

Focos infecciosos por estreptococos.—De 118 escarlatinosos convalecientes, estudiados por Korobkova y Mitin,⁴⁶ 55 por ciento tenían el *Streptococcus hemolyticus* en la garganta, en la segunda semana, 43.5 por ciento en la cuarta, y 31.5 por ciento en la quinta. Los enfermos con colonias muy abundantes son más propensos a propagar la infección. Los raspados cutáneos resultaron positivos en 37.5 por ciento de los casos: 59 por ciento en la tercera semana, y sólo 9.2 por ciento en la quinta. También se encontró el *Streptococcus hemolyticus* en la garganta de 50 por ciento de los contactos. El aire de las salas de escarlatinosos contiene muchos estreptococos hemolíticos. Todos los grupos de éstos, menos uno, rindieron una toxina específica.

Inoculación.—Al aplicar a 3,247 niños de cierto distrito de Holanda la reacción de Dick,⁴⁷ resultó negativa en 27 por ciento, positiva en 60 por ciento, y dudosa en 13 por ciento. El porcentaje de negativas no pareció ser mayor en las escuelas en que había habido mucha escarlatina en el año anterior, pero sí en las escuelas primarias y elementales que en los kindergartens y casas-cunas. De 39 niños que habían tenido escarlatina, 6 resultaron positivos; de 55 que habían estado en contacto con escarlatinosos, 17 reaccionaron positiva y 13 dudosamente. A los tres meses de inmunizar a todos los niños Dick-positivos, se recomprobó a 453, resultando negativos 27 por ciento de los 272 primitivamente negativos, positivos 53 por ciento, y dudosos 20 por ciento. La segunda vez los niños mayores revelaron un porcentaje mayor de reacciones negativas que los pequeños. De 119 niños que eran primitivamente Dick-negativos, 4 por ciento se habían vuelto Dick-positivos, y 7 por ciento dudosos. De 62 dudosos, 72 por ciento resultaron negativos, 2 por ciento positivos, y 19 por ciento dudosos. Las dosis sólo fueron de 0.75, 0.75 y 1.00 cc., respectivamente, y para los de menos de seis años, 0.25 cc. menos. Tal vez fueran demasiado pequeñas, pues 4 de los inmunizados contrajeron la escarlatina.

Difteria

Streptococos escarlatinosos.—De la garganta o nariz de 29 de 100 enfermos admitidos en los hospitales con el diagnóstico de difteria, Rhoads⁴⁸ obtuvo cultivos de estreptococos hemolíticos, un 55.2 por ciento de los cuales resultaron escarlatinosos.

Inmunización bucal.—Con dosis de 10 a 30 asas de bacilos diftéricos muertos, a Pockels⁴⁹ le fué posible obtener una Schick negativa dentro de cuatro a cinco semanas en 28 de 32 niños. La inmunidad no es muy poderosa, pero es posible que revista más importancia que el contenido de antitoxina en el suero sanguíneo.

⁴⁶ Korobkova y Mitin: Vest. Mikrob. i Epidem. 6: 414, 1927.

⁴⁷ Meyer, L. S. L.: Nederl. Tijdschr. Geneesk. 72: 26 (ano. 7) 1928.

⁴⁸ Rhoads, P. S.: Jour. Inf. Dis. 41: 377 (nbre.) 1927.

⁴⁹ Pockels, W.: Klin. Wehnsch. 6: 2137 (nbre. 5) 1927.

Inmunidad postdiftérica.—Planteydt⁵⁰ aplicó la Schick en 127 diftéricos, a plazos, hasta 57 días después de administrar terapéuticamente el suero. Las reacciones positivas, de 30, en los primeros 18 días, subieron a 50 en los tres días siguientes, para bajar entonces de nuevo a 30. Parece que ni la edad del paciente ni la intensidad de la infección ejercen efecto apreciable sobre la adquisición de la inmunidad activa. En cambio, el tamaño de la dosis de suero sí ejerce efecto notable en ese sentido—el porcentaje de reacciones positivas en el último período fué muy inferior en pacientes que habían recibido dosis grandes, aunque en el segundo período (que representa la extinción de la inmunidad pasiva), no sufre ninguna modificación. En este efecto estimulante no específico, se supone que intervienen las proteínas del suero antitóxico. Los portadores de bacilos (en la garganta más de 21 días después de iniciarse la enfermedad), que recibieron dosis grandes de suero, fueron los que mejor alcanzaron la inmunidad adquirida. En cambio, los tratados con dosis pequeñas (menos de 50 cc.) obtuvieron un resultado menos satisfactorio que el grupo general de pacientes.

Reacciones de Schick y Dick en Río de Janeiro.—Según Doull y sus colaboradores⁵¹ aunque la frecuencia de las formas clínicas de la difteria es la escarlatina, es mucho más baja en Río de Janeiro que en los Estados Unidos, la inmunidad antitóxica específica es en cambio mucho más elevada. Si se interpreta eso como debido a una previa infección microbiana específica, ésta debe ser más común en Río de Janeiro que en los Estados Unidos.

La anatoxina suplanta a la toxina-antitoxina en el Canadá.—El Consejo de Higiene Social del Canadá declara⁵² que todos los departamentos provinciales de sanidad de dicho país inmunizan a los niños contra la difteria, pero no con toxina-antitoxina, cuya fabricación se abandonó hace algunos años, sino con toxoide (anatoxina). El consejo recibió un cablegrama del director de salud pública de Sydney, Australia, relativo a unas muertes consecutivas a la "inoculación diftérica" en Queenstown, donde emplearon toxina-antitoxina. Varios niños habían sido inoculados con el mismo lote unos días antes, sin efectos nocivos. En el Canadá no hubo ni una sola muerte de difteria en la población de Brantford en los cuatro años consecutivos a enero de 1924, habiéndose llevado a cabo una campaña de inmunización antidiftérica en 1923, en tanto que, en los años anteriores, se perdían por término medio 6 niños cada año. Al morir en enero de 1928 un niño de tres años, se le hizo notar al consejo municipal que había surgido una nueva generación que no era inmune a la difteria y el consejo concedió fondos para otra campaña inmunizante.

⁵⁰ Planteydt, M. J.: Nederl. Maandsch. Geneesk. 14: 475, 1927.

⁵¹ Doull, J. A., Ferreira, M. J., y Farrelras, D.: Jour. Prev. Med. 1: 513 (nbre.) 1927.

⁵² Jour. Am. Med. Assn. 90: 1387 (abr. 28) 1928.

La reacción de Schick y la vacunación antivariolosa.—Finkelstein y sus colaboradores⁵³ declaran que niños que reaccionaron negativamente a la Schick antes de la vacunación antivariolosa comienzan a reaccionar positivamente poco después, sobre todo después de la inoculación intracutánea simultánea de toxina diftérica y linfa variolosa. La Schick positiva se obtiene de 18 a 20 días después y continúa varios meses.

Coincidencia de difteria y escarlatina.—En el caso de Pierret y Breton⁵⁴ en un niño de cinco años, había un típico eritema escarlatinoso, presentándose después una típica angina pseudomembranosa, y encontrándose bacilos diftéricos en el cultivo. Se administró en el acto una inyección de 40 cc. de suero antidiftérico y 60 cc. al día siguiente. También se tocó la garganta con una torunda impregnada en suero, y se trató la escarlatina con baños tibios, el método de Milne, y líquidos abundantes. A los seis días ya estaba normalizada la garganta.

Tratamiento de la difteria maligna.—Una investigación bacteriológica verificada por Meyer⁵⁵ de la difteria faríngea maligna, reveló una gran cantidad de estreptococos hemolíticos en 50 por ciento de los casos. Los estreptococos forman una toxina que produce alteraciones semejantes a las engendradas por la difteria, y capaz de formar antitoxina. Esta antitoxina, después de comprobada, debe ser inyectada en todos los casos de esa difteria, simultáneamente con la diftérica.

Sarampión

El suero de cabra en la profilaxis.—A 50 enfermos que jamás habían tenido sarampión, a juzgar por lo que dijeron, Halpern⁵⁶ les administró suero diplocócico antisarampionoso de cabra como protección contra el sarampión. Cinco enfermos murieron de 3 a 10 días después, pero debido a la enfermedad con que ingresaron en el hospital y no al sarampión o a presentarse enfermedad sérica. De los otros 45, 28, o sea 63 por ciento, quedaron protegidos, y aunque 17 contrajeron la enfermedad, en la mayoría tomó forma atenuada. A pesar de que 8 recibieron el suero después del cuarto día de exposición, 3, o sea 38 por ciento, quedaron protegidos. No se presentó ninguna complicación en los enfermos tratados que contrajeron el sarampión, ni tampoco una sola reacción sérica. El suero de cabra es antibacteriano a la par que antitóxico.

Lo observado por Hoyne⁵⁷ le hace deducir que el inmunisero de cabra de Tunncliff es un profiláctico fidedigno para el sarampión,

⁵³ Finkelstein, L. O., Wilfand, R. A., y Chochoł, E. N.: Zeitschr. Kinder. 45: 258 (fbro. 1) 1928.

⁵⁴ Pierret, R. y Breton, A.: Echo Méd. Nord., 32: 85 (fbro. 18) 1928.

⁵⁵ Meyer, F.: Deutsch. med. Wehnschr. 54: 215 (fbro. 10) 1928.

⁵⁶ Halpern, L. J.: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1109 (abr. 7) 1928.

⁵⁷ Hoyne, A. L.: Ill. Med. Jour. 53: 114 (fbro.) 1928.