

Susceptibilidad de los esquimales a los resfriados.—Durante un viaje a la costa occidental de Groenlandia, Heinbecker e Irvine-Jones³² notaron que en ciertos establecimientos todos los naturales eran víctimas de una infección respiratoria aguda, y en otros no. Una indagación reveló que en los primeros había habido siempre contacto con el mundo exterior. Más al norte, en donde no había existido contacto exterior, no se descubrió el menor signo de infección respiratoria aguda al llegar la expedición, pero dentro de 72 horas, ya la acusaban casi todos los esquimales. Las infecciones bacterianas comunes son raras allí. La difteria y la escarlatina son desconocidas, y de unos 50 sujetos, todos resultaron negativos a la Dick, y todos los adultos también a la Schick. Los niños, hasta la edad de 12 años, fueron siempre Schick positivos. Tres sueros contenían antitoxina, tanto para la difteria como para la escarlatina, probablemente debido a la inmunidad hereditaria natural. Las cutirreacciones a filtrados de estreptococos aislados de casos reumáticos, fueron ligeramente positivas en un pequeño porcentaje.

Tratamiento del coriza con la diatermia.—Bosch Solá³³ cita varios casos de coriza para demostrar que la diatermia puede curar la rinitis simple, aguda o crónica y es completamente inocua. En la rinitis primaria es principalmente que se obtienen mejores resultados. No hay que olvidar que el tratamiento no afecta las recidivas.

Coriza espasmódico.—El coriza espasmódico es un asma nasal puro observado frecuentemente, bien aislado o durante los accesos del asma bronquial. Vallery-Radot y sus colaboradores³⁴ estudiaron 188 casos. Se han propuesto métodos terapéuticos, pero ninguno ha resultado eficaz.

El coriza en Inglaterra.—En Inglaterra cálculase que se presentan 80,000,000 de resfriados al año, lo cual representa una pérdida anual de \$100,000,000, es decir, contando la disminución de la eficiencia durante el tiempo que los enfermos permanecen indispuestos.

TOS FERINA

Diagnóstico bacteriológico.—Para Morquio,³⁵ las dificultades del diagnóstico bacteriológico de la tos convulsa pueden presentarse de dos maneras principales: En el período inicial y en las formas benignas y frustadas. Hasta ahora no existe ninguna vacuna preventiva contra la tos convulsa, de garantía seria y eficaz, y por consiguiente debe buscarse la detención de su desarrollo por medio de medidas preventivas generales, aconsejadas por la higiene profiláctica. El pro-

³² Heinbecker, P., y Irvine-Jones, E. I. M.: Jour. Imm., 15: 395 (obre.) 1928.

³³ Bosch Solá, P.: Ars. Med. 4: 295 (sbre.) 1928.

³⁴ Vallery-Radot, P., Blamoutier, P., y Justin-Besançon: Presse Méd. 36: 625 (mayo 19) 1928.

³⁵ Morquio, L.: Arch. Lat.-Amer. Ped. 17: 197 (ab.) 1928; Bol. Soc. Ped. Montevideo 2, No. 2, 1928

cedimiento seguido en Dinamarca para despistar la tos convulsa, procedimiento al cual se deben espléndidos resultados, no sólo terapéuticos, sino principalmente profilácticos, consiste en preparar cajas de Petri, conteniendo el medio de cultivo, y repartirlas entre las familias en donde existen niños que tosen, particularmente si son sospechosos, con instrucciones especiales que son rigurosamente seguidas. Se hace toser al niño, frente a la placa de Petri descubierta; después se tapa y se devuelve al Instituto, en donde se investiga la existencia o falta del bacilo de Bordet-Gengou. Las culturas son positivas en casi todos los casos durante la primera semana; en dos tercios de casos durante la segunda; en tres cuartos durante la tercera semana; rara vez durante la cuarta, y excepcionalmente después. De esto el autor deduce, como ya estableciera la Academia de Medicina de París, que el contagio en la coqueluche dura un mes, no siendo después contagiosa, aunque persista la tos. Hay que tener en cuenta que la coqueluche puede suceder a un estado respiratorio simple o gripal, y por esa razón el período de cuatro semanas debe empezar con los accesos quintosos. Morquio ha probado con óptimos resultados el procedimiento danés.

ESCARLATINA

Dick en Buenos Aires.—Damianovich y Gazia³⁶ practicaron la reacción de Dick en 120 lactantes y 30 madres, ninguno de los cuales había pasado la escarlatina. El porcentaje positivo fué: 0 a 3 meses, 13.33; 3 a 6, 16.66; 6 a 12, 76.66; 12 a 24, 66.66, o sea de 0 a 12, 32 casos (35.55) y 1 a 2 años, 20 casos (66.66). La cifra más alta quedó entre los 6 y los 12 meses. Hubo similitud entre las positivas de los niños de 0 a 3 meses y de las madres (13.33 y 13.77 por ciento), siendo sólo diversas en dos casos. Las proteorreacciones llegaron a 27 en los niños y a 4 en las madres, y las combinadas sumaron 7 en las segundas. El estado general no manifestó una acción sensible, puesto que los casos positivos, con peso subnormal, representaron 32, y los negativos 38 por ciento. No se puede asegurar que las reacciones positivas indiquen inevitablemente receptividad a la escarlatina, pues puede existir inmunidad local en la rinofaringe. El Instituto Bacteriológico de Buenos Aires prepara anatoxina escarlatinosa y aconseja su empleo en todo sujeto con Dick positiva. La opinión general es de que una Dick positiva reclama vacunación preventiva.

Relación entre la reacción de Dick y el contenido de antitoxina estreptocócica en la sangre.—El suero de los niños y adultos negativos a la Dick, y de los primitivamente positivos a la Dick que se volvieron negativos tras la inmunización activa, según descubrieron Paunz y Csoma,³⁷ neutralizó al décuplo la solución de toxina tipo del *Strepto-*

³⁶ Damianovich, Jaime, y Gazia, H. R.: Semana Méd. 35: 1032 (obre. 18) 1928.

³⁷ Paunz, J., y Csoma, E.: Jahrbuch Kinderh. 119: 324 (abr.) 1928.