

PROGRAMA DE CONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES EN MÉXICO

Trabajo presentado por el Departamento de Estudios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Al finalizar el año de 1940, no se presentaban en el país síntomas de que mejoraran substancialmente los servicios de atención médica en hospitales y clínicas populares. Seguían funcionando los hospitales más o menos viejos con sus clásicos y retrasados procedimientos de organización, funcionamiento y administración.

Sin embargo, ya aparecían como gérmenes de nuevas ideas, diversas construcciones, reformadoras desde este punto de vista. El Hospital del Niño, el Instituto Nacional de Cardiología, eran edificios cuya construcción paulatina estaba ofreciendo aplicación de soluciones cuya investigación se iniciaba, la estructura interior de estas construcciones venía siendo planeada y modificada a medida que se estudiaban los problemas de funcionamiento de cada una de sus partes. Estos edificios concebidos para alojar instituciones de gran utilidad asistencial y científica para el país, venían sufriendo transformaciones para poder alojar los órganos que como parte de su conjunto se iban precisando en su manejo y funcionamiento.

Estas instituciones ya venían conformándose a las nuevas corrientes de la técnica hospitalaria de organización y administración.

Fuera de la ciudad de México, en el resto del país, el hospital de la ciudad de Monterrey, N. L., se estaba construyendo por contratistas mexicanos, asesorados por técnicos extranjeros en organización y administración hospitalarias; el Hospital de Manzanillo, Col., era construído sobre un hermoso lugar de gran efecto panorámico, pero con defectos importantes, consecuencia de un programa incompleto e imperfectamente estudiado; en el puerto de Tampico, Estado de Tamaulipas, se terminaba la construcción de un hospital, verdadero modelo de incapacidad funcional. Y éstos eran más o menos los únicos edificios que el Estado procuraba para satisfacer las necesidades médicas hospitalarias para la población civil.

El Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Gustavo Baz, decidió actuar con urgencia e iniciar un plan que viniese a señalar en forma clara y precisa una solución. Para ello se debería atraer, en primer lugar, la atención de los médicos, interesarlos francamente en una ciencia que les atañía en forma directa, hacer que advirtieran todo lo que es un hospital, hacerles fijarse en todo lo que dentro del hospital debe ponerse en juego para atender, curar, salvar a un enfermo, para observarlo, vigilarlo, para darle alimento y para vestirlo, analizando todos los elementos de esa complicadísima organización que es el Hospital. Interesar, en una palabra, a los médicos, en el funcionamiento, en la organización de su hospital para así hacerles capaces de entender lo que es el complejo "institución hospital."

Y un número importante de médicos advirtieron esto y respondieron, y fueron elementos dispuestos a colaborar, de los que se pudo valer para actuar. Interesados los médicos, se abordaron los problemas fundamentales, y se inició su estudio, meditándose en la manera de cómo podrían resolverse.

Entonces aparece otro profesional, el arquitecto, el cual es llamado para trabajar en este gran problema interviniendo con toda su capacidad técnica y acervo cultural. En este momento el arquitecto plantea sus cuestiones, inquiera respuestas exactas, exige explicaciones y contestaciones categóricas y precisas.

Ambos profesionales, médico y arquitecto, forman desde este momento una unidad indivisible, entrañable, y valga la expresión, aparece una personalidad nueva que puede ser capaz de mucho.

Con estas bases generales se considera conveniente la creación de un organismo que en la Secretaría de Salubridad y Asistencia tenga por objeto llevar a cabo estudios para encauzar las actividades dentro de los principios de la técnica hospitalaria moderna, investigando, analizando y sintetizando los conocimientos relativos a la organización, funcionamiento y construcción de hospitales y unidades de asistencia.

Para que la Secretaría de Salubridad y Asistencia pudiera adoptar el vasto programa de acción que tendía a reformar las costumbres anticuadas, tuvo que valerse de profesionales médicos, arquitectos, administradores, técnicos diversos, que teniendo preparación previa en nuestro país, hubiesen tenido la oportunidad de ampliar sus conocimientos y experiencias en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos de Norteamérica, donde la organización de hospitales y su manejo forman una técnica profesional suficientemente sólida y experimentada en multitud de establecimientos, verdaderas escuelas de preparación que cuentan con asociaciones de profesionales especializados en estas materias.

Con este grupo de personas preparadas, que de antemano conocieron las necesidades peculiares del país y las distintas condiciones que cada región presenta, impuestas por su economía, su clima y el grado de cultura de su población, se han venido estableciendo procedimientos científicos y eliminando muchos empirismos. Estos profesionales son los asesores de toda obra de construcción o reforma de hospitales y unidades de asistencia que la Secretaría ha emprendido.

Cada unidad ha sido estudiada con criterio ecléctico y de síntesis, observando y analizando las características aprovechables de las ricas y valiosas técnicas norteamericana y europea, pero a la vez, procurando resolver los problemas con un criterio particular de peculiaridades diferentes, adaptándolo a nuestras posibilidades económicas, a las condiciones culturales y étnicas del país, a las características climatológicas y físicas en general del suelo mexicano, y en fin, aprovechando al máximo posible, las ventajas que ofrecen algunos elementos físicos y naturales, o protegiéndose de aquellos que podrían resultar adversos al fin concreto de cada hospital. El sol, la lluvia, el viento, han sido estudiados en las diferentes regiones del país, con la mira de levantar hospitales a base de edificios más sencillos y económicos. Asimismo, las funciones, los sistemas, las técnicas de manejo dentro del hospital, se han simplificado para lograr la mayor economía posible, pero ante todo, siempre se ha tenido presente el mejor y más adecuado servicio para el enfermo.

Se ha tratado de reorganizar el funcionamiento de los hospitales actuales y de planear el de los que están en proyecto o en construcción, se trata también de

instruir al personal, se intentan establecer las técnicas hospitalarias adecuadas, pero también se desea regular su correcta aplicación, observando las deficiencias y experimentando todas las correcciones para dar a nuestro pueblo mejores servicios médicos con mayor rendimiento, con más economía, dentro de un ambiente cómodo y hasta alegre.

Estaba, pues, realizada la primera fase o etapa que la Secretaría de Salubridad y Asistencia tuvo que resolver. Se había creado un organismo que con normas diferentes a las burocráticas habituales, llegara a tener un rendimiento considerable, y fuera capaz de formar los estudios que en detalle deberían continuar a la enunciación del plan general planteado por el Titular de la Secretaría. Un organismo cuyos componentes, preparados de antemano, estaban decididos a investigar, a estudiar profundamente y a trabajar con una dedicación de tal manera absoluta, que solamente podría quedar garantizada por el entusiasmo que cada uno de los elementos tuviera en el asunto.

Los estudios se han hecho a veces individualmente, otras en unidades mixtas médico-arquitecto, en grupos pequeños o grandes, en Seminario. Se hizo contrato con cada uno de los arquitectos y médicos asesores para que prestaran sus servicios procurando un rendimiento profesional máximo y solamente así se explica que en el curso de menos de tres años, se hayan realizado estudios tan fecundos e importantes. Los arquitectos que han colaborado son completamente diferentes de los contratistas que realizan la ejecución material de las obras y éstos se encuentran siempre supeditados a la dirección y supervisión técnica que los arquitectos realizan, contando con el asesoramiento en aquellas cosas que son de la competencia del médico asesor.

En la actualidad la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tiene por completo organizado el sistema dedicado a la realización de obras hospitalarias en el país, sistema que arrancando de la enunciación de las ideas generales sigue con el estudio analítico de todos los factores que deben tomarse en cuenta, bastante antes de comenzar la obra material. La médula del sistema empleado por la Secretaría, reside en este principio fundamental de trabajo: "Para construir un nuevo hospital o para reformar uno viejo, se proyecta previamente el edificio, la institución que va a funcionar dentro de él"; es decir, primeramente se proyecta la organización más adecuada a nuestro medio cultural, y a nuestras posibilidades económicas, sin sacrificio de la eficiencia.

Cada programa funcional de hospital o unidad de asistencia, es estudiado en primer término y formulado por un médico o grupo de médicos o técnicos especiales en su caso; después éstos se ponen en contacto con uno o varios arquitectos, quienes se encargan de formular el Programa Arquitectónico el cual es seguido de la formación del Anteproyecto y del Proyecto desarrollado que servirá para la ejecución de las obras, pero, es necesario insistir, conservándose siempre la unidad médico-arquitecto.

Para formar el Programa Funcional y Arquitectónico debe conocerse el conjunto de las necesidades y exigencias que el edificio deberá satisfacer, y para saberlo se precisan los siguientes datos: climatológicos: temperaturas, vientos,

lluvias; la situación y ubicación del hospital en la zona; el radio geográfico de servicio o zona de influencia que se determina precisando las vías de comunicación, existencia de otros centros hospitalarios; la capacidad que se calcula tomando en cuenta: densidad de población, morbilidad, mortalidad, recursos económicos para construcción y sostenimiento; la clase de servicios médicos que se darán: profilácticos, diagnóstico, tratamientos, investigación, enseñanza; los sistemas de servicios generales: de alimentación, de manejo de ropa; las posibilidades constructivas de acuerdo con: la naturaleza del terreno, los materiales disponibles, los sistemas constructivos.

Con el conjunto de estos datos se pasa a la formación del Anteproyecto. Posteriormente, se procede a la elaboración de los proyectos de conjunto, los cuales constan de los planos de las plantas y secciones del edificio y son discutidos y analizados antes de procederse a la elaboración del proyecto definitivo, éste contiene todos los detalles constructivos necesarios para llevar a cabo la ejecución de la obra, así como de los cálculos, presupuestos y especificaciones necesarios para la contratación de las distintas partidas de la construcción. Pero para ver realizados estos trabajos, transcurrió una etapa sumamente laboriosa y lenta, correspondió a la fase de gabinete en la cual se investigó y se analizó gran parte de los problemas; largos meses tuvieron que gastarse en esta labor, y como consecuencia feliz del esfuerzo realizado en esta época, se formularon los programas de buen número de los hospitales actualmente en construcción, se precisaron las soluciones a muchos asuntos que por primera vez eran abordados en nuestro medio. Puede considerarse a ésta como la etapa privada, silenciosa, puesto que no se apreciaban los resultados más que por el grupo de gentes que al lado de las autoridades de la Secretaría estaban conformando los principios y bases fundamentales del programa de construcción de hospitales de la República. En esta fase, fué necesario vencer la impaciencia de aquellos que estaban interesados en la construcción rápida de determinados hospitales, por el deseo muy explicable de ver realizada una obra en un tiempo perentorio.

Afortunadamente, sabiendo la Secretaría de su gran responsabilidad ante el país, mantuvo en forma decidida su criterio, de no proceder sino hasta completar los estudios necesarios y evitar en lo absoluto la iniciación de una obra antes de tener perfectamente determinados todos los puntos, y no tolerar, o mejor dicho, eliminar por completo la improvisación que siempre da como consecuencia soluciones defectuosas, invariablemente antieconómicas. Se estableció siempre la necesidad de un lapso, muchas veces prolongado entre la fecha en que se planteaba la idea de construir un hospital, y la fecha en que materialmente se iniciarían las obras.

En primer término, siempre se determinó el funcionamiento general y parcial del hospital y de cada una de las partes que lo forman, se previó cómo va a ser el ingreso de los enfermos, dónde serán atendidos, por qué lugares o secciones tienen que pasar, cómo son conducidos a las Unidades de Hospitalización, quién y cómo los reciben y cómo son encamados y quién y cómo los van a atender desde luego y posteriormente. También se precisa y define desde el principio, cómo van a ser

preparados los alimentos, cómo van a ser almacenados y refrigerados, cómo van a ser distribuidos, y de qué manera van a ser conducidos a las Unidades de Hospitalización, y en qué lugar de éstas van a ser manejados y servidos; en dónde y cómo van a comer los miembros del hospital, y quiénes, etc., etc. Y así todos y cada uno de los aspectos del funcionamiento del hospital han sido previstos, los laboratorios, los servicios quirúrgicos y de esterilización, la farmacia, la consulta externa, los archivos clínicos, la lavandería, las habitaciones del personal residente, etc.

Parecería prolijo y en ocasiones hasta absurdo discutir sobre un tema aparentemente tan elemental y simple como el de si todos los enfermos deben hacer su comida en la cama, o si algunos de ellos serán atendidos en un comedor para enfermos ambulantes; parecería también ridículo discutir respecto a si los enfermos deben ir a los laboratorios a que se les tomen los productos orgánicos, orina, sangre, etc., que se requieren para su estudio, o si por lo contrario los enfermos nunca deben llegar a este lugar, y enviarse desde la Unidad de Hospitalización o desde la Consulta Externa, los productos de referencia. También parecería exceso de detalle discutir respecto del sitio en donde deben colocarse las aulas para la enseñanza dentro del hospital, o de cómo distribuir los asientos de los estudiantes, y por donde deben éstos entrar a dichos locales. Pues bien, todo esto ha sido motivo de prolongadas discusiones y meticulosos estudios, que nos han llevado a conclusiones convenientes para el funcionamiento de los hospitales, conclusiones que han tomado forma al expresarse en los planos de los hospitales en proyecto y en los locales interiores y exteriores de los hospitales en plena construcción.

Se ha tenido en cuenta siempre el definir, en primer término, qué tipo de hospital conviene a una zona determinada, así como su carácter general según las peculiaridades de la ciudad o población en que se construirá. Y esto íntimamente relacionado con la planificación general y local para el servicio hospitalario adecuado en la República.

Es así como al abordarse el estudio del Programa y Anteproyecto del Hospital para la ciudad de Guadalajara, se ha hecho una planificación del Estado, como parte del país, con objeto de precisar desde ahora, en qué forma se resolverán y proveerán los servicios hospitalarios en el futuro; se ha determinado que en el Estado de Jalisco, deberán existir cuatro hospitales regionales que se construirán en alguna época futura, ubicados en los centros de población que comprenden otros tantos radios geográficos de servicio. En esta forma el Hospital de Guadalajara, será un hospital central médico-quirúrgico, con determinado radio geográfico de servicio, pero en su carácter de hospital central, tendrá influencia en importante zona del país, sobre él gravitará toda aquella gente que por razones particulares es enviada de los hospitales regionales.

Otro caso de planificación que a propósito de un problema concreto está resolviéndose, es el de la comarca lagunera. Se está estudiando cómo resolver de la manera más integral, los problemas de asistencia médica y hospitalaria teniendo en cuenta los sectores de población campesina, ejidal y otros que existen en la región, sin atender a separaciones y diferencias de clases paradójicas en estos sectores.

Sabemos que por grandes que sean los hospitales que construyamos, aun cuando tengan una capacidad ideal fundada en las estadísticas, esto sólo representa la resolución de problemas actuales y de un buen número de años venideros, pues en el futuro, habrá que construir nuevos establecimientos. Pero ha sucedido una cosa conveniente y es que en los hospitales que se han proyectado o se están construyendo fuera de la ciudad de México, no ha sido necesario sobrepasar la capacidad de 550 camas, lo cual representa lo adecuado para fuera de la ciudad de México. Creemos que los establecimientos de mayor capacidad, cuando funcionen en la provincia, resultarán problemas tan complicados en la práctica y supuestas nuestras características de personal, por mucho que logremos prepararlo, que harán sumamente difícil su manejo, organización y administración.

En muchos casos hemos determinado la capacidad en cantidades mucho menores por tratarse de hospitales que corresponden a regiones de menor densidad de población, y entonces, se han proyectado estas instituciones con una capacidad que llamamos inicial, en la que queden satisfechas la mayor parte de las necesidades asistenciales actuales, pero se ha previsto una ampliación que en ocasiones llegará al doble de la capacidad inicial, una vez que se cuente con los fondos suficientes. Los Programas y los Proyectos, hacen posible que los establecimientos, aun trabajando en su capacidad inicial, estén dotados de aquellos servicios generales, o por lo menos de espacio para ellos en los locales correspondientes a fin de que puedan recibir en una futura ampliación los equipos que se necesitarán cuando el Hospital esté a su capacidad definitiva.

Como decíamos antes, la capacidad de los hospitales ha sido estudiada desde un punto de vista ideal, dotándoseles de un número de camas suficiente para atender las necesidades de la población, considerada ésta como un conjunto, calculándose en términos de millares de habitantes sin hacer distinción, en lo absoluto, de las diversas clases sociales que la constituyen. Una de las ambiciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es presentar hospitales cuyas condiciones, mobiliario, organización, trato y atención, se hagan merecedores de la confianza de cualquier persona, sea cual fuese su condición social y económica.

Es tan grande la necesidad de hospitales en el país, que sin duda pasarán varios lustros antes de que pueda estar satisfecha por completo. El grueso de la población constituida por gentes de extracción proletaria, de posibilidades económicas muy bajas, y por los grandes grupos de población no proletaria ni campesina, así como por los grupos de población miserable e indigente, será atendido por los hospitales que se proyectan, pero en ellos, también está incluida la atención de enfermos de otra condición económica, cosa que sucederá con frecuencia en muchos lugares de la provincia, en donde existen escasos o ningunos servicios hospitalarios privados. Pero dentro del régimen del hospital se uniformarán las gentes hasta donde sea posible, tratando de eliminarse la separación de personas por diferencias económico-sociales, y conservándose solamente una discriminación según el estado físico que amerite aislamiento o separación por condiciones intrínsecas del enfermo, o por representar penas o molestias para los enfermos que lo rodean.

Los hospitales que podríamos llamar privados, son completamente insuficientes en el país, y a medida que por educación y por otros factores, entre los que puede destacarse el avance de la medicina, se va efectuando la ampliación de los hospitales y sanatorios particulares, a ellos seguirán canalizándose los elementos de la población que se pueden clasificar entre los grupos acomodados y ricos.

Cuando en años venideros las organizaciones hospitalarias privadas y de instituciones como el Seguro Social vayan creciendo y desarrollándose, sólo entonces nuestros cálculos de capacidad podrán ser vistos desde otro punto de vista, pero ya entonces los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia representarán un estandard o nivel de bondad equiparable a cualquiera de los hospitales que levanten instituciones u organismos.

Además, las cifras estadísticas que hemos tomado, a pesar de que representan un número de pobladores prácticamente acreedores a atención hospitalaria en vista de las enfermedades endémicas, también es cierto que muchas de estas gentes se encuentran en un estado cultural retrasado, que no solamente les hace preferir en ocasiones el auxilio de personas como curanderos, adivinadores, etc., sino hasta ignoran la existencia de estos servicios hospitalarios. Por otra parte recordemos la escasez de vías de comunicación y las dificultades de acceso a los lugares en donde se construirán nuestros hospitales, a pesar de haberse pensado ya en los hospitales rurales.

Todo esto hace concluir que los hospitales de la Secretaría están calculados para una capacidad útil para ahora, para mañana y para cualquier época; los factores de necesidad que a medida del progreso material y cultural del país vayan resultando, se satisfarán por nuevos hospitales que el Estado construya en regiones donde no existan, por establecimientos creados por el Seguro Social, y por nuevos hospitales que nazcan para el servicio de las clases acomodada y rica.

Un concepto fundamental sentado al estudiar los programas de nuestros hospitales generales, regionales y centrales, y esto es válido para algunos otros hospitales especializados, es el de que deben estar colocados dentro de los distritos urbanos con el propósito de hacerlos fácilmente accesibles, pero teniendo en cuenta una zona de protección, entendiéndose por tal a aquella que protege al hospital del medio ambiente, de los ruidos, de los olores, de la vista, todos factores que se trata de evitar hasta donde es posible en los hospitales que se han proyectado o se están construyendo.

Otro principio fundamental, para la Secretaría, es el dotar a sus hospitales con aquel número de servicios, equipos, laboratorios, que aparte de constituir no solamente un mínimo indispensable para el hospital en sí y para su Consulta Externa, representarán verdaderos adelantos, novedades y mejoramiento de los medios con que en cada lugar se cuenta para atender eficazmente a los enfermos y para hacer una medicina progresista al lograrse que los médicos de la población o región, acudan al hospital en donde habrá para todos ellos posibilidades de enseñanza y capacitación. Con este punto de vista cada vez que se ha hecho el programa de un hospital aún dentro de un mínimo indispensable, se ha dotado de aquellos servicios

y especialidades que si bien en un momento dado no podrían ser servidos y atendidos por los profesionales que existan en la población donde se va a construir el hospital representan un adelanto y mayor campo de atención médica, movilizándolo hasta el hospital al especialista o técnico encargado de atender tal servicio. Los hospitales de la Secretaría representan un avance dentro de un criterio médico científico mínimo, pero nunca constituyen un plan exageradamente ambicioso que desconozca la realidad y las posibilidades económicas.

Así es como también se ha dotado a todos los hospitales regionales en proyecto o en construcción, de bibliotecas, y aulas, para que en cualquier lugar por alejado que esté de las escuelas y centros de enseñanza, ofrezcan facilidades para la educación tanto del público como de las diferentes personas que intervienen en el trabajo del hospital.

En cada hospital por pequeño que sea, habrá locales para la enseñanza, en espera de que un médico, una enfermera, una trabajadora social, etc., se convierta en factor importantísimo en la educación del público en general y del personal de poca preparación que con seguridad existirá en la iniciación de actividades de muchos de nuestros hospitales. Consideramos en este aspecto al hospital como una escuela que promete muchas enseñanzas e influencias en el mejoramiento y elevación del nivel cultural de la población.

Esto resulta muy importante como criterio, puesto que quiere decir que el hospital, su estructura arquitectónica, sus interiores, la atención médica general y de especialidades, los sistemas de alimentación para los enfermos, el aseo y pulcritud de las camas, salas y ropas de enfermos, todo ello representará motivos importantes para influir en el ánimo y espíritu de las gentes de la localidad, las cuales aparte de todos los beneficios que obtengan por la atención médica, tendrán una visión de aspectos y costumbres que seguramente estimulará sus ambiciones, para desear hacer una vida más conveniente, dicho esto sin desconocer que no es únicamente la ambición la que puede llevar a mejores condiciones de vida.

Obvio es considerar que los hospitales representarán en nuestro medio eficientes servicios con frutos óptimos de beneficio a los enfermos, evitando las consecuencias o abreviándolas, de multitud de enfermedades mal o nunca atendidas. Forzosamente habrá un rendimiento para la sociedad traducido en el alivio de sus componentes que recuperan el total o parte de su primitiva capacidad de producción.

El capítulo que se refiere al equipo y mobiliario de hospitales, también ha venido siendo objeto de estudios abordados simultáneamente con el de los Anteproyectos y Proyectos de los hospitales, puesto que infinidad de detalles que se refieren a la construcción en sí, son consecuencia directa de las características y peculiaridades de los equipos y de los muebles que se instalarán en el edificio.

En este aspecto, se han determinado los tipos de camas convenientes para los diversos enfermos, de acuerdo con su edad, sexo, o condición; igualmente se precisó con qué muebles accesorios deberían contarse para cada enfermo, dentro de las Unidades de Hospitalización. También se ha determinado el mobiliario y equipo que corresponde a los servicios generales de cada Unidad de Hospitalización, estación de enfermeras, cuarto séptico, cuarto médico y laboratorio de rutina, cuarto de curaciones y exploraciones. En las consultas externas,

también se ha definido qué elementos deben formar su equipo y mobiliario. Igual cosa puede decirse de los laboratorios de exámenes clínicos, del banco de sangre, etc.

PROGRAM FOR THE CONSTRUCTION OF HOSPITALS IN MEXICO

Summary.—By the end of 1940 there was little to show that a substantial improvement was impending in hospitals and clinics in Mexico. Up to that time the old hospitals continued to operate with their obsolete administration, organization and management. With the construction of the Children's Hospital and the National Institute of Cardiology in Mexico City a new epoch began. The new hospitals at Monterrey, Manzanillo, and port of Tampico still failed to conform to modern requirements. Much work has been done towards securing the cooperation of architects, physicians and other personnel lately planning hospitals, clinics, dispensaries and other public health institutions which will fulfill actual needs. A new section was created in the health department to carry out this task of modernizing and improving the existing institutions and building of new units. Through the training of physicians and other hospital personnel in special courses and instructing in modern methods, it is expected that the general standards will be raised much higher. In the building and equipping the new institutions all modern ideas will be incorporated including selection of proper location and furnishing proper light, ventilation and communication.

Brote epidémico de psitacosis en Tucumán.—Bulacio Núñez, (*Rev. Méd. Tuc.*, 47, dbre. 1944) describe un brote epidémico de psitacosis de origen autóctono en la ciudad de Tucumán observado en agto. 1944. La casuística comprende 9 casos con tres muertes. El principal papel etiológico correspondió a un grupo de cotorras procedentes de la Estación Gaona de Salta, que llegaron a Tucumán 15 días antes de enfermarse la primera paciente. En uno y posiblemente dos casos más el contagio fué interhumano. (En la Argentina la gran epidemia de 1929-30 comprendió 80 casos con 15 focos familiares, correspondiendo más de 50 a la ciudad de Córdoba y el resto a Tucumán y Buenos Aires. En 1935 hubo 7 casos con dos muertes en Tandil; en 1936, 2 en Lanús; en 1937-38, 8 casos y una muerte en Tandil; en 1939, 28 casos y 13 muertes en Buenos Aires y en 1942, 9 casos con 5 muertes en la misma población.) La enfermedad es de denuncia obligatoria en Argentina desde 1937, y desde 1938 está prohibida la importación de psitácidos a menos que vayan consignados a jardines zoológicos o a instituciones científicas. El A. cree que deben ampliarse estas medidas: divulgando el peligro que entraña la crianza de loros y cotorras; exigiendo control sanitario riguroso de las pajarerías e internación en establecimientos adecuados de las aves sospechosas; incinerando las jaulas y en general todas las aves, si se comprueba la enfermedad; vigilancia sanitaria del contrabando de estas aves en la frontera Noreste; y aconsejar para el personal que cuida enfermos, el uso de protectores adecuados y mascarillas.

Tumor glômico no Brasil.—O primeiro caso de tumor glômico no Brasil é descrito por Clovis de Castro (*O Hosp.*, 441, mço. 1945), achando-se os tumores localizados no dedo mínimo da mão direita e datando de 8 anos.