

(3 a 4 cápsulas según la edad). En nueve casos el autor suministró 10 gms. de sulfato de magnesio disuelto en un vaso de agua después de ingerirse las cápsulas. Todos los enfermos continuaron en su ocupación. El intestino funcionó espontáneamente en dos, dos veces durante el día. Pocos enfermos se lamentaron de algunas náuseas, leve aturdimiento y zumbido de oídos, y otros acusaron tendencia al vómito, ligeros vértigos y formicación. De cuatro niños de 6 a 10 años, ninguno manifestó el menor trastorno. Tres gestantes se quejaron de algunas náuseas, frecuentes eructos y leve tendencia al vómito durante tres o cuatro horas. El examen de las heces, repetido a los 10 días y al mes, sólo en dos casos reveló raros huevos de anquilostoma. El uranálisis no reveló lesión renal alguna.

*El tetracloruro en la anquilostomiasis infantil.*—Casaubón y Carreño<sup>73</sup> presentaron a la Sociedad Argentina de Pediatría cinco anquilostomiásicos, a los cuales se les hicieron varias curas con tetracloruro de carbono y aún otros medicamentos. Todos estaban poliparasitados. La dosis fué de 0.2 cc. por año de edad, seguida de un purgante salino, y no obstante la repetición de los tratamientos, sólo se ha curado un caso. En todos mejoraron la anemia y el estado general, pero los enfermos habían recibido además regímenes alimenticios y terapéuticos.

---

## INFLUENZA

*Etiología.*—Falk y sus colaboradores<sup>1</sup> de la Universidad de Chicago declaran que produjeron una enfermedad parecida a la influenza humana, con signos de agotamiento, fiebre, patología de las vías aéreas superiores, y leucopenia con linfocitosis relativa en una serie de 16 monos resus y capuchinos inoculados con material obtenido, durante el acmé de la epidemia, de 8 casos humanos, o de los monos inoculados de ese modo. Para infectar a los monos, bien pulverizándoles la nariz y garganta o por "contacto," utilizaron cultivos de 12 tipos. En 28 animales sólo apareció la enfermedad tras el empleo de un cultivo de estreptococos pleomorfos, aislados de la sangre de un caso humano muy incipiente. En 2 monos, la pulverización de la nariz y garganta con dichos estreptococos produjo una reacción "tóxica" aguda, con agotamiento inmediato, y en 3 se produjeron signos clínicos de influenza tras la pulverización con cultivos íntegros, bacterias lavadas, y cultivos sobrenadantes. Un cultivo mixto de las mucosidades de la tráquea de un mono infectado experimentalmente, produjo en 3 monos una infección más intensa de las vías aéreas superiores que el cultivo puro mismo, y la mezcla con neumococos agudizó aún más las reacciones clínicas y produjo placas espar-

---

<sup>73</sup> Casaubón, A. y Carreño, C.: *Semana Méd.* 36:1376 (nbre. 7) 1929.

<sup>1</sup> Falk, I. S., y otros: *Jour. Am. Med. Assn.* 93: 2030-2034 (dbre. 28) 1929.

cidas de neumonía. En 3 capuchinos y 3 resus, se produjo influenza leve con cultivos anaerobios de los estreptococos, y de éstos mezclados con neumococos. También apareció influenza leve en 3 resus colocados en la misma jaula con otro pulverizado con los estreptococos pleomorfos. En los últimos experimentos, pareció disminuir la virulencia de la influenza experimental, y un estudio cultural puso de manifiesto colonias "lisas," "intermedias," y "ásperas." Todas esas colonias produjeron infecciones en 10 monos pero más intensas cuando se empleaban las "ásperas." Las pulverizaciones con colonias "ásperas" produjeron ligeras reacciones en 4 monos vacunados mediante pulverización nasofaríngea con suspensiones matadas al calor. La inyección intracardiaca del filtrado de los cultivos de los estreptococos pleomorfos, en particular de los ásperos, fué seguida a la media hora de ligera leucopenia y disminución de los polimorfonucleares, y a la hora y media de hiperleucocitosis polimorfonuclear. En los conejos, las pulverizaciones rinofaríngeas y las inyecciones intratraqueales de los estreptococos no produjeron signos patológicos. El estudio serológico de sangre tomada poco después de la epidemia de influenza, de unas 50 personas, demostró la existencia frecuente de aglutininas contra dichos estreptococos pleomorfos, y los más o menos afines diplococos que podían evocar trastornos respiratorios en los monos. En lo que pudo determinarse por las pruebas de absorción, dichas aglutininas eran "específicas." Entre los muchos centenares de cultivos aislados, se distinguieron 8 grupos morfológicos y culturales, y parece que sólo 2 de ellos poseen significación etiológica con respecto a la epidemia de influenza del invierno de 1928-29, a saber: grupo I, estreptococos verdógenos y pleomorfos que varían en sus facultades de fermentación y de coloración al gram, y que no han sido encontrados normalmente en la sangre o aparato respiratorio de los monos; y grupo Ia, diplococos verdógenos, relativamente grandes, positivos al gram y anapleomorfos. Ambos grupos son insolubles en la bilis, y aerobios facultativos. El primero es mucho más capaz de producir influenza experimental en los monos, y no es improbable que sea semejante o idéntico a otros microbios descritos anteriormente. Los cultivos de este grupo han sido aislados por los autores a lo menos 49 veces, y es seguro, o muy probable, que 48 de ellos procedían directamente del hombre o de monos infectados directa o indirectamente con material humano. En bastantes casos se presentó una afección aguda de la porción superior del aparato respiratorio, después de terminar la epidemia, entre el personal de laboratorio expuesto a la infección estreptocócica allí.

El periódico en que aparece este trabajo, comenta editorialmente ciertos puntos así: Los investigadores de la Universidad de Chicago, al parecer, no han ido mucho más allá que sus antecesores. La perplejidad dimana principalmente de que resulta difícil distinguir

la influenza epidémica clínica de las infecciones respiratorias agudas. En 1892 ya Pfeiffer describió un microbio, y cada decenio, desde 1900, ha rendido su cuota. El Dr. D. J. Davis, en Chicago en 1906, fué el primero en inocular al hombre con cultivos puros del bacilo de Pfeiffer, pero recalcando que los síntomas producidos no eran de verdadera influenza. Durante la epidemia de 1918, a varios voluntarios les inocularon 13 distintas razas de bacterias aisladas de casos de influenza, y todos ellos manifestaron síntomas, pero tampoco fueron aceptados como típicos de influenza epidémica. Los estreptococos aislados por Mathers y Tunnicliff en 1918 y por Rosenow en 1919, el microbio filtrable descrito por Meyer en 1919, y el *Bacterium pneumosintes* de Oltzky y Gates, son acreedores a tanta consideración como el germen de Falk.

*Estado actual de la etiología.*—La influenza es una enfermedad infecciosa, transmisible de hombre a hombre, con un período de incubación de uno a tres días.<sup>2</sup> Es contagiosa, pero no de modo obligado, en todos sus períodos. El germen causante permanece todavía desconocido, y casi todos los autores creen que la enfermedad reconoce un origen diblástico, habiendo algún germen poco patógeno que sirve de vector al verdadero agente etiológico. El papel del bacilo de Pfeiffer dista mucho de hallarse definitivamente aclarado.

*Producción por el Micrococcus catarrhalis.*—Walker<sup>3</sup> practicó tres inoculaciones experimentales con el *Micrococcus catarrhalis*, aislado de una garganta humana y mantenido en un medio artificial durante 10 años. Dos de las tres inoculaciones intranasales produjeron típicos resfriados, y el microbio inoculado fué aislado en cultivo puro. En un caso no se descubrió el microbio en los primeros cultivos, pero sí más adelante, al volverse mucoideo el exudado. Esos experimentos, unidos a dos anteriores con el *Bacillus influenzae* y el *B. bronchisepticus*, parecen indicar que las bacterias cultivadas del exudado nasal constituyen la causa primaria de los resfriados.

*Epidemiología.*—El Prof. Fernand Bezançon discutió recientemente; ante la Sociedad Médica de los Hospitales de París, las diversas características de las recientes epidemias de influenza. Por ejemplo, los rasgos eran muy distintos en la epidemia de 1929 que en las de 1889 y 1918. En la última epidemia, las manifestaciones nerviosas sobresalieron mucho menos, y lo mismo reza con los fenómenos hemorrágicos. En cambio, predominaron los signos catarrales y las manifestaciones broncopulmonares. Para el orador, epidemiológicamente pueden observarse tres formas de influenza: (1) las grandes epidemias, como la de 1889 y 1918, en que los fenómenos nerviosos y respiratorios revisten una forma especial que prevalece en todas las estaciones, hasta en el verano; (2) la ordinaria forma catarral del

<sup>2</sup> Neisser: Deut. med. Wehnschr., No. 9 (mzo. 1) 1929.

<sup>3</sup> Walker, J. E.: Jour. Inf. Dis. 44: 264 (mzo.) 1929.

invierno, que puede tomar forma epidémica, pero sólo provoca epidemias locales; (3) la actual forma epidémica, difícil de clasificar, que ya se observara en 1904, y que se ha vuelto una pandemia, pero en que los fenómenos gripales son banales, revistiendo más bien la naturaleza de catarro, bronconeumonía y neumonía. La clasificación es tanto más difícil, pues hasta en 1889 y 1918, durante ciertos períodos, se observó un brote corriente de bronconeumonía contagiosa, sin nada de naturaleza gripal.

*Etiología y epidemiología.*—Al investigar la etiología de la influenza, declara Kisskalt,<sup>4</sup> es necesario considerar otros puntos además de la morfología y biología de los microbios. Uno de ellos es la frecuencia estacional, pues la enfermedad es contraída más a menudo en los días lluviosos del invierno. Los empujes epidémicos proceden probablemente de un aumento de la virulencia del bacilo. La epidemia de 1918 comenzó en el verano, y la extenuación de la gente quizás fuera un factor sobrepuesto. No se ha determinado definitivamente si el bacilo de Pfeiffer es la verdadera causa excitante, y milita contra ello el que no lo descubrieran al principio de la epidemia ni los investigadores más expertos.

*Profilaxia.*—Para Schmidt,<sup>5</sup> las reuniones públicas son la causa más frecuente de la rápida propagación de la influenza, de modo que deben ser evitadas en tiempo epidémico, y si no es posible hacerlo, por ejemplo en las grandes poblaciones, puede filtrarse el aire inhalado colocando torundillas de algodón en la nariz. La conjuntiva puede ser protegida por medio de gafas; a los labios y la nariz puede aplicarse lanolina hídrica. Los dedos no deben tocar los ojos, nariz o boca. Para la profilaxia eficaz precisa el aseo más escrupuloso, en particular con respecto a pañuelos.

*Empleo de máscaras en los hospitales.*—El profesor Marchoux, del Instituto Pasteur, abogó, hace algún tiempo, ante la Academia de Medicina de París en pro del empleo de máscaras por los médicos encargados de los griposos, según se hacía en la Edad Media. El Dr. Brunet, médico jefe del Hospital Naval de Brest, que probó el método durante la reciente epidemia de gripe que llevó a 600 enfermos al hospital, no observó un sólo caso de contagio hospitalario una vez que médicos, enfermeras y enfermos se pusieron máscaras humedecidas con aceite de gomenol.

*Frecuencia del bacilo de Pfeiffer en las gargantas normales.*—Bourn<sup>6</sup> descubrió el bacilo de Pfeiffer con relativa frecuencia en las gargantas normales en épocas interepidémicas. En un período caracterizado por un gran número de infecciones respiratorias, la frecuencia aumentó notablemente. En los cultivos procedentes de neumónicos, bronco-

<sup>4</sup> Kisskalt, K.: Deut. med. Wchschr. 55: 648 (ab. 19) 1920.

<sup>5</sup> Schmidt, P.: Deut. mediz. Wchschr. 55: 129 (ero. 25) 1929.

<sup>6</sup> Bourn, J. M.: Jour. Prev. Med. 2: 441 (nbre.) 1928.

neumónicos y tuberculosos, el bacilo fué mucho más frecuente que en los obtenidos de sujetos normales. En las personas afectas de resfriados, angina o ligera irritación de la mucosa respiratoria, la frecuencia fué ligeramente mayor. El bacilo fué encontrado en las gargantas normales en épocas interepidémicas en la misma proporción que en las enfermedades de los niños. La fluctuación parece corresponder a las distintas gargantas más bien que a las estaciones. No se ha notado un aumento constante en la frecuencia desde la epidemia de 1928.

*Argentina.*—En la Argentina, según Facio,<sup>7</sup> aparece en forma epidémica la gripe anualmente desde 1918. En el mes de junio de 1929 comenzó en Buenos Aires la epidemia, extendiéndose paulatinamente al interior del país, y afectando por fin las ciudades de Mendoza y Salta. En general, puede afirmarse que el estado sanitario de las tropas es el reflejo del de la población civil, y que tratándose de enfermedades infecciosas, suelen difundirse a los cuarteles de la ciudad, y la mayor morbilidad de los conscriptos dependerá de la inmunidad natural y adquirida que puedan tener. Así lo demuestra el que los cuerpos armados de la capital federal no tuvieran gripe epidémica este año, no obstante la muy intensa desarrollada en junio y julio, que motivó el cierre de los establecimientos escolares, debiéndose la inmunidad a que las epidemias anteriores han inmunizado a una buena parte de la población. Buenos Aires tiene que soportar anualmente la gripe, la cual ataca únicamente a los que no han sido inmunizados. Eso es lo que pasa a los médicos, que son los primeros en experimentarla, y tras uno o dos ataques consecutivos, permanecen indemnes por espacio de cinco a seis años. En el interior de la República no ocurre lo mismo, porque las poblaciones rurales están más dispersas, y siendo menores las probabilidades del contagio, los llamados al servicio militar no están inmunes y se enferman en mayor número. Por ejemplo, en la ciudad de Tucumán revistió bastante importancia la epidemia gripal, debido a la deficiente situación edilicia, y también fueron numerosos los casos de neumonía, bronconeumonía y congestión pulmonar en el Hospital Militar, aunque, felizmente, la mortalidad fué mínima en relación con otros años de intensa epidemia como el actual.

*Estados Unidos.*—Veldee<sup>8</sup> ha estudiado en varias de las principales poblaciones de los Estados Unidos, situadas en diversas regiones, la mortalidad producida por la última epidemia de influenza (1928-29). Casi 15 por ciento de la población estudiada acusó historia de influenza en 1928-29; 0.47 por ciento historia de neumonía y 14 por ciento más coriza. La proporción de influenza fué sumamente baja en

<sup>7</sup> Facio, L.: Rev. San. Mil. 28: 400 (sobre-obre.) 1929.

<sup>8</sup> Veldee, M. V.: Pub. Health Rep. 44: 1133 (mayo 10) 1929.

Boston, 9.9 por ciento, y sumamente elevada en Des Moines, 28.6 por ciento. Con esas dos excepciones, la frecuencia sólo varió de 11.3 por ciento en Baltimore a 17.9 por ciento en Seattle. La frecuencia de la neumonía, 4.47 por 1,000 para todas esas poblaciones, osciló entre 2.56 en San Francisco y 7.65 en Pittsburgh.

Grave como fué la situación en 1928, un autor reciente<sup>9</sup> ha hecho notar que en 1928, aunque hubo dos empujes de influenza (en la primavera y el otoño), la mortalidad por influenza-neumonía sólo fué de 94.1 por 100,000, or sea mucho menor que en 1920 (159.5), y aun 1926 (105.6), 1923 (107.7) y 1922 (95.3). En conjunto, el reciente brote apenas si llegó a 40 por ciento de lo observado en la gran pandemia de 1918-19, y ni alcanzó a las cifras de 1920.

Al repasar la mortalidad por influenza durante la epidemia pasada en los Estados Unidos, nótase que a finales de noviembre las muertes comenzaron a elevarse, de modo que para fines de 1928 la mortalidad en las 78 ciudades principales había subido a poco más de 1,000 por semana, comparado con 100 un mes antes. Se llegó al pico en enero, con 1,500 muertes, después de lo cual la enfermedad retrocedió hasta bajar de nuevo a 1,000 semanales el 30 de marzo. La neumonía acusó una curva semejante, salvo que el número de muertes fué mucho mayor, y la disminución menos precipitada. En la semana terminada el 24 de noviembre, hubo 791 muertes de neumonía en las susodichas 78 poblaciones; en la última semana de diciembre 1,981, y en la segunda semana de enero, que representó el pico, 2,574. En la semana terminada el 30 de marzo hubo 999 muertes.

*Honduras.*—En su informe de 1928-29, el Dr. Antonio Vidal, Jefe del Departamento de Enfermedades Tropicales de la Dirección General de Sanidad de Honduras, declara que la gripe existe en el país con características, endémicas durante todo el año y epidémicas durante los meses de febrero a mayo, alcanzando su acmé en el mes de abril. De febrero a julio de 1929 se localizaron y trataron 3,630 casos. Los departamentos donde se trabajó contra la gripe fueron los siguientes: Tegucigalpa, Yoro, Comayague, Valle, Intibucá, La Paz, Gracias, Santa Bárbara y Copán. Los sitios más afectados fueron los más altos de la República, como La Esperanza, Opatorro y Guajiquiro.

*Sexo.*—Apert<sup>10</sup> ha confirmado, durante la epidemia de 1929, las observaciones que realizara durante la pandemia de 1918, relativas a la mayor susceptibilidad del sexo femenino a la influenza. Según las estadísticas parisienses, las muertes de mujeres durante la última epidemia superaron en más de 25 por ciento a las de varones. En cuanto a las causas más vinculadas con la epidemia (gripe, neumonía,

<sup>9</sup> Statistical Bull., Metropolitan Life Insurance Co. 10: 1 (ab.) 1929.

<sup>10</sup> Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 93: 314 (jul. 27) 1929.

bronquitis y otras afecciones respiratorias, exclusive tuberculosis), las muertes de mujeres quintuplicáronse y más durante el período, en tanto que las de los varones apenas si se triplicaron. Aparte de la influenza entre las enfermedades infecciosas, la tos ferina y la corea, afectan a la mujer, según Apert, más que al sexo masculino. En todas las demás existe un ligero exceso para el sexo masculino.

*Zona y eritema multiforme.*—Durante la última epidemia de influenza, Joseph <sup>11</sup> notó la frecuencia del eritema multiforme y del zona, del primero al principio, y del último hacia el final de la enfermedad.

*Vómito encefalitoideo.*—Welch <sup>12</sup> comunica cinco casos de vómito postinfluenzal que cree son de encefalitis epidémica aguda ligera.

*Resfriados en los monos.*—Dochez y sus colaboradores <sup>13</sup> descubrieron recientemente que el coriza o resfriado también aparece, si no idénticamente, por lo menos en una forma muy parecida, entre los antropoides, y no faltaron signos de que esos animales contrajeron infecciones de las vías aéreas superiores por contacto fortuito con el hombre. Después, los mismos investigadores <sup>14</sup> demostraron que los filtrados nasales obtenidos de personas que padecían de típicos corizas, al ser inyectados intranasalmente en los antropoides, producían típicos corizas como en la mitad de los casos. En todos los experimentos positivos se cultivaron anaerobios negativos al gram del tipo descrito por Olitsky y Gates, pero sin asignarles valor etiológico. Los ensayos de comprobación, con lavados de sujetos sanos, resultaron siempre negativos. Para los investigadores, sus observaciones permiten sospechar que la infección respiratoria a que se refieren es causada por un virus filtrable.

*Vacunación.*—De 102 cultivos de cultivos y sangre de griposos estudiados por Ferrán, <sup>15</sup> sólo 25 por ciento fueron positivos, y éstos procedían de enfermos de gravedad, en las 24 horas anteriores a la muerte. El microbio aislado fué un coco o diplococo positivo al Gram. Esos cultivos pierden pronto su virulencia, pero son tan virulentos que una gota inyectada subcutáneamente basta para matar a las ratas. Un cultivo obtenido del pulmón hepatizado de las personas muertas rindió las mismas bacterias, y el suero sanguíneo de los convalecientes lo aglutinó. El autor preparó una vacuna de los cultivos puros, inyectándose 1 cc. a sí propio y al personal de laboratorio. Al autor le parece que su vacuna posee valor inmunizante, aunque no pudo demostrarlo, pues la epidemia acababa de llegar a su fin.

<sup>11</sup> Joseph, W.: Deut. med. Wechschr. 55:657 (ab. 19) 1929.

<sup>12</sup> Welch, A. S.: Ann. Int. Med. 2:1194 (mayo) 1929.

<sup>13</sup> Dòchez, A. R., Shibley, G. S., y Mills, Katherine C.: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 26:562 (ab.) 1929.

<sup>14</sup> Shibley, G. S., Mills, Katherine C., y Dochez, A. R.: Íd. 27:59 (obra.) 1929.

<sup>15</sup> Ferran, J.: Siglo Méd. 83:401 (mzo. 2) 1929.