

HELMINTIASIS Y PROTOZOASIS¹

Brasil.—Referindo-se ás verminoses que campeiam na zona rural do Brasil, disse Pessoa que são, em ordem de importancia: ankylostomose, ascariidose, trichocephalose, oxyurose e teniases. De todas sem duvida é a ankylostomose ou amarellão a mais importante. Cerca de 100 por cento dos colonos acham-se parasitados por vermes do amarellão e em média albergam cerca de 200 a 250 vermes por pessoa. O *Necator americanus* prevalece no Brasil. (Pessoa, Samuel B.: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 91, jul. 1936.)

Crianças paulistas.—Em longa e minuciosa exposição analysam os A.A. os resultados que obtiveram em um inquerito parasitologico a que procederam entre 453 crianças (183 pre-escolares e 270 escolares) que frequentaram o Centro de Saude do Instituto de Higiene de São Paulo durante os meses de setembro 1934 a setembro 1935. A *Entamoeba histolytica* resultou rara e a *Hymenolepis diminuta* que parece ser relativamente frequente. Dos 183 pre-escolares, resultaram parasitados 161 (87.98 por cento); exclusivamente com protozoarios, 20 (12.42); exclusivamente com helmintos, 102 (63.35); com infestação mixta, 39 (24.22). Frecuencia dos parasitos: 300 sobre 161 casos de positividade, ou sejam 1.86 parasitos por caso. Trichocephalo: 91 (56.52 por cento de casos positivos e 30.33 do total de parasitos); Ascaris: 86 (53.42 e 17.67); Giardia: 53 (32.92 e 17.67); Necator: 20 (12.42 e 6.67); Hymenolepis: 15 (9.32 e 5.00). Dos 270 escolares: parasitados, 244 (90.37 por cento); exclusivamente com protozoarios, 7 (2.87); exclusivamente com helmintos 202 (82.79); com infestação mixta 35 (14.34); Frecuencia dos parasitos: 559 sobre 244 casos de positividade, ou sejam 2.29 parasitos por caso. Trichocephalo: 195 (79.92 de casos positivos e 34.88 do total de parasitos); Ascaris: 143 (58.61 e 25.58); Necator: 96 (39.34 e 17.17); Giardia: 38 (15.57 e 6.80); Strongyloide: 27 (11.07 e 4.83); Hymenolepis: 26 (10.66 e 4.65); Enterobio: 18 (7.38 e 3.22); Trichomona: 9 (3.69 e 1.61); Tenia: 4 (1.64 e 0.72); Chilomastix: 3 (1.23 e 0.54). Entre os pré-escolares para cada resultado positivo ha 1.86 por cento parasitos enquanto que nos escolares tal cifra se eleva a 2.29. (Lara, V. e Carvalho, P. E.: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 678, jun. 1936.)

Influjo en la mortalidad y morbilidad infantil.—Fermoselle Bacardi analiza el resultado de los exámenes verificados con respecto a helmintiasis en el laboratorio de salubridad y cuatro clínicas escolares de Costa Rica. En el laboratorio, de 15,817 exámenes realizados en 1930 96.34 y de 16,802 en 1931 96.67 por ciento fueron positivos. En las clínicas escolares las enfermedades de origen parasitario en los mismos años comprendieron la mayoría de los casos tratados, y lo mismo resultó en las infantiles, de modo que, de 22,666 casos, 13,201 eran parasitarios. En una encuesta realizada en San Antonio de Belén 85.7 por ciento de los niños estaban parasitados, y en la Clínica Infantil de Heredia, de 400 niños 85.75 por ciento también lo estaban. Según los datos del Patronato Nacional de la Infancia en el quinquenio 1930-1935, 11.1 por ciento de los 32,777 niños fallecidos murieron de parasitismo intestinal. A esa cifra hay que agregar otro número en que el origen de la muerte también debió ser parasitario. La *Hymenolepis nana* ha ido últimamente tomando incremento considerable en Costa Rica. El autor aboga por la construcción sistemática de letrinas higiénicas, uso general del calzado, aseo personal y vigilancia de los alimentos y las bebidas. (Fermoselle Bacardi, J.: *Ciencia*, 22, jul. 1936.)

Cuba.—Entre 1,130 exámenes practicados en niños del Servicio de Higiene Infantil de la Secretaría de Sanidad en La Habana, 36.37% resultaron positivos para parásitos: 12.47 para protozoarios solamente y 23.90 para vermes solos o asociados a protozoarios. El parásito más común fué el tricocéfalo con 19.46%,

¹ La última crónica sobre Helmintiasis apareció en el *Boletín* de febrero 1936, p. 156.

viniendo después el ascáride, 8.23; oxiuro, 1.50; uncinaria, 0.62 y estróngilo, 0.26. En cuanto a protozoarios, amiba coli, 10.88%; lamblia, 8.67; y amiba disentérica, 1.23. Las asociaciones verminosas representaron 6.10%, siendo la más frecuente la de tricocéfalo-ascáride. En cuanto a sexo, el parasitismo fué un poco más elevado en las mujeres, habiendo también cierta diferencia en la proporción de distintos parásitos entre ambos sexos. (Calvó Fonseca, R.; Kourí, Pedro; y Basnuevo, J. G.: *Crón. Méd.-Quir. Hab.*, 577, dbre. 1935.)

Entre 2,593 exámenes fecales verificados en una clínica de la Habana, de abril 1933 a noviembre 1935, 877 (33.82 por ciento) resultaron positivos para parásitos. Los individuos pertenecían a la raza blanca, siendo en su mayoría cubanos, españoles, y eslavos, casi todos de la clase media y comprendiendo 515 niños y 1,945 mujeres. El parasitismo por vermes estuvo representado por 455 casos, o sea 17.55 por ciento de los exámenes practicados; el parasitismo por protozoarios, por 571 (22.02 por ciento); y la asociación vermeprotozoaria por 149 (5.75 por ciento.) El parásito más frecuente fué el *Trichuris trichiura* (16 por ciento), viniendo después el *Ascaris lumbricoides* (0.96), la *Taenia saginata* (0.19), el *Necator americanus* y el *Enterobius vermicularis* (0.1011), y el *Diphyllobothrium latum* (0.03 por ciento). El protozoario más frecuente fué el *Blastocystis hominis* (13.42 por ciento), viniendo después la *Entamoeba coli* (5.59), la *Giardia intestinalis* (3.89), la *Endolimax nana* (1.73), la *Entamoeba histolytica* (1.19), el *Chilomastix mesnili* (0.50), la *Iodamoeba butschlii* (0.26), la *Entamoeba hartmanni* (0.15), y el *Trichomonas hominis* (0.07 por ciento). La asociación verminosa más frecuente fué la de tricocéfalo y ascáride y la protozoaria, la de *E. coli-Blastocystis*. Los varones adultos estaban más parasitados que las mujeres, y los niños más que las niñas. (Kourí, Pedro, y Anido, Vicente: *Bol. Men. Clin. Asoc. Damas Cov.*, 7, eno. 1, 1936.)

De 1797 copranálisis verificados en La Habana por Calvó Fonseca, Kourí y Basnuevo, 655 (36.44%) resultaron positivos. Un 12.85% albergaban protozoarios solamente, 6.45% la asociación verme-protozoaria; 17.13% vermes solamente, y 23.59% vermes solos o asociados a protozoarios. El parásito más frecuente (19.25%) fué el tricocéfalo, siguiendo el ascáride con 6.95%, el oxiuro con 1.39% la uncinaria con 0.83%, el estróngilo con 0.33%, la tenia saginata con 0.22%, y la *Hymenolepis nana* con 0.11%. En cuanto a los protozoarios, se encontró la amiba histolítica con 12.24%, la lamblia con 7.62% y la amiba disentérica con 1%. La asociación más frecuente fué la de tricocéfalo-ascáride. En lo respecto a sexo, apenas hubo diferencia. (Calvó Fonseca, Rafael; Kourí, P.; y Basnuevo, J. G.: *Vida Nueva*, dbre. 15, 1935.)

Bolaños y colaboradores estudiaron el parasitismo intestinal en 150 de 500 indigentes albergados en el Campamento de Tiscornia, Habana. Un 78 por ciento del total estudiado resultó parasitado: protozoarios 46.66 por ciento, vermes 60 por ciento, y verme-protozoarios 28.66 por ciento. El verme más frecuente fué el tricocéfalo (48.66 por ciento), siguiendo el ascáride (25.33 por ciento), el necator (10.00 por ciento). La *Taenia saginata* y el enterobio sólo fueron observados una vez cada uno, la *Endamoeba coli* en 26 casos, la giardia en 25 casos, el *Endolimax* en 18, y el *Chilomastix mesnili* en tres. Las asociaciones verminosas se encontraron 25 veces: 14 tricocéfalo-ascáride; 7 tricocéfalo-necator; y 3 veces tricocéfalo-ascáride-necator; sólo una vez, ascáride-oxiuros. (Bolaños, J. Ma., Kourí, Pedro, y Anido, Vicente: *Rev. Par. Clin. Lab.*, 603, jul.-ago. 1936.)

Número extraordinario en Cuba.—Como homenaje a los colaboradores extranjeros, la *Revista de Parasitología, Clínica y Laboratorio* de la Habana, ha publicado un número extraordinario (mayo-junio 1936) de unas 300 páginas, conteniendo colaboración de Argentina, Estados Unidos, México, Zona del Canal de Panamá, además de varios países europeos. Los temas discutidos, además de helmintiasis y protozoasis, comprenden disentería bacilar, paludismo, cáncer y otros.

Nueva Orleans.—Faust y Headlee presentan datos en un sexenio (ab. 1929–mzo. 1935), sobre la frecuencia de los parásitos intestinales en una clínica de Nueva Orleans, comprendiendo 4,270 individuos y representando bastante bien la población blanca menesterosa del distrito. Del total 88.7% fueron examinados una vez, 8.8 dos veces; 1.3 tres, y 1.2 cuatro veces o más. Hasta la edad de 10 años, la mayor parte de los exámenes formaron parte de un reconocimiento general tratando de descubrir la causa de desnutrición, inapetencia o infecciones clínicas leves de las vías aéreas superiores. Aproximadamente 10% de los niños tenían síntomas de “lombrices,” incluso ascárides y oxiuros, y menos de 1% antecedentes de diarrea o disentería. La frecuencia de las infestaciones fué analizada por períodos de un año de edad hasta los 10 años, por quinquenios de los 11 a 20 años y de ahí en adelante por decenios. La frecuencia total corregida (que es mucho mayor que la aparente), para los parásitos más frecuentes fué: protozoos, 60.3%; y helmintos 18.3; *Endolimax nana*, 20.9; *Endamoeba coli*, 18.2; *E. histolytica*, 13.2; *Giardia lamblia*, 12.4; *Trichocephalus trichiurus*, 8.7; *Ascaris lumbricoides* y *Necator americanus*, 4.7 cada uno; *Trichomonas hominis*, 3.0; *Strongyloides stercoralis*, 2.9; *Chilomastix mesnili*, 2.8; *Enterobius vermicularis*, 1.9; *Iodamoeba bütschlii*, 1.7; *Taenia sp.*, *T. saginata* y *T. solium*, 0.28; e *Hymenolepis nana*, 0.1. Al analizar 313 de los 355 casos positivos para *E. histolytica* en zonas urbanas y suburbanas, se descubrió que pertenecen a 266 familias: 237 con un solo miembro infestado, 20 con dos, 6 con 3, y 1 cada una con cuatro, cinco o seis. Los focos más intensos correspondían a ciertas zonas congestionadas de la parte baja de la ciudad. De los 313 casos, en 10.5% coexistían ascárides y en 10.2, tricocéfalos; y menos de 3% ascárides y tricocéfalos. El coeficiente de la *E. coli* fué 50% mayor que el de la *E. histolytica*, aumentando con cada año de edad. Hasta los 15 años la frecuencia de la *E. nana* fué superior a la de la *E. histolytica* y la *E. coli*, siendo después inconstante aunque permaneciendo alta. El coeficiente para la *I. bütschlii* fué de menos de 25% del de la *E. histolytica*. La *G. lamblia* infestó primordialmente a los niños, comenzando a descender a los 15 años. De *B. coli* se pronosticó un caso. Después de la *G. lamblia*, el *A. lumbricoides* fué el más frecuente en los niños hasta los 5 años, comenzando a descender desde entonces y sólo encontrándose mujeres infestadas de los 20 años en adelante. Uno de los autores investigó el elemento familiar en la ascariasis, descubriendo que en tanto que el coeficiente calculado para los 4.270 sujetos era de 6.8%, entre 769 individuos perteneciendo a familias infestadas subía a 13.1% y en un grupo selecto, a 54.4. En contraposición a un coeficiente de 6 a 10% en los enfermos hospitalizados de la ciudad, el estróngilo sólo manifestó un coeficiente de 0.9% en la clínica. Con respecto a tenia, sólo se observaron en 7 casos presuntamente de *saginata*. La *T. solium* es rara en Luisiana y en Nueva Orleans sólo se encuentra un caso por cada 25 de *T. saginata*. El coeficiente de la *H. nana* sólo llegó a 0.14% y la *diminuta* no se encontró ni una sola vez sin que al parecer haya sido descubierta en el hombre en Luisiana. Los métodos de examen fueron idénticos durante los seis años, aplicándolos profesionales y no meros técnicos. Todos los ejemplares fueron examinados primeramente en forma de películas delgadas sin concentrar tanto en suero fisiológico como en yodo saturado en tintura de yoduro potásico al 5%, después de lo cual se diluía una fracción bien desmenuzada de 5 gm en 10 volúmenes de agua, se pasaba por gasa y concentraba por centrifugación a 1000 revoluciones por 30 a 50 segundos. Una porción del concentrado era luego examinada en un portaobjetos, teñida con yodo. Si el ejemplar no era reciente o contenía gotitas de aceite o si el diagnóstico era dudoso o se sospechaba la existencia de algún parásito intestinal se obtenían nuevos ejemplares a veces después de un purgante salino y enemas altos de suero fisiológico. Esta última técnica resulta muy útil para diagnosticar la amibiasis del ciego, apéndice o porción superior del colon. (Faust, E. C.; y Headlee, W. H.: *Amer. Jour. Trop. Med.*, 25, eno. 1936.)

Cuadro sanguíneo.—Otto estudió el cuadro sanguíneo en 550 niños blancos de un distrito rural de Luisiana. De ellos, 197 estaban infectados por tricocéfalos; 140 por tricocéfalos y algún otro verme, por lo general ascáride; y 213 no tenían vermes. El cuadro sanguíneo fué en el fondo idéntico para todos los grupos: 11.22 a 11.52 gms. de hemoglobina por 100 cc. de sangre; 4.5 a 5.0 hematíes por cc. de sangre; hemoglobina globular media de 23.0 a 23.7 micras; y linfocitosis relativa de 46.4 a 47.2 por ciento. Esos niños padecían de desnutrición y la mayor parte de ambos grupos de anemia nutritiva. No hay prueba de que el cuadro sanguíneo sea afectado por la tricocefalosis. (Otto, G. F.: *Amer. Jour. Trop. Med.*, 693, nbre. 1935.)

Tratamiento en México.—González C., declara que en la Casa de Cuna de México practican casi sistemáticamente análisis fecales cuando existen trastornos intestinales crónicos, encontrando en casi 50 por ciento parásitos intestinales. Aunque el tricocéfalo ocupa el primer lugar, en la mayoría de los casos existe asociación con ascárides. El tricocéfalo existe en casi el 70 por ciento de los niños de 5 años y en algunas regiones la proporción es mayor. Como remedio el A. ha probado últimamente un preparado de leche de higuierón llegado de Colombia. El autor publica una serie de 70 casos curados con una dosis. El producto se vende en frascos de 30 gm. que constituyen una dosis para el adulto. Cada frasco contiene instrucciones para administración. De su estudio González deduce que todos los casos con tricocéfalos cedieron a la primer dosis. De unos 9 casos de tricocefalosis uno reveló el parásito después del tratamiento; de 7 de cercomonias sólo se curó uno; de 5 de himenolepiasis nana se curaron todos, y de 5 de ascariasis, tres. Para el A. el preparado se puede emplear contra casi todas las helmintiasis, y prefiere no dar un purgante salino antes del medicamento, manteniendo en cambio al niño a dieta láctea, pues el purgante irrita la mucosa gástrica y predispone al vómito. Al terminar declara que la tricocefalosis debe recibir más detenida consideración en México; que en todos los asilos y hospitales de niños deben hacerse siempre copra-análisis; y que los casos de tricocefalosis graves suelen ser frecuentes en la tierra cálida de México, y en otras partes toman una forma crónica rebelde. (González C., D.: *Bol. Méd. Casa Cuna.*, 131, flro. 1936.)

Segovia repasa los tratamientos empleados contra helmintos en los centros de higiene de los Servicios Sanitarios Coordinados del Estado de Veracruz. Contra la uncinariasis y ascariasis se utiliza un aceite de quenopodio especial, que contiene de 77 a 78 por ciento de ascaridol. Entre 64,765 tratamientos no ha habido ni un solo caso de muerte en enfermos de tres a 60 años, con dosis de 0.10 hasta 1.5 cc. A los pequeños se les da mezclado con aceite de ricino, y a los que pueden tomar un purgante salino, en cápsulas gelatinosas, seguidas a la hora de sulfato de sodio. La dosis se reduce cuando el porcentaje de hemoglobina es muy bajo, se halla retardado el desarrollo físico, o la desnutrición es muy marcada. Está contraindicado en las enfermedades del hígado, corazón y riñones; en la diarrea intensa, la gestación y el período menstrual. La dosis se debe medir con exactitud en una pipeta de cristal graduada en centésimas de cc. El tetracloretileno comenzó a usarse contra la uncinariasis en Veracruz en 1931, habiéndose administrado en 23,201 tratamientos, y siendo superior en la uncinariasis a los demás remedios conocidos, aunque inferior al quenopodio contra los ascárides. Se administra en cápsulas gelatinosas, seguidas de un purgante salino a la hora, nunca oleaginoso. La dosis varía de 0.35 cc. en los niños de seis años, a 2 cc. en los de más de 15 años. Está contraindicado en las afecciones del hígado y en el alcoholismo. Otro valioso ascáricida es el hexilorresorcinol que comenzó a usarse en Veracruz en 1931, con éxito marcado contra los ascárides, si bien inferior al tetracloretileno y al quenopodio contra las uncinarias y muy poco eficaz contra los tricocéfalos; contra los últimos ninguno de los remedios probados ha dado

resultados del todo satisfactorios. De otros países han recomendado la leche de higuera, aunque resulta algo cara, lo mismo que el hexilorresorcinol. La oxiurosis requiere higiene personal y tratamiento local y general. Contra las tenias todavía se sigue empleando el hehecho macho. (Segovia, Alberto: *Rev. Med. Ver.*, 2006, sbre. 1936.)

Organización antihelmíntica en Rusia.—En un minucioso artículo dedicado a describir la organización de la lucha contra las verminosis en la U. R. S. S., Scriabine hace notar que la helmintología ha adelantado todavía muy poco en la medicina teórica y práctica, y aun la enseñanza de la materia en las facultades de medicina está concentrada no en manos de los clínicos sino de los zólogos. La gran mayoría de los facultativos no son helmintólogos sino médicos, que no se preocupan mayor cosas de la profilaxia. La gran mayoría de los pediatras utilizan aun métodos poco científicos contra los gusanos y el resultado es que los enfermos se ven a menudo privados de un tratamiento racional. En casi ninguna parte existen todavía institutos en que se estudien científicamente los problemas de la helmintología, pues en la mayor parte de los países los laboratorios helmintológicos forman parte de los institutos parasitológicos, en los cuales por regla general desempeñan un papel secundario. Según el autor, en 1929 aparecieron las primeras monografías helmintológicas por Schultze en Moscú, Faust en Estados Unidos, y Baylis en Londres. Consecuencia de todo eso es que en ningún país se ha planteado concretamente el problema de emprender una lucha organizada contra la verminización en masa, teniendo por mira la liquidación gradual pero definitiva de las helmintiasis. La helmintología moderna ya ha registrado en el hombre unas 150 especies distintas de vermes parásitos que pueden localizarse en los órganos y tejidos. Ya existe un enorme material clínico y experimental demostrando el papel patógeno de los helmintos, mientras que faltan datos acerca del valor de la deshelmintización regular para acrecentar la capacidad para el trabajo, y para el autor en aras de la cultura, de la economía y hasta de la eugenia debe organizarse una lucha regular contra la verminización en masa. Al confiar al autor la tarea de organizar la lucha contra las helmintiasis en el hombre y en los animales en la U. R. S. S., creó en el Instituto Experimental Veterinario en 1920 una sección helmintológica, ya transformada en un Instituto Central Helmintológico y absolutamente independiente; en 1921 una sección análoga en el Instituto Tropical y en 1923 un Laboratorio Helmintológico en la Facultad Físico-Matemática de la Universidad de Moscú, que vienen a ser las primeras organizaciones científicas experimentales que tratan de resolver en conjunto los problemas veterinarios y médicos de la helmintología, y abiertas por igual a médicos, albéitares y biólogos. Desde 1933 funciona en el Instituto de Helmintología un laboratorio agrónomo que estudia las helmintiasis de las plantas. Además se dictan cursos especiales. Entre los problemas estudiados figuran la distribución de los helmintos, porcentaje de invasión en distintas regiones, localización de los focos iniciales de helmintiasis, intensidad de la infestación en distintos grupos, hipótesis epidemiológicas que rigen el predominio de tales o tales helmintos, etc., y en 1936 se organizaron 163 expediciones compuestas de médicos, veterinarios, biólogos, que recorrieron de un extremo a otro el país, investigando diversas fases del asunto, con resultados que ya se han traducido por ciertos adelantos en la helmintología veterinaria, en particular sobre diagnóstico. También se ha estudiado detenidamente el tratamiento. Contra la tricocéfaloisis humana se emplea el osvarsol (modificación del estovarsol) y contra las helmintiasis pulmonares de los animales inyecciones intratraqueales de un preparado yódico. En esta forma se ha ido creando un verdadero cuerpo de helmintólogos. En 1925 el autor propuso dar el nombre de deshelmintización al conjunto de medidas que tienen por fin o eliminar los vermes parásitos del organismo o hacerlos

perecer en el cuerpo del huésped cuando no se les puede eliminar. Más tarde se ha ampliado el significado de la deshelminización, de modo que comprenda la destrucción de los vermes parásitos en todas las etapas de su desarrollo, incluso en el hombre, los animales, el suelo, el agua, las legumbres, los alojamientos, ropa, etc. La fase profiláctica debe proceder de modo que el medio exterior quede al abrigo de la infestación. En ese sentido la terapéutica es profiláctica, porque al desembarazar al organismo liquida el medio verminoso, de manera que en realidad no es terapéutica sino deshelminización profiláctica. La deshelminización puede dividirse así: establecimiento de un diagnóstico exacto; elección del medicamento y posología con sus contraindicaciones; preparación del enfermo; técnica de la introducción del medicamento; medios para hacer salir los parásitos en el medio exterior; rígida limpieza sanitaria profiláctica; y análisis de los efectos de la deshelminización. Las medidas profilácticas generales se resumen así: resguardar el medio exterior, de la fecalización; vigilancia veterinaria y sanitaria de los productos de proveniencia animal; vigilancia veterinaria e higiénica de los animales y de los cobijos de éstos; vigilancia médico-sanitaria de los alimentos; establecimiento de abastos de agua garantizados y de desagües; bonificación de los parajes pantanosos; desrattización, y desinfección. En la lucha deben participar activamente las escuelas, inculcando hábitos sanitarios. En Rusia últimamente han introducido un sistema de establecimientos denominados deshelminizadores a los que el enfermo lleva ejemplares fecales, y donde después de hacerse el diagnóstico se le indican las precauciones que debe observar y se le dice cuándo debe presentarse para tratamiento. En los casos más complicados los enfermos son atendidos en las clínicas helmintológicas especiales de los Institutos Tropicales y las Estaciones Antipalúdicas. Además hay establecimientos semejantes para los animales. (Scriabine, K. S.: *Prog. Méd.*, 1417, sbr 12, 1936.)

Parásitos de las ratas.—En su estudio, Baldassari observó que la población murina de Tolón está constituida principalmente por ratas grises (*R. norvegicus Erxl*), viniendo mucho después el *rattus* y el *alexandrinus*. En cambio en los buques de la escuadra las ratas más comunes fueron la negra (*Rattus rattus L.*) 68.5% y la gris 35.5%. Entre los protozoarios descubiertos en las ratas se encontraron: amibas, *Trypanosoma lewisi*, *Trichomonas muris*, *Gardia muris*, *Eimeria nieschulzi*, *Bartonella muris ratti*, *Grahamia muris*, *Hepatozoon muris*, y *Spirillum morsus-muris*. Entre los helmintos estuvieron representados los cestodos y los nematodos: *Hymenolepis fraterna*, *H. diminuta*, *Cysticercus fasciolaris*, *Protospirura muris*, *Capillaria hepatica*, *Trichuris muris* y *Strongyloides ratti*. La fauna de los ectoparásitos comprendió: el piojo *Hoematopinus spinulosus* y las pulgas *Xenopsylla cheopis* y *Ceratophyllus fasciatus*, predominando la primera a bordo y la segunda en tierra. Fué excepcional la presencia de *Leptopsylla musculi* y *Ctenocephalus canis*, tanto a bordo como en tierra. Entre los acáridos se encontró exclusivamente en tierra el *Laelaps echidninus* y el *Dermanyssus muris* a bordo. No se pudo confirmar la existencia de la lepra murina previamente señalada en Tolón. (Baldassari, M. T.: *Marseille Med.*, 716, jun. 5, 1935.)

Falacias en el diagnóstico.—Taylor hace notar ciertos errores en el diagnóstico de las helmintiasis; por ejemplo la flotación para concentrar los huevos de vermes aporta datos falsos acerca de la intensidad de la infestación, de no conocer el diagnosticador la gran cantidad de huevos que pueden producir algunos de esos parásitos. El *Ascaris lumbricoides* hembra pone unos 200,000 huevos diarios y una uncinaria humana, unos 9,000; es decir, que una infestación por un solo ascáride puede representar unos 2,700 huevos por gm de heces y como pueden utilizarse 2 ó 3 gms en una prueba de flotación, es posible encontrar 5 ó 6,000 huevos, mientras que sólo existe un gusano. Otro error se refiere a la técnica utilizada

para contar los huevós en las heces y calcular la infestación, cuyo método no es tan fidedigno como se cree. Por ejemplo, la dilución de los huevos en los detritus fecales varía mucho según la naturaleza y cantidad del alimento consumido y de la cantidad de agua en las heces. También los antihelmínticos merman la oviposición y hasta la suprimen en absoluto y a veces el estado de susceptibilidad o resistencia del huésped puede afectarla fácilmente. En una observación del autor, una oveja resistente que expulsaba menos de 50 huevos por gm de heces (prueba negativa) albergaba unos 12,000 parásitos. El tercer punto concierne al diagnóstico en la autopsia. Cuando se investiga la causa de la muerte y no se distingue más anomalía que la existencia de parásitos, a menudo se deduce que éstos ocasionaron la muerte. Cuando no se conoce la importancia patógena de varios grados de infestación por las varias especies de gusanos, es muy difícil sacar conclusiones definitivas. En efecto, la mayoría de las helmintiasis no producen daño aparente al huésped; es decir, que éste puede tolerar sin perjuicio aparente una cantidad muy grande de ciertas especies y una muy pequeña de otras. Lo que corresponde, pues, al diagnosticar, es determinar la existencia de enfermedad y no meramente de parasitismo. (Taylor, E. L.: *Proc. Royal Soc. Med.*, 1002, jun. 1936.)

Higuerón.—En su estudio, Caldwell y Caldwell comprobaron la efectividad de la leche de higuerón en las infecciones por tricocefalos y ascárides. La disminución de huevos en 37 casos de ascariasis después de un tratamiento con leche de higuerón, fué de 89.0%, curándose 70.3% de los enfermos. En dos series de 27 y 37 tratados con aceite de quenopodio, los porcentajes de disminución llegaron a 94.9 y 83.2%, y las curaciones a 92.2 y 83.8%, respectivamente. En el tratamiento de dos series de 9 casos en 1927 y de 117 en 1928, tratados con leche de higuerón, la disminución de huevos fué de 89.5 y 85.4%, respectivamente, llegando las curaciones a 22.2 y 53.8%. El mayor porcentaje de curaciones en la segunda serie se debió probablemente a haberse administrado 2 dosis de 30 gms. en vez de una. En otra serie de tricocefalosis tratada con quenopodio la disminución de huevos sólo llegó a 17.% y las curaciones a 1.7%. (Caldwell, F. C.; y Caldwell, E. L.: *Rev. Méd. Verac.*, 1778, fbro. 1936.)

Formas de la amiba.—De Vogel señala que en las Indias Holandesas consideran las formas *tetrágena*, *minuta* e *histolytica* como tres etapas porque pasa la misma *Entamoeba*. Los estados histolítico y minútico son, según las investigaciones de Kuenen y de Swellengrebel, etapas vegetativas. En el estado histolítico la amiba, muy móvil, ataca la mucosa del intestino grueso, vive en los tejidos y es esencialmente patógena. Desde que desaparecen las manifestaciones del proceso ulcerante intestinal, la amiba toma la forma minútica (más pequeña) y menos movable, viviendo como saprofita en las heces, las cuales contienen al mismo tiempo los quistes inmóviles de 4 nudos (de ahí el nombre de tetrágena), diferenciándose de los 8 nudos que se encuentran en los quistes desarrollados de la *Amoeba coli*, saprofita aparentemente inocuo en todas sus fases. En su fase saprofita, la tetrágena, viviendo en forma minútica fuera de los tejidos, absorbe las bacterias y se nutre de los residuos alimenticios sin contener jamás hemáties. Una recidiva de la disentería se alía al pase de la forma minútica a la histolítica, mientras que otras veces, durante la fase latente del mal, la forma minútica no produce más que quistes de 4 nudos. La forma minútica y los quistes resisten la acción de la emetina. En cambio la histolítica es tan sensible que la inyección hipodérmica o intravenosa de una solución de 0.03 gm de emetina 2 o 3 veces diarias puede curar a los enfermos en pocos días de la melena y del tenesmo. Sin embargo, mientras existan las formas minúticas, hay que temer recidivas. Los quistes tetrágenos son rápidamente destruidos por la desecación. En las materias fecales tal vez subsistan por algunos días, mientras que en agua pura viven hasta 28 días, lo que

conviene con la experiencia bien establecida de que la disentería amibiana es transmitida por el agua potable. La dificultad de desembarazar al convaleciente de la forma minútica y de los quistes tetrágenos a fin de protegerlo contra las recidivas o contra la infección ha sido vencida desde que contamos con el yatrén que destruye prontamente las dos formas de la tetrágena que resisten la emetina.

Ilvento hace notar que en Italia los parasitólogos estiman que, en lo tocante a diferenciación de las amibas, lo que reviste más importancia es la posición del nucleolo en los 4 nudos del quiste.

Smitch declara que una encuesta realizada en el sur de Serbia, en particular en los escolares, puso de relieve la frecuencia de formas vegetativas o de quistes de varias amibas: *Entamoeba hartmanni*, 12.7 por ciento; *E. coli*, 83.6 por ciento; *Endolimax nana*, *Pseudolimax butschilii*, *E. dispar*. La última especie es la que plantea el problema más interesante, pues en 40 por ciento de los niños de Skoplyé se encontraron quistes de 4 nudos y de más de 9 micras de diámetro, que son considerados por muchos autores como pertenecientes a la *E. minuta*, forma saprofita de la histolítica, aunque se encuentra también en sujetos que jamás han tenido disentería amibiana. En realidad pertenecen a la *E. dispar*, que no puede ser distinguida morfológicamente de la minuta, ni en la forma vegetativa ni en la quística. La diferenciación entre las dos especies puede ser hecha por las experiencias de fagocitosis de los eritrocitos *in vitro* y sobre todo por el pase por el gato o el cachorro. Esos animales se infectan muy fácilmente, pero con la *E. dispar* no se encuentran más que pocas formas hematófagas, y en caso de autopsia no hay ulceración de la mucosa del intestino grueso. Por consiguiente, deben revisarse los porcentajes de portadores de amibas disentéricas señalados en diversos países donde la disentería es muy rara, pues por lo general se trata de portadores de *E. dispar*. (Proc. Verb. Sess. Ord. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub., 144, obre. 1935.)

Diagnóstico.—Chang y colaboradores declaran que la disentería amibiana simple cede fácilmente al tratamiento, y los medicamentos reconocidos parecen rendir el resultado que se les atribuye. Sin embargo, el éxito del tratamiento depende por completo de la exactitud en el diagnóstico. Hasta la fecha éste se ha basado en los exámenes protozoológicos de las heces, pero precisa un número enorme de exámenes. Para los autores la sigmoidoscopia ofrece un método más apropiado y más exacto que suplementa si no suplanta los copranálisis. También sirve de guía en el tratamiento. El único inconveniente que ofrece es que las lesiones tal vez no se hallen al alcance del instrumento. El autor estudia 75 casos y presenta un sumario sigmoidoscópico de 50. (Chang, H. C., Ch'en K. C., y Chou, S. K.: *Chin. Med. Jour.*, 17, jun. 13, 1936.)

Chile.—Repasando los estudios realizados en el Laboratorio de Parasitología en la Facultad Médica de Santiago, Neghme afirma que la clínica estaba en lo cierto en afirmar que la amibiasis es frecuente en el país. Noé que ha estudiado el punto desde su llegada a Chile hace 24 años, cree que ha habido cierta disminución en la mortalidad quizás debido al empleo más general de la emetina. Está aun por averiguar si ha disminuído realmente la morbilidad o solamente los casos de laboratorio. En tres meses en la Sección Gastro-enterológica del Seguro Obrero el autor ha tenido 71 casos de colitis crónica reagudizada, de los cuales 27.3 por ciento eran clínicamente sospechosos de amibiasis y en 20 por ciento pudo encontrarse el parásito. (Neghme R., Amador: *Rev. Méd. Chile*, 493, agto. 1936.)

México.—Para Blanco, México debe ser reconocido entre el grupo de los países donde existe la amibiasis en forma endémica. Si es cierto que algunos estados, por sus condiciones climáticas, no ofrecen condiciones propicias para endemidad, sí hay numerosos casos esporádicos en ellos. En cambio, otras regiones son favorables, no tan sólo a la incubación, sino a su rápida propagación, como

son los estados de Morelos, Veracruz, Sinaloa, Campeche, Tabasco, Yucatán, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Territorio de Quintana Roo, etc. El autor recalca el problema presentado por los portadores. (Blanco, C. M.: *Rev. Méd. Ver.*, 1834, ab. 1, 1936.)

Blanc recalca que el estudio de la disentería amibiana es siempre un problema de actualidad en la República Mexicana por el gran número de individuos que sufren dicho padecimiento, habiendo regiones como algunas del estado de Sinaloa en que, por ejemplo, 90 por ciento de los habitantes están parasitados por amibas. En su trabajo repasa el diagnóstico de laboratorio y los diversos tratamientos recomendados en particular por Leake y por Reed. (Blanc, R.: *Rev. Gast-Ent. Méx.*, 219, eno.-fbro. 1936.)

Uruguay.—Fundándose en el estudio de 170 enfermos de su clientela privada en que encontró 17 veces la *Endamoeba dysenteriae*, y de 300 de la clientela hospitalaria en que la encontrara 32 veces, Talice afirma que de 10 a 14 por ciento de los enfermos del aparato digestivo son amibiásicos, y que el porcentaje quizás fuera mayor si se verificara más de un copranálisis. (Talice, R. V.: *Arch. Urug. Med. Cir. & Esp.*, 435, mayo 1936.)

Entre 230 coproanálisis de adultos enfermos del aparato digestivo en Montevideo, en los últimos seis años, Talice encontró 21 casos de amibiasis (es decir, casi 10 por ciento), y 20 casos de flagelosis. En Montevideo la giardiasis es muy frecuente, sobre todo en la clientela hospitalaria, y en particular en los niños. (Talice, R. V.: *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 175, agto. 1936.)

Toxicidad del carbarsón.—Al comunicar un caso de degeneración adiposa aguda del hígado, y muerte consecutiva a la administración de carbarsón, Epstein concluye que éste es menos tóxico a dosis terapéuticas, que la mayor parte de los otros arsenicales afines, pero no del todo inocuo. Al administrarlo, hay que estar constantemente a la mira de signos de intolerancia. La dosis recomendada es 5 gm fraccionados en un plazo de 10 días, y no repetirla sino después de un período de descanso. En el caso de que se trata, la dosis total de carbarsón llegó a 5 gm. por vía oral, durante un período de 10 días, lo cual representa una dosis total de 83.3 mm por kilogramo del peso de la enferma. Se administraron 2.5 gm más en enema, pero no se retuvieron. Esto quiere decir, que la dosis quedaba dentro de los límites terapéuticos. (Epstein, Ervin: *Jour. Am. Med. Assn.*, 769, mzo. 7, 1936.)

Acido yodoquinolino sulfónico.—O'Connor y Hulse han tratado en los últimos 6 años 152 casos de amibiasis con ácido yodoquinolino sulfónico, creyendo que es útil en la forma intestinal, y tan eficaz para hacer desaparecer rápidamente los síntomas graves y curar los casos agudos, como los portadores. Sin embargo, no cura todos los casos, como tampoco lo hace ningún otro medicamento conocido hasta ahora. No se han observado todavía síntomas tóxicos después de su empleo. En algunos casos la dosis completa (4 píldoras 3 veces diarias) aumenta la diarrea y produce una sensación de escaldadura durante la defecación, pero pueden eliminarse esos fenómenos disminuyendo la dosis. Contra la amibiasis hepática, el medicamento por sí solo es inútil, y hay que emplear el clorhidrato de emetina por vía hipodérmica. En esos casos la administración de una serie completa (96 píldoras) de ácido yodoquinolino sulfónico parece justificada para impedir la subsecuente reinfección del intestino. (O'Connor, F. W., y Hulse, C. R.: *Am. J. Dig. Dis. & Nutr.*, 568, nbre. 1935.)

Enterovioformo.—Para El-Biblawi, el enterovioformo, derivado de la oxiquinolina, tiene marcado valor antidisentérico, superando a los alcaloides de la ipecacuana y el kurchí. El enterovioformo también resulta eficaz en varias formas de colitis y como antihelmíntico en la oxiuriasis. El autor lo ha empleado en más de 15 casos de disentería amibiana aguda, todos los cuales se encontraban curados

clínicamente al décimo día. La dosis por vía bucal fué de 3 comprimidos de 25 gm diarios por 10 días consecutivos inmediatamente después de las comidas, en los casos agudos, y en los crónicos la misma, pero además 2 comprimidos en 250 c.c. de agua tibia como enema. Ese tratamiento se continuó por 12 días seguidos de un descanso de 5 días, y después otro tratamiento que duró sólo una semana. En los niños el tratamiento no duró más de una semana y la dosis fué de 0.01 a 0.02 gm por kg de peso. (El-Biblawi, A.: *Jour. Egyp. Med. Ass.*, 39, eno. 1936.)

Ascariasis en Caracas.—Resumiendo el resultado de 25,000 exámenes practicados en el Laboratorio del Ministerio de Salubridad en Caracas de 1932 a 1935, Rísquez declara que el *Ascaris lumbricoides* fué encontrado en 42.37 por ciento de los ejemplares. La proporción varió de un mínimum de 33.19 por ciento en 1932 a un máximum de 45.35 por ciento en 1935. (Rísquez, J. R.: *Bol. Min. Sal. & Agric. & Cría*, 336, obre. 1935.)

De los exámenes 20 por ciento correspondían a hombres, 30 por ciento a mujeres y 50 por ciento a niños. (Rísquez, J. R.: *Gac. Méd. Caracas*, 347, nbre. 30, 1935.)

Blastocistización.—Para Guevara Pozo los blastocistos no son una determinada clase de hongos que parasitan en el tubo digestivo sino formas que adoptan los flagelados intestinales para defenderse de una disminución de la presión osmótica del medio. En la fase blastocística no se suspende la vitalidad, a lo sumo se retarda. La presencia de blastocistos en las heces denuncia la existencia de una flagelosis cuya gravedad depende de la patogenicidad del flagelo que representan. El nombre de blastocisto debe, pues, subsistir, no para indicar un género de blastomicetos, sino para una fase de los flagelados intestinales. (Guevara Pozo, D.: *Act. Médica*, No. 137, mayo 1936.)

Perú.—Escomel hace notar que en los dos últimos años ha observado varios casos de enteromoniasis intestinal por *Enteromonas hominis*: uno venido de Pisco y los demás autóctonos de Lima; dos casos de blastocistosis enterocólica: uno oriundo de Chosica y otro de Lima; tres casos de strongilosis intestinal; dos de himenolepiasis *nana*; cuatro de tricocefalosis entérica, en personas que jamás habían salido de Lima; y dos de micosis broncopulmonar crónica. Además, hace dos años descubrió en un reduvidio de Miraflores, todos los caracteres del *Triatoma infestans* de Arequipa, o sea el vector de la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, cuya presencia en Lima acaba de demostrar Ciotola. (Escomel, E.: *Ref. Méd.*, 1030, dbre. 15, 1935.)

Puerto Rico.—Terminando su comunicación relativa a 20 casos de esquistosomiasis mansónica, Rodríguez Molina y Pons agregan que en el tratamiento de esta enfermedad no sucede lo mismo que en la uncinariasis, y las distintas medicaciones no dan resultados tan eficaces. De aquí que la lucha en los países donde exista el mal, debe ser principalmente profiláctica, estableciendo medidas pertinentes para lograr la erradicación del huésped intermediario, el caracol de agua dulce, *Australorbis* (o *Planorbis*) *glabratus*. El tratamiento antihelmíntico específico con derivados de antimonio (fuadina) acompañado de sales de hierro parece ser el procedimiento mas recomendable hoy por hoy para combatir la enfermedad durante su fase intestinal, pues la intensa anemia que muchas veces se presenta se debe a deficiencia férrica en la sangre. En las últimas etapas patológicas de la esquistosomiasis las medidas terapéuticas para combatirla (medicación ferruginosa, hepatoterapia), no son más que paliativos, pues ya se ha producido cirrosis del hígado debido a la dilatada y continuada permanencia del parásito infestante en dicha víscera. No obstante, el tratamiento marcial y la hepatoterapia, solos o separadamente, hacen mejorar el estado anémico y la sintomatología concomitante durante algún tiempo más o menos variable, proporcionando a los enfermos alivio transitorio, pero efectivo. La anemia que se manifiesta en esta etapa de la esquistosomiasis puede también ser debida a defi-

ciencia del contenido férrico o del factor antianémico específico que no puede ser elaborado por el hígado a causa de las lesiones crónicas que ha sufrido durante el curso de la enfermedad. (Rodríguez Molina, R., y Pons, Juan A.: *P. R. Jour. P. H. & Trop. Med.*, 431, mzo. 1936.)

Venezuela.—En Venezuela el *Schistosoma mansoni* es muy frecuente y Rísquez encontró lesiones producidas por el mismo en 20 por ciento de las autopsias de Caracas y huevos del parásito en las heces de 25 por ciento de los enfermos del Hospital Vargas. Cuando se denunciaron en una población del Estado Miranda 3 casos de tifoidea, la investigación de laboratorio reveló que se trataba de bilharziasis. Una indagación reveló la existencia del *Planorbis guadelupensis* en una quebrada y dos piscinas, cuyo uso se prohibió inmediatamente. (Moros, Teófilo: *Bol. Minist. San. Asist. Soc.*, 214, mayo 1936.)

La fuadina en la fasciolosis.—Fundándose en un estudio verificado en una oveja, Bey y Nagaty afirman que la fuadina no ejerce ningún efecto contra la *Fasciola gigantica*, salvo que inhibe su capacidad ovipositora. (Bey, M. K., y Nagaty, H. F.: *Jour. Egypt. Med. Assn.*, 203, mayo, 1936.)

Medicamentación.—Giovannola hizo un estudio comparativo del efecto específico de la emetina, del tártaro emético, la fuadina y la acriflavina sobre la esquistosomiasis experimental en el conejo. El tartrato de antimonio y potasio resultó específico, pero no la fuadina, según ya habían indicado Lee y Khaw para la forma japonesa. La acriflavina resultó ineficaz. El clorhidrato de emetina por vía muscular ejerció algún efecto, en particular a dosis pequeñas. El tártaro emético parece, pues, ser el medicamento de preferencia, pero puede recomendarse la emetina si las condiciones intravenosas crean algunas dificultades. Ninguno de los medicamentos, ni aún el tártaro emético impidió la infección cuando se administraba antes de ésta. (Giovannola, A.: *Am. Jour. Hyg.*, 102, jul. 1936.)

Filariasis en Puerto Rico.—Resumiendo sus estudios verificados en 1929 y 1931, O'Connor y Hulse declaran que la filariasis es bastante frecuente en las llanuras y valles de la isla de Puerto Rico. Trátase de una dolencia urbana más bien que rural, y que abunda más en las localidades sobrepobladas, sin respetar clase social ni edad. La gente que vive a la orilla del mar, en sitios abiertos a los vientos, está menos expuesta a contraer la enfermedad. Para que la enfermedad exista en forma epidémica en una región determinada, ésta debe hallarse protegida contra los vientos reinantes. El vector es el mosquito *Culex fatigans*, habiendo muchos en las partes sucias y miserables, cuando hay numerosos receptáculos de agua estancada que le pueden servir de criaderos. Cuando se observa al mosquito experimentalmente, rara vez se le encuentra infestado con larvas de filaria; en cambio, en los insectos en libertad se ven infestaciones con larvas que representan distintas generaciones de parásitos. La primera mención de la filariasis en Puerto Rico es la de Acosta en 1866. Dumont vuelve a mencionarla en 1875, considerando probable el origen parasitario. El primero en descubrir la microfilaria en la sangre en los enfermos en Puerto Rico, fué bien Figueroa en 1890, o Jiménez Cruz en 1893, haciendo lo mismo Ashford en 1902. En realidad, parece razonable pensar que el parásito fuera introducido por los esclavos negros importados del Africa. Entre 2,098 sujetos examinados por los autores, 593 (28.3 por ciento) resultaron positivos para filariasis: 165 con microfilaria en la sangre y 434 con signos clínicos. Los enfermos procedían de 78 regiones distintas del país, pero el mayor número de casos procedía de la costa occidental, viniendo después la costa norte. La presencia de microfilarias en la circulación periférica confórmase en Puerto Rico a un ritmo periódico bien notable, siendo más numerosa de las 9 de la noche a las 6 de la mañana. Cuando varios miembros de la misma familia están afectados, el momento álgido en cada uno puede ocurrir en horas distintas. En el mismo individuo pueden variar las horas nocturnas en que más

abundan los parásitos en la sangre. Hoffman, Marín y Burke comprobaron la observación de otros autores, en el sentido de que siempre hay algunos parásitos en la circulación a cualquier hora del día, pero, en general, no es posible dar con ellos haciendo el examen en 20 milímetros cúbicos de sangre entre las 11 de la mañana y las 2 de la tarde. En su minucioso trabajo los autores analizan la filariasis como problema en Puerto Rico, el insecto vector, elefantiasis, patología, tratamiento y prevención. (O'Connor, F. W., y Hulse, Constance R.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 169, dbre. 1935.)

Monos de Panamá.—Entre las ocho especies de monos que existen en Panamá, Clark encontró siete diversas especies de filarias, hallándose infectados con una u otra especie 87 por ciento de los 72 monos silvestres estudiados. El parásito más frecuente fué el *Acanthocheilonema gracile*. (McCoy, O. R.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 383, jul. 1936.)

Elefantiasis tropical.—Delom, del ejército francés, ha operado 246 casos de elefantiasis tropical con sólo 3 muertes. La elefantiasis tropical ataca más a menudo los órganos genitales y se presenta después de una fase erisipelatosa durante la cual se encuentran en la linfa copos en cadenitas, sin que se trate aparentemente de filariasis. (Desplas, M.: *Gaz. Hôp.*, 855, jun. 10, 1936.)

Reglamento sobre la oncocerciasis.—El Departamento de Salud Pública de México ha publicado en un folleto el "Reglamento de la Campaña contra la Oncocercosis" aprobado por el Presidente de la República en fecha 15 de marzo de 1935. Comprende cuatro capítulos: el primero, sobre organización de la campaña; el segundo, sobre profilaxis; el tercero, sobre distribución de los trabajadores; y el cuarto dedicado a generalidades. En las zonas oncocerciasicas no se autorizará ninguna colonización ni creación de nuevas zonas agrícolas sin la aprobación del Departamento de Salubridad Pública. A fin de facilitar la profilaxis y tratamiento de los enfermos, se les concentrará en lugares no peligrosos desde el punto de vista de la endemia o donde sea más fácil aplicar las medidas dictadas. De las zonas oncocerciasicas no puede salir ningún individuo que no esté provisto de una tarjeta de salud. En el Reglamento se definen dos zonas oncocerciasicas: una en Chiapas, que comprende los ex-Distritos de Soconusco y Mariscal y parte de los de Comitán y la Libertad; y otra en Oaxaca, que comprende la mayor parte del ex-Distrito de Ixtlán, casi en su totalidad el de Villa Alta y parte de los de Tuxtepec, Cuicatlán y Choapan. La campaña se llevará a cabo con la colaboración de los gobiernos de los estados afectados y de las autoridades municipales, por medio de servicios sanitarios auxiliares que contarán por lo menos con un médico y un enfermero.

Los ceratopogónidos como posibles vectores.—En su comunicación preliminar, Dampf considera la posibilidad de que los jejenes desempeñan en Chiapas un papel en la transmisión de la oncocerciasis. El punto ha sido investigado en varios países con respecto a las filarias, revistiendo interés particular la observación de Buckley (1933-34), de que en las Antillas la filaria *Mansonella ozzardi* es transmitida por el jején *Culicoides furens*, especie distribuida también ampliamente en otros países, como México. (Dampf, Alfonso: *Medicina*, 227, mayo 25, 1936.)

Reacción de fijación en los animales.—Según Urbain en los animales la reacción de fijación permite asentar el diagnóstico de equinococia en un número bastante elevado de casos a condición de emplear como antígeno un líquido hidático previamente titulado. La intradermorreacción de Casoni, que da tan buen resultado en el hombre, no parece ser utilizable en los animales. (Urbain, Ach.: *Gaz. Hôp.*, 1193, agto. 26, 1936.)

Minas Geraes.—Em Minas, mais que em qualquer outra região do Brasil, diz Alves Garcia, deve ser frequente a cysticercose humana, pela ausencia de combate

á verminose em geral, pelo pouco rigor e ineficiencia da fiscalizaçao no consumo de carnes, e, sobretudo, pela ignorancia do sertanejo mineiro. A cysticercose humana tem sido encontrada no Brasil com frequencia. Em 1881 Severiano Magalhães verificou na Bahia um caso de localizaçao extra cerebral. Miguel Pereira em 1905 publicou um caso de localizaçao cerebral. Desde entao, Paula Souza, Rocha Botelho, Astor de Andrade, Waldemar de Almeida Tretiakoff e Pacheco e Silva, Helion Povia e Monteiro Salles publicaram casos interessantes. Em Campinas, Penido Burnier e sua escola têm operado casos de cysticercos oculares. Em Minas, Santa Cecilia relatou um caso de sua observaçao. Tretiakoff e Pacheco e Silva encontraram-na em 4 por cento de suas necropsias, mas com esta ressalva: "as estatisticas desta helminthiase estão certamente muito abaixo da realidade." Em 997 necropsias da Faculdade de Medicina de São Paulo, encontraram-se 15 vezes cysticercos (1.6 por cento), e no Instituto de Neurobiologia foram achados 11 vezes sobre 1,073 necropsias (0.97 por cento). O A. descreve dois casos de cysticercose cerebral. (Alves Garcia, J.: *Minas Med.*, 63, obro. 1935.)

Cysticercosis en Costa Rica.—Para Rivera ya ha llegado la hora de comenzar en Costa Rica una campaña contra la cisticercosis porcina. La enfermedad no debe ser confundida con la triquinosis que no existe en el país. (Rivera, A.: *Rev. Méd.*, 10, obre. 1935.)

Uruguay.—En su informe sobre hidatidosis en las barracas de frutos del país, Beramendi recalca que ésta es la única parasitosis humana con caracteres de verdadera epidemia en Uruguay. En Montevideo existen 63 barracas de frutos del país con un personal que suma 548 y en la época de zafra sube a más de 5,000. La encuesta de los autores sólo reveló 3 casos de hidatidosis en que fuera posible la contaminación en forma indirecta por la simple manipulación de lanas y cueros de animales vectores. En otros 22 casos había más posibilidades de contaminación directa o sea en la forma habitual. (Beramendi, E. M.: *Arch. Int. Hid.*, 303, dbre. 1935.)

Censo de perros en Uruguay.—A solicitud del Centro de Lucha contra la Hidatidosis, que afirma que el Uruguay es el país más infectado de este mal, el cual acusa un aumento alarmante, el Ministerio del Interior ha solicitado de las jefaturas de policía que levanten el censo aproximado de los perros que existen en cada departamento. Igualmente se ha pedido a la Policía Sanitaria de los Animales, que colabore determinando el parasitismo en la naturaleza en los perros de la campaña, separándolos en tres grupos: perros de estancia; perros vecinos a los mataderos y perros vagabundos. (Pérez Fontana, Velarde: *Arch. Int. Hid.*, 309, dbre. 1935.)

Tenia solium en el Uruguay.—Morales Menoud agrega un caso de tenia armada a los 2 descubiertos previamente en el Uruguay. Hasta la fecha no se ha hallado ningún caso seguramente autóctono, pues los tres descubiertos han sido en extranjeros, a pesar de existir el *Cysticercus cellulosae* en los cerdos. En el tratamiento de este caso dió excelentes resultados el tetracoloruro de carbono propuesto como tenfugo por Gaminara y Talice. (Morales Menoud, E.: *Arch. Urug. Med. Círg.* 125, fbro. 1936.)

Estados Unidos.—La tenia enana de los Estados Unidos, se encuentra más a menudo en los escolares de los distritos montañosos del sudeste del país afectando de 9 a 10 por ciento. En las demás zonas la frecuencia es mucho menor y a menudo no representa más que una fracción del uno por ciento. En los negros el coeficiente es aun menor que en los blancos. La infección humana probablemente procede de una cepa autóctona y se adquiere al ingerir los huevos procedentes de excrementos comparativamente frescos. (Otto, G. F.: *Am. Jour. Hyg.* 25, eno. 1936.)

Tenia ancha en las Filipinas.—García y Africa encontraron infestación por *Diphyllobothrium latum* en un niño filipino que había muerto con síntomas clínicos de anemia perniciosa. Para ellos, ese cestodo ha sido introducido recientemente de algún foco extranjero, probablemente China o Japón. Para los autores, van a encontrarse más casos entre los habitantes de la zona de Biñang, provincia de la Laguna, Luzón, donde se encuentra el pez *Cyprinus carpio*, y también entre los gatos y perros de la misma localidad, lo cual quiere decir que en las Filipinas ha aparecido una nueva parasitosis de importancia clínica y sanitaria. Hasta la fecha, a pesar de los muchos censos helmintológicos y millares de autopsias, jamás se había encontrado este verme, ni en el hombre ni en los animales. (García, E. Y., y Africa, C. M.: *Philipp. Jour. Sc.*, 451, agto. 1935.)

Tratamiento de la teniasis.—Penfold declara que con dosis suficientes de un extracto líquido de helecho macho pueden curarse con un solo tratamiento aproximadamente 90 por ciento de los casos de infestación por tenia saginata. De 86 casos en niños y adultos se curaron así 77. De los otros 9 que recibieron un segundo tratamiento se curaron 8, y el restante es dudoso. El tratamiento es sencillo, pero debe emplearse con cuidado, pues la dosis terapéutica no es muy inferior a la tóxica. Lo principal es la preparación del enfermo, y la administración de una dosis adecuada, de manera que se reduzcan las probabilidades de vómito. La dosis media total recomendada es de 10.7 cc. En los casos en que no se encuentra la cabeza del verme, no debe administrarse más tratamiento a menos que reaparezcan segmentos. (Penfold, H. B.: *Med. Jour. Aust.*, 385, mzo. 21, 1936.)

Costa Rica.—Declarando que en Costa Rica no se conoce ninguna publicación sobre *Hymenolepis diminuta*, Feroselle Bacardí y Portuondo del Pino describen las condiciones en que hallaron un huevo de ese parásito en un niño de 7 años examinado en la Clínica Infantil de Heredia en 1935, junto con huevos de otros parásitos. Según los autores, en Cuba no ha sido señalado todavía ese verme en el hombre. (Feroselle Bacardí, J., Portuondo del Pino, A.: *Rev. Par. Clin. Lab.*, 629, jul.-agto. 1936.)

El tetracloruro en la teniasis.—Para Talice el tetracloruro de carbono es el parasiticida más eficaz contra la *Taenia saginata*. Antes de administrarlo, trata de evitar la absorción intestinal, prohibiendo las sustancias grasas y en particular el alcohol. El tratamiento está contraindicado si hay ictericia, insuficiencia hepática, enteritis aguda o infecciones generalizadas. A fin de evitar los accidentes debidos a la hipocalcemia suministra cloruro de calcio durante la semana próxima a la administración del medicamento. La dosis de éste es de 3 a 4 cc según el peso del enfermo. Inmediatamente después de ingerirlo, los enfermos reciben un poderoso purgante salino permaneciendo en cama por lo menos aquel día. Sólo se considera el caso curado cuando se descubre la cabeza del verme. De 67 adultos tratados se curaron 61 con un tratamiento, 4 con dos y dos no regresaron. (Talice, R. V.: *Arch. Mal. App. Dig.*, 576 mayo 1936.)

Tricomoniásis en Chile.—De 300 enfermas con leucorrea examinadas en el Hospital Salvador 66, o sea el 22 por ciento, presenta *Trichomonas vaginalis*, en el examen al fresco de la preparación. De estas 300 enfermas, 150, o sea 50 por ciento, presentan el cuadro clínico "*Tricomona-vaginitis*" descrito por Greenhill como característico de la leucorrea a tricomonas. De las 66 enfermas con *Tr. vaginalis*, sólo 41 o sea 62.12 por ciento, presentan el cuadro de Greenhill. En 40 enfermas con *Tr. vaginalis* tratadas con devegán y yatrén 105 se ha observado lo siguiente: El *Tr. vaginalis* desaparece rápidamente, después de 5 días y no vuelve a aparecer en todo el plazo de observación, 2 meses. La leucorrea no desaparece junto con el tricomonas y en 70 por ciento de los casos, persiste a pesar del tratamiento. En 67.5 por ciento de los casos (27 enfermas de entre 40)

se observan otras afecciones ginecológicas, tales como vulvitis, colpitis, cervicitis, endometritis, y anexitis. La supresión de la leucorrea sólo se obtiene en el por ciento de los casos con devegán y en el 40 por ciento con yatrén 105. (Duco Dunoguier, Gabriela: "Frecuencia & acción tricomona vag. en 300 casos leucorrea," Chile, 1935.)

Colorante para la identificación del tricomonas.—En los casos de tricomoniasis vaginal, a Miller le ha resultado útil el empleo de una gota de safranina a 0.1 por ciento para diluir el pus por examinar. El tricomonas vaginal no toma el colorante y se destaca contra un fondo ligeramente rosado. (Miller, James Raglan: *Jour. Am. Med. Assn.*, 616, fbro. 22, 1936.)

Tricomoniasis masculina.—Entre 40 casos de uretritis anespecífica observados en 18 meses, Nitschke observó 5 casos de tricomoniasis vaginal en el hombre, quejándose todos los enfermos de un ligero exudado acuoso. No cabe duda de que la enfermedad es más frecuente en el hombre que lo que se suele creer, existiendo a veces sin conocerlo el sujeto. La terapéutica tiene que tomar en cuenta dos datos: la erradicación de la fuente de infestación en la mujer, y la localización de la infestación, siendo de rigor la abstinencia de comercio sexual. Si la infestación es crónica, la próstata suele constituir el foco. El clorhidrato de acriflavina puede dar resultado para la irrigación uretral, y Pelouze ha recomendado la diatermia prostática. (Miura en 1893 comunicó un caso de tricomoniasis vaginal en un hombre, y desde antes, informes esporádicos han aparecido en la literatura. Entre 32,000 exámenes de secreción prostática en la Clínica Mayo se halló el *Trichomonas vaginalis* 16 veces. Pelouze descubrió 8 casos en 4 años. Allen encontró 6 casos al reconocer a los esposos de mujeres infestadas, y Grimm descubrió 5 en una serie de 25 casos de uretritis anespecífica. Drummond comunicó 4 casos entre 5 individuos cuyas esposas se hallaban infectadas.) (Nitscheke, P. H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 12, jul. 4, 1936.)

Chile.—Droguet describe un caso indicativo de triquinosis en un sujeto de 82 años, en que el mal se iniciara con un cuadro gastrointestinal de diarrea y otros síntomas, que había ingerido carne de cerdo. La eosinofilia sólo llegó a 10 por ciento. Varios médicos de los que participaron en la discusión pusieron en duda el diagnóstico, y otros lo apoyaron. Contrucci se refirió a un pequeño brote que observara hace 6 a 8 años, y en el cual se enfermaron 5 o 6 miembros de una familia que habían comido embutidos. (Droguet, Figueroa y Maza: *Rev. Méd. Chile*, 669, dbre. 1935.)

Nueva York.—Entre 166 casos de triquinosis denunciadas en Nueva York en el quinquenio 1929-33, en 82 por ciento se descubrieron antecedentes de consumo de carne de cerdo. Los casos han aumentado desde entonces, pues se denunciaron 125 en 1934 y 109 en 1935. El mal es más frecuente entre las familias alemanas e italianas y afecta a los adultos más bien que a los niños. (*City New York, Dpt. Health, Quart. Bull.*, 42, mayo 15, 1936.)

Invasión nerviosa en la triquinosis.—Al comunicar dos casos de triquinosis con complicaciones nerviosas, Merritt y Rosenbaum hacen notar las dificultades que presenta el diagnóstico, pues hay que diferenciar, de la polineuritis, poliomielitis, encefalitis o encefalomielitis, meningitis, dermatomiositis y periarteritis nudosa. El diagnóstico suele ser establecido por los antecedentes de consumo de carne de cerdo, eosinofilia en la sangre (que puede presentarse algo tarde), cutirreacción y biopsia muscular. El líquido cefalorraquídeo suele ser normal y ayuda a excluir la poliomielitis, la encefalitis y la meningitis. El pronóstico en los casos que sólo presentan debilidad muscular o falta de reflejos es muy bueno. Es mucho más grave si hay síntomas mentales o signos de lesiones focales en el sistema nervioso central, pues de 13 casos comunicados en la literatura, murieron

6. (Merritt, H. H. & Rosenbaum, M.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1646, mayo 9, 1936.)

Cutirreacción.—El antígeno triquinótico preparado según el método de Bachman produjo una cutirreacción positiva en 49 (74 por ciento) de 66 sujetos afectados de triquinosis. Entre 102 enfermos que no padecían de triquinosis, sólo 5 casos acusaron cutirreacción positiva. En dos enfermos que padecían de quiste hidatídico del hígado, la cutirreacción fué positiva ante el antígeno equinocócico que se aplicó simultáneamente con el triquinótico, que fué negativo. Ni la tricocefalosis ni ninguna otra infestación parasitaria de las observadas influyó para nada sobre la frecuencia de la cutirreacción en los enfermos afectados de triquinosis. El antígeno al 1:1000 o al 1:2000 inyectado intradérmicamente a los enfermos con triquinosis, produce una cutirreacción específica en la mayoría de los casos, mas no siempre en los primeros periodos de la enfermedad. Una eosinofilia progresiva aparece mucho antes y con mayor frecuencia que la cutirreacción, aunque hay casos graves en que los eosinófilos aumentan muy poco o nada, a pesar de ser la cutirreacción en ciertos momentos fuertemente positiva. La cutirreacción no tiene valor pronóstico, pues puede ser lo mismo positiva que negativa tanto en la convalecencia como poco antes de la muerte. En los sujetos sospechosos de padecer triquinosis, que posean además hipersensibilidad alérgica de cualquier naturaleza, la cutirreacción positiva no indica nada, pues acusan con frecuencia una reacción anespecífica en presencia del antígeno. (Kaljus, W. A.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 791, jun. 1936.)

Uncinariasis en Buenos Aires.—Parodi, Lima y Escudero se refieren a siete casos de anquilostomiasis descubiertos dentro de los límites del Municipio de Buenos Aires en una quinta de verduras. El foco está constituido por una familia que jamás ha salido de los alrededores de la Capital, cuyos miembros tienen el hábito de andar descalzos. Los autores recomiendan que se piense en la enfermedad y se haga el examen parasitológico en todo enfermo con aspecto anémico, trastornos gástricos, astenia y malestar general. En la Provincia de Buenos Aires se habían mencionado desde 1924 casos autóctonos de uncinariasis, pero éstos son los primeros de ese género descritos en la misma Capital. Hasta ahora no ha sido descrito ningún caso procedente del sur de la Provincia. (Parodi, Silvio E.; Lima, E. J.; y Escudero, J. C.: *Sem. Méd.*, 321, jul. 1936.)

Comentando el caso anterior Carri hace notar que, junto con Fernández y Marinogni, presentó en 1924 la primera observación de anquilostomiasis autóctona en la Provincia de Buenos Aires, tratándose de un niño de 12 años. En 1931 observaron otros casos de la misma procedencia. (Carri, M. A.: *Sem. Méd.*, 611, agto. 27, 1936.)

Refiriéndose al mismo caso, Bacigalupo hace notar que el parásito en los casos observados en la Provincia de Buenos Aires fué el *Ancylostoma duodenale* y no como se suponía el *Necator americanus*, y que en un nuevo foco que tiene él en estudio el parásito también es el mismo. Para él, el dato tiene gran valor epidemiológico, pues aparentemente indica que al anquilostoma es de más fácil aclimatación en la Provincia de Buenos Aires, contrariamente al necator que se ha aclimatado casi con exclusividad en la Provincia de Corrientes y en el resto del país. (Bacigalupo, J.: *Sem. Méd.*, 738, sbre. 10, 1936.)

Ancylostomose como causa de infantilismo.—Costa e Almeida veem observado nas estadias no interior do Estado em varias zonas onde o gráo de infestação pela ancylostomose é muito variavel, os casos de infantilismo são muito mais frequentes nas zonas onde a ancilostomose grassa mais intensamente e onde ella attinge mais profundamente o individuo. Em certas regiões a ancylostomose é mais grave do que em outras: nestas possivelmente pelo grande numero de parasitos que infestam ao mesmo tempo o intestino, ou por particularidades propias

das toxinas dos parasitos dessa região, a opilação é uma verdadeira molestia grave, levando por si só muitas vezes á morte. Em outras regiões onde tambem é grande o numero de infestados, só raramente chegam a ter a ancylostomose como molestia grave, que leve o doente a estados de verdadeira molestia. Parece que as zonas arenosas e seccas são mais sujeitas ao primeiro typo de infestações, ao passo que nas zonas onde ha predominio da chamada terra roxa, domina o segundo typo. Porem os A. A. só chegaram a uma convicção de que de facto a ancylostomose tem um papel importante no apparecimento de casos de infantilismo quando começaram a observar no seu serviço de Doenças do Apparelho Digestivo e da Nutrição da Policlinica de São Paulo, casos de infantilismo nos quaes o predominio da associação com a ancylostomose é aberrante: em um anno de funcionamento da clinica, dos 5 casos de infantilismo observados, 4 apresentavam-se infestados pelo ancylostomo. Todos elles eram do interior ou já haviam vivido no interior. Poderia ser objetada: a ancylostomose é communissima e estas infestações não são senão concomitancias, e não o factor desecadeante do infantilismo. Mas isto os A. A. respondem que recebem diariamente em muito maior numero doentes da Capital, onde o grau de infestação pelo ancylostomo é bastante menor, e até agora, em nenhum delles foi constatado o infantilismo. (Ferraz Costa, V., e Ribeiro de Almeida, T.: *Bol. Soc. Med. & Cir.*, 7, ab. 1936.)

Campaña antiuncinária en Venezuela.—El plan adoptado para la lucha antianquilostomiasica en Venezuela comprende como puntos principales, la construcción de excusados apropiados en todas las casas, a fin de evitar la contaminación del suelo; una intensa campaña de educación popular para lograr que la gente no acostumbrada e ello use el excusado una vez construído; y en tercer lugar, el tratamiento en masa en poblaciones de altos coeficientes de infestación, y tratamiento personal en las de coeficientes bajos. Hasta el mes de agosto de 1936, el nuevo servicio de anquilostomiasis, iniciado en marzo 1936, trabajaba en la construcción de letrinas y la educación popular de 67 localidades de 12 Estados y el Distrito Federal, en todas las cuales se había comenzado a levantar un censo de casas con especificación del estado de la letrina, cuando la había. (*Bol. Min. San. & Asist. Soc.*, 413, jul.-agto. 1936.)

Causas que retardan la desparasitación.—Recordando que en los servicios de uncinariasis que ha tenido a su cargo desde 1928 ha atendido a varios miles de enfermos, muchos de los cuales recuperaron con uno, dos, o tres tratamientos, otros con 10 o 12, y otros necesitaron 20 y hasta 30 para su curación, Segovia se pregunta a qué se debe esa variada resistencia individual a la desparasitación. En el servicio de uncinariasis emplean medicamentos de eficacia comprobada, como son: aceite de quenopodio, que contiene 78 por ciento de ascaridol, y tetracloretileno. En algunos casos la dificultad procede de que al administrarse quenopodio mezclado con aceite de ricino a niños de tres a siete años, algunos lo vomitan. En niños de más edad, que toman en cápsulas el medicamento, pocas veces se observan vómitos inmediatos. Otra causa de retardo en la curación, aunque más raro, es el fraude de algunos pequeños que guardan debajo de la lengua la cápsula, para arrojarla después. El grado de infestación seguramente influye en el número de tratamientos necesarios, y de haber mucha debilidad, hay que comenzar con dosis inferiores a las establecidas. Otro problema se debe a la posibilidad de reinfestación por continuar las condiciones primitivas en que se infestó el enfermo. Al estudiar 200 tarjetas clínicas correspondientes a otros tantos enfermos que recibieron más de siete tratamientos, el autor observó, en primer lugar, que más de 50 por ciento habían interrumpido una, dos, o tres veces, el tratamiento. Entre las otras causas predominantes, figuran el poco o ningún uso del calzado y vivir en casas con patios de tierra en que faltaban letrinas o en que las condiciones eran tan malas que obligaban a los moradores a

defecar en el suelo. La gente pobre es la que da mayor contingente de uncinariasis y la más resistente a desparasitarse, y los más típicos ejemplos corresponden a los casos en que la madre, rodeada de hijos desnutridos y casi desnudos, vive en casas mal construídas y privadas de letrinas y de agua. (Segovia, A.: *Rev. Méd. Ver.*, 1836, ab. 1, 1936.)

DISENTERÍA BACILAR¹

Disenteria bacilar en Cuba.—Aballí analiza minuciosamente los síndromes disentéricos observados en particular en el Hospital Municipal de Infancia de la Habana, desde el punto de vista epidemiológico y clínico, mas con referencia especial a la etiología específica de un gran número de casos que considera bacilares. Invita a los médicos a tener presente esa etiología en los brotes observados de cuando en cuando en algunas regiones de Cuba y que varían desde formas frustras hasta tipos más completos. En terapéutica recomienda sueros, el tiocianato de sodio, y por fin la transfusión sanguínea. (Aballí, A.: *Bol. Soc. Cub. Ped.*, 236, mayo, 1936.)

Guiándose por el estudio autopsico de 7 casos, 4 de ellos en la misma familia Sala Panisello declara que no cabe duda de la existencia de la disentería bacilar en la isla, siendo la cepa más frecuente la de Shiga. La edad de los enfermos varió de 6 meses a 9 años. Para el autor reconocen esos casos origen alimenticio, transmitiéndose por utensilios de mesa u otros objetos tocados por los pequeños (Sala Panisello, F.: *Bol. Soc. Cub. Ped.*, 277, mayo, 1936.)

Curbelo Hernández y Martínez Cruz describen dos casos con típicas heces disentéricas en que el examen parasitológico había sido negativo para amibas, y en que aisló un germen que se conforma a las características del bacilo de Shiga. (Martínez Domínguez en 1923 declaró que en 12 años no había podido aislar en Cuba ningún germen de los tipos Shiga, Flexner, Hiss ni Strong, en centenares de exámenes, aunque sí había observado un grupo de gérmenes, algunos muy aproximados a los dichos.) (Curbelo Hernández, A., y Martínez Cruz, J. A.: *Bol. Soc. Cub. Ped.*, 311, mayo 1936.)

Nueva York.—En Nueva York se denunciaron en 1935, 559 casos con 16 muertes de disentería bacilar, 311 de los cuales correspondieron a 4 brotes distintos, 3 de ellos debidos a la forma de Sonne y uno a la de Flexner. También se denunciaron 1,009 casos de intoxicación alimenticia. En 2 de 6 brotes estudiados se aisló el *B. suipestifer*, en uno el *B. aerogenes*, y en otro el *Staphylococcus aureus*. Durante el año se denunciaron 26 casos de amibiasis con 6 muertes, de los cuales sólo 14 no habían estado nunca fuera de la ciudad. (*City New York, Dpt. Health, Quart. Bull.*, 55, mayo 15, 1936.)

Relación con la colitis, ileítis y granuloma.—Basándose en un estudio de 317 casos de disentería bacilar aguda, 11 de ileítis distal aguda, 42 de colitis ulcerada inespecífica y otros más, para Felsen todos esos estados no representan más que diferentes períodos de la misma enfermedad. La mayor parte de los casos agudos de disentería bacilar se reponen por completo en 10 días a 2 semanas. En los casos que duraron más pareció intervenir una infección inespecífica secundaria. Para el autor en todo caso de diarrea o con antecedentes de diarrea deben tomarse las mismas precauciones que para la tifoidea hasta eliminar la existencia de bacilos disentéricos. La mayor parte de esos casos se reponen sin terapéutica específica, aunque pueden administrarse tónicos cuando están indicados. En los

¹ La última crónica sobre Disentería Bacilar apareció en el *Boletín* de diciembre 1935, p. 1193.