

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.

coccus haemolyticus scarlatinae. El suero de los positivos no la neutralizó, pero en algunos casos neutralizó una solución más débil (al doble). Las investigaciones comprendieron unos 70 niños, todos de más de un año, y 10 adultos.

Via del contagio escarlatinoso.—En sus análisis, Friedemann³⁸ no encontró estreptococos en las escamas cutáneas previamente purificadas, por lo cual no quedan eliminadas. Tampoco los encontró en la orina. El foco principal es la amígdala, donde los encontró siempre. También los encontró en el pus. La transmisión es principalmente por gotillas exhaladas, y hay que considerar la infección por los objetos corrientes, pues en las camas, las paredes y en el aire de los aposentos ocupados por los escarlatinosos había numerosos estreptococos. Para el autor, la existencia de estreptococos hemolíticos en la garganta no posee valor diagnóstico, pues se hallan allí en otras enfermedades, por ejemplo la angina. En cambio, su falta hace improbable la existencia de escarlatina. Friedemann encontró estreptococos hemolíticos en la garganta de 100 por ciento de convalecientes al abandonar el hospital al cabo de 6 semanas, y dedujo que los enfermos se reinfectaban constantemente. Organizó entonces una estación "ventiladora," a la que hacía trasladar los enfermos que tenían pocos microbios en la garganta, sin admitir casos nuevos. De este modo la mayoría de los enfermos pudieron ser dados de alta al cabo de 6 semanas sin estreptococos. Entre 39 enfermos dados de alta sin examen bacteriológico, hubo 4 recidivas. Entre 50 dados de alta tras un examen, no hubo ninguna recidiva.

Inmunidad de los recién nacidos y los lactantes.—Paunz y Csoma³⁹ observaron que los sueros de las criaturas de madres Dick-positivas no contenían antitoxinas escarlatinosas, independiente del resultado de la cutirreacción. El contenido de antitoxina en el suero de las criaturas de madres Dick-negativas depende en gran parte de la edad del pequeño. Hasta los 6 a 10 meses hay antitoxina heredada; después, falta hasta en aquellas cuya reacción es negativa. La mayor parte de los niños estudiados eran alimentados con biberón. Los dos únicos casos de escarlatina infantil observados por los autores en los dos últimos años fueron en niños Dick-positivos. Las criaturas Dick-negativas cuyo suero contenía antitoxina no reaccionaron a grandes dosis de toxina escarlatinosa. En cambio, las Dick-negativas cuyo suero no contenía antitoxina, reaccionaron con síntomas graves, pero sin exantema a dichas inyecciones.

Escarlatina experimental.—Rosen y sus colaboradores⁴⁰ probaron varios métodos de transmitir la escarlatina a los conejos. A algunos les frotaron la garganta con material obtenido de la garganta de los

³⁸ Friedemann, U.: *Lancet* 2: 211 (agto. 4) 1928.

³⁹ Paunz, J., y Csoma, E.: *Klin. Wchnschr.* 7: 498 (mzo. 11) 1928.

⁴⁰ Rosen, P. C., y otros: *Mikrob. Jur.* 6: 95, 1927.

• escarlatinosos y a otros inyectáronles el material en las venas. También inyectaron intravenosamente de 2 a 3 cc. de emulsión de hígado, bazo, médula ósea, o ganglios linfáticos obtenidos en las autopsias de los escarlatinosos. De 37 conejos inoculados, 31 contrajeron la escarlatina. La evolución en el conejo fué muy semejante a la humana. De la sangre y vísceras se obtuvo un estreptococo con la misma frecuencia que en el hombre. Las alteraciones autópsicas en conjunto también se parecen mucho a las de la escarlatina humana.

Serodiagnóstico.—Langer⁴¹ examinó el suero de 45 escarlatinosos con extractos de cultivos puros de estreptococos escarlatinosos. Practicó 62 reacciones en niños de 4 a 14 años. El suero de 40 acusó una reacción de fijación del complemento, marcadamente positiva desde la segunda semana de la enfermedad. En los casos negativos no hubo reacción, ni aún, con extractos preparados de la misma cepa bacteriana que existía en el caso dado. En los casos positivos no pudieron obtenerse reacciones con extractos de los estreptococos de los casos negativos. En 30 sueros testigos, incluso 14 positivos para la Wassermann, la reacción fué negativa.

Eritrosedimentación.—Stoltenberg⁴² estudió la eritrosedimentación en 172 casos de escarlatina, descubriendo que no tenía valor, ni pronóstico ni diagnóstico.

Hemograma.—De su análisis de 612 casos, Higgins⁴³ deduce que la frecuencia de la escarlatina es muy baja en la raza negra. Un 60 por ciento de los enfermos vomitaron en el período inicial. Las personas de más de 30 años rara vez contraen la escarlatina. Esta es rara vez distinguida en los niños de menos de dos años, y mientras más pequeño el niño, mayor la mortalidad, más grave la dolencia, y más frecuentes las complicaciones. La temperatura suele permanecer elevada de 1 a 10 días. La duración de la fiebre suele armonizar con la gravedad. La leucocitosis en los primeros días es por lo común de 10,000 a 25,000, y la media de unos 14,500. En los casos fatales la media fué de 19,000 y en los graves de 15,500. La leucocitosis fué más alta en el otoño que en la primavera. Las complicaciones tardías la hacen subir. El porcentaje de polimorfonucleares es de más de 70 en 90 por ciento de los casos. La media fué de 84 por ciento; en los casos fatales de 84 por ciento y en los graves de 88 por ciento. Los casos contraídos de casos graves suelen ser también graves, y los contraídos de casos ligeros, también ligeros. Hay signos precisos de la existencia de portadores en la escarlatina. La Wassermann es a veces positiva durante la evolución. La varicela durante la convalecencia de la escarlatina caracterízase a menudo por muchas lesiones.

⁴¹ Langer, H.: Deut. mediz. Wehnschr. 54: 1239 (jul. 27) 1928.

⁴² Stoltenberg, W.: Klin. Wehnschr. 7: 1559 (agto. 12) 1928.

⁴³ Higgins, H. L.: Ohio St. Med. Jour. 24: 543 (jul.) 1928.

Desnutrición.—Del estudio de más de 2,000 casos de escarlatina, Schlieps⁴⁴ deduce que la desnutrición desempeña un gran papel en la frecuencia de la enfermedad. Dicho autor condena la sobrealimentación con elementos escasos en purinas y sobre todo leche y huevos. Los niños que padecen de diátesis exudativa y mal nutridos contraen por regla general la escarlatina en forma más grave.

Toxinas de los estreptococos hemolíticos.—La labor de Ando y otros⁴⁵ demuestra que los estreptococos hemolíticos aislados de los focos patológicos escarlatínicos y no escarlatínicos, producen una toxina capaz de evocar una cutirreacción en el hombre. La producción de toxina varía mucho según las razas. Los efectos de la toxina, tanto para la reacción de Dick como para la inmunización profiláctica, dependen en gran parte de la selección de razas apropiadas. Parece lógico utilizar una toxina polivalente.

Inmunización con anatoxina.—Zelikina y Kuritzina⁴⁶ mermaron marcadamente la toxicidad de la toxina escarlatínica preparada según el método de Dick, sin hacerla perder su propiedad antigénica, agregando una solución de formaldehído al 1 por ciento y guardándola cinco semanas en el termostato a 40 ó 42 C. La administración de dosis masivas de la anatoxina en dos ocasiones, 4,500 dosis cutáneas la primera vez y 30,000 la segunda, convirtió una Dick positiva en negativa en un porcentaje elevado sin producir reacciones marcadas. Entre 100 niños inmunizados con ese método, en 80 la Dick positiva se trocó en negativa; en 13 se atenuó; y en 7 no se modificó.

Inmunización.—Sparrow⁴⁷ deduce que la inmunización antiescarlatínica ejerce un influjo innegable y constante sobre la morbilidad. Esta disminuye según la edad, tanto en los inmunizados como no inmunizados, y también de acuerdo con la dosis de toxina inyectada. En conjunto, entre los no inmunizados hay de tres a cuatro veces más casos que en los inmunizados.

Resultados de la inmunización.—Friedemann⁴⁸ repasa los resultados descritos en el Congreso Médico de Königsberg. En general, se reconoció la brillante acción del suero obtenido por inmunización con estreptococos escarlatinosos y con las toxinas de éstos en el tratamiento de la escarlatina, pero no sobre la marcha de las complicaciones. Iwaschenzow ha obtenido los mismos efectos beneficiosos con muy pocos centímetros cúbicos de suero, pero por vía lumbar. Korschun, de Moscou, ha vacunado a 62,000 niños, siendo la morbilidad en los vacunados mucho menor que en los testigos. Hubo unanimidad completa en cuando a las relaciones del estreptococo hemolítico con la patogenia de la escarlatina.

⁴⁴ Schlieps, W.: Jahrb. Kind. 120: 127 (junio) 1928.

⁴⁵ Ando, K., Kurauchi, K., y Ozaki, K.: Jour. Immun. 15:217 (mayo) 1928.

⁴⁶ Zelikina, M. A., y Kuritzina, D. A.: Mikrob. Jur. 6: 63, 1928.

⁴⁷ Sparrow, H.: Presse Méd. 36: 549 (abr. 28) 1928.

⁴⁸ Friedemann: Deut. mediz. Wehnschr. No. 30 (jul. 27) 1928.

Sensibilidad a las toxinas estreptocócicas en la sepsis puerperal.—De 100 gestantes que describe Burt-White,⁴⁹ 27 se mostraron susceptibles a una dosis de 0.2 cc. de una dilución al 1:1,000 de toxina escarlatínica, inyectada intradérmicamente. Ocho, o un 30 por ciento de las mujeres toxina-sensibles, manifestaron puerperios morbosos. Del cuello de las examinadas se obtuvo el *S. pyogenes* en cultivo puro. El parto fué normal en 6 de ellas y casi normal en las otras 2. De 100 gestantes 73 no reaccionaron a la toxina escarlatínica y 2 manifestaron puerperios morbosos, pero sin poderse encontrar en ninguna estreptococos en el cuello o la sangre. Trece de ellas, o sea 19 por ciento, tuvieron partos difíciles, pero puerperios sanos. Seis fueron examinadas sin poderse encontrar en ninguna el *S. pyogenes*.

Nueva política en brotes motivados por la leche.—Tratándose de un brote de escarlatina producido por la leche, Knowlton⁵⁰ hace notar que hasta ahora sólo se consideraba necesario cambiar los manipuladores de dicha substancia. No obstante, desde que se han encontrado estreptococos hemolíticos en la leche de las vacas infectadas, lo indicado es suspender inmediatamente la venta de leche, hasta que pueda aplicarse la pasteurización debida.

Reinfección.—En el caso de Marsden⁵¹ hubo dos ataques bien definidos de escarlatina en tres meses. El primero se complicó con empiema; el segundo fué provocado por los estreptococos hemolíticos del empiema.

Epidemia.—Van Buchem⁵² analiza 500 casos de una reciente epidemia de escarlatina, en que comprobó a 260 enfermos en busca del fenómeno de Rumpel-Leede, descubriéndolo sólo en 70 por ciento. Hubo artritis en 5 por ciento, linfadenitis en 14.8 por ciento, otitis media en 10.4 por ciento, glomerulonefritis aguda en sólo 0.8 por ciento. Hubo 5 casos de endocarditis; en 2, al cabo de la tercera semana; en 2, de la cuarta, y en 1 en la sexta. Un enfermo manifestó miocarditis al terminar la primera semana. Ninguno de los 500 enfermos se presentó en el hospital debido a complicaciones. El cambio de la Dick positiva en negativa tuvo lugar hasta a los 10 días y después en muchos casos. En algunos la reacción era positiva a los 22 días, cambiando a negativa en la quinta o sexta semana.

Osteomielitis mandibular.—Ante la Real Sociedad de Medicina de Londres,⁵³ el Sr. T. B. Layton describió 2 casos de osteomielitis mandibular en la escarlatina. Mantell ya había descrito en 1897, 19 casos semejantes en una serie de 12,230 de escarlatina. En 16 intervino un factor traumático, y 7 de estos 16 murieron. Sólo en 3 se afectó el maxilar superior, y 2 de ellos se repusieron. El Dr. J. D. Rolleston,

⁴⁹ Burt-White, H.: Brit. Med. Jour. 1: 974 (jun. 9) 1928.

⁵⁰ Knowlton, Millard: Connecticut Health Bull. 42: 142 (jul.) 1928.

⁵¹ Marsden, H. E.: Brit. Med. Jour. 1: 716 (abr. 28) 1928.

⁵² Van Buchem, F. S. P.: Nederl. Tijds. Geneesk. 72: 3281 (jul. 7) 1928.

⁵³ Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1042 (obre. 6) 1928.

administrador médico del Hospital Occidental para la Fiebre, hizo notar los cambios de la escarlatina en los últimos 50 años. Por entonces, la mortalidad escarlatinosa en Londres era de poco más de 13 por ciento, en tanto que hoy día es menor de 1 por ciento. Aún en 1897, la mortalidad era 6 veces mayor que hoy día. En cambio, cuando Sydenham describió la enfermedad, declaró que apenas merecía llamársela enfermedad, porque no era nunca fatal, salvo por demasiado cuidado de parte del médico. Rolleston declaró que, aunque había tratado fiebres más de 25 años, había visto muy pocos casos de osteomielitis, y jamás en la escarlatina.

Complicaciones raras.—Entre las complicaciones raras de la escarlatina, Frank⁵⁴ menciona bronconeumonía bilateral con empiema rotuliano en un niño de 3 años, neumonía y empiema en una criatura de 2 años, apendicitis con peritonitis fatal en un varoncito de 11 meses, otitis media con meningitis supurada en un niño de 6 años; abscesos en el sitio de la inyección en 2 casos en que se administró intragluteamente suero terapéutico, y endometritis a los 2 días del parto en una mujer que había dado a luz a los 3 días de presentarse la escarlatina.

Patogenia de la nefritis.—Friedemann y Deicher⁵⁵ descubrieron que los sueros de los escarlatinosos con nefritis contienen en la tercera semana de la enfermedad una cantidad extraordinaria de anticuerpos, en tanto que los sueros de los convalecientes sin nefritis contienen una cantidad sumamente pequeña. En los casos de complicaciones sépticas no se observó un aumento semejante. Los autores deducen que esta prematura formación de anticuerpos es la causa, y no la consecuencia de la nefritis. Los experimentos en animales no mostraron grandes cantidades de estreptococos en los riñones mismos, ni tampoco en la sangre, por lo cual deben hallarse en el sitio de las complicaciones sépticas. En un caso de nefritis rebelde a todo tratamiento, el proceso desapareció al extirpar la amígdala derecha, que era asiento de una supuración.

Síntomas cardíacos.—Reinhard⁵⁶ descubrió “corazón escarlatinoso” en 84 de 160 niños observados durante 6 semanas de escarlatina. El estado consistió en un ruido sistólico suave sobre la punta, que apenas podría llamarse soplo. Sesenta niños abandonaron el hospital con ese síntoma. A 35 se les reexaminó de 3 a 4 semanas después de darlos de alta, y sólo en 3 habían desaparecido absolutamente los síntomas cardíacos, y en 11 mejorado. El “corazón cardíaco” no se vinculó al parecer con la intensidad de la enfermedad, ni tampoco con reumatismo ni nefritis. De los 160 niños, sólo 1 manifestó endocarditis. No se necesita tratamiento, pues el estado parece curarse espontáneamente.

⁵⁴ Frank, H.: Deut. Arch. klin. Med. 160: 159 (jul.) 1928.

⁵⁵ Friedemann, U., y Deicher, H.: Zeitsch. f. Klin. 108: 737 (agto. 18) 1928.

⁵⁶ Reinhard, F.: Arch. Kinder. 84: 210 (jun. 15) 1928.

Glositis ulceronecrótica.—En un escarlatinoso de 11 años se presentaron úlceras necróticas en las amígdalas, que se propagaron a la lengua.⁵⁷ También se formaron úlceras en los labios y las comisuras de la boca, pero la mucosa de las mejillas permaneció intacta. El pequeño por fin se repuso a los 42 días, sin que quedaran indicios de las úlceras. Otros tres niños a quienes atacó la escarlatina al mismo tiempo y en el mismo asilo no manifestaron invasión de la boca o faringe.

Seroterapia.—De sus estudios realizados durante el año pasado, Nobécourt y sus colaboradores⁵⁸ deducen: El suero escarlatinoso resulta ineficaz en el tratamiento de las complicaciones supurada y las infecciones secundarias, pero mejora mucho el estado tóxico si se administra tempranamente. En todos los exantemas infecciosos es muy difícil precisar el valor de un medicamento, pues hay que tomar siempre en cuenta la intervención de la naturaleza, y en particular en la escarlatina, es difícil decidir al principio si un caso es o no maligno. Sin embargo, parece que en ciertos casos la acción del suero fué muy favorable. Por producir inmunidad positiva, el suero puede poseer marcado valor en ciertos casos seleccionados, pero esta inmunidad no dura más de 3 ó 4 semanas.

Suero de Behring.—Göttsche⁵⁹ ha tratado a 446 escarlatinosos con suero de Behring. El resultado fué favorable. Aunque no se impidieron las complicaciones, estas parecieron ser menos graves. Al autor la Dick no le resultó satisfactoria, ni tampoco la existencia del estreptococo en la garganta, como pauta de la infecciosidad.

Nuevo suero.—Las investigaciones de Meyer⁶⁰ lo han convencido de que el estreptococo escarlatinoso no es específico. Ya se ha preparado un suero que contiene antitoxinas, tanto cutáneas como orgánicas, o sea el combinado, que Finkelstein ha comprobado en 4 series de enfermos, con los siguientes resultados: La duración media de la fiebre fué de 16.6 días en los enfermos que sólo recibieron tratamiento sintomático, de 7.3 días en los que recibieron el suero estreptocócico (Höchst), y de 5.3 días en los que recibieron el nuevo suero combinado. Los porcentajes de complicaciones fueron 91.1, 69.6, 59.6 y 29.6, respectivamente, en los 4 grupos.

Valor del filtrado estreptoescarlatinoso.—Ramon, Laffaille y Martín llamaron recientemente la atención sobre ciertas propiedades del suero obtenido de los caballos en que se han inyectado antígenos del denominado estreptococo escarlatinoso.⁶¹ El suero de los animales inyectados con filtrados no contiene aglutininas para el estreptococo, y en cambio, sí parece contenerlas cuando se inyectan cultivos vivos,

⁵⁷ Berger, I.: Monats. Kinderh. 38: 289 (abr.) 1928.

⁵⁸ Nobécourt, P.; Martin, R.; Bizé, P. R., y Laffaille, A.: Presse Méd. 36: 1201 (sbre. 22) 1928.

⁵⁹ Göttsche, E.: Münch. mediz. Wchnschr. 75: 1455 (agto. 24) 1928.

⁶⁰ Meyer, F.: Deuts. med. Wchnschr. 54: 1328 (agto. 10) 1928.

⁶¹ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1043 (obre. 6) 1928.

manifestándose en ambos casos efecto floculante, pero muy pronunciado cuando se inyectan cultivos vivos, y menos marcado cuando se inyecta el filtrado. Como la floculorreacción permite calcular los anticuerpos, puede determinarse así la actividad del suero. Dichos autores tratan ahora de establecer una escala que permita determinar, por la floculación sola, el valor de los filtrados en dosis cutáneas.

El suero de convaleciente en la escarlatina.—La administración intramuscular de suero de escarlatinoso convaleciente le dió buenos resultados a Rubin⁶² en 25 casos, sobre todo en los de gravedad moderada, y cuando había síntomas de intoxicación. No surtió tan buen efecto en los casos hipertóxicos, sépticos, toxicosépticos y complicados. Hay que emplear dosis masivas, 40 a 100 ó 150 Gm., a más tardar al tercer día. El suero debe ser inactivado, manteniéndolo 1 hora a 56 C. El efecto favorable recae sobre la temperatura, el pulso, los síntomas tóxicos y el cuadro sanguíneo.

Observaciones relativas a la seroterapia.—Para determinar el valor de los sueros escarlatinosos, Bröcker⁶³ tomó 100 escarlatinosos, inyectándoles intramuscularmente, a uno sí y a otro no 50 cc. del suero estreptoescarlatinoso. El resultado demostró que el suero posee valor en los casos graves. La acción se manifiesta temprana, pero no constantemente. En las complicaciones sépticas el suero acusó poco valor. Con la seroterapia sistemática la evolución general de la fiebre es menos aguda y se presentan menos complicaciones y menos graves.

Unidad para la antitoxina.—Dyer⁶⁴ declara que la potencia de la antitoxina estreptoescarlatinoso debería ser expresada en "unidades," lo mismo que se hace con las otras antitoxinas de empleo corriente. Para evitar la confusión quizás originada por las dosis diferentes de los productos semejantes, también parece conveniente que la dosis terapéutica media de dicha antitoxina sea aproximadamente idéntica a la de la diftérica. Los clínicos han descubierto que la dosis terapéutica media de antitoxina estreptoescarlatinoso debe neutralizar de 300,000 a 500,000 dosis de cutirreacción de toxina. Estableciendo como unidad una dosis 10 veces mayor que el mínimum del suero tipo (standard) que ha resultado necesario para neutralizar una dosis de prueba de la toxina, y representando cada dosis de prueba cinco dosis cutáneas de prueba, la dosis terapéutica de la antitoxina estreptoescarlatinoso se aproximará en número de unidades a la de la diftérica. El suero estreptoescarlatinoso tipo es guardado en el Laboratorio Higiénico, en la misma forma en que se han guardado las unidades diftérica y tetánica durante varios años, sin tener lugar ningún deterioro mensurable de las mismas. En el Laboratorio

⁶² Rubin, I. V.: Klin. J. Sar. Univ. 4: 101 (mzo.) 1927.

⁶³ Bröcker, W.: Münch. mediz. Wchnschr. 75: 944 (jun. 1) 1928.

⁶⁴ Dyer, R. E.: Pub. Health Rep. 43: 1659 (jun. 29) 1928.

Higiénico han escogido, pues, como unidad de la antitoxina estreptoescarlatínica, una cantidad diez veces mayor que el minimum necesario para neutralizar una dosis de cutirreacción de toxina, pero el árbitro final será la cantidad designada de suero y no la de toxina, es decir, que la unidad permanecerá invariable, independiente de la cantidad de toxina que se emplee de cuando en cuando para comprobar el tipo o standard con otras antitoxinas y del método de comprobación empleado. El suero tipo, tal como se disuelve ahora, contiene 40 de esas unidades por centímetro cúbico.

Seroterapia.—De junio, 1925, a marzo, 1927, Friedemann y Deicher⁶⁵ trataron a 455 escarlatinosos con suero. De ellos, sólo 2.5 por ciento tuvieron la enfermedad en forma ligera. El efecto fué mejor cuando la inyección se practicaba el primer día, pero resultó satisfactorio hasta los cuatro días. No se modificó la fiebre debida a las complicaciones. En todos los casos en que se modificó la fiebre mejoraron los síntomas tóxicos. En 90.7 por ciento de 276 casos el exantema desapareció dentro de 48 horas, y en 58.8 por ciento dentro de 24 horas. El tratamiento mermó y atenuó las complicaciones. Los autores reservan su juicio sobre la nefritis post-escarlatínica. No se modificaron las complicaciones preexistentes. La mortalidad fué de 3.5 por ciento, pero no murió ningún enfermo que no tuviera alguna complicación séptica al hacerse la inyección, o no se hallara moribundo al ser recibido. Las dosis fueron masivas por vía intramuscular, salvo cuando había mucho peligro para la vida. Una previa inyección de suero de equino contraindica la vía intravenosa. Al administrar dosis masivas intramuscularmente hay algún riesgo de anafilaxia, y debe fraccionarse la dosis si hay alguna duda acerca de la previa administración de suero.

Recaídas.—Entre 432 casos de escarlatina, tratados con antitoxina concentrada, hubo 18 verdaderas recaídas, sobre todo en niños pequeños.⁶⁶ Sólo se presentaron 6 complicaciones después del ataque primario, comparadas con 23 después de las recaídas. La mayor parte de los enfermos se hallaban de convalecencia al tener lugar la recaída. Trece recaídas sobrevinieron entre el vigésimosegundo y el quincuagésimoprimer día, y sólo una antes de comenzar la cuarta semana. La Dick resultó en cuatro casos negativa después de la recaída, y en tres positiva antes y después. Esos resultados demuestran la necesidad de salas de convalecencia.

Médicos chilenos.—Entre los 1,551 diplomados en la Universidad de Chile en los años 1924, 1925, 1926 y 1929, figuran 253 médicos cirujanos, 192 dentistas y 384 farmacéuticos.

⁶⁵ Friedemann, U., y Deicher, H.: Deuts. mediz. Wchnschr. 54: 863 (mayo 25) 1928.

⁶⁶ Burton, A. H. G., y Balmain, A. R.: Lancet 1: 1060 (mayo 26) 1928.