

puede salvarse con una sola inoculación, aun al cabo de muchos meses. Remlinger recomienda que se aplique el método en Francia, y que, tratándose de perros valiosos se les vacune antes de matarlos, para ver si así se salvan. Vallée, profesor de la Escuela Veterinaria de Alfort, sostiene que no debe cambiarse la ley actual, y que de sus disposiciones sólo debe eximirse a los perros vacunados antes de ser mordidos.

El mismo Remlinger, con Bailly¹⁶ han aplicado también la inoculación preventiva contra la rabia a los perros en Marruecos. Ya han inoculado a 234 perros no mordidos, y a 30 mordidos por perros rabiosos, sin que en ninguno se presentara rabia en un período de 3 a 20 meses. Preparan su vacuna así: Los cerebros de tres conejos muertos de rabia, son sumergidos en 30 cc. de éter sulfúrico en recipientes separados. Para la primera vacuna el cerebro se deja en el éter 25 horas; para la segunda 20 horas, y para la tercera 15 horas. La substancia cerebral tratada en esa forma retiene su poder inmunizante, se vuelve friable y mezcla fácilmente con agua. Con cada cerebro se prepara una emulsión con 40 cc. de suero fisiológico. Las tres vacunas se inyectan en tres sesiones diversas a intervalos de 24 horas.

TRACOMA

Argentina.—Fundándose en una gira de inspección al interior de la República, Ibáñez Puiggari¹ declara que puede afirmar que el tracoma y otras conjuntivitis infecciosas se hallan muy difundidos en las provincias visitadas, sobre todo en las regiones industriales. Examinó a 2,400 personas de diversas edades. En la población infantil la enfermedad se haya muy difundida, siendo sorprendente en algunas escuelas el número de enfermos, y no es raro encontrarla en menores de 5 años, y alguna que otra vez en niños de pecho. En la Provincia de Jujuy, de 1,034 alumnos examinados, 30 padecían de tracoma y 15 de catarros conjuntivales, y de 33 enfermos, 5 tenían tracoma, 2 conjuntivitis blenorragica, 11 conjuntivitis catarral, y 6 otros estados oculares no infecciosos. En la Provincia de Santiago del Estero acuden al dispensario antitracomatoso más o menos 100 enfermos diariamente. En la Provincia de Tucumán, de 910 alumnos, 138 estaban afectados de tracoma.

En su repaso de la expansión geográfica y distribución del tracoma en ambas Américas, Argañaraz² declara que la República Argentina es, de todas las naciones sudamericanas, donde se ha desarrollado el tracoma con mayor intensidad, en especial, en algunas Provincias

¹⁶ Remlinger, P., y Bailly, J.: Bull. Acad. Med. 51: No. 10 (mzo. 12) 1929.

¹ Ibáñez Puiggari, Miguel: An. Depart. Nac. Híg. (Argentina) 35: 125, 1927.

² Argañaraz, R.: Semana Med. 36: 1101 (obre. 17) 1929.

donde existe aún cierta cantidad de sangre indígena o mestiza, como en el norte. La extensión de la enfermedad en dicho país se explica solamente porque a ella se ha dirigido con mayor intensidad, desde hace más de 50 años, una notable corriente inmigratoria proveniente de sitios donde prevalece el tracoma. Quizás con anterioridad a 1870 se observaran los primeros casos en Buenos Aires. De 3,000 inmigrantes ingresados en menos de una semana en 1903, Wernicke encontró 130 granulomatosos, y entre los enfermos del Hospital Oftalmológico de 10 a 15 por ciento. Demaría encontró 12 por ciento en el Consultorio Oftalmológico del Hospital Nacional de Clínicas. Las estadísticas del Departamento Nacional de Higiene, por aquel entonces, daban un 43 por ciento de tracomatosos italianos, 16 por ciento españoles, y 30 por ciento argentinos. Más tarde, el tracoma se ha infiltrado al interior del país, para alcanzar marcado desarrollo en las Provincias del norte: Santiago del Estero y Tucumán, donde el clima cálido y la falta de higiene en una gran parte de la población han favorecido su desarrollo. En la capital y la Provincia de Buenos Aires, el tracoma existe, pero se encuentra muy lejos de constituir un peligro para la salud pública. Las estadísticas de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Ciencias Médicas de 1929, sólo arrojan un 3.8 por ciento. En las escuelas las cifras no llegan a 0.1 por ciento. En las escuelas de La Plata, entre más de 7,000 niños sólo hay 0.2 por ciento y en la Provincia de Buenos Aires 0.4 por ciento. En la ciudad de Santa Fe el porcentaje es de 4 por ciento en la clínica oftalmológica, y en la ciudad de Rosario 8 por ciento. En la ciudad de Córdoba el tracoma aumentó ligeramente hasta 1921, pero disminuyó desde entonces de 5.7 a 4.6 por ciento. El tracoma se ha propagado en la Provincia de Córdoba, particularmente en las poblaciones y colonias agrícolas a lo largo de las vías ferroviarias, siendo los italianos, españoles y árabes los que dan mayor porcentaje: 22, 32 y 37 por ciento, respectivamente. En la ciudad y Provincia de Santiago del Estero, el tracoma se ha diseminado con mayor intensidad y para Demaría, dicha población es el centro más importante del tracoma en todo el país. De 2,230 niños examinados en las escuelas, 12.15 por ciento tenían tracoma y el porcentaje general entre los escolares está calculado en 9 por ciento. En la ciudad y Provincia de Tucumán, el tracoma también se ha desarrollado, al parecer, en forma alarmante. En 1910 Demaría encontró un 34 por ciento entre los enfermos oculares del Hospital Mixto, y 16 por ciento en el Hospital de Niños. Para González Lelong, en las escuelas de la campaña la proporción es de 15 por ciento, y en algunos distritos mucho mayor. En la Provincia de Jujuy, el porcentaje varía de 3 a 5 entre los escolares de la capital, pero en ciertos departamentos es mayor, y para toda la Provincia alcanzaría por término medio a

14 por ciento entre los enfermos de hospital y escolares. Para la Provincia de Salta, las cifras son contradictorias, pero según Barbieri se puede calcular en 2.23 por ciento el número de tracomatosis en las escuelas, si bien en algunos departamentos no hay un solo caso. En la ciudad de San Juan hay un 9 por ciento en las escuelas. En Catamarca y La Rioja calculan que llega a 1 por ciento en los consultorios oftalmológicos. En la ciudad de Paraná, Entre Ríos, hubo 5 por ciento en el consultorio oftalmológico y 2 por ciento en la campaña. En las demás Provincias y Territorios nacionales, en particular la Patagonia, el tracoma está muy poco desarrollado. En la profilaxia, la Ley de Inmigración de 1923 prohíbe el desembarco de inmigrantes tracomatosis y obliga a las compañías navieras respectivas a repatriarlos. El personal técnico de la Dirección de Inmigración tiene la tarea de examinar los inmigrantes, pero para Barbieri, no lo hace con la prolijidad debida. También se ha llevado a cabo una activa campaña profiláctica en las provincias del norte, difundiendo en la población los necesarios conocimientos elementales. Para el autor, la creación de consultorios oftalmológicos será sumamente importante donde abunda el tracoma, y de hospitales para tracomatosis, en especial, en Santiago del Estero y Tucumán. En el norte argentino ya se fundó el año pasado, en Santiago del Estero, un Sanatorio Modelo de Oftalmías.

Sudamérica en general.—Para Argañaraz, el tracoma se encuentra igualmente extendido en mayor o menor proporción en casi todos los Estados del Brasil, país éste de los primeros en la América del Sur en combatir y prohibir la entrada de inmigrantes granulosis. En 1906 ya se había creado allí un servicio especial antitracomatosis, que contaba con 38 consultorios secundarios y unos 300 dispensarios antitracomatosis diseminados en todo el país. Uno de los más antiguos focos en el Brasil radica en el valle de Cariry, y el porcentaje de infectados revelado por la inspección escolar alcanza allí a 86.4. En Chile el tracoma parece haber sido desconocido hasta 1881, y entre 17,000 enfermos examinados de 1892 a 1910, sólo se encontró un porcentaje de 1. En 1925, entre 8,000 enfermos de la Clínica Oftalmológica del Salvador, sólo hubo 0.6 por ciento. El tracoma parece existir en Chile con más abundancia en las Provincias septentrionales y en el archipiélago de Chiloé. La enfermedad parece haber sido llevada allí por los árabes ambulantes. En el Perú el tracoma existe en regular proporción, habiendo sido importado igualmente por la inmigración europea, y en particular la amarilla. En el Uruguay llama la atención que el porcentaje de tracoma sea muy superior entre los hijos del país que entre los extranjeros. En el Ecuador el tracoma parece ser muy raro y los enfermos casi siempre de nacionalidad turca y china.

Cuba.—Guiral³ declara que en 30 años de práctica oftalmológica continua no ha podido ver tracoma en cubanos con el complicado cuadro que presenta en Indochina, Oriente, etc., que sólo se cura cuando se acaba la conjuntiva. El cubano, por sus hábitos de higiene, por su educación, por los cuidados que las madres tienen con sus hijos, etc., jamás llega a ese estado, sólo cuando más a la forma florida; atendida ésta en seguida, se cura. La Secretaría de Sanidad cuida, con su servicio de higiene escolar, de combatir todo foco epidémico de conjuntivitis. Por las calles de la Habana circula una enorme cantidad de chinos, rusos, polacos, turcos, etc., que sólo se hacen tratar cuando tienen brotes agudos, y que presentan las formas graves del tracoma oriental. La sanidad nada puede hacer, pues por lo general el aspecto es normal, excepto en los brotes agudos, que representan desde luego una gran fuente de contagio para los niños, y comprobándose así lo poco contagioso del tracoma en el adulto, pues viviendo en familia, ésta no adquiere la enfermedad. Para Guiral, la afirmación de que el tracoma americano es más grave que el europeo procede de que sólo y en Europa a los tracomatosos europeos regresados que ya presentan todas las secuelas graves. La profilaxis del tracoma en la actualidad tiene que ser modificada de acuerdo con las nuevas teorías del tipo pretracomatoso. Lo primero es evitar que los niños predispuestos, es decir los adenolinfáticos, se pongan en condiciones que favorezcan la aparición de la enfermedad, lo cual se consigue por medio de sanatorios al igual que se hace con los pretuberculosos. Al pasar la edad peligrosa, ya están en condiciones de volver a su casa. Si se presentan brotes de conjuntivitis aguda, son tratados con toques de solución de nitrato de plata al 1 por ciento, una sola vez al día. Al cabo de 5 días ya están curados. En Cuba ya poseen un sanatorio inmejorable para eso en el Preventorio Martí. El tracomatoso necesita otra profilaxia completamente distinta. Si es pobre, debe ser internado en un hospital y tratado de la manera más rápida posible. Los niños deben reingresar a la escuela pronto para evitar atrasos en sus estudios, sometiéndose durante algunos meses a la inspección técnica. Es un grave error poner a los sospechosos con los confirmados, pues aumentan así los peligros de contagio. La curación del tracoma en el niño es muy fácil. En los adultos el problema cambia de aspecto, y cabe decir que, de todos los adultos en que se diagnostica tracoma, ninguno lo padece. El adulto que presenta tracoma es porque lo sufre desde niño y no ha sido tratado. En 30 años de oculista, el autor apenas ha visto 2 ó 3 casos de esa categoría en adultos cubanos, y aun éstos durante la época colonial, en que no se daba a dicha enfermedad la importancia que hoy tiene. Una buena medida de profilaxia en Cuba reza con los orientales

³ Guiral, Rodolfo: Rev. Med. Cubana 40: 298 (mzo.) 1929.

que pululan por las calles, y que por sus ocupaciones se ponen en contacto con niños en las casas a donde van a vender. En la profilaxia en los inmigrantes, lo mejor sería imitar la conducta de México, en que todo tracomatoso indudable es devuelto para su tierra. En Cuba existe el tracoma en su forma folicular incipiente: en plena evolución en los niños y rara vez en algunos párvulos. Los adultos que lo presentan es porque lo tienen desde niños y no han sido tratados en debida forma. En una familia todos los miembros padecían de tracoma grave, y sólo asistían a la consulta cuando tenían úlceras que les impedían trabajar. Esa forma grave sólo se ve en los extranjeros, y en los cubanos quizás no represente ni 1.5 por ciento de los casos de la práctica del autor. La higiene es la base del tratamiento: agua y jabón bastan para evitar el contagio. Si en un colegio hay niños tracomatosos, se separarán de los compañeros, pero recibirán la enseñanza del mismo maestro, que no debe temer el contagio. El diagnóstico debe ser hecho con seguridad para evitar confusión con la conjuntivitis tuberculosa. Debe tenerse siempre presente que no toda granulación conjuntival es tracomatosa.

Estados Unidos.—Para Warner⁴ hay buenas razones para creer que el tracoma fué introducido entre los indios de los Estados Unidos por los primeros conquistadores españoles. La Península Ibérica fué infectada por tracoma durante la invasión mahometana en el siglo VII, y los árabes permanecieron allí por siete siglos, manteniendo íntimas relaciones con Africa y Arabia. Es un hecho conocido que el tracoma prevalece hoy día en España y en ciertas partes de México. Entre 5,294 escolares indios de Arizona y de Nuevo México examinados en 1928, la proporción de tracoma llegó a 32.5, en tanto que la proporción en las tribus sólo era de 9.5 por ciento. En las tribus mismas la proporción ha disminuído de 24.4 en 1912 a 8.9 por ciento en 1928, debido a los trabajos del Servicio Médico de los Indios. Para el autor la segregación de los niños tracomatosos en escuelas especiales debería comprender todas las tribus indias, concentrándose el tratamiento en esas escuelas.

Entre los indios de Montana, la frecuencia del tracoma llega a 25 a 50 por ciento, siendo mayor entre las tribus más pobres y primitivas.⁵ Últimamente, ha aumentado el número de niños indios que concurren a las escuelas públicas, y se ha presentado algún tracoma entre los niños blancos de las mismas. En una indagación realizada por Crouch, descubrió tracoma entre los niños blancos de cinco poblaciones de Montana cercanas a las "reservas" de los indios, y no lo encontró en otras seis en que había exposición a la enfermedad en la escuela. Tampoco descubrió tracoma en los niños de las escuelas en que no había indios que padecieran de tracoma abierto. Un 50 por ciento

⁴ Warner, H. J.: Pub. Health Rep. 44: 2913 (nbre. 20) 1929.

⁵ Crouch, J. H.: Pub. Health Rep. 44: 637 (mzo. 22) 1929.

de los niños, tanto blancos como indios, representaban casos múltiples en las familias. El autor deduce que la presencia de indios tracomatosos es un factor de rigor para la aparición del tracoma entre los escolares blancos de Montana. El contacto domiciliario constituye un factor también en la propagación, pero no el contacto escolar.

Disminución en los Estados Unidos.—Hace unos 15 años, una investigación emprendida por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos indicó que había más de 50,000 tracomatosos en el Estado de Kentucky. Hoy día, el jefe de sanidad del Estado, Dr. Arthur T. McCormack, afirma que hay menos de 3,000. Según el Dr. J. A. Stucky, el mejoramiento procede en parte de la educación, y en parte de haber enseñado al público a reconocer los síntomas del tracoma y a conocer el valor del saneamiento y la higiene doméstica. En un condado, casi la mitad de los 11,000 habitantes tenían tracoma, pero la campaña ha sido tan completa, que al poco tiempo no se pudo descubrir ni un solo caso.

México.—A México el tracoma llega con los inmigrantes, sobre todo por los puertos del Pacífico y del Golfo, de origen asiático generalmente, según ha tenido el autor⁶ oportunidad de observar con frecuencia en Tampico. Esos enfermos vienen constantemente a acrecentar el coeficiente tracomatoso, sobre todo en las tierras calientes y huastecas. El problema del diagnóstico resulta más complejo y delicado, toda vez que la enfermedad no se presenta siempre vestida de punta en blanco, sino solapada, subrepticia y artera. El autor muchas veces, al examinar a acompañantes de tracomatosos, que se consideraban sanos y sin molestia ocular ostensible, ha descubierto que los primeros estaban también afectados. Un ligero enrojecimiento conjuntival, un insignificante lagrimeo, un mínimo estrechamiento de la hendidura palpebral, ponen frecuentemente sobre la pista. Por el contrario, algunos enfermos se presentan con ligera ptosis, y no se encuentra más que una conjuntiva más o menos enrojecida y ligeramente infiltrada, pero diseminadas aquí y allá, pueden descubrirse en la conjuntiva pequeñas manchas blanquecinas o amarillentas, que no son sino granulaciones tracomatosas, como puede demostrar la aguja al extraer la característica materia gelatinosa. Las dificultades del diagnóstico han sido comentadas por oftalmólogos que ejercen en las regiones tracomatosas, y Wibaut y Smith, en Amsterdam, afirman que han encontrado en las escuelas casos en los que no han podido formar juicio acerca de la naturaleza de la afección sino por el examen de los hermanos o de los padres, y concediendo mucha importancia a la presencia de los pequeños puntos redondos, blanquecinos o amarillentos, llamados por Snellen labéculas. Ciertos autores consideran la conjuntivitis folicular como

⁶ Alonso, A. F.: An. Soc. Mex. Oft. & Oto-Rino-Lar. 7: 195 (mzo.-abr.) 1929.

mera variedad, y no enfermedad fundamentalmente distinta del tracoma. La contagiosidad del tracoma es indudable, y en las regiones donde reina endémicamente es un problema fundamentalmente familiar, teniendo lugar el contagio en los primeros seis años de la vida. En México los focos tracomatosos no son grandes, aun en las regiones cálidas del litoral y las huastecas. Los individuos que importan el tracoma son seres verdaderamente indeseables, sucios, degenerados, indolentes, fanáticos. En lo tocante a los chinos, basta ver sus cruzamientos con las indias para darse cuenta de la resultante regresión biológica. Siempre largo y penoso el tratamiento, y frecuentemente lleno de decepciones, de ahí resalta la importancia de la profilaxis. Al concluir, Alonso ofrece las siguientes recomendaciones: (1) Buscar principalmente el tracoma y combatirlo en las familias, entre los niños pequeños; (2) Dada la importancia de la integridad conjuntival para la resistencia al contagio en los medios tracomatosos, se deben tratar enérgica y eficazmente todas las conjuntivas secretantes; (3) Basado en México el problema tracomatoso principalmente en la inmigración, debe impedirse la entrada a la República a todo individuo tracomatoso, y ponerse en vigilancia a los sospechosos, sobre todo si proceden de países donde el tracoma sea endémico; (4) Urge que el Departamento de Salubridad Pública establezca para médicos sanitarios encargados de la migración, un curso práctico con enfermos, donde se les enseñen las oftalmías purulentas y el tracoma; (5) Debe expedirse una ley para restringir considerablemente la inmigración de sirios, chinos, armenios y turcos, no sólo por ser individuos étnicamente desastrosos para la raza mexicana, sino portadores también del tracoma.

Experimentación etiológica.—La extensión de los estudios de Noguchi por Tyler⁷ denota que el *Bacterium granulosis* puede ser transplantado a la conjuntiva intacta del mono por el contacto corriente entre los animales inoculados y los otros en las jaulas, y producir así la infección. La prueba de esas infecciones experimentales por contacto representa un gran paso hacia adelante en la pesquisa etiológica del tracoma. (Noguchi y sus colaboradores anunciaron en 1928 la asociación etiológica del *B. granulosis* con el tracoma humano, basando sus deducciones en la frecuente presencia de dicha bacteria en las lesiones tracomatosas, y también en que, al inocular el microbio en los resus y chimpancés por la inyección subconjuntival, produciéndose características lesiones granulomatosas.)

Patología del seno maxilar.—Mangabeira Albernaz⁸ advierte que en tracomatosos antiguos, rebeldes al tratamiento del fondo del saco ocular, se abra el seno maxilar, pues de 21 casos examinados, en todos descubrió lesiones indudables y siempre más intensas en el lado del

⁷ Tyler, J. R.: Science 70: 612 (dobre. 20) 1929.

⁸ Mangabeira Albernaz, P.: Brasil Med. No. 40 (obre. 5) 1929.

ojo más afectado. La abertura y raspado sinusales hacen mejorar las lesiones oculares.

Tratamiento.—McHenry ⁹ resume así los resultados de su estudio: el tracoma es curable en 99 por ciento de los casos, pero cuando se vuelve crónico, rara vez o nunca se cura exclusivamente con medicamentos. Cualquier procedimiento quirúrgico que erradique por completo los folículos tracomatosos y su contenido con una destrucción mínima de la mucosa normal, da resultado. En la inmensa mayoría de los casos avanzados, la carúncula se halla invadida y debe ser comprendida en el procedimiento quirúrgico. La cirugía aislada sólo curará un pequeño porcentaje de casos, a menos que se practiquen exámenes cada año o bienio después, para destruir los nuevos folículos que se presenten.

La alta frecuencia en el tratamiento.—Ragain ¹⁰ comunica buenos resultados con las corrientes de alta frecuencia en el tratamiento del tracoma. Empleó retractores palpebrales de madera. Cree que la fulguración monopolar es el método de elección, por ser casi indoloro, y provocar muy poca reacción local. Los resultados son igualmente buenos con ese método, la diatermocoagulación y las chispas bipolares. A los dos o tres días del tratamiento se aplican pomadas cúpricas para impedir la recurrencia de las granulaciones, y de recurrir éstas, está indicada otra fulguración ligera.

Aceite de chaulmugra.—Reganati ¹¹ trató a 100 tracomatosos con aceite de chaulmugra. En ninguno de los que tenían tracoma segregante se notó ningún beneficio, y la secreción aumentó. En los tracomas secos, los que manifestaron algún beneficio fueron las formas mixtas y las papilares simples, pero la mejoría sólo fué temporal. En los afectos de tracoma francamente granular, no se notó ninguna mejoría al cabo de dos meses de tratamiento. Los que se muestran contentos con el chaulmugra son sujetos en que existe tracoma cicatricial sin secreción, y en que no se modifica clínicamente el estado. El emoliente oleoso disminuye la molesta sequedad, pero se obtendría el mismo resultado con colirios de glicerina o de aceite de olivas. Por lo tanto, no se obtiene ningún beneficio en los casos de pano corneal, y sí hay empeoramiento en los de queratitis. El chaulmugra sí reveló eficacia en las conjuntivitis angulares implantadas sobre el tracoma.

Ecuador.—En el Ecuador, declara Rubio,¹² son muy raros los casos de tracoma, y no existen formas epidémicas. Hasta el regreso del autor de Europa en 1914, no se había hecho en el país el diagnóstico preciso de tracoma, y el primer diagnóstico bien definido fué en 1916. La enfermedad ha sido observada en el Ecuador en extranjeros,

⁹ McHenry, D. D.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1295 (obre. 26) 1929.

¹⁰ Ragain: Paris Med. 1: 406 (ab. 27) 1929.

¹¹ Reganati, F.: An. Oftal. & Clin. Ocu. fasc. 2, 1929.

¹² Rubio A., J. F.: An. Soc. Méd.-Quir. Guayas 20: 203 (sbre.) 1929.

especialmente asiáticos y turcos, pero también en italianos, franceses y naturales del país. Se han observado casos procedentes de Guayaquil, Quito, Riobamba, Cuenca, Esmeraldas y Babahoyo. Los más graves fueron en chinos y turcos. En un nacional el autor sólo ha visto un caso de mucha gravedad, pues en los ecuatorianos la benignidad es la característica, y la dolencia puede pasar fácilmente desapercibida. Rubio recomienda se obligue a todas las personas que llegan del exterior a ser examinadas con respecto a tracoma por un oftalmólogo; que se haga lo mismo con los colonos antes de concederles pasaportes, y que se lleve un registro minucioso de los casos.

El peregrinaje a la Meca.—El 18 de mayo, primer día de peregrinaje a la Meca en el año 1929, se reunieron en los llanos del Arafat unos 120,000 peregrinos. (*Rap. Pel. Cons. San. Mar. & Quar.*, Egypte, 1929). Calculan que por tierra llegaron unos 32,000, y en el puerto de Djeddah desembarcaron 87,750, ó sea unos 13,000 menos que el año anterior. El estado sanitario era excelente a la llegada al puerto, pues no hubo que aislar a ningún peregrino en la Estación Cuarentenaria de Abu Saad. Los procedentes del norte habían sido vacunados contra la viruela e inoculados contra el cólera; los provenientes del sur, habían pasado el control sanitario en la Isla de Camarán, y los llegados del Sudán, habían pasado por la Estación Cuarentenaria de Suakim y habían sido vacunados contra la viruela. Hubo otros grupos, por ejemplo, los árabes de ciertas partes, que no se habían sometido a ningún control sanitario. En el Hedyaz, los casos de disentería y viruela fueron más frecuentes este año que el anterior. En el campamento cuarentenario de Tor, en la Península del Sinaí, desembarcaron en 1929, de vuelta de la Meca, 29,358 peregrinos, o sea el número mayor desde 1908, mas sólo un día pasó el número de peregrinos reunidos allí de 5,000, comparado con un máximum de más de 6,000 en 1928. En la estación cuarentenaria de Camarán, dedicada a los peregrinos venidos del sur, hicieron escala 72 buques con un total de 54,488 peregrinos, o sea 16,429 menos que el año anterior, y apenas la mitad de hace dos años. En algunos de los países orientales, después que los peregrinos son, a su vuelta, dados de alta en Tor, se les somete a medidas suplementarias, por ejemplo, en el Lazareto de Beyrut retuvieron a 6,846 peregrinos a su regreso.

La inmigración amarilla en América.—Al terminar su estudio del posible resultado de la inmigración japonesa, y considerando los caracteres morfológicos, fisiológicos y patológicos del problema, Jiménez López (*Rev. Méd.-Quir. Hosp.*, nbre., 1929) apunta que el japonés no es un organismo especialmente adecuado para poblar y laborar en los climas cálidos. En el Brasil, en las regiones de Bahía e Iguape han fracasado los intentos de colonización japonesa por la gran susceptibilidad de esa raza hacia el paludismo. En sus conclusiones, el autor afirma que el medio americano en sus zonas templadas no se ha mostrado especialmente impropicio al inmigrante asiático en general, pero en cambio, la zona intertropical ha causado en él la más alta letalidad conocida; que hasta donde es posible inferir, la mezcla de la sangre japonesa con los diversos elementos étnicos de Colombia, no daría resultados ventajosos, y en resumen, que no obstante las altas condiciones del pueblo japonés, que son motivo de admiración para el mundo civilizado, no es aconsejable esa inmigración en masa desde el punto de vista étnico.