

matado, o ha desaparecido dentro de 14 días de morder; si no lo conoce el individuo mordido; y si después de ser observado por 10 días se enferma de rabia o muere con síntomas sospechosos de rabia u otra enfermedad. Hay que proseguir la observación si el animal se enferma, pero no muere, dentro de 14 días. No se necesita tratamiento si el animal permanece bien durante ese período y después.

Accidentes paralíticos.—Smith³⁹ describe dos casos de encefalomielititis consecutiva al tratamiento antirrábico en Inglaterra. La etiología de esos accidentes es todavía desconocida, pero no parecen deberse al virus rábico. Además de ese estado post-terapéutico, hay la rabia paralítica debida al virus de las calles (hidrofobia), y la producida por el virus fijo (rabia de laboratorio), debido a la inoculación de un virus viviente, pero atenuado.

Vacunas para los perros.—Schoening⁴⁰ publica experimentos indicativos de que las vacunas fenicadas pueden producir inmunidad en los perros con una dosis, pero como también puede haber fracasos, la vacunación no debe infundir seguridad absoluta. También hay que reconocer las posibilidades de la parálisis postvacunal con las vacunas de esa clase, de modo que no hay certeza de que el perro no sufra daño. Según los datos disponibles, la vacuna cloroformizada es superior a la fenicada en potencia y seguridad, pero hay que esperar las pruebas en campaña antes de emitir un juicio definitivo. Ya se han comunicado muchos resultados favorables con la vacunación unida a los otros procedimientos clásicos para combatir los brotes de rabia. La disminución de la susceptibilidad de los perros a la infección constituye un paso hacia adelante en el control, pero para resolver el problema de la rabia precisa cumplir rígidamente las disposiciones relativas a la destrucción de perros realengos y la cuarentena.

TRACOMA

Definición.—En su obra reciente titulada “Le Trachôme, Conjonctivite Granuleuse,” Morax y Petit definen así el tracoma o conjuntivitis granular: “Una enfermedad que afecta las membranas mucosas del ojo, que se extiende a la córnea, al frente transparente del globo ocular y evoca alteraciones cicatriciales.” La experimentación confirma las observaciones clínicas de que se trata de una enfermedad infecciosa, trasmisible en el hombre, y en ciertas circunstancias a ciertas especies de animales. El nombre, procedente del griego, significa “aspereza,” y ésta aparece en la cara interna del torso, provocando excrecencias elevadas. Afecta mucho la vista por producir alteraciones vasculares (pannus) en la córnea,

³⁹ Smith, S.: Jour. Roy. Army Med. Cps. 56 (eno.) 1931.

⁴⁰ Schoening, H. W.: Am. Jour. Health 21: 637 (jun.) 1931.

incurvación de la porción cartilaginosa de los párpados, inversión de las pestañas, etc. De evolución lenta, es muy resistente al tratamiento, necesiándose meses y años para obtener la curación completa, habiendo aun entonces recurrencias. La enfermedad puede dividirse en cuatro grados, según el período a que haya llegado. El período de incubación, después de la infección, dura de 7 a 10 días antes de poderse descubrir signos de la enfermedad. Los primeros síntomas son los de las conjuntivitis en general, fotofobia, sensación de cuerpo extraño en el ojo, y lagrimeo excesivo. Si hay fenómenos de irritación, tales como hinchazón palpebral, dolor, excreción purulenta, etc., se encontrará alguna infección sobrepuesta debida al gonococo u otro bacilo. Las granulaciones se encuentran principalmente en los casos incipientes en los repliegues retrotarsales, y para descubrirlas no basta con invertir los párpados, sino que hay que volver el ojo hacia abajo con un elevador o un asa, comprimido sobre la porción superior del párpado evertido. Eso no resulta siempre fácil, y puede facilitarse mucho con algunas gotas de clorhidrato de cocaína o una inyección subcutánea de novocaína. Los autores discuten el diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

Frecuencia.—Fundándose en las réplicas recibidas de 57 países y territorios, a un cuestionario enviado por la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, los Dres. Jitta y Lutrario prepararon un informe que demuestra la difusión del tracoma, y que en algunos países afecta de 85 a 90 por ciento de los habitantes. El Comité de Higiene ofreció prestar su apoyo a la Liga Internacional Contra el Tracoma, delegando al Dr. Lutrario para que asista a las reuniones en calidad de observador. La liga tiene dos propósitos principales: estudiar los resultados obtenidos en el último decenio, en cuanto a las causas, prevención y diagnóstico del tracoma como enfermedad internacional, y cooperar con los organismos internacionales de higiene. (*Annual Rep. Health Org.*, 1930.)

Argentina.—En la campaña antitracomatosa emprendida por la Liga contra el Tracoma de Santiago del Estero, del 1° de enero al 30 de octubre, 1930, en el consultorio oftalmológico del Dr. Olle se atendió a 1,914 tracomatosis crónicas y 763 nuevos, y se practicaron 1,816 curaciones. (*La Prensa*, nbre. 22, 1930.)

Ceará.—Nos grupos escolares de Fortaleza pode-se apreciar a situação, relativamente favoravel no tocante ás molestias oculares em geral, salvo o trachoma, cuja percentagem encontrada foi de 27.1 por cento. Percentagem global para o trachoma 27.1 por cento; para as conjuntivites catharraes 12.04 por cento. Como se vê attingiu a 27.1 por cento a percentagem dos trachomatosis entre os alumnos examinados; distinguindo, porém, os casos referentes ao periodo granuloso e ao periodo inicial (cujo diagnostico diferencial não se firma, de prompto, com [segurança] teremos: trachoma, no

periodo francamente granuloso, 6.8 por cento, na phase inicial, 20.2 por cento. O Dr. Meton de Alencar, illustrado occulista cearense, em um trabalho apresentado ao VI. Congresso Medico de São Paulo, em 1907, o "Trachoma no Ceará," apresenta uma estatistica de 1,226 casos de trachoma, verificados na sua clinica em Fortaleza. O Dr. Meton de Alencar, pae, que por longos annos honrou a classe medica de Fortaleza, assim se expressava: desde . . . 1872 a 1893, encontram-se numerosos casos de conjunctivite granulosa, com complicações que indicam um estado antigo do mal. "Dos estados pathologicos do organismo e suas manifestações oculares" em 1889, diz que naquelle anno attendera a centenas de casos em Fortaleza e S. Luiz. A Estatistica do Serviço de Olhos do 1. P. A. 1. chefiado pelo Dr. A. de Goes Ferreira, colloca o trachoma no terceiro lugar entre as outras affecções oculares, e se apresenta com a seguinte percentagem: Anno de 1823, 9.6 por cento; 1924, 2.7; 1925, 19.6; 1926, 20.4; 1927, 21.0; 1928, 19.1; 1929, 15.4; 1930, 18.0. A estatistica do autor colhida na clinica particular em Fortaleza é a seguinte: Anno de 1927, 15.6 por cento; 1928, 14.5 por cento; 1929, 16.2 por cento; 1930, 15.4. Pelo que se acaba de expôr, verificarse que não é de hoje a existencia do trachoma, em Fortaleza, e, tendo-se em conta que a enfermidade tem um caracter epidemico-endemico notavel e quando entra em uma familia, raras vezes perdôa alguns dos seus membros; atacando extensas regiões em forma de epidemia tendendo francamente a converter-se em endemia o processo de sua invasão social, sendo sua curva historica a maior demonstração. Estatistica incluída no relatorio apresenta ao Dr. Samuel Uchôa no anno de 1930: Grupo B. V. Rio Branco, 8.6 por cento; Grupo Norte da Cidade, 10.0 por cento; Grupo do Bemfica, 11.0 por cento; Grupo Fernandes Viera, 13.7 por cento; Grupo Santos Dumont, 13.9 por cento; Grupo São Gerardo, 18.4 por cento; Grupo de Porangaba, 29.1 por cento; Escolas Isoladas, 27.1 por cento; Escolas Municipaes, 18.9 por cento; Escolas Reunidas, 17.9 por cento. É interessante, em centenas de creanças em que applicara o autor tratamento antitrachomatoso, raras vezes observou agravação da molestia, o que se daria frequentemente se as mesmas fossem portadoras de conjunctivite estival. Quanto aos casos de conjunctivite follicular confundidos por trachoma, o Dr. Edilberto Campos diz: "Da simples folliculose para o catarrho follicular não ha passagem nitida e entre o catharro follicular e o trachoma incipiente não se encontra fronteira bem demarcada. O folliculo conjunctival no trachoma quer este tenha a fórma papillar, quer a fórma granulosa, tem a mesma constituição histologica que nas outras fórmas de conjunctivites com folliculos. Em regra, quando os folliculos (granulações ou papillas) são mais superficiaes e predominam nas palpebras inferiores, deve ser conjunctivite follicular; se avultam nas palpebras superiores o diagnostico inclina-se para o

trachoma. Se se distribuem igualmente, deixam certa duvida, que outros signaes podem afastar. Não é factor decisivo o contagio porque tanto o trachoma como o catarrho follicular se propagam á vizinhanca. Para concluir, em poucas palavras, encontrando granulacões nas conjuntivas sem as complicacões na cornea ou nas palpebras que caracterisam o trachoma, considere o caso suspeito e trate-o como se fosse trachoma recente ou como simples conjuntivite catarrhal, mas com brandura. Se depois d'um mez não vir modificacão, dobre de energia. O tempo dirá o resto, sobre o preconceito de ser o trachoma a unica forma de folliculose conjuntival que invade, se aprofunda, se eterniza. E se alguém apresentar objecções a essa regra, não disculta que perde tempo." (Goes Ferreira, H.: *Ceará Med.* 17, junho 1931.)

Chile.—Maldonado Boggiano ⁴¹ se refiere al considerable desarrollo que ha tomado desde hace años el tracoma en diversos pueblos de la Provincia de Chiloé, Chile, principalmente entre la población agrícola, por no tomarse medidas para combatirlo. Los casos han disminuído en los lugares donde han tomado medidas desde 1928. Entre los enfermos atendidos, un 59 por ciento eran mujeres. Entre los hombres, es más frecuente de los 11 a los 20 años (45 por ciento), y en las mujeres después de los 40 años (40 por ciento). La localización más frecuente fué bilateral (77 por ciento), correspondiendo únicamente 14 por ciento al ojo derecho y 9 por ciento al izquierdo. Entre 1,175 enfermos, hubo panno en 4.25 por ciento, y ceguera en 0.5 por ciento. Visto el incremento de la enfermedad en Valdivia, puede llegar a constituir un grave problema sanitario. El autor recomienda: establecimiento en todos los hospitales y casas de socorro de las provincias de Valdivia y Chiloé, de dispensarios para enfermedades de los ojos; y realizacón preferente del plan de construccón de casas de socorros y postas de primeros auxilios con dispensarios para tracomatosis.

Mennonitas de México.—En las colonias mennonitas establecidas en el Estado de Chihuahua, ha aparecido una epidemia de tracoma. El Departamento de Salubridad Nacional ha enviado una brigada, que cooperará con las autoridades sanitarias del Estado en la campaña contra dicha enfermedad. (*El Universal*, jun. 3, 1931.)

Paraguay.—Para Díaz León,⁴² el Paraguay se halla totalmente indefenso contra ciertas enfermedades infectocontagiosas, principalmente las traídas del exterior. Deja a un lado las que ya han tomado, desde hace años, carta de nacionalidad en la República. La profilaxia de la lepra sólo es puesta en práctica dentro de los "medios precarios de que dispone el Departamento Nacional de Higiene. Todavía se sigue discutiendo el carácter, ubicación, etc., de las propuestas colonias de leprosos. La campaña contra la tifoidea y la tuberculosis, ni

⁴¹ Maldonado Boggiano, C.: *Beneficencia* 2: 1728 (dbre.) 1930.

⁴² Díaz León, C.: *Rev. San. Mil.* 4: 3099 (ene.) 1931.

siquiera ha empezado todavía con la educación del pueblo, y en el ejército, esas mismas enfermedades aumentan cada año, por la repercusión del mal estado sanitario de la República. El autor recalca la necesidad de poner en vigencia leyes de inmigración contra enfermos infectocontagiosos. En un grandísimo porcentaje de mennonitas recién llegados, los médicos militares han observado tracoma, enfermedad ésta no conocida en el Paraguay hasta hace pocos años. Hoy abundan los casos aislados, y un cirujano militar presentó dos casos en marinos de la Marina Nacional. La misma inmigración mennonita llegó al país con una epidemia de tifoidea. Díaz León aboga por el cumplimiento de la ley de inmigración de 1903, tal como fué ampliada en 1924, para incluir el tracoma entre las enfermedades de rechazo obligatorio.

Roig Bernal⁴³ declara que entre unos 300 mennonitas de dos colonias, provenientes del Canadá, casi todas las mujeres y niños presentaban conjuntivitis de larga duración y muy contagiosa, pues en el término de tres años que llevan de existencia dichas poblaciones, se ha propagado a más de 50 por ciento de los habitantes. En dos de esos enfermos en el Hospital de Clínicas de la Asunción, diagnosticaron tracoma. En la Argentina desde 1923, y en el Brasil desde antes, se prohíbe el desembarco de inmigrantes tracomatosos, y sólo en el Paraguay se admite la entrada de cualquier contingente de inmigrantes, sin ningún control sanitario. El contacto en las guarniciones militares, está propagando esa enfermedad tan contagiosa. El autor pide la comprobación de la existencia del tracoma entre los colonos mennonitas, y una vez comprobada, el envío de una comisión encargada del aislamiento y tratamiento de los enfermos, e implantar la mejor forma de combatir y evitar la propagación.

Uruguay.—En el Uruguay,⁴⁴ el tracoma era desconocido hasta hace 50 años, habiendo sido importado por la inmigración, en especial española, italiana y siria. Los agricultores españoles e italianos difundieron la enfermedad, sobre todo en los departamentos de Canelones y San José, donde constituyeron los focos más importantes que existen en el país. La inmigración siria también sigue propagando el tracoma en sus peregrinaciones por el interior. El tracoma entra igualmente del vecino Estado de Río Grande, y los departamentos fronterizos con el Brasil ocupan el segundo lugar entre los infectados. Después que el Gobierno dictó en 1915 la ley prohibiendo la entrada al país de tracomatosos, se notó en los hospitales una disminución en el número de enfermos asistidos. En los hospitales de Montevideo, el tracoma constituye un 64 por ciento del total de enfermos de los ojos. En algunas provincias argentinas, como Santiago del Estero y

⁴³ Roig Bernal, M.: *id.* p. 3103.

⁴⁴ Vázquez Barrière, A.: *Bol. Cons. Nac. Hig.* 24: 523 (abre.-dbre.) 1930.

Tucumán, la proporción es más alta, pues en la última era en 1910 de 34 por ciento, y en algunas escuelas de más de 30 por ciento.

En el Uruguay el tracoma no ha alcanzado aun, según Vázquez Barrière, la difusión alarmante que en muchas naciones del Viejo y del Nuevo Mundo, mas es posible que la alcance si no se procede a extinguir los focos ya existentes. En la Clínica del Hospital Maciel, de Montevideo, las estadísticas del autor en 1916 y las de Meerhoff en 1926 acusaron 6.4 por ciento de tracomatosis sobre el total de enfermos de los ojos. Según Meerhoff el porcentaje ha disminuído de 18.2 en 1894 a 2.12 en 1925, y el autor ha descubierto una disminución semejante en el Hospital Pasteur, de 3 por ciento en 1917 a 1.2 por ciento en 1925. Sin embargo, la enfermedad no ha disminuído, pues las cifras absolutas anuales han ido más bien en aumento hasta 1915, en que empezó a regir la ley de rechazo de los inmigrantes enfermos. En cuanto a distribución, el país está dividido en 4 zonas: un foco principal en los departamentos de Montevideo y Canelones (454 y 167 por 1,000), viniendo después la zona inmediata, formada por los Departamentos de San José, Colonia, Minas, Maldonado, Florida y Durazno (35 a 58 por 1,000). El resto del país puede dividirse en dos zonas: la del oeste, menos infectada (0 a 9 por 1,000), y la del este, limítrofe con el Brasil (10 a 18 por 1,000). Parece, pues, que el tracoma ha entrado por dos vías: la principal, el puerto de Montevideo, de donde irradió a los departamentos cercanos, y la otra, la frontera con el Estado brasileño de Río Grande, donde la endemia tracomatosa es más intensa que en el Uruguay. El foco más importante en el interior está constituído por la zona agrícola del Departamento de Canelones y parte de los adyacentes de Florida, San José y Maldonado, particularmente en las familias de origen canario. Los cuadros de Meerhoff apuntan que el tracoma ha disminuído en la capital y aumentado en la campaña. En 1849 los tracomatosis de la última formaban 15 por ciento de los asistidos en el Hospital Maciel, mientras que en 1925 formaron casi 50 por ciento. No se sabe ni mucho menos cuál es la frecuencia del tracoma en campaña. Martínez Salaberry, fundándose en 11,625 enfermos observados durante 10 años en 10 Departamentos del interior, cree que abunda sobre todo en San José, donde conoce varios focos familiares, y calcula una frecuencia de 12 por ciento del total de enfermos oculares. En orden de frecuencia siguen Minas, Tacuarembó, Durazno y Florida (6 a 8 por ciento). Garmendia opina que la enfermedad abunda sobre todo en los Departamentos fronterizos con el Brasil, calculando que en Cerro Largo y Treinta y Tres la quinta parte de los enfermos oculares tienen tracoma. Otros médicos uruguayos creen que la frecuencia real del tracoma en campaña es superior a lo sospechado. Vázquez Barrière ⁴⁵ propone, para la defensa contra la

⁴⁵ Vázquez Barrière, A.: Cong. Méd. Cent. Uruguay 2: 169 (obre. 5-12) 1930.

introducción de nuevos casos, la extensión de la ley actual sobre rechazo de los inmigrantes tracomatosos a los casos cuya apariencia cicatricial oculte la posibilidad de una recaída o reinfección; la inspección ocular de los inmigrantes siempre por un oftalmólogo. En lo que se refiere a la lucha en el interior, propone una encuesta por el Consejo Nacional de Higiene sobre la difusión del tracoma; organización de la asistencia en las localidades en que fuera necesaria; creación de dispensarios antitracomatosos; enseñanza a los médicos y enfermeros de los medios de tratar el tracoma; propaganda pública; investigación de casos latentes o ignorados, sobre todo en las familias de los enfermos; inspección periódica en las escuelas; confección de censos locales de tracoma; y mantenimiento y cumplimiento de la declaración obligatoria de la enfermedad. Como medidas generales, el autor recalca la importancia que revisten, en la lucha contra el tracoma, la provisión de agua a las poblaciones (aseo) y la lucha contra la mosca.

Venezuela.—Fernández ⁴⁶ afirma que el tracoma se encuentra en todas las poblaciones marítimas de Venezuela, sobre todo en aquéllas más en contacto con el elemento extranjero: árabe, chino, ruso, etc. Tampoco es raro observar en el interior casos en individuos en contacto con las ciudades de la costa o grupos contagiados. Para el autor los puertos más infectados son Maracaibo, La Guaira y la Isla Margarita. Todo parece indicar que la enfermedad fué importada por los inmigrantes. El autor fué el primero en Venezuela en llamar la atención en 1913 sobre la afección. Para él la enfermedad se transmite de dos modos distintos: directa e indirectamente. En el primero, las moscas y sobre todo la llamada en Cuba "guasasa," inoculan, por decirlo así, el tracoma. En el segundo intervienen las manos y los objetos de aseo. El tracoma sudamericano parece ser menos típico que el europeo o el africano. En primer lugar, el período de secreción es menos largo y violento, pero en cambio, las granulaciones son siempre muy marcadas, y en 70 por ciento de los casos reviste la forma florida. En cuanto al período cicatricial, si bien neto, rara vez se acompaña de trastornos graves al nivel conjuntival, y en los enfermos tratados con perseverancia puede considerarse que no reviste gravedad. Una peculiaridad del tracoma venezolano es la tendencia a la curación, o más bien, la mejoría, lo cual reza no solamente con los aborígenes, sino también con los extranjeros, y para el autor las condiciones climatológicas y probablemente sobre todo telúricas, no son propicias al germen, que ofrece poca resistencia a la terapéutica. Tal vez haya aumento de la facultad de la resistencia de la conjuntiva, y así lo patentizaría la facilidad con que se curan las conjuntivitis en general en Venezuela. En cuanto al tratamiento, Fernández emplea desde

⁴⁶ Fernández, J. B.: Rev. Sud.-Am. Méd. Chir. 2: 409 (ab.) 1931.

hace años fricciones de solución de sublimado corrosivo al 1 por ciento, que aplica con pincelillos de algodón hidrófilo, después de inyectar 2 cgs. de sincaína. Jamás trata de una vez los dos ojos, sino que deja transcurrir 10 días entre los dos tratamientos. De presentarse inflamación, ésta cede fácilmente a la aplicación de compresas empapadas en sulfato de sodio al 5 por ciento, o al suero fisiológico caliente. Terminada la reacción, toca la conjuntiva cada tres días con una solución de sulfato de cobre al 1 por 10. Una vez desaparecido todo signo de tracoma, instila por 3 ó 4 meses argirol al 20 por ciento, tres veces por semana, y completa el tratamiento con lavados calientes con la solución de sulfato de sodio.

Hungría.—El tracoma es una enfermedad ya vieja en ciertas regiones de Hungría,⁴⁷ y antes de 1883 apenas se había hecho nada para atacarla. Feuer observó entonces, al examinar la población de tres distritos (100,000 personas), que 4 ó 5 por ciento eran tracomatosos. En 1886 el Parlamento húngaro votó una ley creando un servicio de tratamiento gratuito por medio de especialistas, clínicas y hospitales por cuenta del Estado. Feuer fué el primer director de la campaña, sustituyéndolo a su muerte en 1912 Grosz, quien intensificó los trabajos, logrando mejores resultados. El acta de conscripción de 1913 contenía una disposición en el sentido de que los tracomatosos serían colocados en un hospital por tres meses antes de ingresar en el ejército. Durante la Guerra Mundial, se formaron regimientos de tracomatosos, y de éstos 78.5 por ciento se habían curado, 21.2 por ciento todavía necesitaban tratamiento, y sólo 0.3 por ciento eran impropios para el servicio militar. La revolución impidió ejecutar las medidas proyectadas por Grosz durante la época de desmovilización, y los tracomatosos se esparcieron por el país y llevaron la enfermedad a zonas inmunes. Antes de la guerra, el tratamiento había reducido los tracomatosos tratados en la Clínica Oftalmológica Húngara de 7.2 por ciento en 1891 a 2 por ciento en 1910. Una encuesta realizada en 1926 reveló entre 8,500,000 habitantes 10,000 tracomatosos, y entre 829,284 escolares, 3,257. Hubo un distrito en que de 3,214 habitantes, 39 por ciento padecían de la enfermedad. El número de tracomatosos tratados hoy día en las clínicas oculares de Budapest es de 1.5 por ciento, en Szeged 10 por ciento, y en Pécs y Debreczen, 5 por ciento. En Budapest más de 50 por ciento de los enfermos ya tenían panno. Hoy día hay 22 médicos, 59 dispensarios y 316 camas para el tratamiento de los tracomatosos.

Profilaxia en Marruecos.—Después de indicar la necesidad de la lucha antitracomatosa en Marruecos Mme. Delanoe⁴⁸ distingue cuatro formas de profilaxia: la higiénica, que comprende por un lado

⁴⁷ Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1361 (nbre. 1) 1930.

⁴⁸ Delanoe: Maroc Méd. No. 98, p. 261 (agto. 15) 1930.

medidas individuales, tales como el aseo corporal, aplicaciones calientes a los ojos enfermos, de compresas de gasa empapadas en tisana de té, limpieza de la morada con frecuentes blanqueos con cal, y por otra parte, la higiene general aplicable a toda la comunidad; la medicamentosa, reservada exclusivamente al médico, que debe aplicar por sí mismo el tratamiento con aceite de chaulmugra, que impide la propagación; la social; y la educativa.

Aspecto militar.—Elewaut⁴⁹ considera el tracoma como problema militar, haciendo notar que algunos autores creen que los casos simples deben ser llamados a las filas para curarlos, y otros que no deben ser rechazados sino después de tratarlos por varios meses. El autor, en cambio, cree que todo tracomatoso debe ser excluído del servicio militar.

Bacterias.—Finnoff y Thygeson⁵⁰ aislaron un bastoncillo móvil negativo al gram y al parecer idéntico al descrito por Noguchi con el nombre de *Bacterium granulosis*, en 5 de 13 sujetos blancos, y en un japonés con tracoma avanzado. Las objeciones de Lindner acerca de los casos en indios estudiados por Noguchi, no pueden rezar con éstos, debido a la presencia de pannus y cicatrización avanzada en todos los casos menos dos. El *B. granulosis* fué también aislado de 2 de 14 niños indios tracomatosos. En cambio, es raro o falta en las lesiones no tracomatosas de la conjuntiva. El *B. granulosis* puede ser considerado como más característico del tracoma que los cuerpos de inclusión de Prowazek o los cuerpos iniciales de Lindner, pues puede ser obtenido de enfermos avanzados, cuando casi nunca hay dichos cuerpos. La causa más probable del fracaso de los investigadores anteriores en no descubrir el microbio, es que emplearon medios inapropiados y temperaturas poco propicias. El *B. granulosis* no fué aglutinado por el suero de un caso de tracoma. Las cutirreacciones fueron siempre negativas, con una excepción. Bacterias morfológicamente idénticas al *B. granulosis* han sido observadas sobre y en los epitelocitos de los frotos obtenidos de tracomatosos y de animales que padecían de la enfermedad experimental. La inoculación de suspensiones del *B. granulosis* en los *Macacus rhesus* produjo una conjuntivitis granular idéntica a la descrita por Noguchi, y a la producida inyectando material tracomatoso humano. En uno de dos monos expuestos tuvo lugar una infección por contacto. El *B. granulosis* fué recobrado de 2 animales que padecían de la enfermedad avanzada. Estos resultados parecen confirmar esencialmente los de Noguchi; sin embargo, el tracoma del mono no es idéntico al humano.

Vacunación.—Nicolle y Lumbroso⁵¹ comunican que el microbio indicado por Noguchi como agente patógeno del tracoma, no posee

⁴⁹ Elewaut: Arch. Méd. Belges 83 (dbr.) 1930.

⁵⁰ Finnoff, W. C., y Thygeson, P.: Arch. Ophthalm. 5: 527 (ab.) 1931.

⁵¹ Nicolle, C., y Lumbroso, U.: Gaz. Hôp. 104: 833 (mayo 30) 1931.

la menor facultad patógena para el hombre. Por otra parte, aportan datos demostrativos de que un ataque de tracoma natural curado vacuna la conjuntiva humana contra la reinoculación con el virus.

Cloruraje.—Martínez Salaberry⁵² describe los resultados favorables que ha obtenido durante dos años y medio de experiencia con el cloruraje en el tratamiento del tracoma. Con esa palabra, designa el masaje de la conjuntiva con cloruro de sodio puro cristalizado, tras instilación con cocaína al 3 por ciento. Ha tratado 100 casos: un 30 por ciento con panno y úlceras corneales. Un 80 por ciento está clínicamente curado, y el resto tiene mejoría manifiesta. Ninguno ha empeorado. Dos hicieron úlceras corneales en pleno tratamiento, que cedieron en seguida, y en dos se formaron pseudomembranas, que al desprenderse dejaron la conjuntiva lisa y brillante. Publica cinco historias clínicas.

CARDIOPATÍAS

Insuficiencia cardíaca.—Las cardiopatías⁵³ son hoy día la causa más frecuente de la mortalidad en los Estados Unidos, sin contar la incapacidad que entrañan. No cabe duda de que el método mejor para impedir o aplazar la muerte debida a cardiopatía, consiste en impedir la aparición, mermar la gravedad, o acortar la duración de los estados precursores o, en otras palabras, de la hipertensión y las afecciones vasculares, del reumatismo agudo y de la sífilis, y eso es más fácil de decir que de hacer. Por ejemplo, la hipertensión esencial es a menudo descubierta en los primeros años de la enfermedad o al hacer los exámenes físicos periódicos, pero conociendo tan poco acerca de su causa, aun reconocida tempranamente, cabe hacer muy poco para cohibirla, y casi nada para curarla. La situación relativa al reumatismo agudo es algo más alentadora, pues ya se ataca el problema desde muchos puntos de vista, y quizás dispongamos pronto de medios satisfactorios de prevención y curación. Contra la sífilis hay mejores armas de ataque. Dada la importancia de esas causas, convendría concentrar en ellas, es decir, en la hipertensión, el reumatismo agudo y la sífilis. Una vez establecida la cardiopatía, puede demorarse su avance por medio del tratamiento diestro, pero aun con el mejor cuidado, culminará con el tiempo en insuficiencia cardíaca. El segundo método de ataque debe, pues, consistir en demorar o tratar con éxito dicha insuficiencia; pero la reposición completa es casi desconocida, y la reacción terapéutica sólo temporal. Sin embargo, a pesar del pronóstico sombrío, hay enfermos que sobreviven varios años. Los factores que aceleran la agravación consisten en anemia, neumopatía crónica y embarazo. El problema ahora es

⁵² Martínez Salaberry, J.: Rev. Oto-Neuro-Oftalm. 5: 551 (dbr.) 1930.

⁵³ Burwell, C. S.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1633 (mbre. 29) 1930.