

ESCARLATINA¹

Nueva York.—Olesen apunta que las estadísticas relativas a la frecuencia de la escarlatina en la ciudad de Nueva York, indican cierto ritmo periódico de morbilidad y mortalidad. En los últimos 10 años, la mortalidad por 100,000 en los menores de 15 años ha oscilado entre 3.5 y 7.9, lo cual contrasta marcadamente con la cifra de 23.7 en 1921 y 30.7 en 1914. En 1934, fué de 3.14. Lo mismo que sucede en otras enfermedades transmisibles agudas, el peligro de la escarlatina es mayor entre los niños pequeños, y es sabido que 90 por ciento de la mortalidad recae en los menores de 10 años. Comenzando con la primera semana de enero, el coeficiente elevase constantemente hasta llegar a la cúspide en marzo, de donde desciende bruscamente a fines de junio, se mantiene en un nivel ínfimo en julio, agosto y septiembre, y luego asciende paulatinamente en el curso de los últimos tres meses. (Olesen, R.: *Quart. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, No. 2, 1935.)

Contactos familiares.—En un minucioso estudio de la escarlatina familiar en uno de los distritos de Detroit, Gordon y colaboradores consideraron 1,097 familias en un período de tres años, en los cuales hubo por lo menos un caso de escarlatina en cada una. De los 5,352 individuos componentes, 868 habían tenido escarlatina antes; 313 se mostraban inciertos sobre el asunto; y 4,171 no habían tenido la enfermedad. Con respecto a edad, 180 de los 2,455 niños, y 688 de los 2,897 adultos, ya habían padecido del mal. Los contactos familiares expuestos a casos primitivos comprendían 4,250 individuos, entre los cuales se presentaron después 266 casos en un período máximo de dos meses, a los cuales hay que agregar 44 casos que jamás fueron denunciados, de modo que el total suma 310, o sea 7.3 por ciento de casos secundarios. Los datos acopiados indican que muchas veces la enfermedad se presenta por primera vez en la casa como una mera infección de las vías aéreas superiores, presuntamente en una persona inmune o semi-inmune, que transmite la infección clásica a una susceptible. El papel de los casos no diagnosticados es importante, pues 31.6 por ciento de los casos secundarios reconocieron esa causa, prestando así nuevo apoyo a la teoría de que la enfermedad es en gran parte difundida por portadores, más bien que por enfermos, aunque esto no reza con la escarlatina familiar, en que intervienen por igual ambos factores. Muchas de las infecciones de las vías aéreas superiores, incluso amigdalitis, que se presentan entre los recién expuestos a la escarlatina, se asocian a una inmunidad creciente, que distingue la Dick. Una infección latente o subclínica fué la probable explicación de la inmunidad observada en 14.8 por ciento de los contactos, siendo el fenómeno más frecuente cuando se encontraron estreptococos hemolíticos en los cultivos rinofaríngeos. En lo tocante a profilaxia, cabe recalcar tres puntos: necesidad de reconocimiento y aislamiento más tempranos; acortamiento del período de aislamiento; y breve aislamiento de los contactos familiares que manifiestan angina u otras infecciones de las vías aéreas superiores. (Gordon, J. E., y otros: *Am. Jour. Pub. Health*, 531, mayo 1935.)

Recidivas.—Anderson declara que, a juzgar por las recidivas y reinfecciones, un ataque de escarlatina no confiere siempre inmunidad. Para Rolleston, las reinfecciones no son tan frecuentes, aunque es de notar que de los asistidos en el Hospital Municipal de Leeds, Inglaterra, en 1933, 3.5 por ciento habían padecido antes de escarlatina. Calcúlase generalmente que la proporción de recidivas es de 1 por ciento. Anderson propone la administración de toxina escarlatinosa a fin de prevenir las recidivas. (Anderson, J. S.: *Arch. Dis. Child.*, 373, dbre. 1934.)

¹ La última crónica sobre Escarlatina apareció en el BOLETÍN de abril 1935, p. 363.

La Dick en las complicaciones.—Taylor estudió la Dick en 227 sarampionosos que manifestaron complicaciones, verificando en la mayoría una sola prueba en la primera semana de la enfermedad. Una Dick positiva se interpretaba como falta de antitoxina estreptocócica en la circulación. El estreptococo hemolítico evoca indudablemente varias complicaciones graves en el sarampión, y entre ellas neumonía. El suero antiestreptocócico podría emplearse eficazmente en esos casos, no tanto para prevenir la neumonía, como para impedir la invasión pulmonar por el estreptococo cuando ya existe la neumonía. Por supuesto, no cabe esperar que el suero en esos casos cure la neumonía debida a otros gérmenes aparte del estreptococo, y si aquél resguarda contra la invasión secundaria de éstos, puede considerarse que ha cumplido su objetivo, aun cuando el enfermo no mejore en el acto. La Dick sólo posee valor limitado para la selección de los casos, pues a veces no es positiva en los comienzos de la enfermedad, cuando es de suponer que más beneficiaría el suero. El estado clínico del enfermo quizás sea un guía mejor. A pesar de no ser dable pronosticar con exactitud la evolución, hay casos en que desde un principio hay bastantes indicios de gravedad y hasta quizás letalidad, y éstos serían los más apropiados para la seroterapia. En cuanto a la otitis media, las estadísticas no parecen indicar que pueda prevenir esa complicación la administración de suero, y respecto a la laringitis el número de casos no basta para sacar conclusiones. Sí existe la opinión general de que el suero resulta útil para aliviar el estado local en la laringe, y la experiencia del autor así lo comprueba. (Taylor, I.: *Brit. Jour. Child. Dis.*, 290, obre.-dbre. 1954.)

Extracto placentario.—En un reciente número del *Journal of Pediatrics* se discute el efecto del extracto de placenta sobre la prueba de Dick. Ya se sabía que ciertos extractos de la placenta humana revelan propiedades inmunológicas, y que en algunos casos blanquean el eritema de la escarlatina con mayor efectividad que la antitoxina. El autor utilizó la Dick como índice de receptividad, y luego determinó el efecto de distintas dosis de extracto placentario sobre la prueba, comprobando en su pequeña serie, que el extracto evocaba en la mayoría de los casos una rápida disminución de la receptividad a la escarlatina, según mostrara el cambio de la Dick de positiva a negativa. Para el autor, el material empleado posee varias ventajas sobre la toxina escarlatinoso, siendo la más importante la falta de reacciones graves. (Apud: *Ohio Health News*, mayo 15, 1935.)

La medicina y la evolución.—La humanidad, siempre gregaria, se nutre y progresa a expensas de los demolidores de verdades consagradas: la medicina no escapa a la regla; pero como toda conquista humana, una vez obtenida tiende al reposo, a la bovina y plácida digestión de concepciones fáciles de adquirir y de asimilar. Presiento y no sé de dónde vendrá el renovador, el ajustador de la formidable obra de detalle en la que se está hundiendo la medicina actual. Alguien, otro Pasteur, otro Laennec, otro Morgagni, otro Claudio Bernard, otro Harvey tiene que llegar para hacer brotar la luz del caos actual, para formular directrices nuevas y geniales que devuelvan a la ciencia médica la seriedad que está a punto de perder por obra de frívolos y apurados creadores de afirmaciones falaces que, como el humo, se disipan apenas el viento del análisis sopla en su dirección. Hace falta un Ambrosio Paré, que escribiendo en ese fresco y exquisito francés del Renacimiento, supo desentrañar con mano ruda la verdad, que envuelta en las escolásticas interpretaciones de Galeno, los doctores graves y embonados de la Sorbona destilaban en mesuradas frases de latín de cocina. Siempre hay alguna Sorbona que destruir, alguna Bastilla que voltear.—Augusto TURRENNE, *Arch. Urug. Med. Cir. & Esp.*, 28, eno. 1935.