

# CRÓNICAS

## VIRUELA

*Vacunación en Chile.*—Durante el año 1929 se practicó en Chile un total de 57,022 vacunaciones, comparado con 52,515 en 1928; y 564,892 revacunaciones, comparado con 558,178. El por mil de vacunados fué de 140.7 y 142.6, respectivamente. (*Estadística Chilena*, fbro., 1930.)

*Estados Unidos y Canadá.*—En los Estados Unidos (solamente 44 Estados y el Distrito de Columbia) hubo 38,062 casos de viruela en 1929, comparado con 35,673 en 1928 y 34,042 en 1927. La mortalidad ascendió a 0.35, 0.4 y 0.44 por 100 casos. Para el Canadá, las cifras fueron: 1,984, 3,430 y 2,831, y 0.25, 0.12, y 0.35. El coeficiente de mortalidad por 100 casos discrepó mucho en los distintos Estados de los Estados Unidos, o sea de un mínimo de 0.09 para Ohio, a un máximo de 1.69 para Louisiana en 1929. (*Statistical Bulletin*, Met. Life Ins. Co., mayo, 1930.)

*Cultivo del virus.*—Maitland y Laing<sup>1</sup> discuten el cultivo del virus vacunal en un medio compuesto de suero de riñón picado de gallina en solución de Tyrode. El virus ya cuenta con 21 pases, y ha aumentado cada vez de 10 a 1,000 veces o más, reteniendo siempre su capacidad para producir lesiones típicas en la piel de los conejos. Se han hecho subcultivos después de guardarlo 191 y 128 días, y las muestras han resultado infecciosas hasta 358 días después. Para los autores, vista la potencia y pureza del virus cultivado y su poco costo, el método se presta para la producción de "vacuna" en gran escala.

*Vacuna seca.*—En la reunión celebrada en Java por el Consejo de la Sección de Higiene, División Oriental de la Liga de las Naciones,<sup>2</sup> en febrero de 1930, fué opinión general que, bien preparada, la vacuna antivariolosa seca, es tan eficaz como la linfa glicerizada, que retiene su potencia durante mucho tiempo, y que debería extenderse gradualmente su empleo en los trópicos donde resulta difícil disponer de una linfa vacunal potente. Los datos disponibles denotan que la linfa seca ha resultado satisfactoria en el África Ecuatorial Francesa, el Congo Belga, Angola, Mozambique, Somalilandia Francesa, India Portuguesa, India Francesa, Indias Orientales Holandesas, Indochina Francesa, las Filipinas, y China, pero los institutos vaccinógenos de Nairobi, Colombo y Madras se muestran opuestos a ella. Varios

<sup>1</sup> Maitland, H. B., y Laing, A. W.: *Brit. Jour. Exp. Path.* 11:119 (ab.) 1930.

<sup>2</sup> Annual Report, 1929 League of Nations, Health Organization, Eastern Bureau.

autores recalcan la duración, casi ilimitada, de la potencia de la linfa seca si se guarda al vacío, de modo que podrían muy bien llevarla de repuesto los buques que cruzan la región ecuatorial. En el informe anual (1929) de la División Oriental de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, aparece un resumen bastante completo de la literatura disponible sobre el asunto.

*Relación con el alastrim.*—Para Leschke<sup>3</sup> el alastrim o amaas es una viruela “mitigada,” cuyo aspecto clínico discrepa algo del de la viruela clásica. El virus revela todas las características del varioloso, pero menor virulencia. La vacunación antivariolosa protege contra las dos formas. Las observaciones realizadas durante la reciente epidemia de alastrim en Holanda demuestran que para impedir las epidemias de esa enfermedad se necesitan las mismas rígidas medidas que contra la viruela. A fin de mermar el peligro de las complicaciones debidas a la vacuna, el autor recomienda vacunas menos virulentas, practicar la primera vacunación a la edad más temprana posible, y por fin, limitar a 1 o 2 el número de incisiones.

*Inconvenientes de la vacunación intracutánea.*—Kirstein<sup>4</sup> utilizó la vacunación intracutánea contra la viruela en 62 niños de 4 a 22 meses de edad. El método le pareció ser técnicamente más difícil, más largo, y más doloroso que la vacunación cutánea, y sobre todo más inconveniente tratándose de muchas criaturas. Además, la vacuna debe ser bacteriológicamente estéril.

*Cambios en la ley en Alemania.*—El Consejo Federal de Sanidad de Alemania<sup>5</sup> cree en la vacunación obligatoria, pero con cierta flexibilidad al aplicarla. Antes de vacunar, hay que cerciorarse de si el sujeto puede o no ser vacunado sin peligro para sí propio o para sus allegados. Un interrogatorio pormenorizado permitirá obtener la información deseada, complementándola con un reconocimiento médico. Por ejemplo, no debe vacunarse si existen enfermedades susceptibles de ser agravadas por la vacunación, o enfermedades extenuantes. El vacunador puede aplazar la vacunación por un año, si existe una predisposición física o psíquica en la familia, que infunda temor de que la vacunación puede seguir una evolución anormal, o perjudicar en otro sentido al sujeto. El consejo también apoya la indemnificación si la vacunación produce perjuicio.

*Encefalitis postvacunal.*—Paschen<sup>6</sup> repasa las diferentes teorías relativas a la patogenia de la encefalitis postvacunal y las medidas profilácticas. Las observaciones en Holanda con vacunas que no habían producido encefalitis en España y el Japón demuestran que debe existir en la persona vacunada el factor patógeno de la encefalitis

<sup>3</sup> Leschke, E.: Münch. med. Wchnschr. 76:2079 (dbr. 13) 1929.

<sup>4</sup> Kirstein, F.: Zeits. Hyg. Infkrank. 111:31 (fbro. 17) 1930.

<sup>5</sup> Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 94:1616 (mayo 17) 1930.

<sup>6</sup> Paschen, E.: Deut. med. Wchnschr. 56:219 (fbro. 7) 1930.

postvacunal o, por lo menos algún factor etiológico. Visto esto, no es probable que una vacuna dada impida las complicaciones subsecuentes. Se ha recomendado una sola incisión vacunal, pero tampoco ha impedido la encefalitis. Para el autor no se conoce todavía nada preciso sobre la etiología del estado, pero sí se ha descubierto que puede contrarrestarse la encefalitis con una inyección temprana de inmunisero procedente de una persona recién vacunada.

*Austria.*—Reisch<sup>7</sup> comunica que tras la vacunación de 233 niños de 5 a 10 años, se observaron síntomas encefalíticos en varios casos, 2 de ellos letales. La autopsia reveló la característica encefalomiелitis. Otros 6 niños manifestaron síntomas de 6 a 12 días después de la vacunación. Con respecto a patogenia, el autor da por sentado que la vacunación tuvo lugar mientras existía una epidemia de una enfermedad del sistema nervioso central.

*La encefalitis postvacunal en Holanda.*—La comisión nombrada por el Consejo de Higiene de los Países Bajos para el estudio de la vacunación y de los problemas relacionados, ha descubierto el siguiente número de casos de encefalitis postvacunal:<sup>8</sup> antes de 1924: número total 17, seguros 5; 1924—1927: 106 y 73; 1927: 62 y 49; y 1928: 12 y 11. La letalidad ha variado y ha sido más o menos de 33 por ciento en conjunto, pero ha bajado poco a poco, siendo mucho mayor antes de 1924. El intervalo entre la vacunación y la aparición de la dolencia (que puede ser considerado como período de incubación) no puede ser establecido exactamente, pero cabe promediarlo en 11 días, habiendo variado de 5 a 8, a 13 y hasta 16. El sexo y edad de los enfermos parece ejercer poco influjo. En los casos mortales la curación de la enfermedad fué por lo común breve, de un promedio de 5 días. A juzgar por los datos consecutivos a 1924, parece que la encefalitis se presenta más frecuentemente tras las vacunaciones efectuadas en los meses de febrero y marzo, y más raramente en mayo y octubre. Con respecto al número de vacunaciones, la proporción parece haber sido mayor en ciertas provincias que en otras, variando de 1 caso por 1,900 vacunaciones a 1 por 53,000. La distribución comunal, familiar, o en la práctica de un vacunador, no se presta para deducciones. La proporción a las distintas edades ha sido ésta: menos de un año, 1 caso por 20,000 vacunaciones; 1 a 2 años, 1 por 49,000; tercer año, 1 por 15,000; 4°, 5° y 6° años, 1 por 4,200, 3,200 y 3,100, respectivamente. Se notó que en las provincias más atacadas es que se hace la vacunación a una edad más tardía. Con respecto al influjo del origen y preparación de la vacuna, se utilizaron varias vacunas, procedentes de Viena, Berna, París, Hamburgo, pulpa de las Indias Holandesas, y neuropapina originaria de España. La única vez en que no se presentaron casos, fué cuando se utilizó la neuropapina

<sup>7</sup> Reisch, O.: Wien. klin. Wchnschr. 43:103 (no. 23) 1930.

<sup>8</sup> Jitta, N. M. J.: Bull. Men. Off. Int. Hyg. Pub. 22: 51 (no.) 1930.

precedente de Bandoeng, en las Indias Holandesas. Con respecto a la aparición de los casos, debe hacerse notar que se habían descrito en otros países fenómenos análogos, por ejemplo, los casos de Turnbull y McIntosh en 1912. En Holanda en 1902 se realizó una encuesta sobre las secuelas de la vacunación, y entre 2,500,000 vacunaciones sólo se comunicaron 2 casos de enfermedad relacionados con la vacunación, y fué bajo el nombre de meningitis tuberculosa. El período de la encefalitis postvacunal se inició en 1924 cuando Lucksch, de Praga, describió 3 casos que hoy día no se pueden considerar típicos. Fué Van Bouwdyk Bastiaanse el primero en describir los síntomas clínicos e histopatológicos en 1925. Las investigaciones relativas a las vacunas y que todavía prosiguen no han rendido hasta ahora nada positivo con respecto al origen de la encefalitis postvacunal. Las vacunas que han ocasionado encefalitis en los niños han sido examinadas en el Instituto Serológico del Estado, sin que se pudiera descubrir en ninguna de ellas neurotropismo particular. Con respecto a la intervención del virus vacunal, el Prof. Aldershoff examinó los órganos de una criatura que había sucumbido a la encefalitis y buscó la proporción de virus que contenía. Logró describirlo en el cerebro y otros órganos, pero observando al mismo tiempo que el cerebro no contenía anticuerpos virucidas. Como resultado de sus deliberaciones, la comisión cree que debe mantenerse provisoriamente la suspensión temporal de la obligación indirecta de vacunar a los niños. Sin embargo, es sumamente probable que las criaturas vacunadas antes de cumplir el tercer año corran mucho menos riesgo de contraer la encefalitis que las de más edad. Es un hecho que en Holanda hasta ahora sólo cuatro menores de un año han padecido de la encefalitis postvacunal, lo cual, dado el número de vacunaciones realizadas a esa edad, resulta sumamente bajo; y los 4 se curaron. Gorter ha apuntado que según las constataciones verificadas en su clínica, los pequeños toleran muy bien la vacunación. Convendría, pues, que los médicos insistieran en que la vacunación se realizara cuanto antes, y de preferencia durante el primer año de vida. Para la comisión, vistas las dos formas de la viruela, convendría emplear las dos designaciones de *variola major* (viruela), y *variola minor* (alastrim).

---

## LEPRA

*Argentina.*—Durante el año 1928, se ha continuado haciendo el censo de la lepra en la Argentina. Las regiones en que se ha encontrado más enfermos son éstas: Capital Federal, 422; Provincia de Buenos Aires, 166; Corrientes, 283; Entre Ríos, 203; Santa Fé, 333; y Córdoba, 113; el total llega a 1,687. Las cifras no son definitivas, y un 10 por ciento más o menos de los denunciados por los médicos no han podido ser descubiertos. Sobre la base de los datos acopiados,