

gados, que desintegran la proteína de ciertas células. Virulencia y patogenicidad dependen de la relativa potencia del bacteriófago. Según dicho autor, la reposición no tiene lugar mediante la adquisición de verdadera inmunidad, pues un individuo puede contraer el cólera varias veces durante la misma epidemia, como sucede también en la disentería. Para d'Herelle, la bacteriofagoterapia es, pues, el principal medio de combatir el cólera, y ha aplicado ese método en millares de casos de disentería bacilar, obteniendo la reposición dentro de veinticuatro horas. Según el autor, el portador del vibrión no es infeccioso, y sus experimentos demuestran también que todos los portados del vibrión también lo son del bacteriófago, es decir, que en el portador tiene lugar el mismo fenómeno que ocurre en el individuo normal con referencia al colibacilo. Es decir, existe una simbiosis bacteriófago-vibrión, de modo que el portador, en vez de propagar la infección, propaga la reposición.

Aglutinabilidad del vibrión.—Desde 1916, ha llamado la atención en las Filipinas la existencia de vibriones inaglutinables. Dada la constante presencia de esos vibriones seudocoléricos en las aguas de dichas Islas, la *Revista Filipina de Medicina y Farmacia* (fro., 1929, p. 50), declara que se necesita buscar una nueva base cultural o inmunológica para debida diferenciación y apropiado diagnóstico de los verdaderos vibriones coléricos.

PESTE

Epidemia de Vallegrande.—A mediados de 1928, una comisión médica enviada de la ciudad de Santa Cruz a la de Vallegrande, Bolivia, declaró que había constatado bacteriológica y clínicamente varios casos de peste bubónica en las inmediaciones de Vallegrande, muchos de los cuales tuvieron una termación fatal. El Instituto Médico Sucre envió a dos de sus miembros a combatir la epidemia y colaborar con el gobierno, pidiendo para ello la cantidad suficiente de suero antipestoso y los elementos destructores de los vehículos de contagio, y se publicó y circuló un boletín sanitario en todo el departamento, se hicieron indicaciones útiles a las autoridades, y solamente cuando el gobierno encomendó a una comisión médica de La Paz la labor antipestosa, el Instituto dejó de proseguir sus actividades profilácticas. Felizmente, pudo yugularse la epidemia con relativa facilidad, sin que traspusiera los límites del foco primitivo.

VIRUELA

Epidemiología.—Según Russell y Sundararajan,¹ es probable que en la India la baja humedad relativa favorezca la aparición de la viruela

¹ Russell, A. J. H., y Sundararajan, E. R.: *Indian Jour. Med. Res.* 16: 559 (ero.) 1929.

virulenta. Observando los cambios, en particular en las zonas secas, pueden predecirse las epidemias de viruela con bastante anticipación.

Vacuna producida en Bolivia.—Durante el año 1928, el Servicio Nacional de Vacuna Antivariolosa de Bolivia produjo 6,453 ampollas para 134,058 vacunaciones, o sea una cantidad muy superior a la de los años anteriores. La vacuna parece ser muy activa, y según el informe del director del servicio, Dr. A. Solares Arroyo,² es incomparablemente superior, no tan sólo a las vacunas sudamericanas, sino también a las europeas. La subvención que debe pagar el Tesoro Nacional ha sido disminuida últimamente, y el director cree que quizás fuera más ventajoso recibir subvenciones departamentales y municipales, y además, vender el fluido a los establecimientos industriales, mineros y ferroviarios que lo necesiten.

Éxito de la vacunación en el Perú.—Ego Aguirre³ publica gráficas preparadas por L. G. Velarde, para demostrar el descenso experimentado en la mortalidad variólica en Lima después que aumentaron las vacunaciones. De una proporción que llegó en algunos años, como en 1896, a 450 por 1,000 (100,000?), las cifras han disminuido a menos de 5 en los últimos años, y hoy día ya nadie muere de viruela en Lima. La mortalidad variolosa infantil ha disminuido igualmente de 40 y 50 por 1,000 hasta extinguirse hoy día. Desde el 3 de enero de 1896, la vacunación y revacunación son obligatorias en el Perú.

Vacunación intradérmica.—Pinelli⁴ practicó la vacunación intradérmica en las criaturas del ambulatorio de la clínica pediátrica de Nápoles con linfa diluida, de la cual inyectó 0.1 cc. previa esterilización con tintura de yodo y alcohol. Vacunó a 290 niños, sin observar trastornos generales, y sólo rara vez algunas décimas de fiebre.

Virus termorresistente (cuniculotesticular).—Entre los varios factores que ejercen un influjo nocivo sobre la conservación del virus cunicular in vitro, el más frecuente e importante consiste en la exposición a una temperatura ambiente. Armstrong⁵ describe los estudios que, mediante la selección y propagación continua, le permitieron descubrir una vacuna cuniculotesticular de virulencia exaltada para los animales, la cual reveló un aumento de varios centenares por ciento en el período de tiempo durante el cual tolera una temperatura de 37.5° C., y sin embargo, rinde típicos "prendimientos" en los conejos. El sexuagésimoprimer pase se muestra todavía potente después de haber sido guardado treinta y tres días y tres horas a esa temperatura. Se continúa todavía el proceso selectivo, pues no parece haberse alcanzado el límite.

Encefalitis postvacunal.—En la sesión de octubre, 1928, de la Comisión Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, se

² Rev. Inst. Méd. "Sucre" 25: 15 (fbro.-mzo.) 1929.

³ Ego Aguirre, E.: Acción Méd. 2: 7 (mzo. 23) 1929.

⁴ Pinelli: Pediatría, smdo. Gior. Reale Soc. Ital. Igiene 51: 56 (fbro. 28) 1929.

⁵ Armstrong, Charles: Pub. Health Rep. 44: 1183 (mayo 17) 1929.

hizo notar que la encefalitis postvacunal ha continuado en Holanda, habiendo en los primeros 6 meses de 1928, 1 caso por cada 2,800 vacunaciones, o sea la misma proporción que en 1927. Durante 5 semanas se utilizó una linfa vacunal procedente de un país en que no se había comunicado encefalitis postvacunal, pero produjo un caso en Holanda, a pesar del pequeño número de vacunaciones. Se ha dicho que los accidentes postvacunales sólo se presentan en los países en que la vacunación a la edad escolar es la primera que experimentan los niños, y debería investigarse si ha habido casos fuera de Inglaterra y Holanda, en los países en que no se exige la vacunación en el primer año de vida. ¿Ha habido casos desapercibidos entre los vacunados en el primer año? ¿Ejerce la vacunación de los padres algún influjo? Debe hacerse notar que la reacción local no manifiesta ninguna característica excepcional en los niños que acusan encefalitis pocos días después.

Encefalitis postvacunal.—Fulgham y Beykirch ⁶ comunican un caso observado en East St. Louis, Ill., E. U. A., en un niño de 6 años, que murió.

Encefalitis postvacunal en la Argentina.—Fracassi y Recalde Cuestas ⁷ comunican un caso de encefalitis postvacunal en un niño de 3 años, que se presentó a los 14 días de la inoculación.

TIFO

Varietad americana.—Mooser ⁸ declara que el tabardillo constituye una variedad del tifo que puede ser diferenciada de la forma europea por la inoculación en el cobayo. La dolencia del sur de los Estados Unidos es idéntica al tabardillo, y se diferencia de la enfermedad de Brill, de Nueva York, que pertenece a la forma europea.

La reacción del cobayo en el tifo americano.—Maxcy ⁹ declara que la sangre de las personas que padecen del "tifo endémico" americano, al ser inyectada en los cobayos, produce una enfermedad febril, seguida de reposición e inmunidad subsecuente. Esa reacción parece idéntica a la descrita por Mooser en el tifo mexicano. En cambio, se diferencia del tifo del Viejo Mundo en el carácter de la curva febril, en la relativa rareza de los llamados nódulos en los cortes cerebrales, y en la existencia de una lesión albugínea descrita por primera vez por Neill en 1918 en el tifo mexicano.¹⁰ Másrecientemente, el Dr. Henry Pinkerton, de la Universidad de Harvard, ha logrado también encontrar microbios intracelulares en la túnica escrotal de los cobayos infectados con tifo europeo.

⁶ Fulgham, J. H., y Beykirch, J. G.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 1427 (ab. 27) 1929.

⁷ Fracassi, T., y Recalde Cuestas, J. C.: Clin. Méd. 18, No. 8, 1928.

⁸ Mooser, H.: Jour. Infect. Dis. 44: 186 (mzo.) 1929.

⁹ Maxcy, K. F.: Pub. Health Rep. 44: 589 (mzo. 15) 1929.

¹⁰ Véase el BOLETÍN, septiembre, 1928, pág. 1134.