

obteniendo resultados que concuerdan con el diagnóstico clínico. En una próxima comunicación me propongo dar a conocer a ustedes los detalles de estos experimentos, que seguiré llevando a efecto a fin de contar con más casos. Dada la sencillez de la técnica de esta prueba, así como la rapidez con que se observa el resultado, ojalá se confirmen su sensibilidad y especificidad, para poder aceptarla como investigación obligada en el diagnóstico biológico del cáncer.

La epidemia de escarlatina de 1936 - 1937

Las fiebres post-escarlatinosas *

Por el Dr. MANUEL ESCONTRIA

A fines de abril del año pasado presenté en esta Asamblea (1), como trabajo de turno, algunas consideraciones sobre lo observado por mí en la epidemia de escarlatina, que por entonces llevaba poco más de un año de haber principiado en esta ciudad. De los 537 enfermos que hasta entonces había yo observado no tuve en consideración los últimos 43 por tener menos de 15 días de iniciada la enfermedad en el momento en que escribía mi trabajo, y los considerandos que hice fueron sobre 494. La antes dicha epidemia se prolongó hasta septiembre de 1937, y, aunque en el resto del año pasado y en lo que va del actual, ha continuado habiendo casos de escarlatina, su número ha sido tan reducido comparativamente a los que había habido hasta septiembre, que puede darse en ese mes por concluída la epidemia, pasando la enfermedad al estado endémico.

En los 19 meses que duró la epidemia, atendí 872 escarlatinosos, y ya que mis observaciones presentadas el año pasado comprendían poco más de la mitad de este total, he querido completar mis apreciaciones trayendo a ustedes este tema sobre el conjunto de los enfermos atendidos en una epidemia que se singularizó por múltiples aspectos que referiré en esta comunicación.

Ya en mi escrito anterior y antes de estudiar las fiebres post-escarlatinosas, señalaba a guisa de preámbulo: 1) que se trataba

(*) Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 6 de abril de 1938.

(1) Véase el tomo LXVIII de la Gaceta, páginas 36 a 41.

en realidad de escarlatina y 2) los caracteres de la epidemia de ser inusitada en su duración y extraordinaria su benignidad. Tocante a la duda que pudo haber respecto a su identidad nosológica no volveré a decir ya nada, puesto que de los comentarios que se hicieron a mi comunicación en esta Academia, al aceptar mi argumentación, quedó fijado ese punto.

Por lo que ve a la prolongación durante 19 meses, realmente es algo inusitado. Siendo casi siempre en la primavera cuando principian las epidemias de escarlatina, algunas veces no llegan al verano y, si se extienden durante él, no alcanzan nunca el otoño. En esta epidemia, tras su brusca aparición en marzo de 1936, vino un ligero descenso en octubre presentando un brusco ascenso en febrero de 1937, para ir declinando lentamente y terminar bruscamente en septiembre de 1937.

¿El hecho de ser tan prolongada en su duración, tiene alguna relación con su benignidad? No podría yo afirmar nada, y si los higienistas y personal de Salubridad que están destinados a combatir epidemias pueden aclararlo, porque hayan visto que en esta o en otra enfermedad la prolongación corresponde con benignidad, oíría yo con mucho agrado su opinión.

No puede encontrarse seguramente en una epidemia de escarlatina mayor benignidad que la habida en esta ocasión. Sobré lo comunicado el año pasado, de que en 494 casos sólo habían ocurrido dos defunciones, una en el sexto día de enfermedad y la otra en que se presentó la escarlatina a los dos días de apirexia de un sarampión grave, tengo que completar ahora informando que en los 378 enfermos vistos de marzo a septiembre de 1937 hubo una defunción al séptimo día de la enfermedad, que tuvo caracteres graves desde su iniciación; por lo que resultan tres defunciones en 872 enfermos o sea 3.78 al millar, proporción evidentemente muy pequeña comparada con la mortalidad media por escarlatina.

Y si de la mortalidad pasamos al carácter de gravedad o benignidad presentada en cada enfermo, teniendo como referencia el estado general y las temperaturas máximas en el curso del padecimiento, recordaré que en el primer grupo que presenté, en 494 enfermos hubo 226 en quienes la temperatura máxima fué de 38 grados o menos y en los 378 que ahora estudio, 172 tuvieron fiebre menor de 38 grados.

Dividiendo mis observaciones anteriores en tres grupos, en lo que se refería a la persistencia de la fiebre después del límite normal de su duración, voy a exponer lo ocurrido a este respecto en los 378 nuevos casos que analizo, haciendo, para terminar, un resumen de todo lo observado.

1) **Persistencia de la fiebre, debida a una enfermedad intercurrente o concomitante.**—Agrupados en primer lugar aquellos enfermos en quienes la prolongación de la fiebre era debida a una enfermedad intercurrente o concomitante a la escarlatina, hubo entre estos 378 enfermos 4 que agrupo en esta categoría. De ellos, 2 fueron enfermos que en la incubación de un sarampión, estalló la escarlatina y en ambos casos, como en 2 de los referidos en mi anterior comunicación, estando en espera del desarrollo del sarampión por los antecedentes claros de contagio, no presentó ninguna dificultad el explicarse la prolongación de la fiebre y se confirmó en corto plazo la opinión que respecto a su origen se tenía por el desarrollo de los síntomas normales del sarampión.

Tenía otro de mis enfermos una infección colibacilar entero-renal cuando contrajo la escarlatina por contagio de un hermano. Ningún carácter grave presentó la escarlatina y la fiebre se prolongó hasta tres semanas después de que se había iniciado la enfermedad con los primeros síntomas faríngeos.

En el cuarto y último enfermo de este grupo, que era un niño de 5 años de edad, existía una fiebre de Malta desde hacía dos meses y en el curso de ella se había presentado una ciática en la quinta semana de la brucelosis. Al empezar la escarlatina ya estaban muy atenuados los fenómenos dolorosos y la fiebre no alcanzaba cifras tan elevadas como en las primeras semanas. Con vómitos, faringitis intensa, y una exacerbación muy aguda de la neuritis ciática, fué como se inició la escarlatina. Durante una semana la fiebre fué subcontinua, entre 39.5 y 40, y al cabo de ese tiempo el dolor desapareció bruscamente y el ciclo febril volvió a tener las remisiones que presentaba antes, prolongándose por nueve semanas.

2) **Prolongación de la fiebre debida a la infección escarlatinosa misma.**—Con el carácter de prolongarse la fiebre más de una semana después de iniciado el mal sin un período de apirexia o por lo menos de franca remisión, a pesar de que faringitis, exantema, prúrigo hayan evolucionado normalmente y no debiéndose la pro-

longación de la fiebre a una enfermedad intercurrente o concomitante, ni a una complicación debida a la escarlatina (nefritis, otitis, adenitis o mio-endocarditis), quedan agrupados los enfermos en quienes la fiebre continuó más del tiempo normal y en quienes esa prolongación de la fiebre se debía exclusivamente a la infección escarlatinosa. Entre los 76 enfermos que estudié hubo 28 en quienes de un tiempo que varió de 1 a 4 semanas, la temperatura no volvió a la normal. Al igual que los 35 enfermos de este segundo grupo que mencioné el año pasado, la fiebre fué de tipo continuo, tendiendo lentamente a descender y no influenciada para nada por un aumento juicioso en la alimentación y sin que en ellos se viera mejoría por ningún tratamiento, excepto en 8 enfermos de 12 que recibieron sangre de convaleciente. De estos 12 enfermos, como acabo de decir, en 4 no puedo afirmar que este tratamiento modificara el curso de la fiebre; no así en los otros 8, en quienes desde la segunda inyección (se ponían cada dos días 5 centímetros cúbicos de sangre de convaleciente), hubo una franca defervescencia de la fiebre y paralelamente una mejoría del estado general del enfermo.

3) **Fiebres post-escarlatinosas causadas por una complicación de la misma escarlatina.**—Así como en los enfermos que fueron objeto de mi comunicación del año pasado, este grupo era el más numeroso entonces, también en los 374 que ahora estudio los que presentaron un período febril prolongado, debido a complicaciones de la escarlatina misma, son igualmente en mayor número que los del primero y segundo grupo.

Fueron 47 enfermos en quienes la fiebre se prolongó más del límite normal y quedan agrupados del siguiente modo: en 32, el motivo de la prolongación de la fiebre fué debido a localizaciones ganglionares, en 8 a invasiones del oído medio, 4 a nefritis, 2 a artritis y 1 a mioendocarditis.

De estos 47, en 8 no hubo un período de apirexia al final de la primera semana del padecimiento y la fiebre que tendía a bajar al final del primer septenario volvió a ser alta, siendo de los 8 casos, 2 de otitis y 2 de nefritis. En todos los demás hubo un período de apirexia que varió de un día a una semana.

Como en los enfermos observados el año anterior, salvo en los casos de endocarditis y de nefritis, en todos los demás di una

alimentación amplia, a pesar de la fiebre, sin que por ello se viera ningún perjuicio, sino lo contrario.

Sumando los nuevos casos que ahora relato con los del año pasado resulta que, en 872 enfermos de escarlatina que me tocó atender en la epidemia de escarlatina de 1936-1937, hubo 3 defunciones, cifra bajísima y que revela la extraordinaria benignidad que tuvo la enfermedad en esta epidemia.

Sobre los 872 enfermos, hubo 180 en quienes la fiebre se prolongó fuera del período típico normal de la escarlatina, correspondiendo 12 a fiebre debida a una enfermedad intercurrente o concomitante con la escarlatina, 63 a septicemias escarlatinosas (sin localización ganglionar, visceral u ostensible), y 10 a localizaciones divididas en 59 adenitis, 23 otitis, 11 nefritis, 8 artritis y 4 a mioendocarditis.

De estos hechos que relato, puedo como enseñanza práctica señalar las siguientes conclusiones: 1) Que aun siendo la escarlatina, en esta epidemia, de índole extraordinariamente benigna, y a pesar de ser casos cuidados con más o menos esmero, pero de ninguna manera enfermos sin atención, en un poco menos de la cuarta parte la evolución no fué normal prolongándose la fiebre más del tiempo medio.

2) Que esta prolongación, causada por enfermedades intercurrentes o concomitantes, fué en un número de casos bien limitado (11½%).

3) Que las septicemias escarlatinosas (aun dentro del carácter de benignidad), se presentaron en 8% de los enfermos.

4) Las localizaciones del germen, provocando una prolongación del período febril, fueron muy frecuentes (12%), dominando las adenitis y después las nefritis.

5) Que en presencia de un enfermo de escarlatina, por benigna que parezca, los cuidados rigurosos de dietética, reposo, abrigo y desinfección buco-faríngea, deben de ser aplicados como si se estuviera ante una escarlatina grave, puesto que aun en estas epidemias benignas, las fiebres post-escarlatinosas, debidas a las diferentes causas señaladas en este trabajo, son muy frecuentes.