

curaciones aparentes en un grupo numeroso, compuesto principalmente de casos avanzados bacteriológicamente positivos, tratados de seis meses a seis años. Lara recalca el valor del tratamiento local, ya aislado o bien con el intramuscular.

Existencia del bacilo tras la curación aparente.—Los frottes positivos de los órganos más profundos en 10 de 11 casos inscritos en la lista negativa, y de material supurado de los ganglios femorales en 9 de 53 casos, convienen, según Pineda⁹⁴ con el hecho generalmente reconocido de que los leprosos no se encuentran forzosamente sin bacilos al volverse negativos a los métodos habituales de examen. La piel, y al parecer el bazo e hígado, se vuelven negativos comparativamente pronto, sin que suceda otro tanto en particular en los nervios, ganglios linfáticos y testículos. Es interesante que los enfermos en que se empleó la aspiración se aproximaban al término de los dos años negativos exigidos. Esto recalca la conveniencia de hacer que los enfermos negativos continúen tratándose después de los dos años, aunque se les dé de alta, y también de examinar sistemáticamente a todos los dados de alta.

Bacilo en la placenta y cordón.—De 104 placentas examinadas por Pineda,⁹⁵ 57 resultaron positivas. En 25 casos también se encontró el microbio en la sangre umbilical. Sólo en un caso existía en el cordón y no en la placenta. No se pudo descubrir ninguna patología imputable a la lepra, ni en la placenta ni en el cordón. En ciertos casos debe considerarse la infección intrauterina, en particular si la enfermedad se presenta en la primera infancia.

Colesteremia.—Según Boyd y Roy,⁹⁶ la colesteremia es ligeramente menor en los habitantes de Calcuta que en Europa y América. En los leprosos disminuye al principio, y en los casos cutáneos avanzados, mucho más, sin volver a lo normal después del tratamiento.

Escarlatina

Valor del aislamiento hospitalario.—Nuestros lectores conocen los argumentos de Chapin, en el sentido de que las estadísticas demuestran que la disminución de la virulencia de la escarlatina ha ido mano en mano con la práctica de la hospitalización. *Lancet* (junio 11, 1927, p. 1251) comenta la contestación de Holst en *Tidsskrift for den Norske Laegeforening* (abril, 1927), a Chapin con respecto a la importancia del aislamiento hospitalario en los casos de escarlatina. Holst afirma que la gran disminución de la mortalidad de la escarlatina tuvo lugar en Noruega 10 años antes que en Suecia, y sin que pueda pretenderse que el aislamiento fuera más eficaz en la primera. En 1880, la mortalidad por escarlatina en Noruega era de 13.6 por ciento,

⁹⁴ Pineda, E. V.: Philip. Is. Med. Assn. Jour. 8: 65 (fbro.) 1928.

⁹⁵ Pineda, E. V.: Philip. Is. Med. Assn. Jour. 8: 67 (fbro.) 1928.

⁹⁶ Boyd, T. C., y Roy, A. C.: Ind. Jour. Med. Res. 15: 643 (eno.) 1928.

comparada con 17 por ciento en Suecia, en tanto que en 1895 era de 3.6 y 6.8 por ciento, respectivamente. Las poblaciones de Trondhjem en 1907, Bergen en 1910, y Stavanger en 1921, abandonaron el sistema del aislamiento y de la hospitalización obligatoria, que se mantiene todavía en pie en Oslo. Sin embargo, la frecuencia de la enfermedad es mayor en Oslo que en Bergen, lo cual ya sucedía de 1900 a 1904. Después de recordar lo observado en Helsingfors, en donde la hospitalización de los escarlatinosos no dió resultados conformables con los gastos acarreados, Holst deduce que no se ha demostrado que la escarlatina necesite una hospitalización obligatoria y costosa.

Uremia.—Wahlig⁹⁷ determinó el contenido de urea en la sangre de 40 casos de escarlatina y 25 de amigdalitis. Sólo en 4 de los primeros había aumentado mucho, y en dos de ellos había nefritis demostrable. En ningún caso de amigdalitis había uremia sobrenormal.

Simultaneidad con la difteria.—En varios niños con escarlatina que manifestaron difteria después de su ingreso al hospital, los cultivos faríngeos al ingreso fueron negativos en cuanto a bacilos diftéricos, pero positivos dos o tres semanas después. La infección directa en el hospital parecía improbable, de modo que Peutz⁹⁸ presupone la existencia de una simbiosis entre el bacilo diftérico y el *Streptococcus hemolyticus*. Para él, las circunstancias predisponentes favorecieron la aparición de la escarlatina, y la última afectó al bacilo diftérico, impidiendo que formara colonias en los medios habituales de cultivo, hasta preparar por fin las condiciones necesarias para su desarrollo.

Seroterapia.—Cahn⁹⁹ afirma que, en los casos de escarlatina de mediana gravedad, tratados con el suero antitóxico escarlatinoso, desapareció con más rapidez el exantema, en especial en los casos bien desarrollados, comparados con los tratados de otro modo. A menudo, la temperatura disminuye por crisis. La seroterapia no modifica la angina. Por lo general, el suero escarlatinoso no protege contra el segundo ataque ni contra las complicaciones. En varios casos en que se administró al principio, pareció atenuar los primeros síntomas de la enfermedad, en una forma muy notable, evitando las complicaciones.

Seroterapia.—El suero de convaleciente, dice Bode,¹ está indicado en todos los casos de escarlatina en los primeros días de enfermedad, si se presentan graves síntomas tóxicos, pudiendo impedirse así la intoxicación nerviosa grave, eliminarse la debilidad circulatoria, mermarse la frecuencia del pulso y mejorarse su calidad. El suero no afecta constantemente el exantema ni la descamación, pero sí hace volver la leucocitosis, mejorar simultáneamente el estado

⁹⁷ Wahlig, F.: *Klin. Wehnschr.* 7: 542 (mzo. 18) 1928.

⁹⁸ Peutz, J. L. A.: *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* 72: 505 (fbro. 4) 1928.

⁹⁹ Cahn, R.: *Klin. Wehnschr.* 7: 241 (fbro. 5) 1928.

¹ Bode, P.: *Jahrbuch Kinderh.* 119: 29 (fbro.) 1928.

general, y acelera la aparición de la eosinofilia. No protege contra las secuelas, tales como reumatismo y nefritis, ni contra las complicaciones estreptocócicas, aunque éstas parecen volverse más benignas.

Resultados tardíos de la inmunización estreptocócica.—A los dos años de inmunizar a 39 niñas de un asilo con su vacuna estreptocócica, Strószner² las recomprobó en busca de la reacción de Dick. Tres niñas que habían acusado primitivamente positivas muy fuertes, acusaron luego reacciones débilmente positivas. Los niños que manifiestan Dicks fuertemente positivas deben ser recomprobados frecuentemente y vacunados de nuevo al reaparecer la reacción. Entre los niños inculados no hubo casos de escarlatina durante dicho bienio.

El suero de convaleciente y la antitoxina.—Entre 1,508 casos de escarlatina de diversa gravedad, Gordon, Bernbaum y Sheffield³ emplearon la antitoxina estreptoescarlatinosa en el tratamiento de 1,021 que manifestaron infecciones moderadas y graves. Un grupo más pequeño, compuesto de 120 sujetos, todos de gravedad, recibieron suero de convaleciente. La antitoxina ejerció un efecto favorable, mermando la gravedad y duración del período febril, y la extensión y duración de las lesiones cutáneas. Las complicaciones también fueron menos frecuentes en los enfermos. A juzgar por la mortalidad y la frecuencia de las complicaciones, no hubo ninguna diferencia marcada entre los casos tratados con antitoxina y con suero de convaleciente. La falta de reacciones séricas tras el empleo del último, hace que éste sea más conveniente. Las reacciones a la antitoxina dependen en gran parte de previa sensibilización al suero de equino.

Importancia de la inoculación profiláctica.—Acaba de publicarse un informe relativo a los resultados de la vacunación antiescarlatinosa en la región de Varsovia, durante el período iniciado en el otoño de 1925, abarcando hasta el 1° de marzo de 1927. En toda Polonia, el otoño de 1926 aportó una agravación considerable de la epidemia de escarlatina, que en el mes de diciembre comenzó a ceder lentamente. La frecuencia fué triple de la del año anterior, habiendo en Varsovia un total de 5,087 casos durante el período de 14 meses. En Varsovia se iniciaron las vacunaciones antiescarlatinosas en gran escala en el otoño de 1925. Durante dos meses y medio, hasta enero de 1926, se examinó a 12,406 niños y se les vacunó cuando eran susceptibles. En la epidemia del verano de 1925 fué pequeño el número de niños vacunados, de modo que es difícil apreciar los resultados. En el otoño de 1926 se vacunó a varios millares de niños, y el resultado es absolutamente satisfactorio.

² Strószner, E.: Deutsch. med. Wehnshr. 54: 473 (mzo. 23) 1928.

³ Gordon, J. E., Bernbaum, B. B., y Sheffield, L. C.: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1604 (mayo 19) 1928.

Reacción de Dick.—Desde que comenzó sus actividades contra la escarlatina en Polonia, en el verano de 1925 hasta el 1° de marzo de 1927, el Instituto de Higiene del Estado, en cooperación con el Departamento de Sanidad de Varsovia, ha comprobado con el método de Dick a 23,657 niños, la mayoría de 7 a 14 años. Diez mil acusaron una reacción negativa. El porcentaje de niños susceptibles fué por lo común de 55; algo más elevado en los niños de las escuelas secundarias (57), y algo inferior entre los más pobres. Durante el período que abarca el informe (14 meses), del 1° de enero de 1926 al 1° de marzo de 1927, se observaron 131 casos de escarlatina, en niños examinados previamente, 127 de ellos entre los niños que acusaron una Dick positiva, y sólo cuatro entre los que dieran una Dick negativa. Aún cuando la proporción de niños susceptibles y no susceptibles fué de 55 a 45, o sea, de 11 a 9, la proporción de los que se enfermaron en esos dos grupos fué de 127 a 4, o sea, de 32 a 1.

Sensibilidad cutánea de los lactantes.—Continuando sus estudios sobre la sensibilidad cutánea de los lactantes a la toxina estreptococcal, Cooke⁴ descubrió que, aunque existía en muy pocas criaturas al nacer, aumentaba lentamente durante el primer semestre y más rápidamente durante el segundo, continuando alta desde el segundo al sexto año y disminuyendo después. Las cutirreacciones practicadas con varias dosis de toxina revelaron variaciones semejantes según la edad del sujeto. En otro estudio de más de 100 niños pequeños, al parecer sanos, y juntos en un asilo de expósitos, el mismo autor notó que la sensibilidad cutánea disminuía mucho en ese grupo comparada con la de los niños sanos de la misma edad en sus casas. En algunos niños comprobados, la hiposensibilidad cutánea se debía al parecer a la inmunidad producida por la antitoxina circulante. La frecuencia de estreptococos hemolíticos en los cultivos faríngeos de los niños de la institución fué mucho mayor que en el grupo testigo.

Streptococos hemolíticos en el aparato respiratorio.—En el aparato respiratorio, Cooke⁵ descubrió que los estreptococos hemolíticos eran relativamente frecuentes como causa de infecciones de la porción superior, en particular oído y mastoides en las criaturas. Los filtrados de los cultivos produjeron cutirreacciones al parecer idénticas a las producidas por las razas de los estreptococos hemolíticos escarlatinosos, y que sólo neutralizaban los sueros capaces de neutralizar la toxina escarlatínica. En los filtrados procedentes de otras razas, la sustancia dermorreactora no era específica y neutralizable de la misma manera.

⁴ Cooke, J. V.: Am. Jour. Dis. Child. 35: 772-781 (mayo) 1928.

⁵ Cooke, J. V.: Am. Jour. Dis. Child. 35: 784 (mayo) 1928.