

sueros muy virulentos. Los sueros virulentos son absolutamente específicos contra el virus de Aujeszky, pero no contra los de la rabia. En cambio los animales inmunes a la hidrofobia no lo son a la pseudohidrofobia. (Gerlach, F., y Scheweinburg, F.: *Wien. klin. Woch.* 551, mayo 1, 1936.)

Aptitud negrígena del virus fijo de Sassari.—Lépine y Sauter hicieron un estudio histopatológico de las lesiones provocadas por el virus rábico de Sassari, el cual viene a ser el virus fijo de París, introducido en Sassari en 1900, y cuya virulencia ha aumentado en 25 pases sucesivos mantenidos después. Ese virus presenta la aptitud de formar cuerpos de Negri de un virus de las calles, y se comporta, aunque haya sufrido más de 1,700 pases, como virus inmutable. Parece, pues, representar un retroceso de la cepa de París, que aislada en 1882 y fijada en 1884, había probablemente ya perdido en 1900 casi toda su facultad negrígena. (Lépine, M. P., y Sauter, V.: *Gaz. Hôp.*, 1161, ago. 19, 1936.)

Valoración de las vacunas.—Fundándose en sus ensayos en los ratones, Webster declara que la prueba diagnóstica, la prueba de neutralización de anticuerpos, y la prueba de resistencia, constituyen métodos disponibles para el estudio cuantitativo de la rabia. Los resultados obtenidos ahora indican teóricamente que los anticuerpos neutralizantes no constituyen siempre un índice directo de la resistencia, y que vacunas que no contienen virus vivo demostrable, pueden producir resistencia. Además, demuestran que el método óptimo para obtener una inmunidad rápida y eficaz a la rabia en el ratón, consiste en la inyección intraperitoneal de cantidades relativamente altas, seis dosis de vacuna, una cada dos días. Esta labor también indica prácticamente que deben emplearse vacunas antirrábicas de índice elevado según la prueba del ratón. (Webster, Leslie T.: *Am. Jour. Pub. Health*, 1,207, dbre. 1936.)

## TRACOMA Y CEGUERA<sup>1</sup>

Argentina.—Haciendo notar que la zona norte es la región más invadida por el tracoma en la República Argentina, y Santiago del Estero la provincia que tiene más escolares afectados, Ponce y Mendez publican la siguiente proporción: Santiago del Estero; escolares, 14%; hospitales, 59%; Tucumán, 7 y 67%; Salta, 4 y 9%, y Jujuy, 2 y 6%, respectivamente. La lucha antitracomatosa en el país fué iniciada por el Departamento Nacional de Higiene en 1923, después de haber comprobado Barbieri y De la Vega el índice alarmante de niños afectados, procediéndose a la creación de dispensarios de oftalmías infecciosas en Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero. En 1928 se incorporó a la lucha el Comité de Santiago del Estero de la Cruz Roja Argentina, y en los curatorios y botiquines establecidos en las escuelas de dicha población, de 1928 a 1932 se examinaron 17,104 niños, resultando tracomatosos casi 14%. El mismo Comité ha creado una escuela de enfermeras especializadas en oftalmías infecciosas, y hecho activa propaganda entre el público, además de proyectar un plan de defensa, y de fundar la Liga contra el Tracoma. Esta tiene a su haber, entre otros factores, la creación de un Dispensario Oftalmológico en 1929, que ha hecho ya disminuir el coeficiente de la enfermedad a 7.1%. En la lucha es de la mayor importancia contar con la colaboración eficaz de los maestros. (Ponce, E. V., y Mendez, E. A.: *Rev. Cruz Roja Arg.*, jul.-sbre. 1936.)

Tucumán.—Al discutir la situación tracomatosa en la provincia de Tucumán, y en particular el tracoma llamado latente o benigno de la infancia, y la profilaxia y tratamiento en la escuela, Demaría hace notar que la zona endémica de la enfermedad, que ya delimitó en 1909 en un viaje de estudio e investigación, com-

<sup>1</sup> La última crónica sobre Tracoma y Ceguera apareció en el BOLETÍN de mayo 1936, p. 478.

prende las provincias de Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy y vecindad, siendo las dos últimas menos atacadas, y notándose ahora en Corrientes, el Chaco, norte de Santa Fé y en las colonias judías de Entre Ríos. Publicó sobre ello un libro-memoria en 1910, que prohiere el Departamento Nacional de Higiene. Posteriormente, durante la presidencia de Aráoz Alfaro, se tomaron medidas profilácticas efectivas en la zona del Norte, nombrándose una comisión para ello, y se creó en el Departamento Nacional la oficina técnica encargada de combatir el tracoma, a cargo de Barbieri. Se hicieron estudios, se fundaron algunos dispensarios, y se hizo examinar en busca de tracoma a los inmigrantes a su llegada. Una campaña que ha obtenido excelentes resultados es la dirigida por el Dr. Antenor Alvarez, en la provincia de Santiago del Estero, desde 1917, y con la cooperación de la Cruz Roja Argentina, la cual creara además la Liga Contra el Tracoma, y obtuviera la colaboración del Consejo Provincial y del Departamento Nacional de Higiene. También se ha obtenido últimamente la cooperación de las autoridades militares, y de 748 soldados de la región tracomatosa, 7 por ciento resultaron tracomatosos. Demaría hace notar que en las zonas endémicas el tracoma es común, pero que abundan otras conjuntivitis agudas o crónicas, que también deben ser evitadas, tratadas y curadas. Sabido es que el tracoma es propio de las regiones pobres, pudiendo observarse que abunda mucho menos en los barrios acomodados. En Tucumán ya han fundado una escuela para tracomatosos, habiéndose observado índices medios muy variables entre los escolares, que varían en distintos sitios de 13.6 a 46 por ciento, e índices generales de 2 a 12 por ciento. Para el autor, es fácil organizar la campaña, comenzando por agregar un médico oculista o más al Consejo Provincial de Higiene, y lo mismo al Consejo General de Educación; hacer censos escolares a cargo de médicos y visitadoras, tratando en las escuelas a los niños positivos, y creando dispensarios donde lo justifique el coeficiente de enfermos. (Demaría, E. B.: *Sem. Méd.*, 1,105, obre. 22, 1936.)

**Santiago del Estero.**—Repasando sus impresiones sobre la situación tracomatosa en la Provincia de Santiago del Estero, Argentina, y las observaciones realizadas en varios hospitales y escuelas, Sená afirma que existe en dicha provincia un gran porcentaje de enfermos (12.11 en dos hospitales, y 3.76 en una escuela), lo que constituye un serio problema sanitario. Se observan todas las formas clínicas del tracoma: las benignas más habitualmente en la infancia, y las graves en los adultos. El autor recomienda la labor realizada en la provincia y cree que puede servir de modelo para otras regiones del país. (Sená, José A.: *Sem. Med.*, 448, agto. 13, 1936.)

Belgeri aboga por que las autoridades sanitarias continúen la lucha antitracomatosa, aprovechando la experiencia, conocimientos y beneficios adquiridos en la campaña actual en Santiago del Estero. En las grandes ciudades y especialmente en Buenos Aires, ya no hay ocasión de ver la variedad de casos que es dable comprobar visitando los dispensarios y escuelas de Santiago del Estero donde el tracoma es endémico y la falta de recursos y de higiene predispone a su desarrollo, persistencia y contagio. Por estas razones todo lo que se haga en pro de mejorar la vida, obras sanitarias, limpieza, supresión de chozas y tugurios, baños, etc., favorece la lucha. En las escuelas de Santiago del Estero ya se ha conseguido disminuir el porcentaje de niños tracomatosos de 17 en 1938 a 8.2 en 1935. Belgeri reitera algunos de los conceptos en que se ha inspirado la lucha: el tracoma se inicia siempre en la primera infancia, es una enfermedad familiar y adquirida por contagio, por lo común de la madre; su desarrollo y porcentaje son mayores cuanto menor la higiene; cualquiera que sea la forma en que se encuentre y las afecciones sobrepuestas cabe apreciar siempre una verdadera gama entre los diversos estados clínicos observados, lo que apoya el criterio de unidad etiológica

de la afección; su benignidad en la niñez; su curabilidad comprobada en muchos casos; y por fin, que en las escuelas radica el medio más eficaz y seguramente más económico para combatirla. Para el autor, si las autoridades sanitarias ponen en práctica los mismos métodos en todos los sitios, que por suerte no son muchos, en la República, en que el mal se ha hecho endémico, en poco tiempo se obtendrán resultados realmente eficaces y a poco costo. (Belgeri, F.: *Sem. Méd.*, 750, sbre. 10, 1936.)

São Paulo.—Fazendo o resumo historico da introdução do trachoma no Brasil, accentúa o autor que, ha mais de um seculo, se constituiu o foco endemico do Norte, sertões do Ceará e Estados limitrophes, e, ha cerca de 50 annos, foi-se radicando o mal no interior do Estado de S. Paulo e do Rio Grande do Sul. Relembra as duas tentativas de campanha prophylactica em S. Paulo, de 1906 e de 1911, dirigidas por Eusebio de Queiroz e ambas fracassadas pela falta de continuidade de acção e cerceamento da autoridade technico-administrativa. Descreve a actual situação das populações ruraes das zonas araraquarense, Noroeste, e Oeste do Estado, onde estatísticas recentes, aliás pouco rigorosas, demonstram a contaminação de 40 por cento dos habitantes. Se é lisonjeiro o estado sanitario das principaes cidades paulistas relativamente ás opthalmias contagiosas, todas as demais regiões ruraes, com excepção da chamada zona Norte, pagam forte tributo ao trachoma. Constitue a pedra angular de qualquer campanha scientifica o hospital, o instituto, o centro regional de onde emanam todas as medidas preventivas, onde se trata e se estuda a doença. Endossando as considerações do Prof. Abreu Fialho em 1918, não mais suggere o autor o Congresso de Trachoma que se iniciou sob os melhores auspicios em outubro 1918, e foi dissolvido pela pandemia grippal. Devem os oculistas e hygienistas crear a Liga Paulista contra o Trachoma. (Burnier, P.: *Folha Med.*, 478, obro. 15, 1936.)

O A. após referir os diversos aspectos do problema em diferentes paizes, focaliza a questão da prophylaxia do trachoma em São Paulo. Mostra a importancia do fóco familiar responsavel, pelo qual a endemia deve ser combatida. Inclina-se para o aproveitamento dos elementos locais para cooperarem nos trabalhos de prevenção. Baseado em estatísticas que demonstram ser o trachoma o causador de 14 por cento dos casos de cegueira em São Paulo, conclue por evidenciar a conveniencia mesmo do ponto de vista economico, de ser combatido o trachoma. (Alvaro, M. E.: *Ann. Paul. Med. & Cir.*, 334, mço. 1936.)

Tomada por base a porcentagem encontrada no Instituto Padre Chico, pode-se calcular que o numero de cegos por trachoma no Estado de São Paulo deve ser de cerca de 750. Esses 750 cegos constituem um onus de mais de 1,200 contos annuaes para a collectividade, levando em consideração o deficit de produção e o custo de manufação. Cumpre acrescentar que a diminuição de capacidade de produção dos doentes de trachoma, embora dos casos menos graves, é consideravel, dada a photophobia, o lacrimejamento e outros phenomenos característicos da doença. Como plano de prophylaxia, Alvaro propõe a organização de quatro Columns de Combate ao Trachoma, compostas cada uma de um ophthalmologista e dois enfermeiros educadores e providas todas de material necessario para exame e tratamento de doentes, bem como de material de propaganda (catazes, folhetos, etc.). Cada uma dessas Columns seria destacada para percorrer os diversos municipios servidos por uma das estradas de ferro devendo ser escolhidos para as primeiras visitas os municipios cujo indice de infecção trachomatosa fosse notoriamente grande. Intensa e continuada propaganda da idéa de combater o trachoma seria feita em todo o Estado, como o fim de provocar um movimento de opinião. Seriam organizados cursos para ministração de noções sobre o tratamento de trachomatosos a medicos e professoras. Seria fundado na Capital um comité metropolitano destinado a promover a fundação de postos de

tratamento em bases semelhantes ás recommendadas para o interior. Seria organizado o Conselho de Orientação technico-científico, composto de professores das Faculdades de Medicina e de ophthalmologistas de reconhecida capacidade e competencia. Esse conselho não seria remunerado. Seriam creados centros ophthalmologicos, a principio um para cada zona, nas localidades designadas pelas Columnas e preferivelmente localizados em cidades onde ainda não houvesse serviço de clinica ophthalmologica. Uma lei nacional vedaria a entrada no territorio nacional a todos os doentes de trachoma (conjunctivite granulosa); e faria obrigatorio e gratuito o tratamento das pessoas atacadas. Obrigaría aos empregadores, qualquer que seja a fórma de locação de serviço, providenciar para que seja feito exame medico especializado dos respectivos empregados, afim de verificar a existencia de doentes de trachoma e promover o respectivo tratamento; exigirá o isolamento dos doentes de trachoma nos logares de trabalho, e dos alumnos atacados em classes especiaes; exigirá a organização pelo Estado de centros de tratamento de doenças oculares e especialmente de trachoma, nos pontos mais indicados do territorio nacional. Para organização dos serviços de combate ao trachoma, deverão concorrer financeiramente a União, os Estados, os Municipios e os particulares, ficando, porém, a administração a cargo da União. (Alvaro, Moacyr E.: *A Folha Med.*, jun. 5, 1936.)

**Queratoconjunctivitis diversiforme epidémica.**—Merrill llama la atención sobre la frecuencia, en todo el Oeste de los Estados Unidos, y en particular los Estados de Idaho, Utah, Nevada y California, de una conjunctivitis folicular epidémica, que parece ser idéntica a la queratoconjunctivitis diversiforme que observara Wright en la India de 1928 a 1934, habiendo observado allí unos 12,000 casos. El autor ha tenido ocasión de ver de uno a ocho casos casi cada día en la ciudad de San Diego, habiendo aumentado algo en los últimos dos años. Los signos son mucho más salientes que los síntomas, pues el mal es casi asintomático y levemente contagioso, afectándose a veces sólo un miembro de la familia. La forma habitual consiste en hileras de folículos moniloideos que se limitan a la conjuntiva del párpado inferior, y más pronunciadas cerca del extremo temporal, aunque algunos de los casos revelan espesamiento conjuntival. El estado dura de 3 a 18 meses, y en algunos casos hasta más. Los estudios bacteriológicos hasta ahora han sido negativos, si bien Wright declara que Herbert en 1901 descubrió un microbio bipolar que consideraba la causa. La enfermedad ha sido inoculada de un hombre a otro. Los ganglios linfáticos preauriculares pueden hallarse infartados. (Merrill, H. G.: *Health Officer*, 337, eno. 1937.)

**Palestina.**—Según el informe del Hospital Oftalmológico en Jerusalén de la Orden Hospitalaria de San Juan, en 1935, el número de enfermos nuevos tratados en ese año llegó a 21,116, y la frecuencia del tracoma a 92 por ciento, o sea el máximo observado en los hospitales. En la mayor parte de las aldeas próximas a Palestina, casi todas las personas de cierta edad padecen de tracoma, pero en las poblaciones mayores la frecuencia es mucho menor. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2080, jun. 13, 1936.)

**Patología ocular en los trópicos.**—En su conferencia en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico, Davis repasó la semiología ocular de algunas dolencias de los países cálidos, mencionando paludismo, tripanosomiasis, fiebre recurrente, fiebre amarilla, papatasí, sodokú, peste bubónica, tularemia, beriberi, pelagra, amibiasis, lepra, filariasis, oncocerciasis, y anquilostomiasis. Al terminar hizo notar que el oftalmólogo debe poseer un conocimiento minucioso de las enfermedades tropicales, así como los que se especializan en éstas, deben estudiar con cierto detenimiento la semiología ocular de las mismas. Con respecto a acción de la luz solar en los países tropicales, después de unos 10 años pasados en los trópicos, el autor no ha observado ningún efecto perjudicial. (Davis, W. T.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 751, jun. 1936.)

**Inclusiones epiteliales.**—Del 15 de marzo de 1935 al 1° de febrero de 1936 se estudiaron en el Hospital de Tracoma, de Rolla, Missouri, 96 tracomatosis en varios períodos para determinar si las inclusiones epiteliales se asociaban con cierto período de la enfermedad. De esos sujetos 51 habían tenido la enfermedad menos de 2, y 45, 2 o más años. La mayoría de los casos eran bilaterales. De los 184 ojos infectados activamente 49 (27 por ciento) revelaron inclusiones, correspondiendo 19 al grupo de menos de 2 años y 8 al otro. El resultado indicó que las inclusiones son mucho más susceptibles de presentarse en los primeros 6 meses de la enfermedad que después, de modo que mientras más a menudo se examine a un enfermo en las primeras 8 semanas del mal, mayor será el porcentaje de inclusiones descubiertas. (Rice, C. E.: *Pub. Health Reports*, 510, ab. 24, 1936.)

**Causas de la ceguera.**—Place hace notar que las enfermedades congénitas y hereditarias ocasionan como la mitad de la ceguera actual, y que muchos de los defectos no pueden curarse o prevenirse con ningún medio disponible hoy día, pero un buen porcentaje puede precaverse del todo o en parte con los conocimientos actuales. Los médicos deberían darse mejor cuenta de la importancia del reconocimiento temprano y tratamiento de la sífilis, y el público debe a su vez aprender lo necesarias que son las serorreacciones al principio del embarazo o antes. (Place, E. Clifford: *Sight-Saving Rev.*, 274, dbre. 1936.)

**Tratamiento con la yonización de zinc.**—Edison declara que con los yones de zinc obtuvo estacionamiento completo en 31 casos de tracoma en todos los períodos clínicos, comprendiendo 70.5 por ciento de todos los que recibieron 4 tratamientos a espacios de una semana. Ninguno de los 31 enfermos necesitó más tratamiento activo, a partir de la décima semana. No se observaron secuelas o complicaciones. Hubo mejoría subjetiva con notable regresión incipiente de los folículos y cicatrización en 9 casos; en 7 no se había observado recrudescencia al cabo de 18 meses. (Edison, S. M.: *Arch. Phy. Therapy, X-Ray, Rad.*, 65, fbro. 1936.)

**Cinamato de bencilo.**—Para Jacobson (de París), el cinamato de bencilo resulta muy útil en el tratamiento del tracoma. Entre 244 casos refractarios así tratados, hubo 53 ligeramente, y 139 marcadamente mejorados. Los cirujanos militares también han observado mejoría en 73 de 113 casos. En una misión en Túnez, el autor observó algunos casos de leucoma blenorragico, en que la opacidad retrocedía apreciablemente gracias al influjo de las inyecciones de cinamato de bencilo. De su estudio del medicamento, Jacobson deduce que es antitóxico, vasodilatador y leucocitogénico. Su empleo provoca vascularización con vasodilatación en la región patológica, y regresión del exudado y de la inflamación crónica, lo cual pueden observar los oftalmólogos con la lámpara de hendidura. La inyección no produce reacción general o local, aunque sí focal, debida a la hiperemia, pero ésta no va acompañada de exudado. (Jacobson, J.: *Arch. Oph.* 400, sbre. 1936.)

## ESTUPEFACIENTES<sup>1</sup>

**Lucha mundial.**—El centro de la Asociación Internacional de Defensa contra los Estupefacientes acaba de publicar un folleto que contiene los siguientes trabajos: La lucha en el primer semestre de 1936; el peligro de los estupefacientes (Hon. Charles H. Tuttle); el problema de los estupefacientes en 1934 (Leonard A. Lyall); Por qué los Estados Unidos no han firmado la convención para la represión del tráfico ilícito.

**Producción y consumo.**—Lyll hace notar que el objeto principal de la Convención de Limitación de los Estupefacientes es reducir el montante de la producción a la cantidad necesaria para satisfacer las necesidades legítimas. En 1931, la

<sup>1</sup> La última crónica sobre Estupefacientes apareció en el *BOLETÍN* de enero 1936, p. 61.