

Suero de convaleciente.—En un asilo canadiense de niños una encargada nocturna que atendía a los 69 asilados contrajo el sarampión, habiendo estado en contacto con ellos durante el prodromo.⁷⁵ Se obtuvo suero de 3 jóvenes que habían tenido el sarampión de 3 a 6 semanas antes, y fué inoculado a los niños en el acto, o sea de 4½ a 5½ días después de la primera exposición, a dosis por lo común de 10 cc. De los niños, 8 revelaron síntomas levísimos de sarampión modificado. Otra empleada contrajo el sarampión, y aunque 20 niños de 3 a 4 años habían estado en contacto con ella, no manifestaron ningún efecto contraproducente.

Nuevo síntoma.—Para Stolte,⁷⁶ la hiperhidrosis en la noche penúltima, pero no la última, antes de la aparición del exantema, es mucho más frecuente en la roseola epidémica que lo que se suele creer. El valor diagnóstico de ese síntoma ha sido menospreciado.

TOS FERINA

Homogeneidad del bacilo.—Debré y sus colaboradores⁷⁷ estudiaron los bacilos expulsados por los coqueluchos al toser. Ese estudio patentizó la naturaleza homogénea de los bacilos descubiertos en París.

Diagnóstico temprano.—Ochsenius⁷⁸ describe un método mediante el cual es posible producir un típico acceso de tos ferina dentro de pocos minutos. Coloca aceite rectificado de trementina con 5 a 10 por ciento de eucaliptol en un pulverizador, y hace inhalar algunas partículas al niño. Según el autor, el método no es nocivo.

Tuberculosis.—Fonso Gandolfo y Blanco Vitorero⁷⁹ generalizan, de sus observaciones, que toda tos exclusivamente nocturna en un adulto debe despertar la idea de coqueluche. Se pensará más en ésta, si se está en un medio epidémico. La noción no es nueva, pero siendo poco conocida, es muy conveniente tenerla en cuenta. Toda tos que no guarde proporción con la intensidad aparente del proceso respiratorio que la origina, debe despertar la idea de una infección coqueluchosa que actúa sola o asociada. Aun cuando se trate de una infección franca de los bronquios o de las vías respiratorias superiores, si la tos se exagera por la noche, debe intentarse la vacunación anti-coqueluchosa. En todo tuberculoso pulmonar, aun cuando existan graves lesiones destructivas en el parénquima y abundante expectoración que parezca suficiente para justificar la existencia de una tos fuerte, si ésta es de predominio nocturno, debe siempre tentarse la

⁷⁵ Warwick, W.: Can. Med. Assn. Jour. 21: 694 (dobre.) 1929.

⁷⁶ Stolte, K.: Monatschr. Kind. 45: 206 (nobre.) 1929.

⁷⁷ Debré, R., Marie, J., y Prétet, H.: Ann. Med. 25: 434 (mayo) 1929.

⁷⁸ Ochsenius, K.: Münch. med. Wchnschr. 76: 2167 (dobre. 27) 1929.

⁷⁹ Fonso Gandolfo, C., y Blanco Vitorero, J. R.: Semana Méd. 36: 787 (sbre. 12) 1929.

vacunación contra el bacilo de Bordet y Gengou, con la seguridad de que mejorará notablemente al enfermo. Los autores publican 12 observaciones. El tratamiento resulta en todo caso completamente inofensivo; no produce fiebre ni malestar, y consiste en la inyección, cada dos días, de una ampolla de vacuna anticoqueluchosa. La serie se compone de tres ampollas numeradas del 1 al 3, cuya concentración va duplicándose. La inmunidad que esta vacunación produce no es muy duradera, y no va mucho más allá de ocho o diez meses, por lo cual, si un primer tratamiento resulta provechoso, conviene repetirlo a los 10 meses o un año después.

Vacunoterapia.—En 113 enfermos de Kyriazidès,⁸⁰ la autovacuna no tan sólo protegió contra la evolución de los síntomas de la tos ferina, sino también contra las complicaciones respiratorias. La vacuna ya estaba dispuesta a las 60 horas y se administró intramuscularmente. En 9 casos no pudo encontrarse el *Hemophilus pertussis* y se utilizó una raza procedente de los otros casos. De los enfermos, 33 tenían de 1 a 3 años, 18 de 5 a 8 años, y 4 eran adultos. En todos esos la vacuna fué utilizada en la primera semana de la enfermedad, es decir, durante el período catarral o al principio del convulsivo. En otros 12 niños de 1 a 2 años, la autovacunoterapia fué iniciada al terminar la segunda semana cuando ya había complicaciones broncopulmonares, y en 3, síntomas meningíticos. En todos ellos la vacuna dió buen resultado. De 18 niños en la tercera semana, la vacuna con un número mayor de inyecciones obtuvo éxito en 10. La heterovacunoterapia logró éxito en 23 de otros 25 coqueluchosos.

Von Bernuth⁸¹ declara que con una vacuna preparada con varias cepas de bacilos y que contiene de 10 hasta 350 millones de gérmenes, ha obtenido desde hace años resultados muy favorables en la tos ferina. Una vez que entró un caso de coqueluche en su casa-cuna, el autor vacunó preventivamente a los lactantes que habían estado en contacto con el enfermo, y de los 70 vacunados sólo se enfermaron 4, y de éstos 2 eran tuberculosos y los otros 2 eran los niños más pequeños y delicados. Por desgracia, la duración de la inmunidad obtenida parece ser muy breve, porque a los cuatro meses y medio de la vacunación un niño contrajo la coqueluche al contaminarse de nuevo. El autor también se ha formado la opinión de que con la vacuna más potente (tuscosán fuerte), si se emplea a tiempo, la coqueluche evoluciona de un modo más leve. Un inconveniente de la vacunación es que exige 6 inyecciones.

En un asilo de niños en Milwaukee, E. U. A.,⁸² aumentó la frecuencia de la tos ferina tras la vacunación profiláctica con *B. pertussis*. Tanto en la institución como en la ciudad la mortalidad fué baja.

⁸⁰ Kyriazidès, K.: Paris Méd. 2: 473 (nbre. 30) 1929.

⁸¹ Von Bernuth, F.: Münch. med. Wechschr. 76: 96, 1929.

⁸² Schowalter, R. P.: Am. Jour. Dis. Child. 39: 544 (mzo.) 1930.

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.