocimiento de los casos; pronta notificación a las autoridades de higiene; supresión del hacinaamiento; mantenimiento de la resistencia física; esterilización de los

⁷² Ross, V.: Jour. Exper. Med. 51: 585 (ab.) 1930.

⁷³ Taylor, K. P. A.: XVIII An. Rep. U. F. Co. Med. Dept., 1929, p. 125.

⁷⁴ Williams, R. C.: Pub. Health Rep. 29: 1658 (jul. 18) 1930.