

losis humana. De cinco enfermos estudiados después de administrarles sulfanilamida, en todos se notó un alza muy acentuada de la fagocitosis. De los cinco, tres, que no habían manifestado aglutinación para la brucela antes de la sulfanilamidoterapia, adquirieron aglutininas después de recibir la droga. Esta fué administrada a dosis de 4 a 8 gm por períodos que variaron de tres a cinco días. Como testigos se tomaron cinco casos de blenorragia y uno de fiebre recurrente, sin que ninguno revelara alteración en la opsonocitofagia después de recibir sulfanilamida. (Welch, Henry; Wentworth, J. A., y Mickle, F. L.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 226, jul. 16, 1938.)

Refiriéndose a los resultados halagüeños comunicados por varios autores en el tratamiento de la fiebre ondulante con sulfanilamida (véase el BOLETÍN de eno. 1939, p. 67), Bynum presenta seis casos (dos agudos, uno subagudo y tres crónicos), en que a pesar de haber utilizado la droga a dosis masivas (hasta un total de 65 gm, a dosis diarias de 4 gm), no obtuvo la curación. (Bynum, W. T.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 835, mzo. 4, 1939.)

DISENTERÍA¹

Argentina.—Aunque se presentía su existencia desde antes, la disenteria bacilar sólo fué diagnosticada bacteriológicamente en la Argentina en 1907 por Bachmann y Elizalde, quienes encontraron el bacilo de Flexner. En 1932 llamó la atención sobre el problema el estallido casi simultáneo de dos epidemias, una en 1932 en Las Varillas, Córdoba, y otra en Caseros, Entre Ríos. En 1933 se observaron casos, no sólo en las localidades mencionadas, sino en casi todas partes del país, y algo semejante ha sucedido en los años siguientes. El autor presenta las historias clínicas de siete casos observados por él de 1935 a 1937, habiendo aislado en cinco el bacilo de Flexner, y en uno el de Sonne. (Grichener, Ernesto: *Sem. Méd.*, 645, mzo. 24, 1938.)

Brasil.—O trabalho de Assis expõe os resultados de investigações feitas em casos clinicos de infecção disenterica crônica e sintomatologia mascarada (retosigmoidites produzidas por bacilo de Flexner), observados no Rio durante um periodo de mais de 5 anos (1931-1936). A incidência dos bacilos disentéricos dêste grupo no total dos 163 casos examinados de retite foi de 38 (ou sejam 23.3%), ficando muito acima das retites de salmonela (grupo paratífico B-enteritidis), cuja incidência foi apenas de 10.4%. As outras retites ou retocolites contribuíram com percentagens sempre inferiores às antecedentes. Só foram encontrados os bacilos disentéricos do grupo Flexner (Flexner-Hiss-Strong). Além de chamar a atenção para incidência tão elevada da disenteria bacilar crônica no meio carioca, associando-se naturalmente à condição endêmica da doença, o trabalho aponta observações e exemplos informativos do aspecto clínico, da duração e do tratamento dos casos nêle registados. A autovacinação específica, devidamente conduzida, prolongada e controlada, é dada como o melhor recurso terapêutico para a cura do mal e erradicação dos bacilos, quando não ha outras associações mórbidas. Segundo o A., incidentemente se prova, assim a enorme vantagem, do ponto de vista sanitario, em articularem-se as atividades dos laboratórios particulares de bacteriologia, assim como os de serviços hospitalares, com os serviços bem organizados de Epidemiologia. (De Assis, Arlindo: *Arg. Hyg.*, 9, maio 1937.)

Cuba.—Muñoz Rubalcava publica un estudio del brote de disenteria bacilar observado en la Habana en mayo-agosto 1936, siendo ésta la primera vez en que se

¹ La última crónica sobre Disenteria apareció en el BOLETÍN de fbro. 1938, p. 135.

conociera definitivamente la existencia del mal en la Isla, y se identificara el agente patógeno. Los casos hospitalizados sumaron 10, siendo mayor el total. El brote aparentemente comenzó en una finca cercana a la ciudad, en una fábrica industrial que trafica con varias poblaciones de la provincia de la Habana. Las medidas sanitarias implantadas consistieron en reclusión inmediata de todo enfermo sospechoso o confirmado; desinfección rigurosa de la vivienda, incluso ropa, muebles y demás objetos de uso, y desinfección de las vías digestivas de los convalecientes con los antisépticos más eficaces y observación por un período no menor de 30 días; y medidas preventivas generales para el público, incluso aseo riguroso. (Muñoz Rubalcava, A.: *Vida Nueva*, 26, eno. 15, 1938.)

Aislamiento en Nueva York.—Según un reglamento aprobado recientemente por el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, el aislamiento en los casos de disentería bacilar durará cinco días después de la reposición clínica de la enfermedad, pero ninguna persona manipulará leche, lacticios u otros alimentos, sino después de la reposición clínica, y de que cuatro ejemplares sucesivos de excreciones alvinas expulsadas no menos de una semana después de la fecha de iniciación, y a plazos de no menos de 24 horas, hayan sido examinados en un laboratorio aceptado, resultando exentos de microbios del grupo disintérico. (Sup.: *Health News*, 21, eno. 31, 1938.)

Colitis en México.—De un estudio realizado durante siete años en México, Castrejón deduce que de 100 casos de colitis disintérica, 51 son producidos por bacilos disintéricos, 30 por la entameba histolítica de Schaudinn, y el resto son infecciones mixtas de amibas y bacilos, o producidas por otras causas, entre las que deben mencionarse hongos, monilia psilosis, etc. En México no predomina ninguna de las diversas especies de bacilos disintéricos, encontrándose casi por igual los Shiga y los de Flexner, Strong y Hiss. Los casos aparecen en su mayor parte de junio a septiembre. Muchos enfermos, habiendo pasado la fase aguda, conservan por largo tiempo bacilos en las materias fecales, sin que éstas tengan ya carácter disintérico, aunque los enfermos a veces continúan padeciendo diversos trastornos intestinales. (El francés Girard fué el primero en identificar en México la disentería bacilar en 1910, pues hasta entonces se había considerado como causa exclusiva del mal a la amiba.) (Castrejón, Alfonso: *Pasteur*, 178, nbre. 1937; & *Rev. Mex. Puer.*, 187, mzo. 1938.)

Uruguay.—Hormaeche y Surraco señalan que la disentería bacilar es frecuente en el Uruguay, pues entre 533 enfermos, niños y adultos, examinados, 68 padecían de la enfermedad: 50 Flexner; 15 Sonne, y tres Schmitz. El mal parece ser más frecuente en los niños, pues de los 68 casos, 58.8% representaban menores de 30 meses, y sólo hubo 13 casos en personas de más de 12 años. El problema planteado por la enfermedad es particularmente serio en la infancia, y sobre todo en el primer año de vida, en que la letalidad alcanzó 83.3% en 18 casos, mientras que en 13 niños de 12 a 18 meses descendió a 15.3%, y en nueve de 18 a 30 meses fué de 0. La mayor morbilidad no parece coincidir con el período de los mayores calores (enero y febrero), sino más bien con los meses de diciembre, noviembre, y abril. En todo caso, pues, que presente síndrome de enterocolitis, es importante el examen bacteriológico de las materias fecales. No hay que pensar en disentería amibiana en menores de 2 años, pues no se observa nunca en ellos en el Uruguay, y aun en los menores de 10 años es rara, habiendo que recordar que la amibiasis no produce fiebre, salvo cuando existen complicaciones. Puede tener gran importancia epidemiológica la existencia de formas frustras, hasta las apiréticas, que curan habitualmente en pocos días. Existe, además, una forma crónica, sobre todo en adultos, que procede por empujes recidivantes acompañados habitualmente de fiebre. (Hormaeche, E., y Surraco, N.: *An. Fac. Med.*, 171, tomo XXIII, Nos. 1, 2 y 3, 1938.)

Brote en el Japón.—El número de casos de disentería que comenzaron a presentarse el 25 de septiembre en la ciudad de Omuta, con una población de más de 110,000, había llegado a 11,272 para el 18 de octubre, con 491 muertes. Un 70% de los enfermos eran niños. La epidemia comenzó en las casas servidas por el abasto de agua municipal, descubriéndose al investigar que en la familia del superintendente del acueducto había habido casos. Uno de los problemas más difíciles fué la disposición de las inmundicias, pues los labradores se negaron a llevarlas a sus granjas como de costumbre, y por fin hubo que conducir las a la playa para quemarlas allí. (Carta del Japón: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2154, dbre. 25, 1937.)

Diarrea recurrente.—De un repaso de la literatura y sus observaciones propias en el Hospital del Condado Cook, de Chicago, Portis deduce que las diarreas recurrentes pueden deberse a microbios disintéricos. Del 15 de abril al 1° de octubre de 1937, de 237 casos en que comprobó el suero del enfermo con varios bacilos disintéricos, 97 acusaron aglutinaciones positivas de 1:80 o más: 26 para el Sonne; 7 para el Shiga; 30 para el Hiss Y; y 16 para el Flexner. De 144 que se presentaron al hospital en busca de tratamiento para trastornos no diarreicos, 81 acusaron una aglutinación positiva de 1:80 o más; 48 para el Strong; 8 para el Sonne; 7 para el Shiga; 9 para el Hiss Y; y 9 para el Flexner. En otras palabras, en los estados diarreicos la aglutinación positiva en la sangre representó 79%; en los testigos, 56%. En 133 enfermos diarreicos se verificaron cultivos fecales, y 22 (16%) resultaron positivos: 11 para el Strong; 6 para el Sonne; y 5 para el Flexner. Del 2 de marzo 1937 al 1° de abril 1938, se presentaron en el consultorio 144 enfermos consecutivos quejándose de diarrea, y 45 acusaron aglutinaciones positivas para uno u otro bacilo del grupo disintérico. Fundándose en su estudio, el autor afirma que algunos sujetos pueden infectarse con bacilos disintéricos y revelar luego por mucho tiempo aglutininas en la sangre para el microbio causante; que la artritis puede representar una complicación de esa forma de disentería; que en un número relativamente pequeño de casos puede obtenerse el microbio de las heces; que la diarrea observada puede cohibirse con dosis crecientes de vacuna mono y polivalente por vía hipodérmica; que en los casos agudos el suero mono y polivalente puede resultar útil, pero que precisan más observaciones antes de poder afirmar su especificidad. (Portis, Sidney A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2138, jun. 25, 1938.)

Lactantes.—Fundándose en 160 casos en lactantes, 11 de ellos menores de 3 meses, en un grupo de 400 niños con disentería bacilar en la clínica infantil de Batavia, van Bueren y de Haas deducen que esta enfermedad puede afectar a las criaturas, independiente de si son amamantadas o alimentadas con biberón. La evolución puede resultar hasta letal, como en los niños mayores, aunque la naturaleza disintérica de las heces suele ser menos pronunciada que en éstos. Para el diagnóstico es esencial el examen microscópico. (Van Bueren, B. L., y Haas, J. H. de: *Maandsch. Kinderg.*, 461, sbre. 1938.)

Medio para el diagnóstico diferencial.—Comparando la relativa eficacia de cuatro medios para el aislamiento de la *Shigella dysenteriae*, de las heces, Hardy y colaboradores señalan el valor sobresaliente que posee el agar-citrato-desoxicolato de Leifson, que inhibe la proliferación de la mayor parte de los gérmenes fecales anapatógenos, y permite utilizar una intensa inoculación. El agar-desoxicolato simple de Leifson ha resultado superior tanto al de azul de metileno-eosina como al de Endo para las variedades Sonne y Newcastle de la *Sh. dysenteriae*. El total de muestras fecales examinadas subió a 2,886, de las cuales 20.2% resultaron positivas para la *Sh. dysenteriae* (distintas variedades). La proporción de positivas en los distintos medios fué: agar Endo, 28%; agar-azul de metileno-eosina, 42%; agar-desoxicolato, 42%; y agar-citrato-desoxicolato, 81%. (Hardy, A. V.: *Pub. Health Rep.*, 287, fbros. 24, 1939.)