

Dirección de Salubridad é Inspección Científica

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS INFORMES EVACUADOS DURANTE EL MES DE JUNIO PRÓXIMO PASADO

SECCIÓN OBRAS DE SALUBRIDAD:

Proyectos de edificación, 200; Conexiones con los caños maestros, 62; Cañerías domiciliarias de desagües, 343; Idem de aguas corrientes, 13; Pozos negros, 270; Fosas sépticas, 3; Aljibes, 69; Manantiales, 10; Asuntos varios, 55.—Total, 1,025.

SECCIÓN LOCALES INCÓMODOS, PELIGROSOS É INSALUBRES:

Panaderías, 10; Carnicerías, 52; Tambos, 11; Caballerizas, 41; Depósitos de aves, 2; Asuntos varios, 11; Establecimientos industriales, 5.—Total, 132.

SECCIÓN HIGIENE DE LAS HABITACIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE USO PÚBLICO.

Teatros, 1; Casas de Arrendamiento, 475; Asuntos varios, 210.—Total, 686.

Sección Extranjera

La «Revista de Higiene y de Tuberculosis» del mes de marzo del corriente año, de Valencia, publica lo siguiente:

«Cremación cadavérica

El Consejo Nacional de Higiene del Uruguay ha aprobado un proyecto y reglamento de hornos crematorios. Estos podrán ser propiedad del Estado, asociaciones ó particulares, y radicarán en los Cementerios, bajo la vigilancia oficial, á la que se expondrá la solicitud de cremación con las garantías de certificado facultativo, etc., para evitar contingencias de criminalidad ó casos en que no fuera voluntad del difunto la cremación.

En el articulado del proyecto se establecen concienzudas prescripciones que por su extensión no transcribimos. Tributamos nuestro sincero aplauso al Consejo por su labor, exenta de rancios prejuicios y cuidadosa de la libertad individual y progreso higiénico.»

Concepción acerca de la escarlatina

Pertencen al doctor P. Gallois las siguientes consideraciones sobre la escarlatina, de las cuales fluye, como podrá verse, una nueva y original noción respecto al contagio de esa enfermedad, que se aparta por completo de las ideas admitidas hasta ahora acerca de ese punto:

«La escarlatina no es una enfermedad tan específica como se ha creído hasta hoy. Es una angina ordinaria con erupción secundaria. La angina es el hecho importante, la erupción no es más que accesoria.

Esta erupción escarlatinosa, en efecto, la encontramos en otras circunstancias: en la fiebre puerperal, en la septicemia quirúrgica, en la fiebre tifoidea. ¿Cómo la interpretamos en estos casos? Decimos que es el resultado de una infección estreptocócica procedente de la matriz, de una herida ó de una ulceración intestinal.

Puesto que para explicar la erupción de escarlatina no tenemos otra interpretación que proponer, ¿por qué no aceptar este mecanismo y admitir que en la escarlatina la erupción es el resultado de una infección estreptocócica? ¿Y de dónde puede venir esta infección? ¿Cuál es su puerta de entrada? ¿Se concibe otro origen posible que no sea la garganta? La angina, en efecto, precede en la escarlatina á la erupción. Esta angina se parece de tal modo á las demás anginas, que el diagnóstico es á veces imposible y es preciso ver la manifestación cutánea para conocer su causa específica. El único carácter diferencial que le conozco es una rubicundez aframbuesada difusa, del velo del paladar y de la boca, pero esto es ya la erupción escarlatinosa que aparece en la mucosa antes de manifestarse en la piel. Antes de la aparición de dicha erupción bucal, la angina que ha de dar lugar á una escarlatina no se diferencia en nada de una angina ordinaria. La escarlatina se nos manifiesta, pues, como una angina corriente, complicada, en un momento dado, de una infección general estreptocócica con erupción escarlatiniforme.

Se objetará que la escarlatina es una enfermedad específica y que su especificidad está demostrada por su poder contagioso: una escarlatina da lugar á una escarlatina. Pues bien, ese es un punto en el cual no estoy precisamente de acuerdo con las opiniones corrientes. Una angina de apariencia vulgar puede originar una escarlatina é, inversamente, una escarlatina típica puede no ocasionar en otro sujeto más que una angina sin carácter escarlatinoso. Estos son hechos en los cuales no se para la atención porque no se les cree posibles y que, sin embargo, existen.

La nefritis, la endocarditis, complicaciones de la escarlatina, son también accidentes relativamente comunes á consecuencia de anginas; el reumatismo, otra complicación común, sucede casi siempre á una angina que se remonta á veces á quince días ó tres semanas.

Desde este punto de vista no hay diferencia alguna entre una angina estreptocócica ordinaria y la angina escarlatinosa; todo lo más, se puede notar una mayor frecuencia de estos accidentes á consecuencia de la escarlatina, puesto que ella representa, en suma, una forma infectante de la angina.

Esta especial manera de concebir la escarlatina lleva aparejadas deducciones prácticas en extremo importantes.

Si la escarlatina es simplemente una angina ordinaria complicada de erupción, el centro de gravedad de la enfermedad cambia por completo. No es ya esta erupción el elemento capital, sino la angina, en cuyo caso es en la angina en donde debemos fijar nuestra atención y ella la que debe regular nuestra conducta.

Por de pronto, en tiempo de epidemia escarlatinosa será preciso, desde el punto de vista del contagio, desconfiar tanto de una angina con erupción como de una angina sin ella. En toda angina, hasta en la más inocente en apariencia, será preciso estar siempre en guardia contra una erupción escarlatinosa posible, y aun en el caso de que esta erupción no se produzca, será conveniente adoptar medidas profilácticas. La angina, sobre todo en sus formas un poco infectantes, es siempre contagiosa. Una angina simple puede transmitirse bajo la forma de angina con erupción secundaria, es decir de escarlatina, y una vez constituida la raza de estreptococos escarlatinosos, el contagio se verificará bajo la forma de escarlata.

Si la escarlatina es una angina y no una erupción, se deduce que lo peligroso, desde el punto de vista del contagio, es la angina y no la descamación.

Si son las secreciones bucales y no la epidermis descamada las que transportan el contagio, es inútil aislar á los enfermos hasta el fin del período de descamación. La duración de cuarenta días impuesta por los reglamentos me parece excesiva. El enfermo cesa de ser contagioso en cuanto su garganta está curada, y entiendo por garganta sus amígdalas y, sobre todo, su rino-faringe. No se puede científicamente fijar una fecha precisa al período de contagiosidad, que varía en cada sujeto. Los hay cuya garganta se desinfecta en algunos días, una semana por ejemplo. En otros son precisos quince ó veinte días, y tal vez muchos más, si el médico no se preocupa de hacer la desinfección de la garganta. Lo que acabo de decir respecto de la duración del aislamiento de los enfermos se aplica igualmente á las precauciones que deben ser adoptadas para sus salidas ó su alimentación.

Hace algunos años, bajo la influencia de Jaccoud, se tenía á los escarlatinosos á dieta láctea casi durante los cuarenta días reglamentarios, bajo el pretexto de evitarles la nefritis. Es posible volver á la alimentación ordinaria mucho más pronto, y la dieta láctea puede suspenderse sin peligro en cuanto la garganta está curada y desinfectada la región rino-faríngea.

Mientras la garganta presente signos de infección, es de temer la nefritis y, por tanto, son necesarias las precauciones contra el frío.

No me cansaré de repetir que lo que principalmente es preciso vigilar, es la rino-faringitis. En el reconocimiento de la garganta no se concede importancia generalmente sino á las amígdalas, cuando la amigdalitis no es en cierto modo sino una efervescencia de una rino-faringitis. Esta precede á la faringitis, persiste á veces mucho tiempo después de ella, y constituye á veces un estado crónico pronto á recrudecerse bajo variadas influencias. Esta rino-faringitis, aun crónica, puede ser causa de nefritis. Es preciso, pues, saberla conocer, aunque nada más fácil, en general. Basta titilar la campanilla del enfermo con el depresor lingual, y si detrás de la úvula se ve aparecer mucosidades, es que hay rino-faringitis. Cuanto más purulentas sean estas mucosidades, más grandes serán los peligros de infección. Si son opalinas, serán menos de temer. El ideal es que no aparezca nada detrás de la úvula al provocar el reflejo nauseoso. Esta es una exploración que no suele hacerse con todo el cuidado necesario y que el doctor Gallois considera como de la más alta importancia.

En suma, la escarlatina no difiere tanto de los exantemas escarlatiniformes como se ha querido establecer. Su mecanismo y su agente patógeno son los mismos. Se trata en ambos casos de una septicemia estreptocócica. La erupción escarlatinosa no es, pues, sino la primera de las erupciones escarlatiniformes. De ello se deduce que esta erupción es secundaria y que el hecho primitivo es la angina. Por consecuencia, es el estado de la garganta el que debe dirigir nuestra conducta en presencia de un escarlatinoso. Mientras la garganta esté enferma, aisladle, que no salga de la alcoba, y vigilad su régimen. En cuanto la garganta esté desinfectada, y cualquiera que sea el estado de la piel, podéis alimentarle y dejarle ir y venir sin temor de nefritis para él ni de contagio para los otros. Este criterio permite reducir notablemente la interminable cuarentena de dieta y de aislamiento que hace de la escarlatina el terror de las familias.»