

la vacuna estreptocócica de Rosenow. Aunque los datos no son terminantes, este estudio no aportó prueba de que las vacunas reduzcan las complicaciones de los resfriados ni de que el estado de la nariz y garganta guarde relación con los resfriados en un grupo susceptible. En la discusión, Sawyer mencionó los estudios que llevara a cabo durante varios años en Rochester, que parecieron alentadores al principio, pero no en 1934-35 cuando se estableció un grupo de testigos, pues entonces 46.8% de este grupo no padeció de resfriados, comparado con 57.4% entre los del grupo vacunado; es decir, que los vacunados manifestaron una ligera superioridad, pero no suficiente para justificar el empleo general de la vacuna. (Diehl, H. S.; Baker, A. B., y Cowan, D. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1169, sbre. 24, 1938.)

**Sulfanilamida.**—Climenko y colaboradores señalan que se han ensayado preliminarmente casi 100 derivados de la sulfanilamida en cuanto a su valor profiláctico contra la influenza experimental, utilizando la cepa de Puerto Rico. Los ratones utilizados fueron divididos en grupos de 10, a los cuales se administró la droga a diversas dosis y a diferentes plazos, pero siempre subcutáneamente. Todos los derivados utilizados protegieron a los animales infectados, con tal que fuera moderada la dosis del virus, es decir, que no produjera síntomas agudos sino después de un período de incubación por lo menos de cuatro días. Cuando la dosis produce síntomas agudos para el segundo o el tercer día, y la mayor parte de la mortalidad sobreviene al tercero o cuarto día, la droga resulta completamente ineficaz. (Climenko, D. R.; Crossley, M. L., y Northley, E. H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 211, jun. 18, 1938.)

## NEUMONÍA<sup>1</sup>

**Argentina.**—En su estudio de la importancia sanitaria de la neumonía, Alvarado y Zauchinger comprenden un período de 22 años (1911-1930, y 1934-1935) para la Capital Federal y 14 provincias del país. En 1935, por cada muerte de tifoidea y disentería, la Argentina perdió 5.7 de neumonía, y en los 22 años del estudio la proporción ha sido 1:3.2, pues la neumonía ocasionó 114,614 defunciones, contra 30,256 de tifoidea y 4,536 de disentería. En el país la neumonía ocasiona 5% de las defunciones, y esa proporción sube a 13%, sin contar bronconeumonía, en las provincias del Norte, habiendo años, como en 1916, en que en Jujuy 34.8% de las defunciones diagnosticadas fueron de neumonía. Las gráficas demuestran que cada cinco o seis años recrudece la mortalidad neumónica, por ejemplo, en 1911, 1916, 1921, 1927, 1929, y 1935. Ha habido, sin embargo, cierto descenso, pues ningún año subsecuente ha alcanzado pico tan acentuado como el de 1916. Geográficamente, el mal causa más estragos en el Norte, y es más benigno en el litoral oeste y en el sur. La frecuencia estacional es bien definida, triplicándose y cuadruplicándose el número de casos y defunciones en los meses de agosto a octubre, o sea en la segunda mitad del invierno y primera de la primavera. En 1935 murieron de neumonía en Jujuy, Salta y Tucumán 815 personas de 20 a 50 años, comparados con 162 en la Capital Federal, aunque ésta tiene una población 2½ veces mayor. Un 73% de las muertes ocurren antes de los 60 años. El neumococo es el causante de 95% de los casos de neumonía. En 188 determinaciones, Sosa y Franzini obtuvieron 96 positivas, correspondiendo 65.5% al tipo I, 12.6% al II, 3.1% al III, y 18.7% al IV. El predominio del tipo I es un antecedente favorable para la aplicación de la seroterapia. De las muertes de 1935, correspondieron 911 a los menores de 1 año. Los autores publican un sinnúmero de interesantes tablas y gráficas de la distribución del mal. Como programa

<sup>1</sup> La última crónica sobre Neumonía apareció en el *Boletín* de julio 1937, p. 669.

de lucha recomiendan: educación del público y de la clase médica; mejor reconocimiento del valor de la seroterapia; servicios de laboratorio asequibles y seguros; producción y distribución de sueros eficaces; y por fin, estudios permanentes a fin de establecer mejores técnicas. (Alvarado, C. A., y Zauchinger, Adela: *Bol. San.*, 681, obre. 1937.)

**Mortalidad en Bogotá.**—Concha presenta la mortalidad anual por gripe, neumonías y bronconeumonías en Bogotá, de 1912 a 1924, revelando para la primera coeficientes de 0 en 1915, a 395.07 por 100,000 en 1918, y para las neumonías de 314.91 en 1913, a 1,024.29 en 1918. En 1935 se denunciaron en Colombia 3,052 defunciones de gripe, y 79 de ellas en Bogotá. Después de la epidemia de 1918, la influenza ha venido presentándose anualmente con caracteres más o menos graves, pero hay motivos para sospechar que se abusa del término gripe, extendiéndolo a simples resfriados o afecciones catarrales banales. (Concha, Roberto: *Rev. Hig.*, 31, agto. 1938.)

**Estados Unidos.**—Durante el año 1936 se registraron en los Estados Unidos 119,378 defunciones de neumonía, o sea un coeficiente de 93 por 100,000 habitantes, comparado con 81.9 en el año anterior, y promedios de 78, 93.3 y 106.3 para los quinquenios de 1930-34, 1925-29 y 1920-24, respectivamente. Como se observará, la disminución no ha sido constante, y en los últimos años, tras un descenso que comenzara en 1929 y continuara sin interrupción por 5 años, hasta alcanzar los índices más bajos registrados (1933: 69.1; 1932: 76.9), vuelve a ascender en 1934 (79.4), y aun más en 1935 y 1936. Los coeficientes más altos para 1936 correspondieron a los Estados de Arizona (165.3), Nevada (148), Nuevo México (144.8) y el Distrito de Columbia (138.9); los más bajos a Dakota del Norte (55.6), Dakota del Sur (65.5) y Connécticut (67.6), siendo de 89.3 para el Estado de Nueva York. ("Vit. Stat. Spec. Rep.," vol. 5, No. 42, p. 353, agto. 6, 1938.)

En un estudio reciente, el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos señala que en dicho país se registraron 96,500 muertes anuales de neumonía de 1930 a 1935, lo cual representa un coeficiente de 77 por 100,000, y coloca a la neumonía en la quinta casilla como causa de muerte, si bien combinada con la influenza, el coeficiente sube a 100, y su puesto viene a ser el tercero, o sea inmediato al cáncer. Las probabilidades de que una muerte dada se deba a neumonía, vienen a ser de 1 en 14. La mortalidad neumónica es más elevada en los jóvenes y los ancianos, mayor en los hombres que en las mujeres, y en los negros que en los blancos, y es también excesiva en ciertas industrias. Los censos sanitarios de ocho poblaciones, verificados en 1935-1936, indicaron que la morbilidad neumónica guarda razón inversa a los ingresos económicos de la familia. La mayor parte de las ciudades con coeficientes elevados de 1929-1931, radican en la región sudeste o noroeste del país. Entre las ciudades de 100,000 habitantes o más, Pittsburgh tiene el coeficiente mayor, 217, y Long Beach, California, el menor, 42. Por lo menos 85% de los 500,000 casos anuales calculados, se deben a neumococos, de los cuales los tipos I, II, III, V, VII y VIII son los más frecuentes, correspondiéndoles probablemente 70% de los casos, y 85% de las muertes debidas a neumococos. Todos esos tipos, menos el VIII, parecen entrañar una mortalidad elevada. Ya hay suero neumocócico contra los tipos I y II, que se calcula producen 175,000 casos y 38,000 defunciones anuales, y también se ha introducido, aunque no se emplea generalmente, para los tipos V, VII y VIII, que ocasionan anualmente unos 100,000 casos y 21,000 defunciones. En 31 ciudades los departamentos de sanidad ya cuentan con laboratorios capacitados para clasificar los neumococos, aunque sólo realizaron este trabajo en 21 ciudades durante 1936, y éstas correspondieron principalmente a los Estados de Nueva York, Michigan y Massachusetts, todos los cuales han iniciado planes de lucha antineumónica. Como la mayor parte de los departamentos de sanidad de las 93 ciudades de 100,000

habitantes o más cuentan con laboratorios, casi todas ellas podrían realizar también este trabajo. En una encuesta de la Asociación Médica Americana, de 2,595 hospitales que contestaron, 1,850 podían clasificar los neumococos, 1,767 de ellos con el método de Neufeld. (Editorial: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1910, dbre. 4, 1937.)

Cole recalca que en los Estados Unidos las infecciones agudas del aparato respiratorio ocasionan más mortalidad que ningún otro grupo infeccioso agudo. En los últimos años ha habido aparentemente disminución en la mortalidad relativa debida a neumonía: de 180 por 100,000 en 1900, a 77 en 1932. Parte de la baja se asoció sin duda a la disminución de la mortalidad general, y en particular la infantil, pues en 1900 la tercera parte de la mortalidad neumónica y en 1932 sólo la cuarta parte correspondía a los niños de menos de 5 años. Es muy importante diferenciar los casos debidos al estreptococo, al estafilococo y al neumococo, pues las tres formas pueden tomar forma epidémica, según sucedió con la estreptocócica en 1918-1919. Es importante epidemiológica, así como profilácticamente, diferenciar el neumococo de Tipo I del de Tipo II. Aunque los neumococos del Tipo III y también los de los tipos menos comunes se encuentran con cierta frecuencia en la boca de sujetos normales, esto sucede rara vez con los de los Tipos I y II, salvo cuando el individuo padece de una enfermedad debida a neumococos del mismo tipo, o se halla íntimamente asociado con algún enfermo, o cercano a éste. Las autoridades sanitarias pueden ayudar mucho en la campaña contra la neumonía, generalizando el aislamiento, facilitando diagnóstico exacto y registro cuidadoso de los casos, así como fomentando el empleo de la terapéutica específica. Hasta ahora ésta ha consistido en la administración de inmunisero de equino, pero últimamente se ha tratado de utilizar el suero de conejo en vez del de caballo, pues cuesta mucho menos, y es más fácil inmunizar conejos que caballos. El suero de conejo sólo ha sido empleado hasta ahora en un número muy limitado de casos, pero ya promete mucho. Bolduan ha calculado que la pérdida monetaria acarreada por la neumonía en la ciudad de Nueva York asciende a más de \$30,000,000 anuales solamente en los hombres. En la serie de casos tratada por el autor y colaboradores, la mortalidad en los casos de Tipo I tratados en los primeros tres días no llegó a 5%; en los tratados en el cuarto o quinto días se aproximó a 8.5%, y en los tratados después a 20%, mientras que de los últimos 47 enfermos tratados con suero de equino concentrado o suero de conejo, no murió ninguno. En parte esto se debió a que los enfermos fueron enviados al hospital más temprano. La eficacia de la seroterapia en la neumonía de otros tipos no está tan bien establecida, pero en los Tipos V, VII y VIII, si se emplea debidamente ejerce marcado efecto beneficioso. No cabe duda de que el descubrimiento de métodos encaminados a precaver los resfriados y la influenza, contribuiría mucho a aminorar la frecuencia de la neumonía. La experiencia obtenida en las campañas libradas en los Estados de Massachusetts y Nueva York sin duda resultará del mayor valor para otros Estados. En la discusión, Ramsey hizo notar que en el Departamento de Sanidad de la ciudad de Nueva York, han recibido datos relativos al tratamiento con suero de 895 casos desde que se inició la lucha antineumónica en noviembre 1935, siendo 822 de Tipo I o II. En este grupo la morboletalidad llegó a 17.9%, y entre los tratados antes del tercer día a 13%. Chadwick, el comisionado de sanidad de Massachusetts, compiló la mortalidad en 884 casos de Tipo I tratados con suero de 1931 a 1937 y 1,614 tratados sin suero, de 1912 a 1933, siendo la mortalidad respectiva 13.3 y 25.0, mientras que para 234 y 992 de Tipo II, las cifras fueron 21.8 y 41%. (Cole, Rufus: *Mil. Surg.*, 241, obre. 1937.)

Industria.—El estudio de Kibbey versa sobre la frecuencia de la neumonía y la tuberculosis entre los obreros y los allegados de éstos. Completando un estudio

preliminar publicado hace seis años, el informe actual abarca un oncenio, comprendiendo 3,780 casos de neumonía con 739 muertes, comparado con 2,603 y 238, respectivamente, para un quinquenio en el informe preliminar. El grupo estudiado representa algo más de 77,000 personas, de las cuales 75% corresponden a la familias de los empleados. De los casos de neumonía, 69.9% correspondieron a las familias; 19.7% a los empleados en la superficie; 5.1% a los mineros de carbón, y 5.2% a los mineros de metal, o sea más del doble del número que les corresponde según su proporción relativa. En cambio, la mortalidad neumónica mayor correspondió al grupo de empleados en la superficie, 30.7%, comparado con 26.8% para los mineros de carbón, y 24.8% para los mineros de metal. Es de notar que, dividido el grupo de empleados en la superficie en negros y blancos, los primeros manifestaron una mortalidad de 28.7 y 34.6%, respectivamente. Para los mineros blancos de carbón la mortalidad también fué mayor que para los negros. En cambio, en los mineros de metales el coeficiente fué de 27.6% para los negros y sólo 4.3% para los blancos. En las familias la mortalidad anual por 1,000 representó 0.643 para la neumonía y 0.337 para la tuberculosis, mientras que para los empleados en la superficie las cifras fueron 1.508 y 0.566; para los mineros de carbón 1.251 y 1.467, y para los mineros de metal 2.626 y 1.232, respectivamente. Expresado en otra forma, hay una muerte de neumonía por cada 1,554 familiares, y una de tuberculosis por cada 2,965; una de neumonía por cada 663 empleados en la superficie, y una de tuberculosis por cada 1,769; una por cada 803 y 687, respectivamente, para los mineros de carbón, y una por 385 y 807, respectivamente, para los mineros de metal. (Kibbey, C. H.: *Am. Jour. Pub. Health*, 555, jun. 1937.)

**Estudio en Massachusetts.**—Acaba de publicarse el informe final del censo quinquenal de la neumonía verificado en Massachusetts bajo los auspicios del Departamento de Sanidad Pública del Estado y del Fondo Commonwealth. El estudio epidemiológico reveló que, de todos los tipos, sólo tienen mayor importancia etiológica el I y II, resultando el I 20, y el II 10 veces más frecuentes entre los contactos familiares inmediatos de los casos que en la población en conjunto. Un 20% de los contactos familiares se volvieron portadores de esos tipos, comparado con 2% en los contactos de hospital. Para determinar la transferencia de neumococos de tipo I o II de los enfermos a los contactos, parece precisar algún factor adicional, el cual parece ser alguna infección de las vías aéreas respiratorias, como coriza. En unos 10,000 ejemplares estudiados, los tipos más frecuentes fueron I, III, VIII, II, V y VII, constituyendo 67% del total. En 956 casos en que se empleara antisuero de Tipo I y Tipo II, de 504 del Tipo I tratados en los primeros cuatro días de enfermedad, sólo murieron 56 (11.1%); de 136 del Tipo II, 37 (27.2%). Para la clasificación de los tipos se adoptó al final sistemáticamente el procedimiento de Neufeld.

**Dominio de una epidemia.**—En el nosocomio de Worcester, Mass., se presentó en 1937 una epidemia de neumonía (110 casos), que comenzó durante un brote de influenza. Por lo menos 10% (200) de los asilados del edificio principal albergaban el neumococo tipo I en la nasofaringe, lo cual contrasta bastante con lo observado en la población normal, en que sólo se encontró ese tipo una o dos veces entre 500 cultivos. Siendo imposible distinguir y aislar rápidamente a todos los portadores de tipo I, los autores trataron de cohibir la difusión inmunizando rápidamente a la población hospitalaria con una preparación de un polisacárido antigénicamente activo del neumococo, compuesto semejante al descrito primitivamente por Schiemann y Casper en 1927, y Avery y Goebel en 1933 con el nombre de acetil polisacárido, aunque en sus propiedades muy parecido al polisacárido estudiado por Felton en 1934. Con ese antígeno se inoculó por vía subcutánea en una sola dosis de 0.5 cc (2 mg) a más de 1,900 enfermos y empleados, sin obser-

varse efecto contraproducente. La epidemia cesó casi inmediatamente. El resultado hubiera sido más evidente de haberse podido inmunizar a una de cada dos personas, pero como unos 200 enfermos y empleados se negaron a ser inoculados, este grupo sirvió hasta cierto punto de testigo. De nueve casos observados después de usar el antígeno, tres fueron en personas que no lo habían recibido. En una filial a 5 km de distancia del hospital a la cual se solían trasladar asilados, se presentó otro brote (ocho casos) de la misma neumonía a la semana de cesar la epidemia en el edificio principal, y la administración del antígeno también fué seguida del cese inmediato del brote. Salvo por dos casos subsecuentes, uno en que fracasó el antígeno y otro de tipo IV, entre los 110 casos observados en el conjunto principal, la mortalidad llegó a 26%, variando de 22% en el tipo I a 28% en los casos que no eran del tipo I, II o III, a 50% en los casos no clasificados. (Smillie, W. G.; Warnock, G. H., y White, H. J.: *Am. Jour. Pub. Health*, 293, mzo. 1938.)

**Nueva York.**—Una nueva ley dictada en el Estado de Nueva York, concede \$400,000 al Departamento de Sanidad Pública para la profilaxia, diagnóstico, tratamiento y dominio de la neumonía. El Departamento quedará así capacitado para emprender una lucha mayor contra el mal, recalcando en particular la información a los médicos, y la educación general de los profanos.

**México.**—Según las estadísticas recopiladas por León, de 1933 a 1935 murieron anualmente de neumonía en México 46,143 personas, y aceptando una letalidad de 32.2%, durante esos años debió haber 143,506 casos anuales. Aceptando que 60% de los casos se deben a los tipos I y II, debieron corresponderles 86,104 casos, y 27,854 defunciones. De haberse aplicado la seroterapia específica, se hubiera podido reducir la letalidad en 50%; es decir, que se hubieran salvado 13,927. El Departamento de Salubridad Pública se propone abordar la preparación y distribución del suero específico, utilizando para ello los medios disponibles en el Instituto de Higiene. La mortalidad neumónica varía en los distintos Estados de 46.16 por 100,000 en Tabasco, a 934.82 en México. (León, A. P.: *Bol. Epidem.*, 33, jul.-agto. 1938.)

**Infancia uruguaya.**—En el Servicio de Lactantes del Hospital Dr. Pedro Visca, de Montevideo, Gianelli ha observado 135 casos de neumonía en niños menores de tres años, 28 por ciento del total en menores de un año. El grupo representa 5 por ciento de los enfermos de dicha edad recibidos en el Servicio, y 14 por ciento de las enfermedades del aparato respiratorio. El autor estudia la distribución por años, meses, estaciones y sexos; el estado de nutrición de los enfermos, localizaciones, mortalidad (3.6 por ciento), forma de iniciación, tipo de curva térmica, duración del período febril, forma de resolución, y otros datos interesantes. (Gianelli, Carlos: *Arch. Ped. Urug.*, 536, agto. 1937; 676, nbre. 1937.)

**Caracas.**—Valencia Parparcén señala que la neumonía se ha presentado en 1936-37 en el Hospital Vargas, de Caracas, en una proporción mayor que la observada antes de 1935. Del 1° de agosto de 1935 al 2 de mayo de 1936 salieron del hospital 4,052 enfermos, 42 (1.3%) neumónicos. Del 1° de mayo al 31 de julio de 1937, de 1,949 salidos, 71 (3.64%) fueron neumónicos. De agosto 1935 a julio 1936 salieron 96 neumónicos, y de agosto 1936 a julio 1937, 221, más del doble. De 12 casos en que se hizo la autopsia la localización fué derecha en 6 (50%), izquierda en 1 (8.3%), y bilateral en 5 (41.6%). La mortalidad fué de 24.5%, siendo más crecida en los negros y mestizos que en los blancos. En el Hospital no se pudo observar ningún caso de contagio directo, lo cual el autor considera peculiar de la neumonía observada en Caracas. La mayoría de los casos fueron consecutivos a gripe. (El autor señala que en casi todas las autopsias practicadas en meningitis durante la epidemia de Maracay, se encontraron focos neumónicos, y que los casos de meningitis cerebroespinal descubiertos últimamente en

Caracas son del neumococo tipo Dochez.) (Valencia Parparcén, J.: *Bol. Hosp.*, 43, obre.-nbre. 1937.)

En el Hospital Vargas de Caracas, la neumonía representa de 2 a 4% de los diagnósticos de salida, y la mortalidad fué de 22.6% sobre 461 casos tratados en 2½ años. El coeficiente de la neumonía varía mucho de un mes a otro en relación con los cambios meteóricos, aumentando cuando el viento del noroeste predomina. Los meses en que más abunda el mal son: marzo, mayo, julio y agosto. En 1937 subió el número de casos, y bajó la mortalidad a 20.8%. La neumonía también aumenta en Caracas cuando la temperatura media mensual sube. La humedad y la lluvia también intervienen cuando son muy intensas; de otro modo no. (Sansón, R. E.: "Meteoropatología de la neumonía en Caracas," Caracas.)

**Bacteriología de la bronconeumonía infantil en Egipto.**—De 101 casos de bronconeumonía infantil estudiados por el autor en Egipto, en 74 pudo descubrirse el microbio causante, mientras que en 24 no se encontraron cultivos ni aun después de practicar dos punciones lumbares. En ocho se encontraron neumococos en cultivos puros: Tipo I, 1; II, 3; III, 1; IV, 3; en cuatro neumococos combinados con otros bacilos (*B. influenzae*, 3; *S. haemolyticus* y *M. catarrhalis*, 1), predominando en conjunto el Grupo IV, con seis casos. Hubo nueve casos debidos exclusivamente a estreptococos: *non-haemolyticus*, 4; *haemolyticus*, 3; *viridans*, 2, y 14 debidos a estreptococos mezclados con otros microbios; 10 debidos a *B. influenzae*, casi siempre combinado con otros microbios; siete debidos exclusivamente al estafilococo (*S. aureus*, 2 *albus*), y uno al *Staphylococcus albus* mezclado con difteroides. En seis casos se encontraron otros microbios, como *B. pertussis* y difteroides, 1; *Micrococcus tetragenus*, 1; *M. catarrhalis*, 2; *B. pyocyaneus*, 1; *B. friedlander*, *M. catarrhalis*, y difteroides, 1. (Ali, Mohammed: *Jour. Egypt. Med. Assn.*, mayo 1937.)

**Películas.**—El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York ha comprado recientemente tres películas habladas, en inglés, sobre neumonía, y tituladas respectivamente: "Un nuevo día"; "La asistencia al neumónico: mitad de la batalla"; "Técnica de la seroterapia intravenosa de la neumonía." En la primera se recalcan dos puntos importantes, o sean el reconocimiento temprano de los síntomas y el carácter de emergencia de la neumonía; la segunda, también destinada a los profanos, expone algunos de los métodos y principios más esenciales del cuidado del enfermo; la tercera está destinada exclusivamente a profesionales.

Bajo los auspicios del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos y de la Cía. de Seguros Metropolitan, se ha comenzado a exhibir recientemente en Nueva York la película titulada "Un nuevo día."

**Determinación del tipo.**—Al describir las dificultades con que tropieza la determinación del tipo de los neumococos, Walter declara que los ejemplares deben ser recientes, sin contener desinfectantes. Los rótulos en los frascos del suero de equino utilizado para diagnóstico deben indicar las diluciones más apropiadas para aglutinación macro y microscópica. La reacción de Neufeld es la más rápida y fidedigna. El suero de conejo utilizado en la misma debe comprobarse con todos los tipos, y el suero expedido debe ser únicamente el específico. A fin de obtener resultados constantes, hay que utilizar proporciones apropiadas de suero y esputo. Para la reacción de Neufeld precisa disponer de una luz apropiada. Si el examen directo no da resultado, puede utilizarse la inoculación en el ratón. Para el exudado peritoneal conviene más el método de Neufeld, pero teniendo cuidado de utilizar cantidades pequeñísimas. El examen cultural revelará la proporción relativa de los diversos microbios. (Walter, Annabel W.: *Am. Jour. Pub. Health*, 54, eno. 1938.)

**Clases de neumococos.**—Entre las 192 cepas de neumococos obtenidas del

esputo de enfermos con neumonía o bronconeumonía en Suecia, los tipos predominantes fueron: I (35.9%), VII (10.4%), III (9.4%), VI (7.3%), IV (5.2%), y VIII (4.7%). (Nissen, N. I.: *Ugeskr. Laeger*, 801, jul. 29, 1937.)

**Puestos para clasificación en Estados Unidos.**—Una reciente publicación de Lederle Laboratories, Inc., contiene una lista de los distintos laboratorios del país considerados en aptitud de clasificar el esputo neumónico conforme a la reacción de Neufeld. Las 64 páginas que comprende la lista denotan la difusión del método en los Estados Unidos y Canadá. ("Directory of Pneumonia Typing Stations," Nueva York, 1937.)

**Tipo V.**—Entre 1,850 casos de neumonía neumocócica, Rosenblüth y Block encontraron 68 (3.5%) debidos al tipo V. Sólo 7 de los 68 eran mujeres. La distribución por edades fué bastante uniforme, salvo en lo tocante al cuarto decenio de vida, en el cual figuraban 24 enfermos. Las dos características más notables del tipo V fueron la tendencia a la epidemicidad, llegando los enfermos en grupos de cuatro o cinco en varias ocasiones, y además, que en ningún caso se encontró el germen como saprofito en la boca de los sujetos normales, sino siempre asociado con neumonía. Los factores predisponentes fueron en general semejantes a los observados en otras formas de neumonía, y en particular infección de las vías aéreas superiores. La evolución se caracterizó por iniciación rápida, marcha prolongada, y en más de la mitad terminación por crisis. Las complicaciones fueron frecuentes. En los casos tratados con suero la mortalidad fué más baja que en los otros. La doctrina de que la neumonía del grupo V es siempre leve queda refutada por este estudio. (Rosenblüth, M. B., y Block, M.: *Arch. Int. Med.*, 567, obre. 1937.)

**Excreción urinaria de un polisacárido neumocócico.**—Fundándose en el estudio de unos 200 casos neumocócicos, 184 de ellos de neumonía lobular, Cruickshank afirma que el descubrimiento en la orina de un polisacárido específico en cuanto a tipo constituye un valioso signo pronóstico, pues la mortalidad entre los enfermos con neumococuria es 20 veces mayor que en los otros: aproximadamente de 40% en los tipos I o II, comparada con 2% en los otros. Los polisacáridos se valoran cuantitativamente en la orina por medio de antisueros de título que permiten descubrir polisacáridos homólogos hasta a una dilución de 1:5,000,000. La excreción diaria de neumococosa en algunos casos llegó hasta 3 a 30 mg. Está aun por determinar si la excreción urinaria de esos polisacáridos constituye un proceso fisio o patológico. Cruickshank propone que la seroterapia específica se limite a los enfermos con neumopolisacáridos en la orina. (Cruickshank, Robert: *Jour. Path. & Bact.*, 67, eno. 1938.)

**Benzoato de sodio endovenoso.**—González y Rojas presentan una estadística de 57 casos de neumonía tratados con benzoato de sodio al 20%, en inyecciones diarias de 5 a 15 cc. Con este tratamiento la mortalidad no pasó de 3.9%, y la duración media de la enfermedad, de ocho días. El diagnóstico parece haber sido clínico en todos estos casos. (González, Gustavo, y Rojas, Sigifredo: *Rev. San. Mil.*, 301, eno.-fbro. 1937.)

**Hepatoterapia en la neumonía.**—Wilson y Carey trataron 30 casos de neumonía con extracto hepático por vía parentérica, comprendiendo ocho estreptocócicos y uno estafilocócico. La mortalidad sólo llegó a 16.7%. Los únicos dos enfermos que recibieron suero, que fué estreptocócico polivalente, fueron dos en que la neumonía se sobrepuso a una estreptosepticemia. El extracto hepático fué inyectado por vía muscular en las regiones glútea y deltoidea a dosis distintas, según la gravedad de la infección y la leucopenia, promediando la dosis diaria 6 cc. A la mayoría de los enfermos se les mantuvo en tiendas de oxígeno mientras había disnea y cianosis. Además, se administraron expectorantes, morfina y codeína si había mucho dolor pleural, y se trató de mantener una ingestión líquida de

3,000 a 4,000 cc diarios. No se emplearon purgantes, pero si había mucho estreñimiento se dieron enemas salinos. El empleo del hígado se basa en que aviva la leucocitosis, y en algunas neumonías la hematología se caracteriza por leucopenia relativa. (Wilson, J. A., y Carey, W. C.: *Am. Jour. Med. Sc.*, 752, jun. 1937.)

**Oxigenoterapia.**—Después de comparar series de casos de neumonía tratados con oxígeno y sin oxígeno en el Hospital para Marineros de Norfolk y otros hospitales generales de la población, Faget y Martin declaran que con la aplicación de oxígeno obtiéndose marcada disminución de la mortalidad en la neumonía y bronconeumonía, pero a fin de obtener resultados óptimos, hay que iniciar el oxígeno tempranamente, y continuarlo a una concentración adecuada (40-60%; introducción de 6 litros por minuto en una tienda hermética, con regulación automática de la temperatura y la humedad). En 49 casos de neumonía tratados sin oxígeno de 1927 a 1930, la mortalidad llegó a 32.65%, y en 38 de bronconeumonía, a 28.95%, mientras que en 64 de neumonía y 42 de bronconeumonía tratados con oxígeno de 1932 a 1936, la mortalidad respectiva fué 18.75 y 16.7%. Comprendiendo todos los casos, incluso terminales, la mortalidad sin oxígeno fué de 42.1% en la neumonía, y de 34.1% en la bronconeumonía, y con oxígeno de 31.9 y 29%, respectivamente. En cambio, en los dos hospitales generales de la población en que aparentemente se reservó la oxigenoterapia para los casos casi desahuciados y no se aplicó suficientemente, la mortalidad llegó a 73.8%, aunque mucho menor en los que recibieron oxígeno durante 70 horas o más. (Faget, G. H., y Martin, W. B.: *Hosp. News*, 4, obre. 15, 1937.)

**Roentgenoterapia.**—Powell ha tratado en 4½ años con los rayos X, 104 casos de neumonía, comprendiendo casos debidos a los tipos I, II y III, así como a otros, con una mortalidad de menos de 5%. En las infecciones de tipo I el resultado parece ser mejor con los rayos X que con el suero. Para él, la roentgenoterapia debe ser el método preferido en la neumonía, y hasta la fecha la única contradicción parece ser una leucopenia bien definida. (Powell, E. V.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 19, eno. 1, 1938.)

**Suero de conejo.**—Loughlin y colaboradores trataron 69 casos de neumonía de los tipos I, II, V, VII, VIII y XIV con suero homólogo de conejo. Hubo cinco muertes, tres en el tipo I y dos en el tipo II, en todos los cuales se había presentado bacteriemia, y en que se había demorado la seroterapia. No murió ningún enfermo tratado dentro de las 90 horas de haberse presentado la enfermedad. La mortalidad global fué de 7.4%. A 40 enfermos se les trató felizmente con una sola dosis, quedando la circulación invariablemente esterilizada después. No se observaron reacciones contraproducentes de gravedad debidas a la administración del suero antineumocócico de conejo sin concentrar y refinado. El promedio de unidades de suero inyectado varió de 230,000 a 696,000. Aun después de administrar sólo parte de la dosis total, ya se observó un descenso inmediato de la toxemia, y desaparición total después de administrar la dosis masiva, que llegó hasta 500,000 unidades en un volumen de 500 cc. La frecuencia de la enfermedad sérica fué menor con el suero de conejo que con el de caballo. (Loughlin, E. H.; Bennett, R. H., y Spitz, S. H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 497, agto. 6, 1938.)

Welch y colaboradores describen un método que consideran simplificado para preparar sueros antineumocócicos de diagnóstico en el conejo, así como métodos para determinar la potencia y especificidad de los mismos. También describen la técnica de adsorción para eliminar los componentes heterólogos. Los métodos descritos para determinar la potencia y especificidad basanse en estudios experimentales que denotan que el anticuerpo contenido en la cápsula es idéntico a la aglutinina específica para tipo, cuyos aglutinógenos tienen que quedar completamente satisfechos antes de presentarse el característico "quellung." (Los sueros de conejo pasan por poseer cierta superioridad sobre los de equino, pues pueden



obtenerse con ellos títulos más elevados de anticuerpos por unidad de volumen, y en un período mucho más breve. Pueden, además, administrarse a enfermos susceptibles a proteínas de caballo, y pruebas clínicas limitadas indican un efecto beneficioso semejante al observado con el suero de equino específico para tipo, en particular en el tipo I. Para muchos, el suero de conejo de tipo III promete mucho, aunque las pruebas clínicas son todavía insuficientes. También se encuentran en estudio sueros de conejo para las neumonías que no pertenecen a los tipos I, II, V, VII y VIII. En lo tocante al suero de caballo, está establecida la eficacia del de tipo I, y hay pruebas, aunque en menor escala, del valor de los sueros tipos II, V, VII, y VIII.) (Weleh, Henry; Borman, E. K., y Mickle, F. L.: *Am. Jour. Pub. Health*, 35, eno. 1939.)

## DERMATOSIS<sup>1</sup>

**Atlas de dermatología.**—El IX Congreso Internacional de Dermatología publicó en febrero 1938 un atlas de dermatología con 1,100 páginas y más de 4,000 ilustraciones (muchas en color), contribuídas por médicos de 44 países. Los interesados deben dirigirse a la Comisión de Publicación, IX Congreso Internacional de Dermatología, VIII Maria-utca 41, Budapest, Hungría.

**Acantosis nigricans en Argentina.**—Roffó e Iapalucci presentan el primer caso de acantosis nigricans observado hasta la fecha entre 76,000 enfermos del Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires. Los casos descritos en la literatura, según Monocorps, en 1931 no pasaban de 204. (Roffo, A. H., e Iapalucci, Luis: *Bol. Inst. Med. Exp. Trat. Cánc.*, 123, ab. 1938.)

**Buenos Aires.**—La *Revista Argentina de Dermatosifilología* publica (Tomo XXI, 2ª parte, p. 216) una estadística de los servicios de clínica dermatosifilográfica (Hospital Ramos Mejía) de la Facultad de Buenos Aires. Los enfermos internados en 1936 representaron 405, y los tratados en los consultorios externos 5,198. Los casos de sífilis matriculados sumaron: primaria, 88; secundaria, 76; terciaria, 14; nerviosa, 4; hereditaria, 7; ignorada, 21; clínicamente asintomática, 329. Los fallecimientos en salas fueron cinco. De lepra se hicieron historias de 65 enfermos nuevos, y se ficharon 58 convivientes.

**Sarna en el ejército argentino.**—En un minucioso artículo en que repasa modos de transmisión, diagnóstico, semiología, tratamiento, etc., de la sarna, De Vedia hace notar que en el Ejército Argentino en el año 1934 se observaron 165 casos (0.5% del efectivo total de las cinco divisiones), y en 1935, 221 casos (0.67%). Hubo mucha variación en la proporción de afectados en las diferentes divisiones. Para el autor esto procede de que muchos soldados se incorporan a las filas ya infestados, pues la mayor frecuencia se observa en los primeros meses del año, a raíz de la incorporación. (De Vedia, Enrique B.: *Rev. San. Mil.*, 439, mayo 1937.)

**Dermatosis pigmentaria progresiva de Schamberg.**—Al comunicar un caso, D'Agostino y Mosto declaran que en Argentina se han observado en seis años nueve casos de la dermatosis pigmentaria progresiva o enfermedad de Schamberg, comenzando con los dos que Seminario y Gaviña Alvarado describieran en 1931. La enfermedad fué descrita por primera vez por Schamberg en 1901. En la literatura francesa sólo aparecen siete casos, comenzando con el de Zimmerlin y Lanzenberg en 1926. (D'Agostino, Miguel, y Mosto, Domingo: *Sem. Méd.*, 847, obre. 7, 1937.)

**São Paulo.**—Das 6,269 pessoas atendidas na Secção Feminina do Ambulatório de Dermatologia e sifilografia da Santa Casa de Misericórdia durante o ano de

<sup>1</sup> La última crónica sobre Dermatosis apareció en el BOLETÍN de mayo 1937, p. 460.