

Park, estudiando varios millares de casos, ha dado cifras que fijan la susceptibilidad en un 15 por 100 en los recién nacidos y en un 12 para más de 20 años siendo la máxima de un 70 por 100 de 1 a 2 años. A partir del tercer año la Reacción negativa, una vez adquirida, parece ser mantenida toda la vida)

Hace posible descubrir los expuestos al contagio clínico en la vecindad de un diftérico y con una gran economía de suero, practicar una profilaxis racional mediante la inmunización pasiva o cuando se trate de hacer profilaxis de colectividades, fuera de épocas epidémicas, mediante la inmunización activa por las mezclas de toxina-antitoxina o por la *anatoxina*—toxina a la que el calor y el formol han privado de su poder tóxico conservándole todas sus propiedades antigénicas o vacunantes, es decir, su posibilidad de engendrar en el sujeto inyectado antitoxina—también la Reacción de Schick presta extraordinarios servicios.

Precisamente el descubrimiento de la anatoxina diftérica por Ramón (1924), ha hecho que en Francia adquiriera rápidamente una gran aceptación la Prueba de Schick porque facilitando la anatoxina la vacunación antidiftérica, ha hecho resaltar la importancia que en tal vacunación tiene un artificio que marca la *eficacia* de la misma. Se comprende, en efecto, la dificultad que supondrá para el estudio de un método de vacunación, el tener que esperar a que un estado epidémico fije los efectos del mismo—la historia de Jenner y de su vacuna, son buenos ejemplos, como actualmente la vacunación anti-tuberculosa por el BCG que tantos años de experiencia requiere—y la gran ventaja que ofrece, en cambio, el disponer de un medio, como la Reacción de Schick, que nos proporcione fácilmente la *medida* de resistencia o susceptibilidad a la difteria que cada sujeto posea y el conocimiento objetivo e inmediato de como la vacunación hace transformar la susceptibilidad en inmunidad. Así, vemos que en 1920, la Sociedad de Pdiatria de París, exclina de sus instrucciones para combatir la difteria la Reacción de Schick—que fué ideada en 1915—como la excluían por los mismos tiempos, Lomry en el Luxemburgo belga y Emeric en el departamento del Loira y Luis Martín, en la «Societé Medicale des Hôspitaux de Paris». expresaba su opinión de que la Reacción de Schick, muy interesante desde los puntos biológico e inmunológico, debía ser excluida de la obra de profilaxis practica de la difteria

Esto era en 1920 como decimos. En 1924, H. Darré, J. Loiseau y A. Laffaille, dan cuenta también a la «Societé Medicale des Hôspitaux de Paris», que era posible vacunar a los niños contra la difteria mediante la anatoxina de Ramón y controlando la inmunización con la Prueba de Schick y en 1925, el mismo Luis Martín, cuya opinión adversa expusimos en gracia a su gran autoridad, en colaboración también con Loiseau y Laffai le presentó a la misma Sociedad francesa una notable memoria titulada «Essais d'immunisation des collectivités avec l'anatoxi-

ne diptérique» fundada en 1297 vacunaciones hechas a base de la Reacción de Schick.

Bien es verdad que en la misma Francia, y en 1920, Armand-Delille y Marie aconsejaban ya que la Reacción de Schick se practicase en todos los niños de las escuelas y sus resultados se fijasen en sus respectivas tarjetas escolares.

## Diagnóstico Clínico de la Fiebre de Malta

DEL LIBRO DE

FRANCISCO RODRÍGUEZ DE PARTEARROYO

(Continuación)

De las colibacilosis diremos lo mismo; sólo las sospecharemos cuando exista un foco de origen biliar, renal, apendicular, con fiebre de tipo intermitente, remitente o continua, con fuertes escalofríos, herpes, leucocitosis con polinucleosis, etc. En las de origen uterino o intestinal, solo el laboratorio las distinguirá de las originadas por estreptococos o bacilos de Eberth.

Por no tener un cuadro clínico determinado, pueden hacer pensar en todo, siendo el laboratorio, como casi siempre el que nos sacará de dudas.

En estos casos sólo es útil el hemocultivo (me refiero a las colibacilosis), pues dado el gran número de razas de colis, la aglutinación es casi siempre negativa

Es útil hacerla con el suero del enfermo y el coli aislado en el hemocultivo del mismo enfermo, ya que de este modo queda más caracterizado como agente patógeno, en el caso de ser positiva. Si así no lo fuera habría que pensar en una contaminación, dada la abundante repartición del coli o en que lleva pocos días el proceso y aún no hay tiempo de que se hayan formado aglutininas suficientes. En tales casos es útil repetir el hemocultivo y la aglutinación más tarde y darle a aquél valor si de nuevo es positivo.

En los paratífus es útil el hemocultivo y la aglutinación.

El laboratorio es el que en estos casos nos dará el diagnóstico principalmente, no quedando de este modo sin él, ni tifoideas benignas, ni fiebres de Malta que pasan o persisten durante tiempo variable con diagnósticos erróneos

*Tuberculosis.*—Como dice muy bien DURAN DE COTTIS, es en los diagnosticados de tuberculosis donde más fiebres de Malta existen antes de conocerse bien esta, y es en la actualidad entre las fiebres de Malta donde más tuberculosos se encuentran.

Entre las formas agudas de tuberculosis solo nos referimos a dos de aquéllas que pueden no tener lesión primitiva aparente: la tifo bacilosis LANDOUZY y la granulia.

El diagnóstico con las formas de melitococia