

procede de la neutralización de la toxina escarlatínica de la piel por la antitoxina contenida en el suero de convaleciente. También se ha utilizado el suero de adultos normales para la prueba, pero con menos éxito.

**Dominio de las epidemias y eficacia de la inmunización activa.** — Habitualmente no se infectan más de 10 por 100 de las personas que se ponen en contacto con los escarlatinosos; pero en los establecimientos en que los asilados se hallan en contacto mutuo la mayor parte de las 24 horas del día, pueden infectarse más del 50 por 100 durante una epidemia prolongada, y es de esperar que tarde o temprano manifiesten escarlatina en alguna forma la mayoría de los susceptibles. Las condiciones que existen en los establecimientos en que la enfermedad toma forma epidémica, se prestan para determinar la eficacia de la inmunización activa en el dominio de la escarlatina. Varios de esos establecimientos han sido observados en los últimos siete años. En todos se realizaron cultirreacciones, y los sujetos susceptibles fueron inmunizados con dosis graduadas de toxina. Entre 12.584 personas susceptibles inmunizadas de ese modo en sitios donde la escarlatina era epidémica, no se notó ningún caso de la enfermedad. Sirvieron de testigo los casos típicos aparecidos en personas recién ingresadas, que no habían sido comprobadas e inmunizadas an-

tes de ser introducidas en la comunidad infectada, y los casos de escarlatina que aparecieron en los maestros y empleados que rehusaron la inmunización.

También hubo ocasión de estudiar el resultado de la inmunización activa en 2.557 enfermeras e internos susceptibles, inmunizados antes de que comenzaran a trabajar en hospitales dedicados a enfermedades contagiosas. Esas personas artificialmente inmunizadas, tuvieron la misma prolongada e íntima exposición a la escarlatina que las enfermeras e internos naturalmente inmunes. Ninguna de ellas contrajo la enfermedad. En ese grupo, sirvieron de testigos 37 casos de escarlatina en enfermeras e internos que ingresaron antes de ser comprobados en cuanto a susceptibilidad, o que se sabía habían acusado cultirreacciones positivas sin ser inmunizados.

Como los inmunes no necesitan protección, no está justificada la administración de dosis profilácticas de antitoxina escarlatínica a todos los que se pongan en contacto con casos de escarlatina. Si no es posible verificar cultirreacciones y cultivos rinofaríngeos en placas de agar sangre para determinar cuáles son los que necesitan antitoxina, es mejor vigilarlos a todos de cerca y administrar una dosis terapéutica de antitoxina al aparecer cualquier síntoma indicativo.

Cuando es posible realizar