

*Seroterapia.*—Neuber probó el suero de convalecencia en 36 casos de erisipela, formando la opinión de que la defervescencia y desaparición de los síntomas tóxicos y locales eran más rápidas y completas que en los enfermos tratados de otro modo. Sólo murió uno de los 36, y en ése ya había septicemia y flemón, y estaba moribundo cuando llegó. El suero fué administrado por vía intraglútea, y a veces subcutánea, a dosis de 20 a 40 cc, según la edad, peso, etc. En la mayoría de los casos bastó con dos inyecciones, y en los leves a veces con una. (Neuber, E.: *Wien klin. Wchnschr.*, 40, eno. 12, 1934.)

*Erisipeloide por bacilo bovino.*—McGinnes e Spindle describen un brote de 210 casos de erisipeloide que se presentaron en una fábrica de botones donde empleaban huesos de cerdo o de ganado vacuno. Hubo ataques repetidos, indicando que se producía muy poca inmunidad local o general. El bacilo de la erisipela porcina fué aislado de un caso y de trozos de hueso. Para desbarbarazar la fábrica de la infección, se recomendó la calefacción de todos los huesos en tanques a una temperatura de 62° C por lo menos durante dos horas. (McGinnes, G. F., y Spindle, F.: *Am. Jour. Pub. Health*, 32, eno. 1934.)

## ASMA \*

*Patología y tratamiento.*—Hurst repasa los resultados obtenidos en la clínica de investigación del asma en el Hospital Guy de Londres. En 1933 asistieron 5,575 enfermos a la clínica, con unos 450 casos nuevos. En 500 enfermos estudiados, se observó en primer lugar frecuente hipersensibilidad a la proteína, y una elevada proporción de alteraciones morbosas de las vías aéreas superiores e inferiores. El tratamiento local parece surtir a veces efecto; en cambio, la desensibilización casi siempre fracasa, salvo cuando la causa es el polen. La desensibilización tropieza con estos inconvenientes: hay muchos alérgenos potenciales; en dos terceras partes de los enfermos existe polisensibilización; resulta difícil interpretar las cutirreacciones; es difícil aplicarla; la diátesis persiste, y se presenta sensibilización a otras sustancias. La proteosensibilización está más difundida de lo que se cree, y el asmático sólo se diferencia de muchos individuos sanos en la intensidad de las manifestaciones. La adrenalina alivia, y Burn ha indicado que el trastorno quizás proceda de falta de dicha sustancia, mientras que Witts lo atribuye a alguna deficiencia bioquímica o humoral. La etiología no es siempre única, y tal vez haya una causa interna y otra externa, como sucede en la anemia perniciosa. (Carta de Londres: *Journ. Am. Med. Assn.*, 1314, ab. 21, 1934.)

*Uruguay.*—Petrillo declara que el asma es una enfermedad tan frecuente en los niños como en los adultos en el Uruguay, siendo las cifras considerables cuando se comparan con las de otros países. Para él, en el fondo hay siempre una constitución artrítica, con predisposición hereditaria. La humedad y el frío son dos factores estrechamente vinculados, que imprimen un ritmo característico a la patología regional, y presenta numerosas consideraciones sobre ese punto. Zerbino ya hizo notar que la mayor frecuencia del asma corresponde al verano y las estaciones intermedias, y el autor atribuye el fenómeno a alcanzar su mayor grado los desniveles de temperatura en esas estaciones. Para él, el remedio consiste en acostumar al asmático a las variaciones de la temperatura exterior, aprovechando el verano para ello, con la vida de playa y la helioterapia, pero siempre evitando los enfriamientos bruscos. También hay que vigilar el régimen, evitando la glotonería, las grasas y el exceso de alimentos azoados. No hay que olvidar que en ciertos enfermos, sobre todo neuroartríticos, se producen crisis sin reacciones térmicas. (Petrillo, L. M.: *Arch. Urug. Med. Cir. & Espec.*, 177, agto. 1933.)

\*Otras crónicas sobre Asma han aparecido en los siguientes números del BOLETÍN: agto. 1933, p. 840; agto. 1931, p. 1092, y agto. 1930, p. 100.