

Kyriasidès⁸³ utilizó la vacunoterapia en 113 niños durante una epidemia de tos ferina. Como la inmunidad producida por el bacilo pertúsico no impide las complicaciones, el autor utilizó vacunas polivalentes preparadas de frotos faríngeos. La autovacuna ejerció un efecto favorable sobre los enfermos, y la polivalente rinde mejores resultados, pues acorta la enfermedad e impide o cura las complicaciones. Sino puede prepararse una poliautovacuna, cabe utilizar heterovacunas. El efecto es mejor si se administran al principio de la enfermedad.

El alcohol triclorisobutílico en el tratamiento.—Freud⁸⁴ probó el alcohol triclorisobutílico en 23 casos de tos ferina y además en otros de vómito nervioso. El medicamento dió casi siempre los resultados deseados. La dosis eficaz fué de 0.05 Gm. En varios casos se presentó somnolencia tras 8 ó 10 días de medicación, y hubo que abandonar el tratamiento.

ERISIPELA

Especificidad de las toxinas solubles.—En su estudio, los Dick⁸⁵ no pudieron descubrir ninguna relación entre la inmunidad espontánea a la toxina escarlatinosa y a la erisipelatosa. Un ataque de escarlatina no confirió inmunidad a la erisipela, y la inmunización artificial a la escarlatina tampoco a la toxina erisipelatosa. Las toxinas de los estreptococos erisipelatosos resultaron mucho más débiles que las de los escarlatinosos. La antitoxina erisipelatosa neutraliza específicamente las toxinas de otras razas erisipelatosas, pero no las escarlatinosas, y viceversa. En resumen, las toxinas solubles producidas por los estreptococos hemolíticos de la escarlatina y de la erisipela son para los autores inmunológicamente específicas y diversas.

Actinoterapia.—Böhmer⁸⁶ describe 10 casos de erisipela recurrente crónica, que se curaron irradiando todo el cuerpo con rayos ultravioletas. Hay que determinar antes la susceptibilidad del enfermo a la actinoterapia y el tratamiento es intensificado y alargado gradualmente.

Ude⁸⁷ recomienda los rayos ultravioletas de preferencia a la antitoxina en el tratamiento de la erisipela, pues consigue resultados, al parecer, excelentes, con un minimum de peligro, molestia y gastos. Sólo se necesita un tratamiento, que puede ser aplicado con cualquier lámpara. El autor cita 91 casos.

Becker⁸⁸ hace notar que la mortalidad en la erisipela se halla en razón inversa a la edad del enfermo. En 8 criaturas de 18 días a

⁸³ Kyriasidès, K. N.: Deut. med. Wehnschr. 55: 1884 (nbre. 8) 1929.

⁸⁴ Freud, P.: Deut. med. Wehnschr. 55: 1256 (jul. 26) 1929.

⁸⁵ Dick, G. F., y Dick, Gladys H.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1784 (dbr. 7) 1929.

⁸⁶ Böhmer, L.: Strahlenther. 35: 130 (ene. 9) 1930.

⁸⁷ Ude, W. H.: Radiology 13: 504 (dbr.) 1929.

⁸⁸ Becker, J.: Strahlenther. 34: 25 (obre. 23) 1929.

12 meses tratados por medio de los rayos ultravioletas con una dosis una vez y media superior a la eritemática, sólo hubo una muerte: en una criatura de 20 días en que se presentó la erisipela tras una operación por hernia umbilical. En algunos de los repuestos la erisipela había sido muy maligna.

Seroterapia.—La serie estudiada por los Seegal⁸⁹ comprende 281 casos de erisipela facial, observados en el Hospital General de Massachusetts, de 1870 a 1927. Los casos fueron más frecuentes de diciembre a mayo, o sea el período en que suelen ser más frecuentes los portadores de estreptococos hemolíticos en el Hospital Presbiteriano de Nueva York. Un 13.5 por ciento del total de casos correspondieron al personal del hospital, y un 48 por ciento se presentó después del ingreso de los enfermos en el hospital. En los últimos 10 años ha habido varios casos de infecciones cruzadas en el hospital. La evolución natural de los casos tratados con antisueros específicos, termina a veces bruscamente por crisis en un período de 4 a 7 días. En el grupo de enfermos que contrajó la enfermedad en el hospital, sólo en 45 por ciento se hizo el diagnóstico el mismo día que apareció una fiebre significativa; en 25 por ciento, un día después; en 10 por ciento, dos días después; y en 20 por ciento, tres días, o más, después de aparecer la fiebre. La mortalidad llegó a 19.6 por ciento, en parte debido a que la mitad de los enfermos ya padecían de otras dolencias; pero sólo a 5 por ciento, si se excluyen los últimos. La mortalidad mayor corresponde a los niños muy pequeños y a los ancianos. Un 83 por ciento de los fallecidos contrajeron la enfermedad después de su ingreso en el hospital, es decir, que la mortalidad es mucho mayor cuando la erisipela representa una complicación. La erisipela facial puede ser, pues, comparada a la bronconeumonía en lo tocante a acelerar la muerte de los que padecen de enfermedades crónicas evolutivas, y a menudo, incurables.

Para Foote⁹⁰ ya está establecida la especificidad del suero de Birkhaug en la erisipela simple, exigiendo unas 18 horas para ejercer efecto apreciable. La dosis debe ser de 20 cc., que representan 1,000,000 de unidades de cutirreacción, y en los muy pequeños, mayores y más frecuentes. En los menores de 3 meses deben administrarse de nuevo a las 12 horas, 10 cc. En los recién nacidos, hay que utilizar además la transfusión. Una baja térmica seguida de aumento indica insuficiente dosis o toxemia extremada. En los pequeños recuérdese siempre la gravedad del pronóstico.

⁸⁹ Seegal, D., y Seegal, B. C.: Jour. Am. Med. Assoc. 93: 436 (agto. 10) 1929.

⁹⁰ Foote, J. A.: South, Med. Jour. 23: 29 (eno.) 1930.