

Por regla general, la enfermedad parece presentarse en forma muy esporádica. La mayoría de los casos son leves y diagnosticados como ictericia catarral, necesitando rara vez hospitalización, y frecuentemente pasándose las sin asistencia médica. Sólo en los más graves, en que la ictericia persiste mucho tiempo, o en que el vómito reviste naturaleza alarmante, es que se consulta a los médicos.

En los casos graves, algunos de los síntomas tienen mucho parecido a los de la fiebre amarilla, y el diagnóstico diferencial puede entrañar mucha dificultad. Sin embargo, un análisis de las historias clínicas indica que en la mayor parte de los casos graves y letales, la orina suele contener una gran cantidad de bilis y muy poca albúmina, mientras que en la fiebre amarilla sucede lo contrario. En los casos letales, parece que es característica una temperatura elevada al final, lo cual muy rara vez acontece en la fiebre amarilla.

En uno de los casos estudiados por el Dr. Ramsey en 1931, hubo una recaída después de repuesto el enfermo casi completamente del primer ataque de fiebre e ictericia. La recidiva fué más grave. En el hígado de la niña que murió, el Dr. Klotz encontró alguna fibrosis antigua junto a las vainas portas, que consideró indicación de un ataque anterior de hepatitis. Esas observaciones denotan que la misma persona puede experimentar más de un ataque, y que la inmunidad, si va seguida de otro ataque, debe durar relativamente poco tiempo.

A juzgar por nuestros estudios, así como por los del Dr. Ramsey, la enfermedad de Weil, de existir, debe ser muy rara en la costa del Atlántico de Colombia. Un gran número de sueros obtenidos de la población normal, así como de los repuestos de ataques de fiebre e ictericia, fueron comprobados en cuanto a facultades protectoras contra el *L. icterohaemorrhagiae*, con resultados constantemente negativos.

El resultado de una pesquisa en busca de portadores de leptospiras entre las ratas silvestres de la región de Santa Marta, también fué negativo.

MORTALIDAD DEBIDA A LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE PANAMÁ

Por el Sr. D. AMADEO VICENTE-MASTELLARI

Director de la Sección de Tuberculosis del Departamento Nacional de Higiene de la República de Panamá

Habiéndose puesto en mis manos la Sección Nacional de Tuberculosis, quise, como es natural, estudiar hasta donde fuera posible hacerlo por medio de estadísticas, el problema de la tuberculosis en la República de Panamá. Desgraciadamente no hay estadísticas de esta índole en el interior de la República; sólo estuvieron a mi alcance los datos compilados en los informes anuales del Departamento de Sanidad de la Zona del Canal, en los cuales me he basado para la elaboración de los cuadros que tengo el honor de presentar. De

acuerdo con la fórmula de Framingham, que es el resultado de trabajos delicados y estudios intensos, hay o existe un caso de tuberculosis activa por cada 100 personas, y una muerte anual de tuberculosis por cada 10 casos. Ahora bien, la población de la ciudad de Panamá, según el censo de 1930, puede estimarse alrededor de 80,000 habitantes, lo que, de acuerdo con la fórmula ya expuesta, indicaría un número total de 800 enfermos y 80 muertes anuales debidas a la misma enfermedad; desgraciadamente, el número de muertes causadas por la tuberculosis en el período de 1920 a 1930 ha fluctuado entre 375 y 280 anualmente, con un promedio de 338 muertes. De acuerdo con la misma fórmula, el número de enfermos asciende actualmente alrededor de 3,380, es decir, cuatro veces más de la cifra que, teóricamente, debiéramos esperar. Nos ha sido imposible obtener el número exacto de enfermos, pues la notificación de los casos es en extremo deficiente.

No es exacto, sin embargo, pensar que el problema sea local. En efecto, por el cuadro I (basado en datos compilados del BOLETÍN de la Oficina Sanitaria Panamericana, marzo de 1932), se verá que dicho problema concierne a todas las Repúblicas americanas. Sólo he considerado capitales del continente, y la ciudad de Colón y la Zona del Canal, por ser estas últimas de interés local. No es el caso de exponer las razones según las cuales una u otra capital tiene tal o cual coeficiente de mortalidad, ya que tales razones son de carácter puramente especulativo. Como dije anteriormente, el problema de la tuberculosis envuelve a todos los países hermanos de este continente.

CUADRO I.—*Coefficiente de mortalidad debida a la tuberculosis por cada 100,000 habitantes*¹

	1930
Panamá.....	280
Colón.....	237
Zona del Canal.....	50. 7
Buenos Aires.....	176
La Paz.....	89
Río de Janeiro.....	272
Bogotá.....	126
Quito.....	165
San Salvador.....	300
Port-au-Prince.....	250
Kingston.....	242. 5
Lima.....	539
Habana.....	200
	1926
Wáshington.....	113. 3
	1929
Asunción.....	230

¹ Datos compilados por el BOLETÍN de la Oficina Sanitaria Panamericana, mzo., 1932, y *Report of the Health Department, The Panama Canal*, 1930. (Para datos subsecuentes véase el BOLETÍN de mayo, 1933, p. 534.—RED.)

Si examinamos las principales causas de muerte en la ciudad de Panamá, notamos que la tuberculosis se encuentra a la cabeza de la lista; en el cuadro II vemos que mientras en 1927 el número de muertes debidas a la tuberculosis era de 144 por cada mil muertes, en 1930 el coeficiente ha aumentado a 162 y esto es de gran significación, ya que la mortalidad total por mil habitantes en ese período, ha cambiado muy poco, mientras que las muertes debidas a la tuberculosis han aumentado. Considerada la mortalidad por 100,000 habitantes, vemos que las relaciones no cambian, si bien es interesante notar las variaciones en las otras enfermedades con tendencia a aumentar o disminuir.

CUADRO II.—*Coeficientes de las principales causas de muerte en la ciudad de Panamá*

	Por 1,000 muertes de todas causas		Por 100,000 habitantes	
	1927	1930	1927	1930
Tuberculosis.....	144	162	257	287
Neumonía.....	150	150	267	266
Cardiopatías.....	89	101	160	180
Diarrea y enteritis.....	97.7	100	174	178
Nefritis.....	84	48	150	84
Cáncer.....	45	47	80	82

Aun cuando la tuberculosis es una enfermedad que ataca generalmente al sistema respiratorio, también mina los otros sistemas y órganos del cuerpo humano. El cuadro III demuestra claramente que, de 1,000 muertes de tuberculosis, 889 corresponden al aparato respiratorio; la mortalidad debida a las otras formas puede verse que es mucho menor.

CUADRO III.—*Coeficientes de las varias formas de tuberculosis para el decenio 1921-1930, por 1,000 muertes de tuberculosis*

Aparato respiratorio.....	889
Meninges y sistema nervioso central.....	39.6
Intestinos y peritoneo.....	12.5
Sistema linfático.....	2.9
Diseminada aguda.....	16.8
Diseminada crónica.....	5.2
Miliar galopante (granulía).....	7.2
Columna vertebral.....	3.8
Huesos.....	1.9
Laringe.....	1.9
Aparato génito-urinario.....	1.4
Otros órganos.....	2.4

Existe una teoría que divide las razas en tuberculizadas y no tuberculizadas. Las primeras son aquéllas que, desde los primeros días, han vivido en grandes conglomerados y entre las cuales la tuberculosis

siempre ha existido (las que hoy consideramos como razas tuberculizadas), y las segundas son aquéllas más primitivas en sus costumbres que no han estado en contacto directo y continuo con la tuberculosis. Entre estas últimas la tuberculosis es una enfermedad relativamente nueva, y por no haber tenido oportunidad de desarrollar resistencia contra esa plaga son víctimas fáciles de ella. Aceptando, a guisa de discusión, la tesis de que la población de la ciudad de Panamá está formada únicamente por personas pertenecientes a razas no tuberculizadas (lo que no es cierto, tratándose de una población mixta), y si comparamos la mortalidad causada por la tuberculosis en la ciudad de Panamá con la debida a la misma causa en un grupo de tres ciudades americanas formadas por razas no tuberculizadas, notamos que, aún aceptando esta tesis, la mortalidad en la ciudad de Panamá se halla por encima de la de esas ciudades americanas; pero si consideramos estas mismas ciudades como formadas por una población mixta, que es lo cierto, entonces la mortalidad en ellas es aproximadamente la mitad de la observada en esta capital.

CUADRO IV.—*Mortalidad por edades por 1,000 muertes de tuberculosis para la Zona del Canal y las ciudades de Panamá y Colón durante el decenio 1921-1930*

Edad:	Pulmonar	Total
Menos de un año.....	10. 2	24. 3
1-4.....	25. 6	57. 8
5-10.....	10. 1	24. 1
11-20.....	102. 8	110. 4
21-30.....	241. 1	254. 6
31-40.....	244. 1	257. 9
41-50.....	142. 8	149. 1
51-60.....	67. 6	71. 6
61-75.....	34. 8	37. 1
75-100.....	7. 8	8. 5

Si se anota ahora la relación de las muertes por la tuberculosis con la edad de las víctimas, la situación resulta doblemente dolorosa, pues no sólo el número de muertes es alarmante, sino que el mayor número ocurre en personas que están en la flor de la vida, en la edad más productiva del individuo. De 1,000 defunciones 544 ocurren entre los 20 a los 40 años de edad, de manera que esas personas que debieran constituir el sostén de una familia, son precisamente las que se convierten en carga para los suyos y para la sociedad. Se nota también en este cuadro que las formas no pulmonares son predominantes en los niños. Sólo el 43.6 por ciento de las ocurridas en los niños hasta la edad de 10 años son debidas a la tuberculosis pulmoner. Por cada 1,000 muertes de tuberculosis 523 se presentan en los hombres y 472 en las mujeres.

Por un mapa tuberculoso de la ciudad de Panamá, en el cual un punto negro indica cada muerte por tuberculosis ocurrida en 1932 y el

lugar aproximado donde dichas personas vivían en la ciudad, salta a la vista que, en ciertas localidades que corresponden precisamente a los barrios más pobres de la ciudad, se encuentra el mayor número de defunciones por tuberculosis. Esto demuestra, una vez más, que la tuberculosis es una enfermedad del pobre y que es necesario combatirla allí, donde el pobre habita.

Conclusiones

1. La tuberculosis está diezmando la población de la ciudad de Panamá a una razón varias veces mayor de la que podríamos esperar de acuerdo con los estudios y fórmulas aceptados en este campo.

2. El problema es común a la mayor parte de las repúblicas del continente americano.

3 (a) En la ciudad de Panamá el problema de la tuberculosis en los adultos se reduce casi por entero al de la tuberculosis pulmonar; de 10 casos de tuberculosis, 9 son de tipo pulmonar; (b) 43.3 por ciento de las muertes de tuberculosis ocurridas en los niños menores de 10 años son de forma pulmonar; (c) de cada 1,000 muertes de tuberculosis, 523 ocurren en hombres y 472 en mujeres.

4. La mortalidad por la tuberculosis en la ciudad de Panamá, considerada epidemiológicamente como constituida por una población mixta, está muy por encima de otras ciudades de la misma índole.

5. La tuberculosis ocupó el primer lugar entre las causas de muerte en la ciudad de Panamá durante el año de 1930; 16.2 por ciento de todas las muertes.

6. El número mayor de muertes ocurre en los años más productivos de la vida del individuo; 544 muertes en mil ocurren entre los 20 y 40 años de edad. (30 por ciento de todas las muertes en estas edades.)

7. Un mapa de la ciudad en el cual están indicadas las muertes por la tuberculosis en 1932, demuestra claramente la relación directa entre el número de muertes y los barrios pobres.

EL MODERNO TRATAMIENTO DE LA LEPRA*

Por el Dr. R. G. COCHRANE

Lo primero que hay que decidir cuando confrontados con el tratamiento de una enfermedad tal como la lepra, es si el caso se beneficiará, pues los desenvolvimientos modernos ya nos han indicado que el mal tiende a curarse por sí propio. En los años iniciales de los tratamientos más recientes, recalcábase que muchos casos avanzados ya habían cesado de ser peligrosos para el público, pues el mal se había estacionado naturalmente, dejando signos (comparables a las marcas de la viruela) indicativos de que el enfermo había tenido lepra, cuyos estigmas eran lo único que denotaba su paso.

Me he visto obligado a comprender, en particular a consecuencia de los trabajos en África, que, lo mismo que sucede en la tuberculosis, así en la lepra, la enfermedad puede estacionarse en cualquier punto. Vemos muchos adultos sanos con una o dos manchas indicativas, pero

* Trabajo leído ante la Asamblea del Centenario de la Asociación Médica Británica, Londres, julio de 1932; tomado de *Leprosy Review*, 69, ab., 1933.