

TOS FERINA *

Rio.—No decorrer dos 14 anos de existência do ambulatório, no serviço do Prof. Neves, foram registrados 4,138 casos de coqueluche, ou sejam 345 casos anuais; as complicações para o lado do aparelho respiratório (bronco-pneumonias, pneumonias, pleurites, dilatações brônquicas, etc.), foram assinaladas na proporção de 72 por cento, relativamente ao sexo, 1,897 casos eram do sexo masculino, 2,241 do sexo feminino. As maiores cifras foram registradas na época mais húmida e quente, portanto, naquela compreendida entre os meses de novembro e março, quando registrados foram 67 por cento dos casos observados. Nas crianças do sexo masculino, a idade que maiores contingentes forneceu foi aquela compreendida entre os 6 e 7 anos, com 312 casos; a menor idade observada foi a de 15 dias. Tratava-se dum recém-nascido, cujos irmãos, em número de dois, estavam acometidos de coqueluche (fase espasmódica), dormindo todos em companhia, no mesmo quarto lóbrego e mal arejado de operário paupérrimo. Além d'êste, as estatísticas registram de mais dois casos de crianças do sexo masculino com menos de 30 dias; um com 23 e o outro com 27 dias. O sexo feminino forneceu maior contingente, sobrepujando o sexo masculino, com 15.34 por cento a mais. Nas crianças do sexo feminino as menores idades observadas foram: 22 dias, um caso; 30 dias, dois; 60 dias, cinco; 90 dias, 21 casos. Relativamente aos reflexos condicionados de Pavlov nas recidivas, o censo foi computado com especial carinho, pela frequência observada de taes reflexos nos doentinhos do Serviço de Pediatria, portadores de uma meiotragia nervosa. É por demais expressiva a percentagem dos neurópatas, sendo assinalados êstes entre os coqueluchosos, na proporção de 7 por cento do total dos casos observados (299) e nestes os reflexos condicionados se evidenciaram na sua quasi totalidade, porquanto em 244 casos, isto é, em 75 por cento estavam presentes. Pelo exposto se infere da constante dos reflexos condicionados nas recidivas nas crianças nervosas com coqueluche. (Ferreira da Silva Pinto, O.: *Folha Méd.*, 109, ab. 5, 1934.)

San Salvador.—Díaz Nuila hace notar que la tos ferina se ha vuelto endémica en El Salvador desde 1926, hallándose aun en mayo de 1933 en plena actividad. En el servicio externo del Hospital Benjamín Bloom para niños, se trataron en un año 247 casos, predominando más de septiembre a noviembre. Por edad, la más afectada fué de 2 a 5 años, con casi 50 por ciento de los casos. Las recaídas han sido frecuentes. En el tratamiento, aparte de las medidas higiénicas para evitar enfriamiento, el autor recomienda la cura al aire libre, en particular en la playa, pero teniendo cuidado con respecto a la malaria, pues abunda en la costa, y varios casos que han ido a La Libertad para curar la coqueluche, han vuelto con accesos perniciosos de paludismo. (Díaz Nuila, N.: *An. Hosp. Benj. Bloom*, 20, No. 4, 1933.) (Este trabajo fué probablemente el último de su malogrado autor.)

México.—Garfias hace notar que la alta curva de la morbilidad por 100,000 de la tos ferina en el Distrito Federal de México en el quinquenio 1926 a 1930, habiendo alcanzado un máximo de 137.9 en 1927. La mortalidad coqueluchosa también es muy alta, promediando 99 en el quinquenio. El Departamento de Salubridad Pública exige el aislamiento para 10 enfermedades transmisibles cuya morbilidad es muy inferior a la de la tos ferina y, en cambio, no lo hace con ésta. El autor recomienda el aislamiento de los casos sospechosos mientras no se dilucide el diagnóstico, y definitivo hasta que dos exámenes bacteriológicos resulten negativos. (Garfias, E.: *Memoria III Cong. Asoc. Méd. Panam.*, 391, 1933.)

* Otras crónicas sobre Tos Ferina han aparecido en los siguientes números del *BOLETÍN*: agto. 1933, p. 837; jun. 1932, p. 631; jun. 1931, p. 766; agto. 1930, p. 972; 1929: nbre., p. 1231, y eno., p. 36.

Etiología.—En el Instituto Serológico de Copenhague, han empleado desde 1916 el método de Meyer para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina. El material disponible, en conjunto, comprende 2,144 casos, encontrándose bacilos de Bordet-Gengou en 65.3 por ciento en el período catarral, y una proporción de 58.1 a 33.7 por ciento en la primera a la cuarta semana del período convulsivo, y sólo en 7.5 por ciento después. Las pruebas de testigo revelaron que pueden encontrarse bacilos tan a menudo en los cultivos de la laringe, como en las placas obtenidas al toser el enfermo. En un estudio más sistemático de 109 niños, la frecuencia de resultados positivos fué de 63.2 por ciento en la primera semana del período convulsivo, 33.8 en la segunda, 18 en la tercera, y 4.3 a 4.2 en la cuarta y quinta, habiendo después oscilaciones, encontrándose uno positivo entre 20 casos, a la décima semana. Un estudio en escuelas, hospitales y otros establecimientos, demostró que es muy raro que un coqueluchoso transmita la infección después de suspender la cuarentena al cabo de cuatro semanas. Para descubrir si hay portadores crónicos, el autor examinó a 500 individuos sanos que no tosían ni habían estado en contacto con coqueluchos infecciosos; a 301 personas que habían estado en contacto con coqueluchos infecciosos por lo menos una semana; y a 202 enfermos que padecían de varias enfermedades del aparato respiratorio, tos ferina exclusiva. No pudo encontrar *B. pertussis* salvo en nueve de los 301 contactos, y esos nueve contrajeron la tos ferina. La observación clínica demuestra que los adultos y los niños mayores a menudo padecen de coqueluche atípica, y lo mismo reza con los enfermos después de la vacunación. Sin embargo, no se puede apreciar la frecuencia de esos casos abortivos. En 80 familias en que había aparecido la tos ferina, se hizo un estudio de todos los miembros y, además, se mantuvo la observación clínica. Del grupo de 385 personas, 76 menores de 15 años tuvieron tos ferina típica, 40 abortiva sin accesos típicos ni vómitos pero con tos atípica, y 86 permanecieron indemnes. En 16 de los abortivos se estableció el diagnóstico por el hallazgo del bacilo; en 24 el diagnóstico encontró poderoso apoyo en la tos prolongada del enfermo, y en la probabilidad de que éste había transmitido la infección a otras personas. Entre 183 mayores de 15 años, 1 manifestó tos ferina típica, 4 abortiva, y 178 permanecieron indemnes. Cabe, pues, suponer que los casos abortivos, a menudo desapercibidos, son muy frecuentes. Estos estudios son compatibles con la hipótesis de que el bacilo de Bordet-Gengou es el agente etiológico de la tos ferina. En el Instituto Serológico de Copenhague, el método de las placas ha resultado de valor práctico para el diagnóstico temprano. Para los escolares, un aislamiento de cuatro semanas ha resultado suficiente. No se han encontrado portadores sanos fuera de las familias afectadas. Los casos abortivos y atípicos parecen desempeñar un papel importante en la propagación de la enfermedad. (Kristensen. B.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 204, jul. 15, 1933.)

Factor bacteriológico.—Continuando su discusión de los métodos bacteriológicos en el diagnóstico y dominio de la tos ferina (véase el BOLETÍN de eno. 1929, p. 53, y agto. 1933, p. 837, y más arriba), Kendrick y Eldering suman el resultado de unos dos años de pesquisas bacteriológicas del *B. pertussis*, haciendo resaltar su aplicación al diagnóstico de los casos incipientes, leves y atípicos, al aislamiento y al alta, y al estudio de métodos profilácticos específicos. Esos métodos ya forman parte provisoriamente de los reglamentos sanitarios de la ciudad de Grand Rapids, Michigan. En los Estados Unidos, en el período 1927-29, en los niños menores de cuatro años la coqueluche ocasionó 43.5 por ciento de la mortalidad debida a las cuatro grandes enfermedades de la infancia, la difteria 30.6, el sarampión 19.1, y la escarlatina 6.6 por ciento. Entre el 1° de noviembre de 1932, cuando se instituyó sistemáticamente en Grand Rapids el método de las placas para el diagnóstico, y el 1° de agosto de 1934, se examinaron 984 ejemplares, resultando 267 positivos, y confirmandose en todos los casos clínicamente el

diagnóstico. La proporción de positivas fué de 78 por ciento en la primera semana, 64 en la segunda, 62 en la tercera, 32 en la cuarta, 15 en la quinta, y 3 por ciento en la sexta, de lo cual cabe deducir que un porcentaje relativamente alto son infecciosos en las primeras tres semanas de la enfermedad, disminuyendo desde entonces. El número de médicos que utilizan ese servicio diagnóstico es cada vez mayor, subiendo de 22 en el primer año a 70 en el segundo. Los reglamentos vigentes disponen lo siguiente: notificación de los casos comprobados y sospechosos, aislamiento al hacerse el diagnóstico clínico o bacteriológico, colocación de cartel de aviso en la casa, alta a los 35 días de iniciarse la enfermedad (primeros síntomas) si no se emplean las placas, pero a los 28 días si dos placas consecutivas tomados por lo menos a las 24 horas entre sí, resultan negativas, habiéndose tomado la primera no antes de los 21 días de la iniciación. Si una de las dos placas es positiva, la tercera no se toma antes de los 28 días de la iniciación. Además, se trata de alentar el aislamiento voluntario mientras se examinan las primeras placas o se hace el diagnóstico clínico. El estudio de las altas basadas en las placas, demuestra que 57 por ciento son dados de alta en la cuarta semana, 91 entre la cuarta y quinta, y 99 por ciento entre la cuarta y sexta. Como profiláctico se ha empleado una vacuna que consiste en una suspensión lavada al 0.3 por ciento del *B. pertussis* fase I cultivado en el medio de Bordet-Gengou enriquecido con 15 a 20 por ciento de sangre de oveja, matándose los microbios con un preservativo, tal como el mertiolato al 1/10,000 o el ácido fénico al 0.5 por ciento dejándose actuar en el refrigerador por una semana o más, y comprobándose el producto en cuanto a pureza y esterilidad por los métodos habituales, en cuanto a inocuidad en el cobayo, y en cuanto a antigenicidad por la aglutinabilidad con el suero de la fase I, y la capacidad para producir aglutininas de fase I en el conejo, con rapidez y a título elevado. (Kendrick, Pearl, y Eldering, Grace: *Am. Jour. Pub. Health*, 147, febrero, 1935.)

Simplificación del cultivo.—El método simplificado de Barksdale y Simpson para cultivar el *B. pertussis*, consiste en utilizar agar nutriente y extracto de patata o de nabo, lo cual permite hacer el diagnóstico dentro de 24 horas, y en un mínimo de cinco horas y 45 minutos. La tinción se realiza con violeta-bismuto, y se utilizan microaglutinaciones para la identificación del bacilo. (Barksdale, I. S., y Simpson, F. P.: *South. Med. Jour.*, 943, febrero, 1934.)

Agutinorreacción.—Kendrick afirma que la aglutinación rápida es muy superior a la habitual prueba de 1 cc para el *B. pertussis*. La ventaja más importante consiste en que se completan las pruebas antes de que creen dificultades las aglutinaciones inespecíficas que revelan tantas suspensiones del *B. pertussis*. La reacción también es más bien definida, y los puntos terminales son más fáciles de determinar. (Kendrick, Pearl L.: *Am. Jour. Pub. Health*, 1310, febrero, 1933.)

Diagnóstico y tratamiento.—Para Sauer, el método danés de las placas es un auxiliar valioso en el diagnóstico temprano de la coqueluche. A 1,000 lactantes y niños pequeños, les inyectó 8 cc de una vacuna que contenía en cada centímetro cúbico 10,000 millones de bacilos *pertussis*, preparada de cepas hemolíticas recién aisladas, cultivadas en el medio de Bordet con sangre humana. De ellos, 39 estuvieron expuestos en la familia de cuatro meses a seis años después, sin que ninguno contrajera la enfermedad típica, y en dos se presentara abortada. A 370 lactantes, antes de cumplir seis semanas, se les inyectó un total de 6 cc, y de cinco expuestos subsecuentemente, cuatro contrajeron la enfermedad en forma leve, y uno se escapó. En los últimos dos años, bastantes médicos en varias partes han comprobado el efecto inmunizante de esta vacuna. En ocho casos, al parecer, no protegió. La falta de refrigeración ejerce un efecto nocivo sobre el antígeno. En el tratamiento, el descanso, el aislamiento, el buen alimento, el aire puro y el sol son beneficiosos. Las drogas resultan desalentadoras. Deben evitarse los sedantes con exceso, mientras que el éter en aceite de olivas en enemas retenidos,

resulta útil. Para que la vacuna proteja, debe administrarse por lo menos cuatro meses antes de la exposición. (Sauer, L.: *South. Med. Jour.*, 1002, dbre. 1934.)

Inmunización.—Frawley administró inyecciones profilácticas de 8 cc (cuatro dosis semanales de 2 cc) del antígeno activo no desnaturalizado del *Haemophilus pertussis* descrito por Krueger y colaboradores en 1933, a un grupo de 505 escolares no inmunes. Apenas hubo reacciones locales u orgánicas. Observados los niños desde la vacunación: 49 se han expuesto a la tos ferina sin manifestar síntomas; en 31 se presentó la coqueluche, durando en 25 el período paroxístico menos de una semana, en cinco de una a dos, y en uno dos semanas. Como testigos, se tomaron 174 niños no vacunados de los mismos hogares y salas de clase, que contrajeron la enfermedad durante el período de estudio. En ellos la fase paroxística duró en nueve menos de una semana, en 49 de una a dos, y en 116 dos semanas o más. Los resultados obtenidos indican que la vacunación profiláctica con el antígeno protege contra la tos ferina. Empleada correctamente en los párvulos, eliminaría las epidemias que suelen presentarse con el sistema actual, que permite frecuentemente a los niños que asistan a la escuela durante el período catarral, en que el diagnóstico es más incierto y el peligro de contagio mayor. En la discusión, Sauer declaró que el resultado obtenido por Frawley compárase favorablemente con el descrito recientemente por Madsen, con el empleo de 2.2 cc de una vacuna potente. La característica del antígeno es que apenas produce reacciones, mientras que, para Madsen, el efecto de la vacuna que describe fué mayor en los enfermos que manifestaron una poderosa reacción local. Para Helmholtz, el asunto reviste mucha importancia, pues la tos ferina ocupa un puesto muy elevado en la mortalidad debida a las enfermedades transmisibles. La dificultad estriba en que las muertes por coqueluche corresponden en gran parte al primer año de vida, de modo que habría que inmunizar en el primer semestre. En una serie de 20 niños observados por Helmholtz en que se empleó la vacuna de Frawley, tres contrajeron la enfermedad durante el proceso de inmunización, y de los otros 17 todos menos uno quedaron protegidos, aunque por dos meses humbo constante exposición en la escuela, y en dos casos en la casa. Durand ha probado la vacuna de Sauer en unos 150 niños, sin que ninguno manifestara tos ferina después de haber transcurrido cuatro semanas consecutivas a la última inyección. Uno contrajo la coqueluche a las cuatro semanas. Dos lactantes vivían en la misma casa con otros hermanos que tuvieron una coqueluche grave, y otros asistían a escuelas en que la enfermedad reinaba. Un 5 por ciento de esos niños manifestaron una reacción febril bastante intensa la noche en que se les vacunó, y uno tuvo una convulsión. (Frawley, J. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 960, sbre, 29, 1934.)

Vacuna.—Sauer probó para la inmunización contra la tos ferina en 384 niños de una edad media de 11 a 28 meses, una vacuna que contenía 10,000 millones de *B. pertussis* por centímetro cúbico. La dosis total fué de 7 a 8 cc dividida en tres inyecciones semanales de 1, 1.5 y 1.5 cc respectivamente en cada lado. En los cinco años que duró el estudio, los 31 niños testigos de 24 familias contrajeron típica coqueluche; 29 de los niños vacunados estuvieron expuestos durante los períodos de incubación, catarral y paroxístico, sin que ninguno contrajera la enfermedad. Tampoco manifestaron tos que se pareciera en nada a la ferina los 162 niños vacunados y expuestos accidentalmente a la enfermedad. La inmunidad activa ya es completa a los cuatro meses y parece durar años enteros. Los lactantes toleran las inyecciones muy bien, y la mejor edad para inmunización es el segundo semestre de la vida. Como se ha apuntado anteriormente, para obtener protección las inyecciones deben haberse completado por lo menos cuatro meses antes de la exposición. En la discusión, Schowalter presentó las estadísticas relativas del Asilo de Niños de Milwaukee durante un período de 16 años consecutivos. En los primeros ocho años ninguno recibió vacuna anticoqueluchosa, mientras que en los ocho siguientes todos los menores de seis años

recibieron sistemáticamente bien vacuna o inmunógeno. Se ha vacunado a 2,700 niños; sin embargo, la tasa de morbilidad coqueluchosa por 1,000 niños fué más del doble durante el período en que se empleó la vacuna que durante el anterior. El éxito del Dr. Sauer tal vez proceda de dos factores, uno de los cuales es la preparación de la vacuna, pues sólo utiliza cultivos recientes obtenidos cada pocos meses, y el otro es la enorme dosis, pues inyecta 80,000 millones de bacilos en cada niño. En el Asilo de Milwaukee han inoculado recientemente a 75 niños de seis meses a dos años con la vacuna, y de no presentarse ninguna epidemia antes de transcurrir los cuatro meses mencionados, será posible formar una idea precisa de la eficacia de la vacuna. Explicando la composición de la vacuna, Sauer manifestó que se diferencia de todas las demás, por sólo prepararse de cepas recién aisladas y cultivadas exclusivamente en sangre humana, siendo la dosis por lo menos tres veces mayor que la recomendada por otros y, además, el factor tiempo es probablemente lo más importante. Para él, inmunidad y aglutinación o fijación del complemento no son la misma cosa, y una aglutinación elevada no denota que se haya alcanzado la inmunidad máxima. Por ejemplo, en Dinamarca, niños que recibieron más de 22,000 millones de bacilos manifestaron una aglutinación máxima a las pocas semanas, pero, al exponerse a la enfermedad de uno a tres meses después, la contrajeron. Foshay le recomendó a Sauer que probara uno de los métodos de detoxicación química que han empleado Wherry y sus compañeros en Cincinnati, pues así podrían mermarse las reacciones orgánicas sin afectar las virtudes antigénicas o inmunizantes de la suspensión. El formaldehído, la urea semisaturada o el ácido nitroso, tal vez darían resultado. (Sauer, L. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1449, nbre. 4, 1933.)

Madsen describe el resultado obtenido con la vacuna anticoqueluchosa en dos epidemias observadas en las islas Fároe en 1923-24 y en 1929. En las dos epidemias, el porcentaje de mortalidad entre 3,926 vacunados fué de 0.15, comparado con 2.4 entre 1,073 no vacunados, o sea 16 veces más en los últimos. Además, la enfermedad en los vacunados es mucho más leve y breve. Los vacunados no fueron seleccionados, de modo que ambos grupos son estrictamente comparables en cuanto a edad, época de la epidemia, y ambiente. Las islas Fároe se prestan muy bien para una comparación de este género, pues las epidemias aparecen allí en ondas separadas a plazos de varios años. Como profiláctico, el valor de la vacuna fué muy escaso en la primera epidemia, pues se afectaron casi por igual vacunados y no vacunados. En la epidemia de 1929, el resultado profiláctico parece haber sido mucho mejor, pues 458 de los 1,832 vacunados no contrajeron la enfermedad, mientras que de 446 no vacunados, sólo 8 no se infectaron. La vacuna fué preparada de cepas recientes; la dosis utilizada fué algo grande, o sea 22,000 millones de bacterias; y la vacunación se completó poco antes de la iniciación de la epidemia, es decir, que ésta sobrevino cuando era mayor el título de anticuerpos producidos por la vacuna. Esta fué preparada en el Instituto Serológico de Copenhague, emulsificando cultivos en agar-sangre de 48 horas en suero fisiológico que contenía solución de formaldehído al 1 por ciento, de modo que cada centímetro cúbico contenía 10,000 millones de bacilos. La vacuna se administra en tres inyecciones intramusculares o subcutáneas a plazos de tres o cuatro días: 0.5, 0.7 y 1 cc. Una de las ventajas de la vacunación anticoqueluchosa es la falta de reacciones graves subsecuentes, pero en Dinamarca ha habido dos muertes en recién nacidos vacunados durante epidemias. Aunque se han vacunado numerosos recién nacidos sin contratiempo, Madsen no recomienda la vacunación de los menores de un mes. Varios médicos también han observado mucho malestar después de la vacunación. Muchos de los informes contradictorios, proceden de que no se diferencian suficientemente las propiedades terapéuticas y las profilácticas de la vacuna. La mayor parte de los autores convienen

en que, si se administra tempranamente en el período catarral, la vacuna surte buen efecto. (Madsen, T.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 187, jul. 15, 1933.)

O estudo comparativo do resultado da applicação do soro vaccínico em dois grupos de casos de coqueluche leva a Monteiro e Godinho a tirar as seguintes conclusões: em 100 por cento dos casos recentes, a cura clínica foi rápida e, em sua quasi totalidade, immediata. Entre os mais antigos: em cerca de 14 por cento, cura clínica rápida; 19 por cento, melhora lenta, mas indiscutível; 29 por cento, não se pode perceber melhora. De um modo geral, entre os 35 casos até agora observados, houve cura em 25 (cerca de 70 por cento), melhora em 4 (cerca de 12 por cento) e efeito nullo em 6 (cerca de 18 por cento). (Monteiro, J. L., e Godinho, R.: *Mem. Inst. Butantan*, Tomo VII, 319, 1932.)

Eteroterapia.—Resumiendo la literatura, con especial referencia a la Argentina, Magliano declara que el método de los enemas de éter para el tratamiento de la coqueluche, aconsejado en 1925 por Goldsbloom e introducido por el autor en la Argentina en 1926, es un procedimiento eficaz y fácil, sin ninguna contraindicación, aparte de evitar la aplicación de laxantes y enemas previos. En las bronconeumonías, el procedimiento constituye un poderoso auxiliar, y en cualquier tos espasmódica el beneficio es seguro, así como en los estados catarrales comunes, con tal que se emplee la fórmula modificada, o sea añadiendo a la solución de éter en vaselina líquida, eucaliptol, alcanfor y gomenol. (Magliano, H.: *Semana Med.*, 323, agto. 3, 1933.)

Fenobarbital.—En una serie de 64 niños, Brems obtuvo buen resultado en unos 20, y magnífico en unos 30, con el fenobarbital sódico al 0.5 por ciento, a dosis de 5 cc de tres a seis veces diarias. El único efecto contraproducente consistió en un exantema en siete y notable entorpecimiento en tres. (Brems, A.: *Ugskr. Laeg.*, 369, mzo. 30, 1933.)

ERISÍPELA *

Etiología.—De sus lecturas, así como de sus experiencias y pruebas de neutralización de la toxina con la antitoxina erisipelatosa y otras heterólogas, Espinosa de la Maza deduce que debe considerarse la erisipela como producida por una cepa especial de estreptococos hemolíticos. Cultivados en medios especiales, esos estreptococos rinden una toxina, que inyectada en la dermis de personas sensibles, evoca una reacción local (reacción de Birkhaug) parecida a la Dick. Bravo en su trabajo expone que, efectuando la prueba de Birkhaug entre 169 individuos enfermos y normales, constató su positividad en los enfermos de erisipela con menos de cinco días de evolución, y en un 10 por ciento, más o menos, de las personas normales. En las experiencias del autor resultó positiva en 8.2 por ciento entre 15 individuos normales o afectos de otras dolencias. Entre 300 escolares, la Dick fué positiva en 50 por ciento y la Birkhaug en 20 por ciento. La mezcla *in vitro* de antitoxina en cantidad suficiente, neutraliza la toxina, de tal modo que al emplearla en un individuo sensible no evoca la reacción. Esta neutralización puede servir de base para determinar la actividad del suero anti-erisipelatoso, en forma análoga a lo que se hace con el antiescarlatinoso. (Espinosa de la Maza, R.: "Contribución al estudio de la toxina y de la antitoxina erisipelatosa", 1933.) (La prueba de Birkhaug consiste en inyectar 0.1 cc de la toxina específica por vía intradérmica, que evoca en las personas susceptibles una reacción eritematiforme típica.)

Presentando una serie de 16 casos tratados biológicamente, Manguel y Dragonetti afirman que la erisipela es producida por un diploestreptococo,

* Otras crónicas sobre Erisipela han aparecido en los siguientes números del *BOLETÍN*: agto. 1933, p. 842; jun. 1932, p. 635; jun. 1931, p. 772; agto. 1930, p. 974, y nbre. 1929, p. 1234.