

subcutánea se inmunizó 93 por ciento, indica que la vía bucal es menos eficaz que la subcutánea. (Dick, G. F., y Dick, Gladys, H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1436 (ab. 23) 1932.)

*Nuevos métodos de seroterapia.*—Friedemann y sus colaboradores probaron la inyección intralumbal de 2 a 5 c c de suero antiescarlatinoso concentrado, a fin de evitar con esa dosis pequeña, los síntomas tóxicos. Como en cuatro de los casos se presentaron complicaciones. Utilizaron después por vía venosa de 2 a 5 c c de suero en 26 enfermos. El resultado fué más rápido que con la inyección intramuscular, y hubo pocas complicaciones. Lo más notable fué la disminución en el número de accidentes séricos. Los autores recalcan que por vía venosa sólo pueden emplearse sueros que no contengan fenol o tricresol; en otras palabras, la esterilización debe ser realizada por la calefacción fraccionada. También hay que tomar en cuenta si el enfermo ha recibido antes suero de equino, por ejemplo, antitoxina diftérica; de modo que debe realizarse antes una inyección intracutánea de 1 c c del suero, para descubrir si hay hipersusceptibilidad. Friedemann, U., Schmerel, y Lukas: *Deut. med. Wchnschr.* 745 (mayo 1) 1931.)

Gabriel publica un estudio comparado del resultado obtenido en el tratamiento de 611 escarlatinosos con inmunisero escarlatinoso, y otros 611 sin suero. La muy discutida defervescencia crítica tuvo lugar, no tan sólo en los casos tratados con suero, sino en los testigos. Ni en un solo caso fué el efecto del suero terminante. Sin embargo, en los tratados con suero, hubo menos complicaciones. (Gabriel, E.: *Jahr. Kinderh.* 148 (ab.) 1931.)

*Parálisis postséptica.*—Gordon comunica tres casos de parálisis músculoespiral y uno facial, consecutivos a la administración de inoculaciones profilácticas contra la escarlatina. La parálisis duró de 4 a 5 semanas en los casos braquiales, y 7 en el facial, es decir, mucho menos que cuando la inoculación es terapéutica. Tampoco hubo trastornos tróficos, como extenuación muscular. La parálisis de los nervios motores es transitoria, pero la de los nervios sensoriales o mixtos, más prolongada y grave. (Gordon, A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1625 (mayo 7) 1932.)

---

## SARAMPIÓN

*Bolivia.*—Fernández de Córdova publica las observaciones que realizara durante la última epidemia de sarampión en Sucre. Comparada con las epidemias de 1905, 1908 y 1913, en que la mortalidad fué enorme, la de 1930 fué muy extensa, pero relativamente benigna. Entre los 170 casos del autor, sólo murieron 8, o sea 4.3 por ciento, debido en particular a neumonía. De 9 casos de ésta, 5 murieron. De los 170 casos, en 94 la evolución fué normal; en 3 hubo lesiones tuberculosas del pulmón; en 2 lesiones cardíacas; en 9 bronco-pulmonares; en 28 laríngeas; en 11 oculares; en 9 óticas; en 6 ganglionares; en 1 arteriales; en 2 bucales; en 4 trastornos cutáneos. De los casos más curiosos fué uno en que se presentó el sarampión por segunda vez en una niña de 8 años que ya había padecido de la enfermedad a los 5 años, y un niño prematuro que nació ya cubierto del exantema, transmitido en el claustro materno por la madre que padecía de la enfermedad. El autor probó el suero de convaleciente en 3 niños de medio contaminado, observando por lo menos inmunización temporal. (Fernández de Córdova, R.: *Inst. Méd. Sucre* 30 (eno.-jun.) 1931.)

*Chile.*—Radrigan llama la atención sobre la inusitada gravedad que revistiera la reerudescencia del sarampión en Valparaíso de marzo a julio de 1931. Repasa 283 casos atendidos en el Hospital de Niños en cuatro meses y medio. En enero y febrero la morbilidad fué moderada, según acostumbraba manifestarse la epidemia; pero en marzo se inició la mayor frecuencia, que culminó en mayo, comen-

zando a descender entonces. De los 283 casos, 166 fueron en menores de dos años. Hubo diarrea en 21 casos, bronquitis en 87, y bronconeumonía en 71, a los que hay que agregar 14 que resultaron ser tuberculosos después, de modo que el total sube a 37 por ciento. La mortalidad por bronconeumonía se llevó a 37 por ciento. En otras palabras, el mismo porcentaje sirve para indicar a proporción de bronconeumonías y la mortalidad de éstas. Con el suero de convaleciente, Scroggie en el Hospital Del Río ha obtenido 62 por ciento de protección absoluta, 30 por ciento de atenuación y 8 por ciento de sarampión benigno, y con la hemoterapia sólo 50 por ciento de protección, pero siempre atenuación del mal. El autor recomienda, pues, la vulgarización de la hemoterapia materna o paterna a dosis de 20 a 30 c c por vía intramuscular a todo niño de 4 meses a 4 años que se halle amenazado por el contagio. (Radrigan R., A.: *Pediatría* 22 (agto.) 1931.)

*Nueva York.*—En la Ciudad de Nueva York, desde 1918 esperan un alto coeficiente de sarampión en los años pares, de modo que 1931 debió ser un año de poca frecuencia. La diferencia entre años pares e impares, queda reflejada por estas cifras de los casos: 1918, 28,675; 1919, 8,194; 1920, 35,083; 1921, 7,738; 1922, 40,569; 1923, 13,999; 1924, 33,561; 1925, 9,843; 1926, 39,750; 1927, 2,101; 1928, 35,008; 1929, 2,537; y 1930, 23,635. Sin embargo en el año 1931 en los primeros 9 meses, se denunciaron 26,238 casos, siendo probable que se denuncien unos 1,000 más en el último trimestre. Sin embargo, si se combinan las cifras por bienios, se verá que suelen ascender a unos 40,000 casos para cada bienio. Como el número de casos en 1930 fué mucho menor que en otros años recientes, parece que la deficiencia es compensada este año, aunque el total es unos 10,000 mayor que lo habitual. El Departamento de Sanidad de Nueva York se pregunta si las condiciones que rigen la aparición y propagación del sarampión son tales, que hay que contar con un número bastante constante de víctimas cada bienio. (*Wkly. Bull.*, N. Y. C. Health Dept. 309 (obre. 24) 1931.)

*Epidemia mexicana.*—El estudio de Ramos C. está basado sobre una epidemia de sarampión en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, que comprendió 6,000 casos, mas las estadísticas, porcentajes, etc., se toman de 400 niños atendidos por el autor desde el período de invasión o de erupción. El primer caso fué en un niño acabado de llegar de la Ciudad de México en avión, siguiendo casos esporádicos y estableciéndose el estado epidémico hasta los tres meses. El acmé duró mes y medio y el descenso otro mes y medio. El primer caso fué en un niño de la clase rica, mas la epidemia comenzó por los barrios pobres. El enfermo de mayor edad tuvo 35 años; el menor, dos meses, y fué contagiado por la madre, que no había padecido la enfermedad. Todos los demás tenían seis meses o más. La epidemia anterior remontábase a cinco años antes. El contagio fué siempre directo, bastando un leve contacto. El período de incubación duró 10 días, manifestándose en algunos por tos y catarro. En 80 por ciento la sintomatología fué completa desde el primer día; en 20 por ciento faltó la tos, y en 10 por ciento el catarro óculonasal. Siempre hubo fiebre de invasión, pero en algunos sobrevino apirexia desde el día siguiente de ésta hasta la erupción. El signo de Koplik fué positivo en 85 por ciento. Hubo un solo caso de erupción flictenular, y uno de erupción en dos tiempos, la segunda tres días después de la primera. Entre las complicaciones figuraron 2 corizas purulentas, 3 otitis supuradas, 2 falsos crups, 5 laringitis catarrales, 6 bronconeumonías (murieron 4) y 1 neumonía. Una complicación frecuente fué la gangrena bucal (3 casos, todos letales), y otra, ránula (4 casos), pero la complicación digestiva más frecuente fué la enterocolitis disenteriforme, teniendo todos los enfermos parásitos intestinales. En los niños que no recibieron tratamiento apareció colitis ulcerosa, y de 4 enfermos de este género, murieron 3. En 2 adultos se observó miocarditis benigna. Hubo 2 casos de nefritis y 2 de nefralitis (ambos letales). De los 400, murieron 4, ó sea 1 por ciento. De los 6,000 afectados, entre los 3,000 que recibieron tratamiento tardío o nulo, murieron

150, ó sea 5 por ciento. De los 6,000, murieron 180 (3 por ciento), 50 por ciento de ellos menores de 2 años, y 91 correspondieron a los casos de bronquitis capilar o bronconeumonía y 60 a la enterocolitis o colitis ulcerosa. (Ramos C., Marín: *Rev. Mex. Puer.* 254, mzo., 1932.)

*Montevideo.*—En su análisis de la epidemia de sarampión observada en la ciudad de Montevideo en 1930, Leunda hace constar que el número de casos endémicos en la ciudad oscila anualmente alrededor de 0.58 por ciento y en la epidemia de 1930 subió a 2 por ciento. En la sección que estudiara (séptima, 23,289 habitantes), con 4,771 menores de 15 años, hubo 114 casos en 1925, 127 en 1926, 157 en 1927, 155 en 1928, 133 en 1929, y 487 en los 8 primeros meses de 1930. La epidemia apareció en los últimos meses del año anterior, ascendió al abrirse las escuelas en marzo, culminó en el mes de junio, y todavía se hacía sentir en julio y agosto. Un 47 por ciento de los casos tuvieron por origen la escuela, 16 por ciento la familia, y en 36 por ciento no pudo identificarse la fuente. De los 487 casos, 472 fueron en menores de 15 años, y del total de niños se afectó 9.9 por ciento; en tanto que entre los mayores de 15 años sólo 0.08 por ciento. El máximo de la frecuencia correspondió a los 6 años, y hubo 237 casos en menores de 5 años. Del total de 487, 22 por ciento no recibieron asistencia médica. En el Uruguay, las estadísticas epidemiológicas sobre sarampión son muy incompletas, y la mortalidad dada para distintas épocas, que varía de 2 a 30 por ciento, sólo debe ser considerada como aproximada. Tomando en cuenta los datos de los hospitales Pereira Rossell y Pedro Visca, el sarampión ocupa en Montevideo el tercer rango en la mortalidad de las enfermedades infectocontagiosas en la infancia, siendo las cifras para dichos hospitales 14.7 y 11.97 por ciento respectivamente. En general, en el medio uruguayo, el sarampión es enfermedad benigna endemoepidémica, cuyo genio se ha modificado en los últimos años, pues antes sólo había pequeñas epidemias cada 4 ó 5 años, en tanto que actualmente, todos los años y en distintas épocas existe un número crecido de casos. Las cifras denunciadas no deben representar la sexta parte de la verdad, y el número de casos encontrados en la encuesta demuestra que la endemia reviste importancia considerable en Montevideo, aparte de los empujes epidémicos cada 4, 5 ó 6 años. La epidemia de 1930, a juzgar por la encuesta, fué muy benigna, pues dió una mortalidad menor de 0.57 por ciento entre 487 casos y un pequeño número de complicaciones (18). El autor recalca la eficiente colaboración de las visitadoras sociales en su encuesta, y la misión educativa de las mismas. (Leunda, J. J.: *Bol. Cons. Nac. Hig.* 801 (nbre.) 1931.)

*Ciclos del sarampión.*—En Londres, las epidemias de sarampión se presentan regularmente a espacios de dos años. Comienzan en el otoño, alcanzan su acmé en marzo, y necesitan 6 ó 7 meses para completar el círculo de Londres. En los períodos interepidémicos aparecen casos esporádicos, sobre todo en los sitios más hacinados, pero no se presenta una epidemia nueva hasta que se acumule suficiente material susceptible. La última epidemia tuvo lugar en el otoño e invierno de 1929-30, y la próxima debe llegar, pues, este otoño. En cada epidemia se enferman más de 50,000 niños, y es un hecho que en los últimos cuatro años el sarampión ha producido en Londres ocho veces más muertes que la escarlatina, y una y media veces más que la difteria. Los hospitales para contagiosos, naturalmente, no bastan para todos los casos, y se alienta el cuidado a domicilio en condiciones favorables. A fin de contrarrestar la epidemia inminente, el Consejo del Condado de Londres y los consejos de los barrios están tomando toda clase de precauciones, y publicado los siguientes consejos: debe hacerse todo lo posible para evitar contraer la enfermedad hasta después de los 3 ó, mejor aun, los 5 años; lo más importante es la adecuada asistencia médica, enfermeril e higiénica; la enfermedad es en particular mortal entre los niños desnutridos, o que viven en medios humildes. El periódico *Times* ha propuesto que se excluya a todos los menores de cinco años

de las fiestas públicas de Navidad, salvo quizás en la familia. La infección suele tener su centro en la escuela, y cuando los escolares se reúnen con los párvulos, por ejemplo, hacia la época de Navidad, propagan el mal. Si los pequeños tienen que ir a fiestas, sólo deben reunirse con los de la misma edad. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.* 1720 (dbre. 5) 1931.)

*Período de incubación.*—En 29 casos de sarampión, Lereboullet y Baize estudiaron en particular lo largo del período de incubación, la hipertermia, la pérdida de peso, y la polinucleosis. La incubación no es siempre tan insidiosa como se suele creer. De los numerosos síntomas imputados a ese período, algunos son raros o no existen; otros revisten más importancia, pero casi nunca bastan para el diagnóstico precoz y, siendo inconstantes, se corre siempre el riesgo de pasarlos por alto. A los 12 días de lucha y reacción, aparecen síntomas mejor definidos, con hipertermia, catarro oculonasal, y los exantemas característicos. Esa notable fijación del período de incubación puede deberse, según Jürgensen, a que el microbio no puede comenzar sus devastaciones sino después de invadir todo el organismo; o, según Pirquet, a que precisa ese tiempo para producir anticuerpos, y entonces tenemos bacteriolisis y toxinogenia, con la consiguiente fiebre, exantema, leucopenia, etc. Los autores recalcan las incipientes fiebre y polinucleosis, que caracterizan la iniciación. (Lereboullet, P., y Baize, P.: *Arch. Méd. Enf.* 475 (agto.) 1931.)

*Neumonía.*—Rudnitzky estudió 6,487 protocolos de sarampionosos, en 1,159 de los cuales había complicación con neumonía, en el Hospital Botkin de Leningrado, tomando los años de 1894 a 1927 en que había habido epidemias. El autor deduce que el porcentaje mayor de neumonía postsarampionosa corresponde a mayo, y el menor a octubre; y que la mortalidad es mayor en el verano y menor en el invierno. Al combinarse la neumonía sarampionosa con otras infecciones tóxicas, aumenta la mortalidad, en particular si hay trastornos gastrointestinales, raquitismo o atrepsia. En 3 por ciento de todos los casos de neumonía postsarampionosa, se exagera la tuberculosis latente o aparece la forma ganglionar; y dos terceras partes de todos los casos de tuberculosis abierta terminan en la muerte. La pleuresía exudativa y el empiema están representados por 1 por ciento cada uno. Los sarampionosos menores de 5 años son los más propensos y los de 11 a 20 años, los menos propensos a la neumonía. De los 20 a 30 años, la neumonía es mucho más frecuentemente letal. En un porcentaje elevado, la neumonía no dura más de una semana. La mortalidad mayor corresponde a los primeros tres días. Esa complicación aparece, por regla general, en la primera semana de la enfermedad, y casi siempre en el quinto, o séptimo día, y mientras más temprana, más grave es. El número de casos terminados por absorción supera con mucho el de los de resolución. La temperatura no es característica. (Rudnitzky, N. L.: *Vrchnya. Gaz.* 274 (fbro. 28) 1931.)

*Cutirreacción.*—Lereboullet y Baize afirman que el sarampión modifica otras reacciones alérgicas, además de la cutirreacción a la tuberculina. Mientras dura el exantema, se han observado alteraciones de la Wassermann, de la Widal, y hasta en meras intradermorreacciones a proteínas heterólogas. Sin embargo, no se modifica la Schick. El sarampión no es la única infección capaz de negativar una cutirreacción a la tuberculina, pues hacen lo mismo la influenza, la tos ferina, la tifoidea, la escarlatina, la roseola epidémica, la varicela y la difteria, aunque algunas de ellas no son exantemáticas. El sarampión es la única que casi constantemente suspende la alergia tuberculosa, en tanto que las otras sólo actúan así excepcionalmente y, por lo común, en los niños, con la posible excepción de la influenza. El fenómeno debe ser efecto de una verdadera especificidad y probablemente, debido a que desaparece la inmunidad protectora contra la tuberculosis. (Lereboullet, P., y Baize, P.: *Arch. Méd. Enf.* 701 (dbre.) 1931.)

*Suero puerperal.*—Finkelstein comenzó en el invierno de 1929-30 a recoger suero placentario y tratarlo, después de mezclado, del mismo modo que la sangre

de convaleciente. Al ser inyectado a 148 niños, los protegió contra el sarampión a todos menos 15.5 por ciento, en tanto que el suero de convaleciente entre 311, fracasó en 21.8 por ciento. La mortalidad fué de 0.6 y 0.7 por ciento respectivamente. Para el autor, el suero puerperal resulta eficaz en la profilaxia del sarampión, y protege completamente o evoca un sarampión abortivo. La dosis varía de 40 a 60 c c. (Finkelstein, G. S.: *Vrchbne. Delo* 794 (agto. 31) 1931.)

*Inmunidad pasiva con sangre intramuscular.*—Farlow empleó las inyecciones intramusculares de sangre íntegra de adultos inmunes, en seis niños que habían estado en contacto con otros niños, que manifestaron un eritema sarampionoso de uno a dos días después. Los adultos habían tenido el sarampión unos 15 años antes. De los 6 niños, 5 quedaron protegidos por lo menos durante un mes, y el otro tuvo un ataque muy ligero. Dos de ellos vivieron después de la inmunización en la misma casa con la hermana que había contraído el sarampión y, sin embargo, no lo contrajeron. (Farlow, M. A.: *Mil. Surg.* 155 (agto.) 1931.)

Blauner y Goldstein, que emplearon sangre de donantes profesionales para impedir una epidemia de sarampión en un asilo de niños de Nueva York, declaran que hubo una proporción mayor de enfermos en los que recibieron el tratamiento, pues 40 por ciento de los testigos permanecieron indemnes, comparado con 12 por ciento entre los inoculados. (Blauner, S. A., y Goldstein, H.: *Am. Jour. Dis. Child.* 803 (obre.) 1931.)

*Suero y sangre íntegra.*—Tomando las cifras de varios autores, Bivings compara el efecto profiláctico del suero de convaleciente y el de la sangre íntegra de adulto en el sarampión. Entre 283 que recibieron sangre, los protegidos llegaron a 27.8 por ciento, los que revelaron una enfermedad atenuada a 36.7, y los fracasos a 36 por ciento. En 421 tratados con suero de adulto, las cifras fueron: 79.3, 19 y 1.3 por ciento. El autor cita en particular el trabajo de Morales y Mandry publicado en 1930. (Bivings, Lee: *South. Med. Jour.* 83 (eno.) 1932.)

Según Gunn, el suero de convaleciente y la sangre íntegra han sido empleados en el tratamiento del sarampión en el período agudo, pero sin resultados muy alentadores. Probablemente, una dosis mayor, administrada temprano y de preferencia en el período catarral, mitigaría la gravedad del ataque. Ni las dosis masivas obtienen alivio en el período tardío, debido probablemente a la presencia de invasores secundarios. El propuesto empleo de sueros antiestreptocócico y antineumocócico contra las complicaciones pulmonares es lógico, con tal que se pueda averiguar la naturaleza del microbio culpable. No hay específico contra el sarampión, y los últimos remedios propuestos, el piramidón y la actinoterapia, en los casos del autor, ni mitigaron el ataque, ni impidieron las complicaciones. La convalecencia suele ser rápida, pero todos los enfermos se benefician con un régimen abundante, el ejercicio apropiado al aire libre, y un preparado compuesto de aceite de hígado de bacalao y malta. Con esas medidas han disminuído las bronquitis crónicas y neumonías recurrentes, o tuberculosis postsarampionosas; pero todavía se necesitan más medios para la convalecencia y asistencia de los casos sarampionosos. (Gunn, W.: *Practitioner*, 19 (eno.) 1932.)

---

## TOS FERINA

*Diagnóstico temprano.*—Tras un estudio del método bacteriológico de diagnóstico de la coqueluche y pruebas en más de 100 sospechosos, Gardner y Leslie afirman que en el período incipiente de la enfermedad pueden distinguirse con una sola prueba por lo menos 3 de cada 4 casos, y el cuarto se pasa por alto debido a la falibilidad humana. Los autores recalcan la conveniencia de emplear cultivos eficaces antigénicos en la manufactura de las vacunas. Para ellos, no cabe duda de que el *Hemophilus pertussis* es la causa del mal. (Gardner, A. D., y Leslie, P. H.: *Lancet* 9 (eno. 2) 1932.)