

completa, pero 7 casos de parálisis general mejoraron bastante; 16 no mejoraron; 8 murieron después, y 1 durante el tratamiento.

Piretoterapia de la blenorragia.—Nittis⁷³ utilizó la técnica de Fochier en 11 casos de blenorragia, inyectando de 0.2 a 0.5 de trementina para producir fiebre. Siete enfermos se curaron completamente, uno sin más tratamiento. En 5 se combinó el absceso aséptico con inyecciones uretrales, y en uno con inyecciones uretrales, intravenosas de vacuna e intramusculares de leche. En 3 casos la uretritis continuó, pero las complicaciones se curaron.

CÓLERA

Vacunación.—La vacunación anticólerica fué introducida en las Filipinas en 1920, dando buenos resultados.¹ Desde 1922 se emplean dos clases de vacuna: la mixta, que contiene por centímetro cúbico 2,000,000,000 del vibrión colérico, 1,000,000,000 de bacilos tifoideos y 500,000,000 de los paratifoideos A; y la pura, que contiene 3,000,000,000 de vibriones por centímetro cúbico. Ambas se expiden en frascos de a 60 cc., que prepara el Negociado de Ciencias. En la última epidemia en Manila la vacunación se aplicó en todas las fábricas, oficinas, escuelas, hoteles, tiendas, restaurantes y buques; sistemáticamente a domicilio; y en estaciones permanentes de vacunación en los mercados, puestos de sanidad y galleras (en los días de peleas de gallos).

Vibriones inaglutinables.—El Tte. Cnel. Dunn² ha observado en las Provincias Unidas de la India, en sus investigaciones realizadas en agosto, 1928, que los vibriones inaglutinantes del cólera son aislados más a menudo en las aguas negras. Algunas veces, aunque raramente, enfermos que acusan todos los signos y síntomas del cólera clínico, sólo presentan vibriones inaglutinables. Quizás éstos no tengan nada que ver con el cuadro clínico, y los síntomas se deban a alguna otra enfermedad, por ejemplo paludismo o envenenamiento alimenticio. Dichos enfermos no son contagiosos en el sentido en que el verdadero colérico lo es. Hay a menudo un aumento pronunciado del número de vibriones inaglutinantes durante la estación del cólera, lo que permite creer que existe una relación entre esos vibriones y los de Koch, aunque quizás tampoco haya relación. En Hardwar, la causa principal de la infección radica en el Ganges al cual van a parar las aguas servidas, y como las aguas del río están consideradas como sagradas, todos los peregrinos las consumen, siendo generalmente las víctimas del cólera. De todos los coléricos de Hardwar, 90 por ciento habían bebido dicha agua, y 84 por ciento la procedente de la parte del río en que desagua la población. Hankin publicó en 1896 algunas observaciones relativas a la facultad anti-

⁷³ Nittis, S.: New England Jour. Med. 199: 1041 (nbre. 22) 1928.

¹ Arenas, F.: Philip. Health Serv. Bull. 7: 640 (nbre.) 1927.

² Dunn, C. L.: Proc. Verb. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub., Session Ord. oct. 1928, p. 48.

séptica de las aguas del Jumna y del Ganges sobre el vibrión cólico en particular, pero las observaciones realizadas en Hardwar no apoyan esa teoría.

Jorge hizo notar que las observaciones precedentes contradicen o desploman los viejos teoremas epidemiológicos, pues plantean de nuevo la delicada cuestión de los vibriones no aglutinantes, en su mayoría meros saprofitos, y los aglutinantes. Es sabido que hay vibriones desprovistos de aglutinación, que la adquieren por los métodos ordinarios de laboratorio, volviéndose idénticos al vibrión de Koch, y por el contrario, éste puede perder su aglutinabilidad. Esos problemas revisten mucha importancia en la profilaxia y lucha contra el cólera.

Cantacuzène declaró que no encuentra nada en los recientes trabajos indios que choque con las tesis actuales ni que oriente los métodos profilácticos. Dunn no niega que en una epidemia existan portadores de vibriones inaglutinables. Lo notable es el elevado número en la India en época de epidemia. En Europa no hay focos cólicos permanentes; se encuentran portadores sanos de gérmenes antes y después de las epidemias, como se constató en 1926, al presentarse los primeros casos en la Dobrudya. Para él, sería peligroso renunciar a las medidas destinadas a despistar esos portadores.

PESTE

Formas bubónica y neumónica en la Argentina.—Al haber la última epidemia de peste en Buenos Aires, Vivoli¹ tuvo ocasión de estudiar varios casos de peste bubónica y neumónica. De sus seis observaciones, en las tres primeras la localización fué primitivamente ganglionar y secundariamente pulmonar, siguiendo las vías sanguínea y linfática, como lo atestigua el hallazgo del germen en los vasos sanguíneos y linfáticos del pulmón y demás órganos. En los tres restantes la contaminación tuvo lugar por vía aérea, encontrándose un sinnúmero de gérmenes en alvéolos y bronquios. La lesión pulmonar varió de simple esplenización a broncoalveolitis nodular confluyente, pasando por la bronconeumonía catarral a la nodular infartoidea. Si bien el bacilo de Yersin realiza en el sistema ganglionar un tipo de lesión que conserva con ligeras variantes el mismo aspecto, cuando se localiza en el pulmón es capaz de realizar toda una variedad de lesiones anatómicas, siendo algunas de ellas de fácil confusión con otros procesos banales. La coloración pulmonar es de un intenso rojo violáceo y en las zonas de hepatización gris amarillento, con cierta semejanza al cáseum.

Vallegrande, Bolivia.—En su informe presentado al Ministro de Gobierno y Justicia de Bolivia, la Comisión Médica de la Peste en

¹ Vivoli, Donato: Rev. Círc. Méd. Arg. & Centro Estud. Med. 29: 54 (eno.) 1929.