

el hombre, y la muerte de los sabios que fallecieron recientemente en África, se debió probablemente a picaduras de mosquitos.

Degeneraciones miocárdicas.—Al comunicar el examen microscópico y análisis del corazón de 29 enfermos de fiebre amarilla africana, y de 9 monos infectados experimentalmente, Cannel¹⁵ declara que encontró constantemente degeneración turbia y granular y adiposa. No notó alteraciones inflamatorias primarias. En 2 casos humanos notó una intensa degeneración secundaria de los leucocitos. La distribución e intensidad de la degeneración fué variable y esparcida. La lardácea fué más marcada cerca de los núcleos de las fibras. La causa de la bradicardia de la fiebre amarilla permanece todavía en tela de juicio, y es dudoso que se deba a la ictericia. Las lesiones cardíacas no bastan para justificar el diagnóstico de fiebre amarilla.

AFECIONES RESPIRATORIAS

Seroterapia de la neumonía.—Park y sus colaboradores¹⁶ repasan sus observaciones en 3 hospitales de Nueva York, deduciendo esto: El hecho de que la introducción de una dosis terapéutica de solución de anticuerpos del tipo I en la vena de un neumónico infectado por el neumococo del tipo I neutraliza toda la substancia específica soluble y deja en la sangre un exceso de anticuerpos, permite esperar que ejerza un efecto beneficioso en la neumonía. Es tan considerable la disminución de la mortalidad (42 por ciento) en la neumonía en el Hospital Harlem en una numerosa serie (109) tratada con anticuerpos del tipo I, comparada con otra no tratada así, que apoyado esto por los resultados semejantes observados en los Hospitales Bellevue y Nueva York, permite creer que se ha demostrado el valor de los anticuerpos en los casos de ese tipo. En la neumonía provocada por neumococos del tipo II, sólo en los casos tempranos la dosis terapéutica corriente de anticuerpos neutralizaba con seguridad toda la substancia específica. La mortalidad en los 2 años fué 22 por ciento menor en los tratados que en los no tratados, de modo que aunque el valor no parece tan grande como el de los anticuerpos del tipo I, parece bastante considerable, en particular al principio de la enfermedad. En los casos del tipo III, el anticuerpo específico sólo ejerció ligero efecto. Más de 50 por ciento del grupo misceláneo o IV que forma como 40 por ciento del total, han sido divididos por la Srta. Cooper en 10 tipos distintos, para la mayoría de los cuales ya se han preparado anticuerpos potentes, lo cual infunde la esperanza de poder preparar una solución polivalente. La labor de Felton, y en menor grado la de Banzhaf y Sobotka, han puesto a

¹⁵ Cannel, D. E.: Am. J. Path. 4:431 (sbre.) 1928.

¹⁶ Park, W. H.; Bullova, J. G. M., y Rosenblüth, M. B.: Jour. Am. Med. Assn. 91:1503 (nbre. 17) 1928.

nuestra disposición una solución potente y refinada de anticuerpos para los tipos I y II, que no ha ejercido ningún aparente efecto nocivo en la mayoría de las personas que padecen de neumonía, y cuya potencia es de 5 a 10 veces mayor que la del suero sin refinar. Cuando se escogen caballos que producen un suero polivalente muy potente, el primer producto refinado acusa un título muy elevado. Hoy día ya se puede beneficiar a un 50 por ciento de los enfermos sin efectos nocivos. De lograr elaborar una solución de anticuerpos para la mitad de los enfermos del grupo IV, agregándola a los anticuerpos de los tipos I y II, se podrá tratar con esperanza a 70 por ciento de todos los casos. El hecho de que los casos de bacteriemia son los que al parecer revelan más mejoría con la solución de anticuerpos, demuestra elocuentemente su valor. Ha llegado la hora de que las plantas biológicas emprendan la producción de la solución polivalente refinada de anticuerpos neumocócicos por el método de Felton o el de Banzhaf, o uno mejor si pueden encontrarlo.

En la discusión, R. L. Cecil declaró que el susodicho suero no es una antitoxina, sino un suero antibacteriano. En los últimos 2 años se ha tratado a unos 450 casos con un número igual de testigos. La mortalidad en 150 casos del tipo I bajó a la mitad que en un número igual de testigos. En el grupo de tipo II, 100 casos tratados revelaron una mortalidad 25 por ciento menor que en los testigos. En los tipos III y IV se vió muy poco efecto terapéutico. Tras varios años de experiencia, parece que el suero de Felton es el mejor hasta ahora. Es polivalente y potentísimo, de modo que dosis de 10 a 20 cc. equivalen a varios centenares de cc. de los antiguos sueros.

W. H. Robey declaró que, en el Hospital Municipal de Boston han empleado también el método y los resultados fueron muy semejantes a los de Nueva York. Con el suero de Felton en el grupo I hubo una mortalidad de 3.2 por ciento en 31 casos tratados con el suero, comparado con 30.7 por ciento en 26 testigos. En el grupo II, las cifras fueron 25 y 25 por ciento, respectivamente, y en el grupo IV, 6.4 y 17.2 por ciento, respectivamente. Veinte enfermos fueron observados y tratados después de los primeros 4 días en el grupo del tipo I, con una mortalidad de 30 por ciento. En 33 casos no tratados de un período semejante la mortalidad fué de 18.2 por ciento. Una característica muy notable fué que en los casos de más de 4, y hasta de más de 3 días, es casi imposible vencer la bacteriemia. Los mejores resultados correspondieron a los casos del tipo I tratados en los primeros 3 días, viniendo después los del tipo II.

Clasificación de los neumococos en la neumonía.—En una serie de 522 casos de neumonía analizados por Adams,¹⁷ los neumococos del tipo I y grupo IV fueron los más comunes. Los del grupo III acusaron la mortalidad mayor. Un hemocultivo positivo denota una

¹⁷ Adams, F. D.: *New England Jour. Med.* 199:402 (agto. 30) 1928.

infección intensa, y mientras más tarde sea positivo, peor el pronóstico. Salvo en los casos ligeros o atípicos, la leucopenia es un signo desfavorable. La invasión del lóbulo superior es más peligrosa que la del inferior, y la multilobar acarrea la mortalidad mayor. El empiema es la complicación más común e importante, y a menudo no se reconoce por no haber los típicos signos.

Virulencia de los neumococos.—Whittle¹⁸ comparó la virulencia de 65 razas recién aisladas de neumococos por medio de la dosis letal mínima para ratones. Precisa una virulencia mínima para que los neumococos puedan infectar el pulmón humano. Este minimum es bastante alto (aproximadamente 500,000 cocos). La neumonía, la bronconeumonía y el empiema se deben a razas virulentas: la neumonía a razas de virulencia máxima (D. L. M. aproximadamente 5,000 cocos); la bronconeumonía a razas menos virulentas (D. L. M. aproximadamente 500,000 cocos), y el empiema a unas u otras. Al parecer no hay ninguna demarcación precisa entre la neumonía y la bronconeumonía, pues se confunden imperceptiblemente. La neumonía en sujetos debilitados, puede deberse a neumococos, y a veces a estreptococos salivares de poca virulencia. La bronquitis, conjuntivitis, catarro nasal y quizás otras infecciones banales, se deben comúnmente a microbios de poca virulencia, semejándose a los que producen neumonía en los sujetos debilitados. Los neumococos avirulentos parecen hallarse íntimamente relacionados, en su disposición patógena, con ciertos estreptococos salivares, a los que se les parecen también en su morfología, características culturales, fermentación de inulina, e inmunirreacciones. La virulencia vinculada con la neumonía en el hombre es la necesaria para producir neumonía experimental en el conejo, y sucede algo análogo con la bronconeumonía y el empiema. Los tipos fijos, en particular el tipo I, revelan más virulencia en conjunto que el grupo IV, pero no puede considerarse al grupo IV como avirulento o saprofítico, pues varios de sus miembros (40 por ciento) son muy virulentos y a menudo la causa de neumonía. El tipo I produce más de dos terceras partes de los casos de neumonía, bronconeumonía y empiema, y todas sus razas son probablemente capaces de producir neumonía. El autor no ha aislado razas del tipo II durante los años 1924-1927.

Neumococos en Panamá.—En 71 casos estudiados en la autopsia poco después de la muerte en Panamá, de 1919 a 1922, se encontraron los siguientes neumococos:¹⁹ Tipo I, 16; tipo II, 13; tipo III, 8; tipo IV, 89; I y II mixtos, 2. Como hubo una epidemia de influenza en Panamá en 1919-20, eso quizás explique el gran número de casos del tipo IV (69.5 por ciento).

¹⁸ Whittle, C. H.: Jour. Hyg. 27:412 (jun.) 1928.

¹⁹ Clark, H. C.: XVI An. Rep. Med. Dept. United Fruit Co., 1927, p. 247.

Tratamiento de la crisis en la neumonía.—Según Cannon,²⁰ el neumococo produce oxígeno, y el exceso de éste le es muy perjudicial. La oxigenoterapia tiene sus límites, pues más allá de cierto punto resulta contraproducente. Cuando se llega a ese punto en la neumonía sobreviene la crisis y la temperatura baja rápidamente a lo normal y subnormal, es decir, que la naturaleza aporta su propia cura. Al administrar oxígeno en la neumonía es muy importante que se emplee caliente, para lo cual se hace pasar lentamente por tubos espirales de Littré sumergidos en un bañomaría, mantenido a una temperatura como de 49° C. Con un termómetro en el tubo se observó que el gas a esa velocidad lenta acusaba una temperatura de 37° C. cuando el bañomaría registraba 49° C. Cuando se produce la crisis, hay que estar a la mira del síncope, el cual puede evitarse con la administración diaria de extracto hipofisario a dosis hipodérmicas de 5 cc. por la mañana y por la noche, y resguardando al corazón con digital desde la iniciación de la enfermedad.

Tratamiento de la neumonía con suero concentrado.—Cecil y Sutliff²¹ han empleado durante los dos últimos años suero antineumocócico polivalente concentrado en el tratamiento específico de la neumonía. Al ingresar los enfermos, son divididos en dos grupos, independiente del tipo a que pertenezcan, uno de los cuales recibe suero y el otro no. Los resultados más notables correspondieron al tipo 1, pues la mortalidad fué de 18 por ciento en el grupo tratado y de 32 por ciento en el no tratado. En el tipo 2 la mortalidad fué de 39 y 52 por ciento respectivamente. El tipo 3 no se modificó. En el tipo 4 se obtuvo un efecto notable de cuando en cuando. Lo mismo que con otros tratamientos específicos, cuando se inicia el suero temprano el resultado es mejor. Hubo enfermedad sérica sólo en 15 por ciento de los casos.

El clorhidrato de emetina en la bronconeumonía.—Sin considerar a la emetina como específico, Wilson²² declara que posee claramente valor clínico en la bronconeumonía. En los niños una inyección diaria da tiempo a veces para poder administrar medicinas por vía bucal. En conjunto, esa medicación parece acortar el período febril. La dosis diaria empleada en una serie de 50 casos fué: Hasta 4 años, 7 mg.; de 4 a 10 años, 11 mg.; de 10 a 15 años, 20 mg., como dosis inicial; pero hay que graduarla en cada caso por la reacción. El número de dosis varió de 2 a 9. Si a las 6 inyecciones el enfermo no revelaba mejoría marcada, se abandonaba la esperanza de obtener beneficio.

Aumento de la embolia pulmonar.—Oberndorfer²³ vió en los dos primeros meses de 1928 30 casos de embolia pulmonar entre 150

²⁰ Cannon, A.: Brit. Med. Jour. 1: 661 (abr. 21) 1928.

²¹ Cecil, R. L., y Sutliff, W. D.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 52 (jul. 7) 1928

²² Wilson, O. R.: Brit. Med. Jour. 1: 844 (mayo 19) 1928.

²³ Oberndorfer, S.: Münch. mediz. Wehnschr. 75: 683 (abr. 20) 1928.

autopsias, casi todas ellas en personas de más de 60 años. Las afecciones cardiovasculares constituyeron dos tercios de los casos fatales de embolia pulmonar en el departamento de afecciones internas. El aumento quizás se deba a los recientes perfeccionamientos de la terapéutica cardíaca.

Broncomicosis pulmonares.—Para Stovall y Greeley,²⁴ la broncomicosis pulmonar primaria es más frecuente que lo que indica la literatura. La existencia de hongos en el esputo no basta para hacer el diagnóstico, pero sí le presta mucho apoyo. Durante los 2 últimos años, dichos autores han aislado hongos del esputo de 18 enfermos en los que la enfermedad primaria radicaba en el pulmón. Todos, menos, 1 viven todavía. Algunos mejoraron y otros no. Además de esos casos, Stovall y Greeley aislaron hongos moniliformes del esputo en otros 40, pero en éstos existía algún otro estado clínico, como tuberculosis o carcinoma, de modo que no se puede precisar qué papel desempeñaban los hongos. En 12 de los 18 casos en que el hongo fué culpado exclusivamente, los microorganismos aislados produjeron lesiones en los animales. Los hongos moniliformes parecen establecerse en el tejido pulmonar cuando merma la resistencia por alguna causa. Desde 1895, la literatura médica de los Estados Unidos contiene 70 comunicaciones de micosis, sobre todo cutáneas, pero en sólo 17 se encontraron hongos en el esputo.

Vacunoterapia del asma.—Rackemann y Scully²⁵ trataron a 346 asmáticos con vacunas. De los 307 adultos, los resultados fueron buenos en 238 y malos en 61. En los 39 niños, los resultados fueron buenos. Para prevenir “resfriados,” se administraron vacunas a 101 enfermos, con buenos resultados en 68 por ciento. Las estadísticas indican que las vacunas stock son tan eficaces como las autógenas, es decir, que el efecto no es específico.

Espiroquetosis respiratorias.—Raimondi y Canal Feijóo²⁶ afirman que todo dispensario de enfermedades del pulmón del norte argentino debe investigar sistemáticamente la presencia de espiroquetos en el esputo de todo enfermo de tórax, especialmente pulmonar; las espiroquetosis respiratorias parecen constituir una enfermedad endémica en la Provincia de Santiago del Estero; la sintomatología de esta afección parece ser con mayor frecuencia frustiva y la afección misma larvada; la disparidad entre los signos subjetivos y físicos y los caracteres microscópicos del esputo pueden hacer sospechar la afección. Los autores, en el espacio de 5 meses, encontraron 27 casos de espiroquetosis respiratorias. El porcentaje en 287 enfermos fué de 9.37, y la proporción en relación con la tuberculosis fué de 1.6 : 1, sin contar los casos mencionados.

²⁴ Stovall, W. D., y Greeley, H. P.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1346 (nbre. 3) 1928.

²⁵ Rackemann, F. M., y Scully, M. A.: New England Jour. Med. 199: 314 (agto. 16) 1928.

Tratamiento profiláctico de la influenza.—En una epidemia de influenza en 1912-13, Romary²⁷ se fijó en la completa inmunidad gozada por 20 sujetos que habían recibido tratamiento arsenical. En 1918 notó que se presentaban muy pocos casos de influenza en los hospitales dedicados a palúdicos, sifilíticos o tuberculosos; en otras palabras, donde se empleaba mucho arsénico, en tanto que surgían muchos casos en las prisiones y los asilos. Fundándose en esas observaciones elaboró su tratamiento profiláctico de la influenza con metilarseniato bisódico, que administra al adulto a dosis diarias de 0.05 Gm. durante 5 días, y luego cada 2 días. Según él, hay pocas contraindicaciones y casi ningún inconveniente. Entre los 15,000 personas tratadas de ese modo, no ha habido una sola muerte de influenza.

El bacilo de Pfeiffer en una epidemia de influenza.—El bacilo de Pfeiffer fué obtenido de la garganta en 70 de 100 casos en una epidemia de influenza en Leningrado en 1927.²⁸ Los portadores constituyeron 29 por ciento de los sujetos sanos, 39 por ciento de los sarampionosos, y 22 por ciento de los escarlatinosos. El suero de los enfermos de influenza aglutinó los bacilos a una dilución mucho mayor que la de los sanos o de los escarlatinosos.

Las afecciones respiratorias agudas en la infancia.—Sintetizando los factores de enfermedad respiratoria aguda en la infancia, Aráoz Alfaro²⁹ enumera: el contagio; la exaltación de virulencia de los microbios que viven habitualmente en las primeras vías aéreas; el enfriamiento; la debilitación de la resistencia del organismo. En la profilaxia recomienda, pues: Evitar los enfriamientos intensos o prolongados de la superficie cutánea; la separación en cama y habitación apropiada de los enfermos, aunque parezcan afectos de resfriados leves; la protección de los sanos contra las partículas infectadas diseminadas por la tos, el estornudo, los besos, los utensilios de mesa y de toaleta, toallas, pañuelos y servilletas, las moscas, etc.; enseñar a todos a practicar la higiene y antisepsia de la boca, faringe y fosas nasales; la higiene prolija; la ventilación y aseoleamiento de los locales, asegurando en éstos durante el tiempo frío una calefacción moderada y uniforme, y por fin, las vacunas bacterianas, que tal vez resulten útiles.

Profilaxis de los resfriados.—En la última edición de la obra del Dr. Lawrason Brown titulada "Reglas para la Reposición de la Tuberculosis," aparece un capítulo nuevo dedicado a los corizas o resfriados. El autor opina que como 10 por ciento de las personas propensas a resfriados, adquirirían una inmunidad satisfactoria si se

²⁶ Raimondi, Silvio, y Canal Feijóo, E. J.: Cuarta Reunión Soc. Arg. Pat. Norte, 1928, p. 384.

²⁷ Romary: Marseille-Méd. 65: 390 (mzo. 25) 1928.

²⁸ Basilevskaya, L. C.: Mikrob. Jur. 6: 16, 1928.

²⁹ Aráoz Alfaro, G.: Semana Méd. 35: 181 (jul. 26) 1928.

vacunaran periódicamente, pero no las otras. Los enfermos tratados con rayos ultravioletas parecen menos susceptibles de sufrir resfriados, pero muchos de éstos son infecciosos, y por eso el autor aconseja a la gente que no se ponga en contacto con las personas afectadas. Su tratamiento se funda en la teoría de que la acidosis es un factor, y aconseja tomar en abundancia bicarbonato de sodio y agua, evitar la hipercalificación, y el consumo en conjunto de un régimen muy ligero, sencillo y fácil de digerir. Un remedio más útil es el antiguo de tomar al principio un baño caliente o un pediluvio caliente durante 20 ó 30 minutos a la hora de acostarse, y después una limonada caliente; luego acostarse en cama, bien cubierto, y en un aposento frío. Un día ó 2 de cama al principio es bueno.

Causa y tratamiento del catarro común.—Cheney³⁰ asegura que ha podido provocar todos los síntomas del catarro común, en intensidad variable, desde el coriza simple hasta la influenza, produciendo acidosis artificial con la administración de los cloruros de amonio y de calcio. La intensidad de los síntomas guarda una relación directa con el grado de la acidosis provocada. También hizo desaparecer los síntomas administrando bicarbonato de sodio a grandes dosis por vía bucal y rectal. Según él, puede hacerse abortar siempre el catarro al iniciarse la sequedad laríngea o el coriza ligero, o se congestiona la pituitaria, por medio de la alcalinización establecida con dosis de 4 Gm. de bicarbonato de sodio cada 2 horas, hasta 3 dosis, o sea cuando la orina acusa una reacción alcalina al papel tornasol. Durante el tratamiento, debe imponerse el ayuno o limitar las comidas a leche y papilla o sopa o caldo. De haber estreñimiento, no deben emplearse catárticos o laxantes, sino enemas, cuando el catarro ya ha alcanzado el período de ronquera o abundante secreción, el autor administra una dosis inicial de 4 Gm. de bicarbonato de sodio, 2 Gm. cada 4 ó 6 horas, y luego 1.3 Gm. cada 3 horas durante el día. La ingestión de bicarbonato de sodio debe ir acompañada o seguida de un buen vaso de agua caliente. Como aplicación local a la nariz o la garganta, conviene una pulverización alcalina formada por 4 Gm. de bicarbonato en medio litro de agua por la mañana y por la noche.

Etiología del coriza.—Mills y sus colaboradores³¹ llevaron a cabo un estudio de los microorganismos anaerobios filtrables negativos al Gram descritos por Olitsky y Gates, y Gates y McCartney, con el propósito de determinar su naturaleza general, y el probable papel que desempeñan en la producción del resfriado común. Para ellos, esos microbios forman parte de la flora normal de la porción superior del aparato respiratorio, sin que tengan aparentemente ninguna relación etiológica con dicho estado.

³⁰ Cheney, V. S.: Am. Jour. Pub. Health 18 (enc.) 1928.

³¹ Mills, K. C., y otros: Jour. Exp. Med. 47 (fbro. 1) 1928.

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 calcúlase 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 (sobre.) 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