

CRÓNICAS

TUBERCULOSIS¹

Ejército Argentino.—Los autores ensayaron un catastro radiográfico en la Primera División del Ejército Argentino, obteniendo radiografías de los suboficiales y soldados que ya habían sufrido dos o tres reconocimientos médicos. Se despistaron así 60 tuberculosos en servicio activo, 13 de los cuales tenían bacilos de Koch en el esputo. En 1936 se extendió el catastro a todas las guarniciones provistas de Hospital Militar. Las siguientes anomalías fueron despistadas: 104 lesiones óseas torácicas, 74 lesiones cardíacas, 220 lesiones pulmonares, y 613 tuberculosis pulmonares, es decir, 30.5 por ciento del total presentaba alteraciones torácicas radiográficas capaces de determinar la calificación de inepto para el servicio militar. El mayor porcentaje de tuberculosos procedían de los grandes centros poblados, y en particular, la capital. En conjunto prácticamente desconocían su afección 81.67 por ciento de todos los tuberculosos; 70.96 por ciento de los tuberculosos evolutivos; y 61.29 por ciento de los tuberculosos con lesiones cavitarias. Para el autor, no basta con el examen clínico para evitar la filtración de tuberculosos a las filas. El autor recomienda que se estudie un proyecto de ley que permita el reconocimiento médico y radiográfico de la clase militar. (Galli, E. A., y Ontaneda L. E.: *Rev. San. Mil.*, 3, eno. 1937.)

Lucha en Buenos Aires.—Raimondi analiza la Memoria para 1936 sobre la lucha antituberculosa en la ciudad de Buenos Aires. La mortalidad ha descendido de 3,611 en 1927, a 3,070 en 1936, a pesar de haber aumentado la población. El número de enfermos examinados por primera vez en los servicios antituberculosos llegó a 15,235. Las obras antituberculosas en Buenos Aires comprenden las siguientes: Hospital Tornú (enfermos asistidos, 1,854); nueve dispensarios; consultorios; Instituto Municipal; etc. (Raimondi, A. A.: *Arch. Tis.*, 178, ab.-jun., 1937.)

Instituto en Buenos Aires.—Han sido aprobados los planos para la construcción del Instituto de la Tuberculosis en Buenos Aires, cuya creación auspicia la Liga Argentina de la Tuberculosis. Para esta obra se cuenta con el producto de la colecta realizada en 1936, que arrojó un saldo de 600,000 pesos; un fondo votado por la Legislatura de 3,000,000 de pesos, y finalmente, otra colecta pública. El terreno, que abarca 39,522 mt², ha sido cedido por la municipalidad de la Capital. Esta será la primera obra de su género en Sud América, contando con 14 pisos y capacidad para 1,400 enfermos, incluso salas de cirugía general y especializada y ortopédica; de maternidad, conferencias, museo, laboratorios, etc.

Preventorio argentino.—La Liga Popular contra la Tuberculosis de Buenos Aires ha dispuesto levantar en los alrededores de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, un preventorio para enfermos de las vías respiratorias, el cual contará, además de las otras instalaciones del caso, con dos amplias salas construidas en un solo piso, con capacidad para 20 niños cada una, destinándose una a varones y otra a mujeres. (Min. Rel. Ext., Inf. No. 309, mayo 28, 1937.)

Alergia en el servicio militar.—El estudio de la alergia a la tuberculina ha permitido a los autores, como a otros anteriormente, descubrir un número apreciable de primo-infecciones tuberculosas (P.I.T.) en varias unidades del Ejército Argentino. En una se cotejaron la Mantoux y la radiografía en el momento de la

¹ La última crónica sobre Tuberculosis apareció en el BOLETÍN de septiembre, 1936, p. 873.

incorporación, y 10 meses después en 145 anérgicos al principio, descubriéndose 48 P.I.T. en sujetos aparentemente sanos y en servicio activo. En otra unidad se estudiaron 21 anérgicos (negativos a la Mantoux) que debían servir de testigos para otros 36 vacunados con BCG. Ocho se hicieron alérgicos y dos se enfermaron. En otras dos unidades se encontraron 27 P.I.T. también inaparentes en que se practicó la Pirquet. En conjunto, pues, se encontraron en la serie 81 P.I.T. inaparentes. Sólo 16 por ciento revelaron aceleración de la eritrosedimentación. En cambio la Vernes a la resorcina demostró una cifra diferencial alta en 30 por ciento, y de éstos 50 por ciento presentaban alteraciones radiológicas. De los 81 sólo 21 (26 por ciento) presentaban signos radiográficos evidentes, teniendo 10 tramitis, 5 hilio engrosado y 6 ambas cosas. Al lado de las P.I.T. inaparentes vieron los autores otras manifiestas en soldados compañeros. Ni el medio ambiente, ni el índice de robusticidad (de Pignet) ni la edad, parecieron intervenir en la reacción radiográfica. En cambio, parece haber una correlación con antecedentes de enfermedades infecto-contagiosas anergizantes. Los 85 casos inaparentes provenían de medios rurales. Por medio de la prueba tuberculínica también se comprobó que 10-12 por ciento de los adultos de la ciudad manifiestan P.I.T. después de los 24 años. (Ontaneda, L. E., Mazzei, E. S., Oviedo, E. A., y González, M. V.: *Rev. San. Mil.*, 365, jun. 1936.)

Maternidad bonaerense para tuberculosis.—En la Maternidad del Hospital Tornú de Buenos Aires, durante el año 1936 se asistieron 149 embarazadas, con una mortalidad materna de 0, fetal de 1, y mortinatalidad de 5. En 1936 y dos últimos meses de 1935, se atendió en el consultorio a 427 tuberculosis, o sea cuatro veces más que en años anteriores, atendiendo por segunda y más veces 62 enfermas. En la Sala de Lactantes nacieron 102 niños vivos, nacieron muertos 5, murió en el parto 1, e ingresaron 64. (Schwartz, Ricardo: *Arch. Tisiol.*, 76, eno.-mzo., 1937.)

Lucha antituberculosa en la Provincia de Buenos Aires.—Con fecha 9 de enero de 1936 se dictó en La Plata una ley, declarando obligatorios en la Provincia de Buenos Aires la denuncia y el aislamiento de todos los casos de tuberculosis abierta contagiosa, así como la separación y aislamiento de los niños hijos de padres tuberculosos contagiosos y de los que conviven con enfermos bacilíferos. Se crea, asimismo, el Consejo de Lucha Antituberculosa de la Provincia de Buenos Aires, integrado por el Ministro de Obras Públicas, Director General de Higiene, Director del Cuerpo Médico Escolar, Presidente de la Liga Popular contra la Tuberculosis y Director del Hospital San Juan de Dios, el cual procederá a dictar un plan de lucha antituberculosa que comprende la creación de sanatorios, hospitales, dispensarios, preventorios para niños y colonias infantiles, así como el estudio del seguro social antituberculoso. Para las finalidades del Consejo, el cual tendrá superintendencia directa sobre todos los organismos antituberculosos ya bien del Estado o privados, se crea un fondo especial, aparte del que le señale la ley general de presupuesto. (*Rev. Arg. Tuber.*, 296, mayo-jun. 1936.)

Lucha antituberculosa en Buenos Aires.—El 6 de agosto 1936 fué aprobado por el Consejo de Lucha Antituberculosa de la Provincia de Buenos Aires un plan general de defensa antituberculosa presentado por el Director General de Higiene, y el cual persigue tres objetivos principales: hospitalización de los tuberculosos, especialmente los portadores de lesiones abiertas; instalación de dispensarios, preventorios, etc. en toda la provincia; construcción de 3 ó 4 sanatorios-hospitales destinados a internar aquellos enfermos que requieren tratamientos especiales. (*Sem. Méd.*, 551, agto. 20, 1936.)

Sucre.—Las defunciones tuberculosas en Sucre, Bolivia, han subido de 40 en 1925 a 155 en 1935, y 95 en 1936, mientras que la proporción sobre la mortalidad general ha subido de 4.35% en 1925, a 10.54% en 1935, y 9.63% en 1936. Del total de 1935, 93 corresponden a militares, y del total de 1936, 20. (*Rev. Inst. Méd. Sucre*, 75, jun. 1937.)

Brasil.—Nos ultimos 5 annos, de que já ha informações colligidas (1931 a 1935), foi a tuberculose, pelo menos em 6 capitaes do Brasil, a primeira de todas as causas de morte; e, entre essas capitaes, estão 4 das 6 maiores cidades: Belém, Recife, Salvador e Porto Alegre. Nas 2 restantes, dentre essas 6, Rio e São Paulo, a tuberculose não se apresenta como a primeira causa de morte, mas vem logo depois das doenças do aparelho digestivo. Aliás, e sobretudo na infancia, sob este rotulo, ha sabidamente muita tuberculose encoberta. Os coefficients medios de mortalidade, calculados como é a regra, para 100,000 habitantes, foram simplesmente apavorantes, no referido quinquennio. Alinham-se com o Rio de Janeiro, 5 capitaes (Victoria, Recife, Salvador, Nictheroy e Porto Alegre), num primeiro grupo, em que a mortalidade se dirá muito forte: coefficients acima de 300 e elles vão, mesmo, além de 400, em Victoria e em Recife. Num segundo grupo, estão mais 6 capitaes (Fortaleza, Florianopolis, Belém, Bello Horizonte, Manãos e S. Luiz) com coefficients acima de 200, beirando em Fortaleza os 300 do primeiro grupo. Num terceiro, ainda com mortalidade alta, inscrevem-se João Pessoa, Maceió, Natal, Aracajú e São Paulo, todas essas cidades com coefficients acima de 100. Só Curityba, Cuyabá e Therezina os teem abaixo de 100, mesmo assim merecedores ainda de muita attenção. No total das 20 cidades, vistas em conjunto, houve, em summa, no referido quinquennio, a media annual de mais de 13,000 obitos pela tuberculose. Tomando-se o anno medio do quinquennio, o de 1933, e procurando-se saber qual a população total dessas 20 capitaes, pode-se, por um simples calculo, avaliar qual tenha sido a mortandade pela tuberculose em todo o Brasil, no referido anno de 1933: Mais de 100,000 pessoas. E como correspondem, sabidamente, a cada obito, 5 casos activos da doença, pode-se afirmar haver no Brasil para mais de meio milhão de tuberculosos: em cada milhar 12 são tuberculosos. (*Folha Med.*, VIII, maio 25, 1937.)

Rio de Janeiro.—Occorrem no Rio de Janeiro cerca de 300 obitos de tuberculose por anno, em cada 100,000 habitantes. Felizmente, o governo da Republica está começando a apoiar a acção dos Sanitaristas, de modo que, principalmente no Districto Federal, estão sendo concedidos recursos para permittir o desenvolvimento de amplo plano de combate ao mal. Com a organização da Directoria Nacional de Saude, confiada a J. de Barros Barreto, o plano de ataque vae alcançar todo o pais, mas, desde já, com a criação da Inspectoria dos Centros de Saude, no Districto Federal, esta campanha está tomando o necessario desenvolvimento. Acha-se dividida toda a area da cidade e suburbios em 12 districtos sanitarios, cada um dos quaes com a sua pequena repartição completa de Saude Publica. Todos os Centros de Saude já teem dispensario anti-tuberculoso: Assim, em dois annos, se tem passado, de 5 dispensarios officiaes, para 12, todos providos de especialistas, de pequeno laboratorio de exames de raios X, de instrumental para pneumothorax, etc. Onde havia somente tres installações de raios X, já ha, hoje, 10, nas quaes se fazem, mensalmente, mais de 2,000 radioscopias. Tres dos Centros de Saude estão dotados de aparelhos de alta capacidades, para radiographias, onde se fazem muitas centenas de films, mensalmente. Sob direcção de J. P. Fontenelle, Inspector dos Centros de Saude, todos os serviços estão tendo grande desenvolvimento, crescendo, de mez para mez o numero de pessoas attendidas. Especial attenção está sendo dada á hospitalizaçào dos doentes e ao recolhimento, a Preventorios, de crianças ameaçadas. Tendo cerca de 5 milheiros de obitos por anno, precisaria o Rio de Janeiro do minimo de 5,000 leitos em Hospitales para tuberculosos, quando, na realidade, em fins de 1934, sómente tinha 950. Nestes dois ultimos annos, foram augmentados uns 400 leitos para tuberculosos. Creou-se no Hospital São Sebastião um pavilhão para crianças tuberculosas e transformou-se o antigo Hospital Paulo Candido, na Jurujuba, em Preventorio. A Inspectoria dos Centros de Saude fez installar, em 1935, um Abrigo de Tubercu-

losos graves em Bangu, e em cooperação com a Associação de Socorro aos tuberculosos, um outro abrigo, em Jacarépaguá, este ultimo em predio do governo, convenientemente ampliado e adaptado. Em 1936, foi feito um accordo com a Associação de Socorro aos Tuberculosos, sob a presidencia do Dr. Ary Miranda, para o desenvolvimento do serviço de isolamento dos tuberculosos. Fez a Associação construir, no Hospital S. Sebeatião, o pavilhão "Placido Barbosa," para 43 gestantes tuberculosas, construcção essa doada agora, á administração publica. Em dois predios do governo, na Ponta do Cajú e em Amorim, e em um outro doado pelo Dr. Guilherme da Silveira, no Egenho, em Bangú, foram installados mais tres abrigos para tuberculosos, por cooperação entre a Associação e a Saude Publica. Estão tambem cooperando com a Saude Publica a Liga Brasileira contra a Tuberculose (Serviço BCG e Preventorio D. Amelia, em Paquetá), a Associação Santa Clara (Preventorio em Campos do Jordão) e a Cruzada Nacional contra a Tuberculose (distribuição de roupas e alimentos). (*Fol. Med.*, XV, jro. 5, 1937.)

No Distrito Federal do Brasil, os principaes instrumentos de luta—dispensarios, hospitaes, abrigos, preventorios—ampliam-se e multiplicam-se. Atualmente funcionam já 12 dispensarios officiaes, como seções dos Centros de Saúde, aparelhados com instalações radiograficas 3 e os mais dispendo de gabinetes para radioscopias. Ha mais 3 ambulatorios. Além disso, no Hospital São Sebastião funcionam diversos ambulatorios anexos aos pavilhões de tuberculosos. Como órgãos de grande valor educativo e profilatico, dispõe a Saúde Publica de muitas enfermeiras visitadoras. A assistencia hospitalar, providencia mais relevante para a eficiencia da luta, tem sido especialmente cuidada e tem merecido a maior atenção o preparo de hospitaes, hospitaes-sanatorios, abrigos e maternidades para gestantes tuberculosas. Cogita ainda a directoria de Saúde e Assistencia Medico-Social, de aparelhar um instituto de tisiologia nos moldes mais modestos do Instituto Carlo Forlanini, em Roma. O Rio de Janeiro precisa de 5,000 leitos para tuberculosos, 1 para cada óbito. Para assistencia sanatorio-hospitalar das crianças, dispõe de 260 leitos, dos quaes 80 em enfermaria recentemente inaugurada no Hospital de São Sebastião. Já funcionam ha algum tempo 935 gratuitos para tuberculosos necessitados e até antes do fim de 1937, contará a assistencia hospitalar com mais 508, que se acham em via de preparo; total, 1,443 leitos disponiveis. Projeta-se a construcção, em Jacarépaguá, de um sanatorio, tipo monobloco, para 500 leitos, destinados a tuberculosos de sexo feminino, ficando os pavilhões do Hospital S. Sebastião reservados só para o sexo masculino. Neste mesmo hospital vai ser erigido um pavilhão para 200 leitos, ficando assim a sua lotação elevada a 701 leitos. Em Santa Thereza existe um grande predio abandonado, onde funcionou o Hotel Internacional. Aí erigirá a Directoria da Saúde um terceiro sanatorio. O 4º sanatorio seria instalado na Borda do Matto—fraldas do Morro do Andarahy—arrabalde novo, de clima relativamente seco, e com capacidade de 500 leitos. Um sanatorio maritimo ou de montanha, no Silvestre, com 150 leitos, destinar-se-á aos pacientes afetados de tuberculose osseo-articular. Os abrigos, que já acolhem 360 pacientes adiantados, podem ser ampliados, elevando-se o numero de leitos disponiveis a 662. Em resumo: leitos já em função, 1,443; leitos projetados e em preparo: 4 sanatorios de 500 leitos cada um, 2,000 leitos; 1 sanatorio para doentes de tuberculose osseo-articular, 150 leitos; 1 pavilhão no Hospital S. Sebastião (Retiro Saudoso), 200 leitos; abrigos, 290 leitos; Hospital S. Francisco de Assis, 480 leitos; Hospital Estacio de Sá (que ficará desocupado desde seja instalado o Hospital de Clinicas), 420 leitos; total, 5,083 leitos gratuitos. Já foram inaugurados 4 abrigos com capacidade para 290 pacientes, em Bangú, Jacarépaguá, Estação do Amorim e Retiro Saudoso (terrenos do Hospital S. Sebastião). Estes hospitaes e instalações de emergencia, não precisam dispôr de aparelhagem para tratamento, podendo

apenas ser dotados de galerias para a cura pelo ar. Os pacientes que por ventura melhoram e se tornam passíveis de intervenções colapsoterapicas, serão transferidos para outros centros de tratamento. Em materia de preservação da infancia, possui instalações preventoriais—uma no Distrito Federal—o Preventorio Rainha D. Amélia, instalado e entretido pela Liga Brasileira contra a Tuberculose, na Ilha de Paquetá, outra em Niteroi, no antigo Hospital Paula Candido, e o de Santa Clara, nos Campos do Jordão, o qual serve tambem a infancia ameaçada de São Paulo; ao todo 444 leitos. O de Paquetá vai ser acrecido com um pavilhão para mais 50 leitos, elevando a lotação a 200 leitos, para isso recebendo suficiente auxilio dos Poderes Publicos. O Preventorio Paula Candido vai tambem ampliar suas instalações podendo receber 300 crianças. A Liga Brasileira contra a Tuberculose, que mediante contratos com o Departamento de Saúde Publica, está ha muitos anos incumbida de diversos serviços, vai abrir um novo Preventorio em Teresopolis, para 300 crianças, no que dispenderá cerca de 300 contos, sendo para isso acrecida a subvenção que recebe. Como aparelho de profilaxia direta, ainda dispõe o Rio do modelar serviço de vacinação pelo BCG, organizado pela Liga Brasileira contra a Tuberculose. Assim pode essa benemerita instituição intensificar o serviço, que compreende já mais de 37,000 crianças premunidas. Aproveitando a atuação de 2 associações de iniciativa particular, a Liga Brasileira contra a Tuberculose e a Associação de Socorros aos tuberculosos pobres, que são eficientemente subvencionadas, põe em campo os mais decididos esforços e prepara-se fortemente para uma solução, em sólidas bases, do problema tuberculoso na capital do pais. (Ferreira, Clemente: *Rev. Paul. Tisiol.*, 123, mço.-ab. 1937.)

Infancia brasileira.—Clemente Ferreira, em S. Paulo, observou os seguintes numeros de reações positivas, por cem crianças pirquetisadas: 0-2 anos, 4.6; 2-4, 8; 4-7, 19, e 7-10 anos, 22. Ainda em S. Paulo, e mais recentemente, Lobo chegou a esta percentagem: 2-3 anos, 5.7; 3-4, 11.1; 4-5, 9; 5-6, 12.5; 6-7, 18.7. Por sugestão do A., a Inspectoria Medico-Escolar do Paraná realizou, entre os escolares de Curitiba, a pirquetisação de 433 crianças de 6-14 anos, obtendo a seguinte percentagem: 6-8 anos, 21.4; 9-11, 31; 12-14, 33.3. Pirquetisando 21 meninos de 4-13 anos internados no Abrigo de Menores de Curitiba, verificou que 8 deles, isto é 38%, reagem positivamente á tuberculina. Madeira e Backer Filho, pirquetisando escolares de Niterói, encontraram esta percentagem: 6-8 anos, 44.1; 9-11, 50.2; 12-14, 51.8. Algumas das percentagens acusadas pelos numeros acima ficam aquem das assinaladas pelos autores estrangeiros. Convem no entanto acentuar que a "pirquetisação" entre os escolares de Curitiba foi feita entre crianças aparentemente sãs. Submetendo a exame radiologico 3,600 escolares do 8.º distrito do Rio de Janeiro, Clark encontrou lesões de natureza tísica em 14% delas, tais como adenopatias, infiltrações, etc. Os numeros apurados no ambulatorio de doenças infeto-contagiosas que o ha a tempo chefia no Hospital de Crianças de Curitiba são mais severos, 62.5% das crianças pirquetisadas em uma só vez reagem positivamente. Foi a seguinte, até os 20 anos, a percentagem apurada por Otavio de Freitas em Recife: 0.14% 0-1 mês; 0.95 2-12 meses; 1.75 1-5 anos; 1.31 6-10, e 14.72 11-20 anos. Num trabalho em preparo no Departamento de Anatomia Patologica da Fac. de Med. de S. Paulo, Maffei fornece os dados referentes ás primeiras 5,000 autopsias realizadas, dados esses passíveis de algumas alterações pela revisão dos relatorios e pela adição das novas autopsias que se estão procedendo. Por eles se verifica que 393 obitos, deses 5,000, foram causados pela tuberculose, o que dá uma percentagem de 7.86. Se considerarmos porém que no numero total dessas autopsias está incluída uma grande soma de autopsias de nati-mortos e de obitos neo-natais, calculada aproximadamente em 35%, pelos dados que o A. apurou verificando as mil primeiras,

temos que é de cerca de 3,250 o numero de autopsias a considerar para o estabelecimento de uma percentagem fiel, que fica elevada assim a 12.1% sobre o obituario. Dos 393 obitos por tísica, em 391 se tinham elementos para estabelecer a idade do autopsiado. No adulto as idades que mais contribuíram para o obituario tuberculoso foram as de 30, 40 e 27 anos, com respectivamente 19, 18 e 16 obitos, seguindo as de 18, 35, 20, 22, 32 e 42 anos, com 13, 13, 11, 10, 10 e 10 obitos, vindo a seguir outras idades com menos de 10 obitos. Pois nenhuma dessas idades superou as duas primeiras, isto é, a de 0-1 e a de 1-2 anos. Nos 391 tuberculosos mortos, com idade apurada, 23 ainda não tinham mais de um ano e 24 contavam de 1 a 2 anos, no total de 47 obitos de 0-2 anos, ou cerca de 12% sobre a mortalidade tuberculosa. De passagem, assinala-se que 45 obitos, ou perto de 11.5% da mortalidade, eram representados por pessoas de mais de 50 anos, inclusive, o que deve chamar a atenção para a incidencia do mórbo nessas idades. A partir dos dois anos a curva do obituario desce, sendo de 12 o numero de casos entre 2 e 3 anos, para tornar a subir a partir dos 13 anos, em coincidência com a época da puberdade, quando chega a 8 entre 13 e 15 anos e a 22 entre 16 e 18. Quanto á mortalidade no 1.º ano, merece destaque a discriminação por trimestres, pela qual se observa que dos 23 obitos nessa idade, encontram-se 11 de 0-3 meses; 3 de 3-6 meses, e 9 de 6-12 meses. E esses 23 obitos, note-se bem, foram causados pela forma bacilar do virus, pelo bacilo, e só se referem a casos de tísica-tuberculosa, resultantes da infecção acumulada ou adquirida decorrente do contagio, que nesta época da vida é exclusivamente intra-domiciliar, não sendo porém fóra de proposito que alguns deles se possam relacionar a um "contagio" intra-uterino pela forma bacilar do virus. Das mil autopsias em que o A. fizera a proporção dos obitos por idades, obtivera-se a seguinte mortalidade geral: 36% nati-mortos; 19% 0-1 ano; 5% 1-2 anos; 2.2% 2-3 anos; 2.8% 3-10 anos, e 36% de 10 annos em diante. Dentro dessa proporção, e estabelecendo a relação entre a mortalidade geral e a mortalidade por tuberculose, chegara-se á conclusão de que a tísica-tuberculosa concorre para o obituario total com a seguinte percentagem: 2.4 0-1 ano; 10 1-2 anos; 11 2-3 anos; 12.8 3-10 anos, e 17.5 de 10 annos em diante. (Braga, Homero: *Rev. Paul Tsiol.*, 457, nbro.-dbro. 1936.)

Rio.—Com a recente inauguração de mais abrigos para tuberculosos, vae augmentando o armamento antituberculoso no Rio de Janeiro. Além do augmento do numero de dispensarios que já são 12, um em cada Centro de Saúde, todos aparelhados convenientemente, do incremento que se faz de vacinação pelo BCG, do accrescimento do numero de enfermeiras visitadoras cujo quadro se duplicou, de um augmento da cifra de leitos em preventorios, accresce-se progressivamente o numero de leitos destinados a doentes. Eram elles 950 em 1934; agora tem subido a 1,135 e chegarão a 1,443 até 31 de dezembro. Carecendo de 4,890 leitos (na base de um leito para a media de obitos nos ultimos 5 annos), os 1,443 apenas representarão 29 por cento do total necessario. A Directoria Nacional de Saúde tem prompto para ser submittido á consideração do ministro Snr. Gustavo Capanema o plano completo para combate á tuberculose no Districto Federal, no qual são attendidas esta e outras falhas do Brasil, de modo a fazer-a completa e inteiramente eficiente. (*Folha Med.*, XII, nbro. 15, 1936.)

Rio de Janeiro.—Durante o anno de 1936 occorreram na cidade de Rio de Janeiro 4,936 obitos de tuberculose. O Serviço de Saúde Publica do Districto Federal mantem, nos seus 12 Centros de Saúde, um corpo especializado de tisiologistas, em serviços modernamente aparelhados. O dito Serviço realizou durante o anno, por intermedio dos 12 Centros de Saúde, importantes trabalhos. Houve 90,789 comparecimentos de pacientes que foram attendidos por medicos especialistas. Entre esses, 20,406 foram examinados pela primeira vez e 6,901 reexaminados, e, pelos resultados dos exames clinico, radiologico e de laboratorio,

considerados como tuberculosos 5,258. Houve 47,318 comparecimentos para consulta e medicação. No mesmo periodo, foi iniciado o tratamento pelo pneumothorax artificial em mais 517 doentes, subindo a 12,114 o total de insuflações nos pacientes submettidos a esse tratamento. Para elucidação de diagnosticos foram feitos 19,861 exames de escarro, 20,620 radioscopias e 3,727 radiographias. Forneceu o Serviço 103,361 formulas medicamentosas, praticou 33,391 injeções e, em cooperação com a Cruzada Nacional de Tuberculose, distribuiu 19,193 soccorros de roupas e alimentos. As enfermeiras de saúde publica realizaram, para tuberculosos, um total de 25,171 visitas, das quaes 3,897 para casos novos. Comparados com os dados de 1935, revelam as cifras de 1936 o notavel aumento de 47 por cento no total de trabalhos realizados. (*Folha Med.*, XV, maio 5, 1937.)

Escolares do Rio.—O Dr. Martins Pereira manifesta que embora não acha uma estatistica sobre a frequencia da tuberculose em suas varias formas entre os escolares de todo o Districto Federal, por falharem os meios que facilitem o diagnostico pelos medicos escolares (raio X, laboratorio em numero sufficiente para 80,000 alumnos que frequentam as escolas publicas), pode-se afirmar que a sua porcentagem é bem grande. Em o 8.º districto escolar, a seu cargo, em recente investigação que ficou entre 4,500 alumnos das escolas diurnas, encontrou cerca de 270 crianças orphãs de pae ou mãe victimados pela tuberculose, sendo frequentes os casos de ambos fallecidos da mesma molestia. Este numero deve ser um pouco maior por não saberem as crianças informar com segurança a causa da morte. Identica investigação fez o Dr. Oscar Clark, em seu districto escolar, em 1917, tendo encontrado em 1000 crianças 100 com paes doentes ou fallecidos de tuberculose. No Rio de Janeiro o Dr. Alvimar de Carvalho pesquisou a infecção tuberculosa, pelo uso de 4 reacções: duas cuti-reacções e duas intradermo-reacções. A leitura é sempre procedida após 48 horas. Negativa a primeira cuti-reacção, feita num ante-braço, faz uma segunda no outro antebraço. Negativa esta segunda, pratica a intradermo-reacção com 0.5 mg. de tuberculina. Negativa esta, faz a ultima prova com 5 mg. de tuberculina. No Instituto Ferreira Vianna, em 316 meninos de 7 a 14 annos de idade obteve o seguinte resultado: cuti-reacção negativa, 86, ou 27.2 por cento; positiva, 230, ou 72.8 por cento. A reacção de Mantoux com 0.5 mg. de tuberculina (diluição 1/200), em 85 dos 86 cuti-negativos, deu 83 negativas e 2 positivas. Com 5 mg. de tuberculina (diluição 1/20), a Mantoux em 83 meninos com 2 cuti e uma intradermo negativas, deu 2 positivas. Verifica-se que, no Instituto Ferreira Vianna, entre 316 meninos de 7 a 14 annos, a porcentagem de infecção tuberculosa é igual a 74.4, isto é 3/4 partes. Na escola secundaria technica Orsina da Fonseca foi pesquisada com a cuti-reacção a infecção tuberculosa em 296 meninas de 8 a 18 annos, com os seguintes resultados: positivas, 230, ou seja, 78 por cento: Entre 12 meninos de 8 a 11 annos, 67 por cento de positivas; entre 38 de 11 a 13 annos, 73.7 por cento; 101 de 13 a 15, 76.2 por cento; 108 de 15 a 17, 81.5; e 37 de 17 a 18, 78.4. No serviço de hygiene da criança no Centro de Saúde No. 8, os AA. estão fazendo a cuti-reacção, com os seguintes resultados: 43 de 0 a 1 anno, 32.55 por cento positivos; 20 de 1 a 2 annos, 55 por cento positivos; 27 de 2 a 4 annos, 74.07; 7 de 4 a 6, 57.14; 18 de 6 a 10, 83.3; e 5 de 10 a 12, 80 por cento. Já em 1919 os Drs. Baker Filho e Almir Madeira, com a prova de Von Pirquet no meio escolar, encontraram: alumnos de 6 a 8 annos, 44.1 por cento; de 9 a 11 annos, 50.2; 12 a 14, 51.8. Os AA. concluem que a incidencia da tuberculose na idade infantil é elevada; e que, passando a maioria da população infantil do Rio de Janeiro pelas escolas, ahi se deve cuidar, por todos os meios, desse importante problema; dessa forma seria afastado o perigo do contagio entre os proprios escolares, tendo em vista a convivencia intima que, em geral, existe. (Garcia, A., e Do Prado, X.: *Arch. Med. Soc.*, 5, sbro.-obro. 1936.)

Criação de dispensarios no interior de São Paulo.—Têm sido coroados de éxito os esforços desenvolvidos pelo Departamento das Municipalidades, junto ás prefeituras do interior do Estado de São Paulo para a obtenção de auxilios destinados á solução dos problemas sociaes. De 1931 a 1935 além das verbas empregadas em hygiene, assistencia, segurança e instrução publica, contribuíram os municipios paulistas com 1,391:600\$ para o combate ao mal de Hansen, e 905:200\$ para a assistencia aos psychopathas, importancias essas que foram entregues, respectivamente, ao Departamento de Prophylaxia da Lepra e á Assistencia a Psychopathas na capital paulista. As contribuições ultimamente solicitadas pelo Departamento ás prefeituras, destinam-se á prophylaxia da tuberculose. Os auxilios recebidos para esse fim attingiram, em 31 de dezembro 1936, com os respectivos juros, 945:477\$. Foi entregue a metade dessa importancia, ou sejam 472:723\$700, ao Dr. Borges Vieira, director geral do Serviço Sanitario, para a instalação de 8 dispensarios para a prophylaxia da tuberculose, annexos aos centros de saúde do interior do Estado. A outra metade será reservada para a construcção de um pavilhão hospitalar, destinado ao tratamento de tuberculosos, de accôrdo com o plano traçado pela Comissão de Assistencia Hospitalar. (*Ann. Paul. Med. & Cir.*, 395, ab. 1937.)

Sanatorios em São Paulo.—Dos sanatorios existentes em Campos de Jordão, os primeiros fundados foram os da "Divina Providencia" e "São Paulo." Actualmente existem os seguintes sanatorios e pensões: Sanatorio São Paulo, (fundado em 1929), exclusivamente para mulheres, 67 leitos: 36 gratuitos, 14 para semi-pagantes e 17 para pagantes; mensalidades: de 400\$ a 700\$; Sanatorio Santa Cruz (1933), exclusivamente para homens, 132 leitos: 80 gratuitos, 7 para semi-pagantes, e 45 para pagantes; Preventorio Santa Clara (1931), exclusivamente para crianças debeis, pré-tuberculosas, de ambos os sexos, totalmente gratuito, 60 leitos, e está construindo um novo pavilhão para mais de 100 a 200 leitos; Sanatorio Maria Auxiliadora (1932), exclusivamente para mulheres, 37 leitos: 16 gratuitos, 9 para semi-pagantes e 12 para pagantes, mensalidades: de 300\$ á 650\$; Sanatorios Populares (1931 e 1933): O pavilhão n. 1, exclusivamente para mulheres, dispõe de 23 leitos; o pavilhão n. 2 exclusivamente para homens, 80 leitos, todos gratuitos; Abrigo São Vicente de Paula (1933), exclusivamente para crianças, 37 leitos, para gratuitos e semi-pagantes; Sanatorio da Soc. Internacional dos Chauffeurs do Estado de São Paulo (1934), exclusivamente para homens, 28 leitos, gratuitos e semi-pagantes. Sanatorios em construcção: Sanatorio Ebenezer, do Hospital Evangelico da Capital Federal, 50 leitos; Sanatorio da Santa Casa de Misericordia de Santos, para ambos os sexos, 100 leitos. Pensões officializadas, com regimen sanatorial: Pensão Sanatorio Campos do Jordão, em Abernessia para ambos os sexos, 30 leitos, mensalidades: 400\$ a 600\$. Pensionatos: Santa Therezinha, em Abernessia, para ambos os sexos, 40 leitos, mensalidades de 300\$ a 500\$; São José, em Abernessia, para mulheres e crianças, 7 leitos, exclusivamente para sadios; mensalidades 350\$ a 500\$, dirigido pelas Irmans Missionarias de Campinas; Bello Horizonte, em Abernessia, para ambos os sexos, 24 leitos, mensalidades: 300\$ a 500\$; Aparecida, em Abernessia, para ambos os sexos, 10 leitos, mensalidades: 250\$ a 400\$; Primavera, em Abernessia, para ambos os sexos, 10 leitos, mensalidades de 300\$ a 500\$; Pinheiro, em Villa Jaguaribe, para ambos os sexos, 15 leitos, mensalidades de 300\$ a 500\$; Baltica, em Villa Jaguaribe, para ambos os sexos, 13 leitos, mensalidades 300\$ a 500\$; Capivary, em Villa Capivary, para ambos os sexos, 15 leitos, mensalidades 300\$ a 500\$; Gloria, em Villa Capivary, para ambos os sexos, 20 leitos, mensalidades 300\$ a 500\$; Santista, em Villa Capivary, para ambos os sexos, 12 leitos, mensalidades de 300\$ a 500\$; Mari Luvia, em Abernessia, para ambos os sexos, 6 leitos, mensalidades 300\$ a 500\$. Actualmente Campos do Jordão possui 11 sanatorios, com um total de 630 leitos. Quanto

ás pensões, a Prefeitura regulamentou-as todas, impondo-lhes o regime sanatorial; são ellas em numero de 18, com 340 leitos, e fiscalizadas directamente pela Prefeitura Sanitaria. Em um resumo approximado existem em Campos do Jordão dependencias capazes de comportar mil enfermos, sem contar as residencias particulares e de aluguel, que tambem recebem doentes. Campos do Jordão torna-se, portanto, o maior centro da America do Sul organizado scientificamente para combater o terrivel mal da peste branca. Nos ultimos quatro annos entraram em Campos de Jordão somente nos sanatorios, 1,425 doentes; falleceram 84 e sahiram curados, com alta comprovada, 1,118. Além dos sanatorios o Estado mantém um centro de saude, o Ambulatorio Emilio Ribas, o qual fornece assistencia medico-prophylactica aos pobres, gratuitamente. A frequencia média mensal desse ambulatorio, de 1933 a 35, foi de 158 pessoas. (*Ann. Paul. Med. Cir.*, 302, sbro. 1936.)

Hospitales-Sanatorios em São Paulo.—Desde 1932 a Administração da Santa Casa de Misericordia de S. Paulo, inaugurou em Jaçanã, na periferia da capital, o seu hospital-sanatorio "São Luiz Gonzaga," com 104 leitos para os dois sexos, dotando destarte seu aparelhamento antituberculoso deste organismo essencial que se tem convertido em excelente centro de tratamento medico-cirurgico da tuberculose e em uma escola de aperfeiçoamento e formação de especialistas. O affluxo de pacientes ao estabelecimento tem sido intensivo, sendo por demais difficil criar-se uma vaga, e a lista de espera de lugares avoluma-se sem solução de continuidade. Por isso, a Administração da Instituição deliberou ampliar as suas instalações hospitalares especializadas e já deu começo á construção de novos pavilhões, onde abrigará mais 200 pacientes. Tambem a Direção de Santa Casa de Misericordia de Santos, que já desde longos annos dispunha de um pavilhão perfeitamente preparado para o tratamento de seus pacientes, e isto desde 1914, deliberou transforma-lo em apropriado hospital-sanatorio, onde já tem sido assistidos com enorme aproveitamento, sob os cuidados e contrôle de profissional competentemente especializado, muitos doentes, antes considerados incuraveis e sujeitos a tratamento medicamentoso sem eficiencia. Serve ainda de hospital de triagem para os doentes que tem de ser internados no Sanatorio Santista de Campos do Jordão e de casa de convalescença para os que de lá voltam muito melhorados, mas carecendo ainda de um periodo de contrôle e observação para que se firmem as melhoras alcançadas e se consolidem as curas clinicas. Impõe-se pois com manifesta imperiosidade a necessidade de se multiplicarem taes hospitales-sanatorios suburbanos, que contribuem fortemente para a solução do problema da assistencia aos tuberculosos indigentes. (Ferreira, Clemente: *Rev. Paul. Tisiol.*, 423, nbro.-dbro. 1936.)

Novo preventorio paulista.—Acaba de ser inaugurado, em Campos de Jordão, o segundo Preventorio Santa Clara para crianças pobres pré-tuberculosas. Deante do facto alarmante de existirem nas escolas publicas do Districto Federal mais de 30,000 crianças pré-tuberculosas, fundou-se, ha 8 annos apenas, a Associação Santa Clara com o fim exclusivo de auxiliar os poderes publicos no combate á tuberculose infantil. Em menos de 2 annos, por meio de collectas publicas e donativos particulares, foi construido, installado e inaugurado o primeiro Preventorio Santa Clara, com 60 leitos. Desde então as turmas de crianças se veem revezando, sem interrupção, já tendo passado pelo Santa Clara mais de 600 crianças. Agora inaugura-se a parte central do segundo Preventorio, com capacidade para 100 leitos, construido com auxilio do governo. (*Folha Med.*, X, nbro. 15, 1936.)

Santos.—Dos Santos relata pesquisas pessoasas, feitas em diversos grupos escolares, visando determinar, por meio da cutireacção tuberculínica de von Pirquet, o numero de crianças infectadas pelo bacillo de Koch, tendo apurado

num total de 1,704 inoculações intra-dermicas, 939 resultados positivos, ou seja 55.1 por cento. Depois de emittir conceitos sobre o significado do indice de infecção tuberculosa, passa ao estudo da morbididade, calculando haver em Santos 1,950 phymatoses em franca evolução. Reporta-se, finalmente, á obra de assistencia já realizada, realçando existirem 154 leitos para tuberculosos indigentes, repartidos desta forma: 104 no pavilhão annexo á Santa Casa, recentemente reformado, e 50 no sanatorio localizado em Campos de Jordão. Allude, outrosim, ao Ambulatorio Heloisa Guinle Ribeiro, mantido pela Companhia Docas de Santos, o qual distribue soccorro gratuito a todo o pessoal desta empreza e suas respectivas familias, quando acommettidos da doença. (Cerqueira Falcão, E. da: *Folha Med.*, 476, obro. 15, 1936.)

Sanatorio de Santos.—Inaugurado em Campos do Jordão em fevereiro de 1935, já poude o Sanatorio de Santos nos seus primeiros 11 mezes de vida demonstrar que, como casa de tratamento e de cura que é, não fugiu ás suas finalidades e propositos. O primeiro, entre os sanatorios de Campos do Jordão, construido por uma Santa Casa deve elle servir de exemplo para as demais Santas Casas do Estado. Ainda é infimo o numero de leitos para tuberculosos em sanatorios ou hospitaes; se as grandes cidades do interior de S. Paulo tambem tivessem, pelo menos, 50 leitos para tuberculosos, este problema magno talvez já estivesse resolvido em parte. Como exemplo frisante do custo modesto no Sanatorio de Santos, cada leito ficou em quatro contos de réis. O custo da manutenção de cada leito occupado tem sido de 150,000 réis mensaes, sendo que 100,000 réis são fornecidos pela Commissão de Assistencia Social; isto significa que a Santa Casa dispende, mensalmente, 50,000 réis por doente internado. Durante o anno 1935 entraram 81 doentes, sahiram 36, ficaram em tratamento em janeiro 1936, 44, e sahiram provisoriamente, 1. (*Rev. Paul. Tisiol.*, 212, maio-jun. 1936.)

Colombia.—El Departamento Nacional de Higiene de Colombia ha iniciado una campaña activa contra la tuberculosis, poniéndola a cargo del jefe de la sección quinta, Dr. Arboleda Díaz. El presupuesto disponible para la lucha antituberculosa ha sido aumentado de 40,000 pesos en 1937, a 200,000 en 1938. El plan comprenderá defensa de la infancia, propaganda y creación y organización de dispensarios, hospitales, sanatorios y preventorios. La defensa de la infancia comenzará con la iniciación de colonias infantiles de vacaciones, como las que ya han dado resultado en el departamento de Antioquia. Los cuidados comenzarán desde el período prenatal, atendiendo a la madre, sobre todo si se sospecha tuberculosis. Los niños serán examinados antes de entrar en la escuela, y de ser el examen positivo, se distinguirán los casos contagiosos para dedicarles cuidado especial. El primer preventorio del país se está construyendo en el Valle del Cauca, y hay dispensarios en Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, habiéndose comprado para ellos 12 aparatos de rayos X y 12 de neumotórax en Estados Unidos. El sanatorio hospital que existe en La María, Medellín, atiende actualmente a 150 enfermos, y se tiene pensado construir otros. La campaña educativa tratará de instruir al público por medio de carteles, circulares, conferencias, etc., llamando la atención sobre el servicio que pueden prestar los dispensarios, en particular con su servicio de visitadoras. La creación de una Sección de Tuberculosis en el Departamento, permitirá unificar la campaña.

Campaña en Colombia.—Con fecha 5 de marzo 1937 fué sancionada en Bogotá la ley que organiza, bajo la dirección del Departamento Nacional de Higiene, la campaña nacional antituberculosa, e impone el establecimiento de: dispensarios en las capitales departamentales y en otros lugares donde la campaña lo exija; hospitales, o pabellones en los hospitales que ya funcionen, en los lugares donde se establezcan los dispensarios, con separación de salas para incurables y enfermos en tratamiento; sanatorios en sitios convenientes; enseñanza de la profilaxis de

las enfermedades infectocontagiosas, especialmente de la tuberculosis, y el examen anual de los órganos respiratorios de los maestros y alumnos de las escuelas y colegios de la República. Cuando el desarrollo de la campaña lo permita y estén ya funcionando estas instituciones, se establecerán preventorios para atender a los niños débiles. El decreto autoriza a la Dirección Nacional de Higiene para que, previo estudio del problema, establezca la vacuna antituberculosa. Para atender a las necesidades de la campaña, el Gobierno incluirá en el presupuesto de cada vigencia, durante 10 años consecutivos, una cantidad no menor de 300,000 pesos. (*Diar. Of.*, mayo 8, 1937.)

Reglamentación de la entrada y permanencia de tuberculosos en Costa Rica.—El Presidente de la República expidió el 8 de octubre de 1936, el Decreto No. 16, que reglamenta la entrada y permanencia de tuberculosos en el país. (*Rev. Méd.* 365, obre. 1936.)

Cuba.—Según Campuzano López, en Cuba fallecen anualmente más de 8,000 individuos de tuberculosis, y el número de enfermos pasa de 60,000. El Comité Nacional de Tuberculosis ya ha comenzado a actuar de manera intensa, aumentando la capacidad del Sanatorio La Esperanza; proyectando nuevos sanatorios; creando dispensarios, y verificando una constante campaña de divulgación. (Campuzano López, L.: *Medicina de Hoy*, 320, mayo 1937.)

El Consejo Nacional de Tuberculosis, filial del Consejo Corporativo de Educación, Sanidad y Beneficencia de la República, ha continuado su campaña de divulgación por conducto de la Sección de Acción Social. Uno de los últimos desenvolvimientos es la institución de premios escolares por la mejor enseñanza antituberculosa. El Consejo ya ha podido comprobar la existencia de 16,141 casos de la enfermedad en la isla, y se supone que el coeficiente es casi el doble de esa cifra. La Sección de Estadísticas también recibe informes diarios sobre la mortalidad en unos modelos preparados especialmente para ello. El Consejo también ha estandarizado los servicios de dispensarios y preventorios, y pronto pondrá en vigor un reglamento. Los casos abiertos en ciertas profesiones son denunciados a la Jefatura Local de Sanidad, para que se les retire el carnet de salud. Para atender al problema económico familiar planteado por estos casos, se está estudiando el seguro social antituberculoso. (*Ejér. Const.*, 53, mayo 1937.)

Censo de tuberculosos.—Iniciando sus labores en el dispensario Cándido Hoyos de la Habana, el Consejo Nacional de Tuberculosis de Cuba ha organizado el censo de tuberculosos, practicando la tuberculinorreacción y el examen radiográfico a cuantos acudan al dispensario.

Nuevas obras en Cuba.—El nuevo Consejo Nacional de Tuberculosis de la República de Cuba ya ha aumentado el número de camas para tuberculosos de 350 a 850, y apenas esté terminado el nuevo Sanatorio Nacional en las lomas de Trinidad, con capacidad para 1,000 enfermos, habrá recursos mucho mayores contra la enfermedad. También se tiene en proyecto levantar hospitales y preventorios para tuberculosos. Los dos preventorios existentes ya han sido reorganizados, mientras que el número de dispensarios se ha aumentado de tres en la Habana, a cuatro en esta ciudad y cinco más: uno en cada capital de provincia. Al mismo tiempo, se ha organizado un curso de perfeccionamiento en fisiología para médicos, y se ha preparado una campaña de propaganda con folletos, carteles, cartillas, cinematógrafo, radio, conferencias, etc. En el Sanatorio actual y en el Hospital Lebrede se han hecho obras para mejorar la arquitectura y adaptarla a los fines que se persigue. A fin de realizar mejor sus fines, el Consejo se ha organizado en dos direcciones generales: una Técnica (dividida en cinco secciones: Despacho, Acción Social, Estadística, Construcciones, y Enfermeras, y comprendiendo una Escuela de Especialización de Enfermeras de Sanatorios y Hospitales, y un Negociado de Enfermeras de Dis-

pensarios y Visitadoras), y otra Administrativa, que atiende a contabilidad, compras, etc. Por ahora, el Consejo cuenta con los siguientes organismos: Hospital Sanatorio La Esperanza, de 49 casetas, con una capacidad total de 490 camas (246 para mujeres; 182 para hombres, y 60 para niños), más el pabellón Joaquín G. Lebreo, con cabida para 450 enfermos, o sea un total de 844 camas; el Instituto Laënnec, en la Habana, dedicado a los casos más avanzados (capacidad para 120), y contando con un dispensario anexo; dispensarios en la Habana: el Furbush, que atiende a unos 3,000 enfermos; el Joaquín L. Jacobsen; el de la Liga Contra la Tuberculosis; el Calmette para niños tuberculosos; el Vicenta A. Tomás, en Matanzas; el Eugenio Albo en Santa Clara; el Dr. Juan A. Rubio en Pinar del Río, y los preventorios Martí en Cojímar para 150 niños, y el Grancher para lactantes con capacidad de 50. El curso para médicos ofrecido es indispensable para ocupar puestos técnicos en los distintos departamentos del Consejo, dándose en los dispensarios, hospitales y sanatorios, y complementado por una estancia en un sanatorio u hospital. El curso dura ocho semanas, y comprende enseñanza teórica y práctica conforme a un minucioso programa establecido. El personal médico del Consejo comprende 94 médicos. El Consejo Nacional de Tuberculosis tiene por presidente al Dr. Maximiliano A. Smith Mora, fiscal del Tribunal Supremo, y entre los cinco vocales figuran el Dr. Zenón Zamora García, Secretario de Sanidad y Beneficencia; el Cmdte. Médico Dr. Demetrio E. Despaigne y Grave de Peralta; el Dr. Oscar Jaime y Elías, profesor de la Facultad de Medicina; el Dr. Gonzalo Andux y Güell, Secretario General, y el Dr. Juan J. Castillo y Arango, director del Dispensario Furbush. (*Rev. Tub.*, eno. 1937.)

Lucha en Cuba.—Entre las iniciativas que el Consejo Nacional de Tuberculosis de Cuba se propone realizar en la campaña antituberculosa ya comenzada, figuran la inauguración a principios del año 1937 de un curso de fisiología, al que acudirán 30 alumnos, 20 de los cuales serán médicos de dicho Consejo y 10 del interior; la organización de una escuela de enfermeras especializadas en tuberculosis, y el establecimiento por toda la República de un sistema de dispensarios y sanatorios, 5 de los cuales radicarán en La Habana; habiéndose ya emprendido una intensa campaña de divulgación científica preventiva. (*El Mundo*, nbre. 22, 1936.)

Dispensario en Cuba.—El 26 de noviembre de 1936 se colocó en Santiago la primera piedra del edificio para el Dispensario Antituberculoso de Oriente. (*El Mundo*, nbre. 26, 1936.)

Chile.—Al discutir el valor de la Pirquet en el adulto, Bravo presenta coeficientes de mortalidad tuberculosa en la República de Chile y en las distintas Provincias. La más alta mortalidad corresponde a los extremos del país, Tarapacá y Magallanes, regiones de pequeña densidad de población situadas en los puntos de mayor contacto con individuos procedentes de otros países. La Provincia de Santiago, muy poblada, también presenta una mortalidad muy alta. La mortalidad tuberculosa por 100,000 habitantes para Chile llegó a 225.6 en 1935, y 251.0 en 1934. La positividad de la Pirquet en Chile varía según el medio (es decir, de 30 por ciento en las poblaciones rurales al 52 por ciento en los reclutas y más del 80 por ciento en los estudiantes de medicina y enfermeras, que están en contacto con tuberculosos). Como término medio se puede aceptar 60 por ciento para las ciudades. En 1925 Contreras en 700 niños de la Casa Nacional del Niño encontró una Pirquet positiva en 6 a 42.3 por ciento, según la edad. Ortega en 622 niños de una escuela encontró 61.41 por ciento, y Fernández Lagos en 1923, 66.7 por ciento en 1,006 escolares con la Mantoux. (Bravo, A. L.: "*El Valor de la Cutirreacción de Von Pirquet en el Adulto*," mayo 1936.)

Reacciones a la tuberculina en Chile.—Orrego Puelma y colaboradores presentan el resultado de las reacciones de Mantoux y de Pirquet en varios grupos de Santiago de Chile. De 56 estudiantes del 4° año de medicina sometidos a la

Pirquet en 1935, 82.17% resultaron positivos, y en 1936, de 37, 75.67%. De los nueve negativos el último año, seis fueron sometidos a la Mantoux, obteniéndose cinco resultados positivos que hacen subir la proporción a 91.89%, de modo que últimamente se ha seguido empleando la Mantoux, primero con 0.01 mg de tuberculina, y después con 0.1 mg. En el personal de servicio y enfermeras del Hospital San José, de 38 Pirquets, 78.94% resultaron positivas. En los conscriptos de guarnición en 1935, de 241, 52.69% fueron positivos, con la interesante nota de que de agosto a diciembre aumentó bastante la proporción. En 96 individuos de un fundo cordillerano situado a 50 km del pueblo más cercano, sólo 30.20% fueron positivos, siendo las cifras de positividad mucho más bajas en las mujeres. En conjunto, con la Mantoux se puede descubrir alrededor de 15% de alérgicos que no revela la Pirquet. (Orrego Puelma, H.; Corbalán Trumbull, G., y Bravo, A. L.: *Rev. Méd. Chile*, 703, nbre. 1936.)

Reglamento de la lucha en Chile.—Con fecha 27 de noviembre de 1936, el Consejo de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile aprobó el proyecto de reglamento de la lucha antituberculosa, elaborado por el Jefe del Servicio de Tuberculosos, Dr. Héctor Orrego Puelma. Los distintos capítulos llevan estos títulos: Política Asistencial del Tuberculoso; Organización General del Servicio; Consultorios o Equipos Tisiológicos; Jefe del Equipo; Tisiólogos Ayudantes; Visitadoras Sociales; Secretarías-Estadísticas; Casas de Convalecientes; Casas de Reposo Nocturno; Preventorios para Hijos de Asegurados Tuberculosos; Sanatorios de Altura; Centro Médico-Pedagógico de Readaptación. Se reconoce en el Reglamento que a las iniciativas enumeradas hay que agregar las que tiendan a proporcionar atención a los niños débiles (Colonias), y a su traslado a un ambiente favorable; y a los niños y recién nacidos de hogares tuberculosos (Obra de colocación y Colocación familiar); pero como estas obras corresponden mejor al Departamento de la Madre y del Niño, se deja a cargo de éste la tutela técnica de esta clase de actividades. (*Prev. Soc.*, 231, nbre.-dbre. 1936.)

Autopsias en Chile.—Calderón P. y Castañón han estudiado 2,000 protocolos de autopsias de tuberculosos efectuadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San José, de Santiago de Chile, de 1933 a 1936, encontrando los siguientes casos de las distintas localizaciones: Huesos, 30 (1.5%); articulaciones, 30 (1.5%); mal de Pott, 52 (2.6%); corazón y vasos: Afecciones inflamatorias valvulares, 77 (3.9%), coexistiendo en 45 tuberculosos, y de éstos cuatro con lesiones pulmonares curadas; serosas: Meninges, 30 (1.5%); peritoneo, 102 (5.1%); pleura, 1,576 (78.8%); aparato digestivo y anexos: Lengua, 9 (0.45%); faringe, 3 (0.15%); esófago, 1 (0.05%); estómago, 0; duodeno, 20 (1%); intestino delgado, 144 (7.2%); válvula ileocecal, 460 (23%); intestino grueso, 130 (6.5%); apéndice, 48 (2.4%); recto, 50 (2.5%); panenteritis, 537 (26.85%); tuberculomas, 11 (0.55%); hígado, 18 (0.9%); páncreas, 0; bazo, 103 (5.15%); riñón y vías urinarias: riñón, 104 (5.2%); suprarrenales, 22 (1.1%); genitales masculinos, 24 (1.2%); genitales femeninos, 82 (4.1%); piel, 10 (0.5%); aparato respiratorio: Laringe, 588 (29.40%); tráquea, 99 (4.95%); bronquios, 44 (2.2%); tuberculosis pulmonar aguda, 344 (17.2%); crónica, 1,600 (80%); bronquiectasia, 70 (3.5%); absceso, 18 (0.9%); neumoconiosis, 15 (0.75%); gangrena, 7 (0.35%); neumonía fibrinosa, 37 (1.85%); bronconeumonía, 39 (1.95%). De 38 cancerosos (1.9%), sólo en 3 hubo coexistencia con tuberculosis. (Calderón P., Eduardo, y Castañón, Rolando: *Apar. Resp. & Tub.*, 360, jul.-sbre. 1936.)

Provincia de Aconcagua.—En la Provincia de Aconcagua, Chile, donde mueren unos 1,668 tuberculosos por año, sólo cuentan con 376 camas para su hospitalización, las que están distribuidas así: Sanatorio de Peñablanca, 120 camas; Hospital del Salvador, 136 camas; Hospital Van Buren, San Agustín y Viña del Mar, y hospitales departamentales, 120. Según Pérez de Arce, se necesitarían 1,600

camas para la hospitalización de los tuberculosos de Aconcagua, para cuyo fin propone el siguiente plan: aumentar a 300 el número de camas del Sanatorio de Peñablanca, destinando un pabellón a la tuberculosis infantil; aumentar a 300 el número de camas para tuberculosos en el Hospital Salvador de Playa Ancha, dotándolo de pabellones especiales; construir un hospital-sanatorio de 300 camas, equipado para el tratamiento médicoquirúrgico de la tuberculosis; construir pabellones de 100 camas cada uno en los Hospitales Van Buren, San Agustín, Viña del Mar y Los Andes; y habilitar el Sanatorio de Putaendo con 300 camas. El único preventivo que funciona en la Provincia es el de la Cruz Roja, que tiene cabida para 80 niños. (Pérez de Arce J., A.: *Rev. Asist. Soc.*, 7, mzo. 1936.)

Estados Unidos.—Dauer presenta un análisis de la mortalidad tuberculosa en la población blanca de los Estados Unidos, reproduciendo en un mapa el resultado. En la porción Oriental de los Estados Unidos, existe una extensa área de elevada mortalidad, cuya cúspide radica en los Estados de Kentucky y Tennessee, mientras que la zona inmediata revela un coeficiente algo más bajo. Las características fisiográficas de esta región extensa varían mucho, comprendiendo montañas, laderas y valles y llanuras, en tanto que la población blanca también revela amplias variaciones en su distribución urbana y rural, y en otros factores sociales y ambientales. Otra zona de la porción Oriental del país que también revela una mortalidad tuberculosa relativamente elevada, se extiende a través del Norte de Michigan y Wisconsin, llegando hasta Minnesota, pero el coeficiente es algo más bajo que en la primera zona. En la porción Occidental del país hay bastantes distritos en el borde de Texas y California con una mortalidad elevada, debida probablemente en algunos casos a comprender bastantes hispanoamericanos o mexicanos, en los cuales parece que la mortalidad tuberculosa es más elevada que en otras razas. Ese mismo factor interviene en parte en la excesiva mortalidad en algunos distritos de Colorado, Nuevo México, Arizona y Sur de California, pero no es tan importante como la acumulación allí de muchos enfermos en busca de curación. En Nevada la mortalidad tuberculosa es excesiva en varios distritos, y moderadamente alta en otros, sin que haya allí sanatorios u otras instituciones para tratamiento de los tuberculosos. En cierto número de distritos de la región Norte Central de California, la mortalidad tuberculosa es comparativamente elevada, pero como no todos ellos cuentan con sanatorios, hay que buscar alguna otra explicación de la elevada mortalidad. En el extremo Noroeste del país, existe otra zona de mortalidad elevada, debido en parte a muertes de enfermos en instituciones públicas. En la región Occidental hay una zona considerable de mortalidad bajísima, que corresponde a otra en las regiones mesocentral y de los Grandes Lagos, y a la que va de la Carolina del Norte por el Sur hasta las costas del Atlántico y del Golfo. Este estudio revela la ventaja de estudiar la mortalidad tuberculosa tomando por base alguna otra unidad que el Estado, pues las regiones de alta y baja mortalidad no comienzan o terminan en las fronteras de los Estados. El autor no trata de explicar las causas de la elevada mortalidad en ciertas zonas, salvo cuando existen ciertos factores manifiestos, y en muchos casos las condiciones son tales que es sumamente difícil explicar las diferencias que existen. (Dauer, C. C.: *Pub. Health Rep.*, 70, eno. 15, 1937.)

Ciudad de Nueva York.—Comparado con el año anterior, la morbilidad tuberculosa en la ciudad de Nueva York aumentó en 3 por ciento durante el 1936, a juzgar por los casos que aparecían inscritos al finalizar dicho año, cuyo aumento guarda relación con el de 5 por ciento observado en la mortalidad. Unos 14,192 casos, o sea 83 por ciento del total, se hallaban en tratamiento, y 2,225 se encontraban en sus casas. Existían además unos 9,000 casos considerados como estacionados. (*Quart. Bull.*, N. Y. City Dep. Health, mayo 1937.)

Pruebas a la tuberculina en los Estados Unidos.—En los Estados Unidos el

número de personas comprobadas con tuberculina ya alcanza 1,124,363, variando la proporción de lecturas positivas de menos de 10% en los Estados de Idaho, Maine, North Dakota, Oregón, South Dakota y Utah, a más de 40% en el Distrito de Columbia, Maryland y Virginia, a más de 30 en Delaware, Georgia, Nevada, Nueva York, y Wyoming, a más de 20 en los Estados de California, Illinois, Kansas, Luisiana, Massachusetts, Mississippi, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, Pennsylvania, Rhode Island y Vermont, y de 10 a 20 en el resto. La Comisión de Tuberculosis de la Asociación Americana de Médicos Escolares, que preparó el informe, declara que si todos los médicos particulares que verifican reacciones con tuberculina comunicaran el resultado, podría obtenerse un cuadro mucho mejor de la situación tuberculosa en el país, pues las cifras actuales probablemente no representan más de la mitad de los ya comprobados. (*Bull. Nat. Tub. Assn.*, 4, eno. 1937.)

Cursos en Estados Unidos.—En cooperación con las autoridades de sanidad, la Asociación Nacional contra la Tuberculosis en los Estados Unidos ofrece periódicamente cursos en distintas partes del país. Los últimos preparados han sido los siguientes: en la Universidad de Nueva York, febrero 8 a 20; en San Juan de Puerto Rico, marzo 10 a 18; en Los Angeles, julio 14 a 26. El curso de Puerto Rico está destinado en particular a asistentes sociales y enfermeras. El de Los Angeles se conformará al plan siguiente: Base médica y científica para la lucha antituberculosa: trazo de la formación del tubérculo; infección; reinfección; resistencia; prevención de la infección; fortalecimiento de la resistencia. Métodos estadísticos: ¿qué es demografía? formación de la misma; interpretación; mejoramiento; empleo; censos y modo de hacerlos; obtención e interpretación de los hechos. Descubrimiento de casos: nuevas técnicas, así como métodos clásicos, tales como clínicas, etc. Enfermería: relación de la enfermera con la sociedad antituberculosa; adiestramiento y personalidad; modo de obtener buenas enfermeras; la enfermera y el dispensario. Trabajo a domicilio: (1) asistencia del enfermo; (2) descubrimiento de casos nuevos; (3) enseñanza en economía doméstica, profilaxia de la infección. Trabajo en la comunidad: (1) estudio de las condiciones; (2) organización; (3) educación. Relación con la profesión médica: la enfermera como secretaria ejecutiva; enfermería sanitaria o general comparada con la especializada. Costo y tratamiento: tendencias y cambios en la terapéutica; métodos modernos; colapsoterapia, helioterapia y otros tratamientos específicos. El niño y el problema de la tuberculosis: examen médico; corrección de defectos; escuelas al aire libre; campos de verano; preventorios; tuberculosis en escolares (Opie, Rathbun, Chadwick); clasificación de los niños basándose en los exámenes médicos. Métodos hospitalarios: valor de la asistencia hospitalaria: (1) construcción; localización y capacidad; (2) empleados; (3) alimentos; (4) costo de mantenimiento. Servicio social: ¿deben dirigir hospitales las sociedades antituberculosas?; relaciones de las sociedades antituberculosas con las instituciones públicas. Rehabilitación social de los tuberculosos: reajuste social mediante enseñanza práctica, entrenamiento, y colocación. Métodos educativos: publicidad en la prensa: ¿qué es lo que constituye una noticia? listas; preparación y distribución de material; clases de material para publicidad; campañas especiales; propaganda y fomento. Métodos gráficos: adaptación y empleo de exposiciones; fines y audiencias; costos de construcción; diapositivas; películas cinematográficas; festejos. La palabra: conferencias; conversaciones; reuniones en masa; audiencias; oradores; conferencias y reuniones. Higiene infantil: historia; desarrollo; programa; importancia actual. Sellos de Navidad: historia y desarrollo; organización de campañas estaduales; campañas locales; venta y propaganda; abastos; éxito de la campaña. Organización: constitución y reglamentos; comisiones; cooperación de los grupos relacionados; importancia de la

personalidad; reuniones de los consejos y comisiones; organización de oficinas, archivos, protocolos; Programa local de tuberculosis: educación; hospitales y sanatorios; dispensarios; enfermeras; escuelas al aire libre; trabajo industrial; legislación municipal; cooperación con funcionarios; inter-relación y coordinación de los varios organismos por intermedio de las asociaciones antituberculosas. Programa estadual de tuberculosis: relaciones de las organizaciones estaduales y locales; funciones de las asociaciones estaduales; servicios que deben suministrarse; asociaciones estaduales y nacionales; asociaciones estaduales y territorio no organizado. Programa nacional de tuberculosis: historia de las actividades nacionales y algunas normas de la Asociación Nacional sobre (1) finanzas; (2) organización; (3) relaciones de las asociaciones locales y estaduales; (4) servicios a los interesados en la lucha antituberculosa. Relaciones con los funcionarios municipales y estaduales: con los consejos locales de sanidad; con los consejos de distrito; con los del Estado; recopilación de material para el presupuesto municipal; obtención de fondos para hospitales y otras instituciones; con varios departamentos municipales; parques, beneficencias, educación. Relaciones con médicos: conflictos entre médicos y profanos; "Medicina del Estado," clínicas gratuitas, etc.; medicina organizada; cooperación con asociaciones antituberculosas. Relación de la campaña antituberculosa con otras actividades sociales y de sanidad pública: consejos de sanidad; Asociación Americana de Salud Pública; mortalidad infantil; campaña pro leche pura; campaña por hogar; higiene social; temperancia; actividades de los trabajadores y otras campañas para la mejoría industrial; fondos comunales; instituciones de beneficencia y similares. (*Bull. Nat. Tub. Assn.*, 22, fbro. 1937.)

Propaganda en Estados Unidos.—En su *Bulletin* mensual (jun. 1937), la Asociación Nacional contra la Tuberculosis, de los Estados Unidos, resume así los resultados obtenidos en la campaña de 1936 en pro del diagnóstico precoz: 4,520,350 folletos repartidos a los Estados; 23,533,346 personas leyeron el anuncio de la Compañía Metropolitan de Seguro de Vida sobre la reacción a la tuberculina; 12,394,595 personas leyeron artículos escritos por la Asociación; y muchos millones escucharon las nueve conferencias radiofónicas nacionales. Además, 713 paquetes de propaganda distribuidos; 273,179 carteles instalados en todas partes del país; la propaganda en la prensa diaria; en los boletines estaduales y locales de sanidad; cinematógrafos; clínicas para la tuberculinorreacción; instalaciones en bibliotecas, e invitaciones para visitar sanatorios, llevaron el mensaje de la Asociación a todas partes de Estados Unidos.

Disminución de la infección.—De 4,982 niños de 1 a 14 años recibidos en la División de Niños del Hospital Memorial Strong y del Hospital Municipal de Rochester, de 1926 a 1934 inclusive, 480 (9.6 por ciento), resultaron positivos a la tuberculina, correspondiendo la mayoría a la edad más tierna. Las reacciones positivas aumentan a medida que avanza la edad, de modo que la positividad posee mayor importancia en los niños más pequeños. En 52 por ciento de todos los niños de 1 a 5 años que fueron positivos a la tuberculina antigua, se encontraron signos clínicos y roentgenológicos de tuberculosis, comparado con 41.2 por ciento en los de 6 a 14 años. La proporción de positivas viene a ser igual en ambos sexos, pero el masculino es más propenso a sucumbir a la infección. De los niños tuberculosos sin signos ni síntomas, en 13.8 por ciento había exposición conocida al mal, comparado con 38 por ciento en los que manifestaron signos clínicos o roentgenológicos. Un dato muy interesante fué que la proporción de positivos durante el curso del censo, bajó a 62 por ciento, es decir, que ha disminuído la frecuencia de la infección, sin haber bajado la de la enfermedad. El estudio indica que en los últimos tres o cuatro años, la infección ha sido más susceptible de provocar signos clínicos o roentgenológicos que en el período anterior, aunque

la mortalidad apenas ha variado en los niños infectados. Beaven deduce de su análisis que la tuberculosis infantil va en descenso rápido, debido aparentemente a una proporción menor de sujetos infectados. (Beaven, P. W.: *Am. Jour. Dis. Child.* 565, sbre. 1936.)

Modificación en el cuadro de la infección tuberculosa.—El *American Journal of Public Health* (marzo, 1937, p. 270), hace notar editorialmente que se van acumulando datos que nos obligarán a alterar nuestros conceptos de la ubicuidad de la infección tuberculosa. Hace menos de una generación, los estudios europeos llevaron a la conclusión de que aproximadamente 90 a 95% de los habitantes de las ciudades estaban infectados por el bacilo al cumplir 20 años. El continuo descenso de la mortalidad tuberculosa en algunos países, como Estados Unidos, ha conducido a encuestas minuciosas con respecto a si la infección ha disminuído simultáneamente. En 1926, en la ciudad de Framingham, Mass., se comparó el porcentaje de reactores positivos en los niños comprobados ese año con la cifra para 10 años antes, observándose una baja considerable. Un estudio reciente de grupos comprobados con tuberculina en los Estados Unidos (más de un millón de sujetos, en gran parte escolares), reveló un porcentaje de positivos que varió de 4.6 en la Dakota del Sur a 51.7 en Virginia. Otro estudio cuidadoso, inédito todavía, de 57,000 individuos comprobados con el derivado de proteína purificada, reveló porcentajes de 25 para los niños de menos de 5 años; 22 para los de 5 a 9, y 28 para los de 10 a 14, mientras que hasta para los de 15 a 19 años sólo era de 32. En lo que indican los datos disponibles, esta baja ha afectado casi por igual a todas las edades con un porcentaje mayor a medida que sube la edad de 1 a 20 años. Poca duda cabe de que la baja de la mortalidad tiene por corolario otra baja semejante en la morbilidad o viceversa, y que la disminución de las probabilidades de infección por el aislamiento de los enfermos explica la mayor parte de esto. Beaven, de Boston, recientemente ha comparado los estudios antiguos y recientes, declarando que en siete zonas la infección tuberculosa en niños a plazos que variaban de 3 a 15 años, había revelado una baja total de 11 a 62%. En cambio, la proporción entre los que adquieren la enfermedad y los que sucumben a ella ha variado muy poco en el último decenio, y la proporción de casos nuevos comunicados por defunciones continúa siendo de 1.5 y 1.6 por 1. En otras palabras, tenemos una mortalidad cada vez más baja, descenso correspondiente en la morbilidad e infección en todas las edades y en ambos sexos, aunque no siempre con la misma velocidad. Con respecto al futuro, algunos autores, como Coutts en Inglaterra, sostienen que la baja en la infancia puede hacer subir la mortalidad en la juventud, pero Bradford Hill, que analizó esta hipótesis estadísticamente, declaró recientemente que los datos disponibles, aunque escasos, no sugieren que la mortalidad tuberculosa en los jóvenes en diversas zonas del país, refleje marcadamente la diferente intensidad de la inmunización en la infancia.

Preceptos para la lucha.—Frost resume así las obras que considera de mayor importancia en la tuberculosis: aislamiento en el sanatorio de todo caso pulmonar abierto, en tanto que continúe activo; asistencia médica adecuada, de preferencia en instituciones, para los casos conocidos activos, pero no abiertos, puesto que son los más susceptibles de volverse infecciosos en el futuro inmediato; esfuerzos más enérgicos para localizar los casos, y facilitarles asistencia médica, e imponerles el aislamiento si excretan bacilos; y protección especial, incluso consejo médico y ayuda económica si se necesita, a los grupos que sin padecer de tuberculosis se hallan más en peligro. (Frost, W. H.: *Am. Jour. Pub. Health*, 759, agto. 1937.)

México.—León practicó la intradermoreacción de Mantoux en 800 personas de ambos sexos, de todas edades y de diferentes sectores sociales, en Jalapa, pudiendo leer el resultado en 701 (88%). En niños menores de 1 año fué positiva en 6%,

y en los que habían alcanzado 30 años en casi 100%, aumentando en las edades intermedias el porcentaje en razón directa a la edad: a la edad de 14 años, 41%; entre 1 y 14, 29%, y de 15 en adelante, 66%, de lo cual cabe deducir que 60% adquieren la enfermedad entre los 15 y 30 años, y solamente 40% antes de los 14 años. (León, A. P.: *Medicina*, 166, ab. 10, 1937.)

Tomando los datos de 1930, Alarcón afirma que la población de México llega a 16,553,000 habitantes, de los cuales 1,500,000 son probablemente blancos, 5,000,000 indios, y 10,000,000 indohispanos, mientras que los negros apenas revisten importancia en la composición étnica del país. Con respecto a idioma, 12,835,000 hablan el español, y 2,510,000, sólo dialectos mexicanos. La mortalidad tuberculosa es en particular elevada entre los mestizos, en gran parte por concentrarse casi exclusivamente en los grandes centros industriales, mientras que los indios puros llevan una vida más primitiva al aire libre. Para el autor, la mortalidad tuberculosa en el país en conjunto no es mucho mayor que en los Estados Unidos, pues en 1930 sólo descubrió un coeficiente de 69, aunque en ciertas localidades de la costa del Golfo las cifras son muchísimo mayores. En la ciudad de México, la mortalidad tuberculosa, desde 500 en 1900, ha descendido rápidamente, sólo alcanzando a 130 en 1930, no debido a una campaña en que figuraran dispensarios, sanitarios, propaganda, etc., sino probablemente a consecuencia del mejoramiento general de la vida, gracias a las reformas sociales. En 1929 el Gobierno emprendió una campaña antituberculosa, tomando en consideración ciertos hechos, como son el que sólo haya proporcionalmente la décima parte de camas para tuberculosos que existen en Estados Unidos. Un dato interesante en México es la plurinatalidad, pues comparando los censos de 1930, se observará que los habitantes de menos de 10 años representaban 25.9% en México, y sólo 19.6 en Estados Unidos, y que la familia estadounidense está constituida por unos cuatro individuos, y la mexicana por cinco. Aunque la natalidad en México es mucho mayor, la mortalidad infantil también lo es. Por los datos anteriores, cabe juzgar que los contactos en México en un caso infeccioso, deben ser cuatro, mientras que en los Estados Unidos sólo son tres, de modo que la plurinatalidad viene a ser un factor importante. En México la proporción de las varias formas de la tuberculosis en: hematógena, 2%; de predominio exudativo sin fibrosis, 5%, y fibrocásica localizada y extensa, y de predominio fibroso, 93%. Con respecto a la mayor frecuencia de la tuberculosis entre los mexicanos que viven en Estados Unidos, debe recordarse la pobreza de estos emigrantes, los malos alojamientos, el régimen desequilibrado, la falta de higiene y los oficios peligrosos que desempeñan, unido todo eso a la precitada plurinatalidad. Emil Bogen en California ya hizo notar que los mexicanos no presentan susceptibilidad étnica o deficiente reacción terapéutica, comparados con otras razas. En conjunto, Alarcón reitera que juzgados por sus características étnicas exclusivamente, los indios no constituyen una raza predispuesta a la tuberculosis. (Alarcón, D. G.: *Am. Rev. Tub.*, 6, eno. 1937.)

León señala que, según un estudio hecho con la Mantoux en Jalapa, Ver., en niños de 0 a 14 años, se obtuvieron de 6 a 41% de reacciones positivas, de modo que el promedio en menores de 15 años viene a ser 22%, 4% de los cuales tendrán tuberculosis de tipo infantil, y de éstos 50% crearán focos infecciosos en los hogares. (León, A. P.: *Laveran*, 4, obre. 1936.)

Reglamento para admisión en un sanatorio mexicano.—El 21 de agosto de 1936, el Presidente de la República expidió un decreto reglamentando la admisión en el nuevo Sanatorio Antituberculoso de Huipulco, D. F. Para ingresar a esta institución, los candidatos deben llenar los siguientes requisitos: padecer de tuberculosis pulmonar; hacer la solicitud de ingreso acompañada de un cuestionario que será llenado por el personal médico del Dispensario Central, y agregar

a los documentos anteriores una radiografía del tórax, practicada en los 10 días anteriores. Las dos terceras partes de las camas se destinarán a los domiciliados en el Distrito Federal, y el resto a los enfermos de los Estados y Territorios de la República. (*Diario Oficial*, Sec. 4ª, agto. 31, 1936, p. 62.)

Impuesto para lucha antituberculosa.—Con fecha 21 de enero de 1937, el Presidente de la República del Perú ha dictado un decreto estableciendo que la campaña antituberculosa se hará con los recursos devengados por los impuestos a los artículos de perfumería y de tocador, debiendo hacerse la inversión de los fondos conforme a un plan de carácter nacional a cargo del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. (*Ref. Méd.*, 172, fbro. 15, 1937.)

Lima.—Analizando la mortalidad tuberculosa en Lima, Toledo Zúñiga hace notar que los provincianos son las mayores víctimas (62.5 por ciento), duplicando los casos autóctonos. Muchos de los casos de provincia ya llegan a la ciudad enfermos. Hasta el tercer año de la llegada la intensidad del contagio va en disminución, debido a la adaptación al medio de los sujetos. (Toledo Zúñiga, C.: *Reforma Méd.*, 261, mzo. 15, 1937.)

Asistencia en Lima.—La Sociedad de Beneficencia Pública de Lima dispone de los siguientes servicios para la asistencia de los tuberculosos de la capital: Dispensario Central, ampliado en 1933; Dispensario Aníbal Corvetto; 3 pabellones en el Hospital 2 de Mayo, con un total de 97 camas para varones; 2 pabellones en el Hospital Arzobispo Loayza, con 72 camas para mujeres; y el Hospital-Sanatorio Olavegoya, de Jauja. No existen instalaciones de carácter particular en estos servicios, y los pabellones para tuberculosos son idénticos a los de los otros enfermos. Las salas generales de medicina del Hospital 2 de Mayo cuentan con 310 camas, y las del Hospital Loayza, con 142, en las cuales se hospitalizan más tuberculosos que en las salas reservadas exclusivamente para éstos. Con respecto a la asistencia ambulatoria, en el Dispensario Central se asistieron en el quinquenio 1932-36, unos 7,952 tuberculosos que se presentaban por primera vez, con un total de 119,079 consultas, siendo las cifras para el 1936, de 1,511 y 26,886, respectivamente. En el Dispensario Aníbal Corvetto se inscribieron en el trienio 1934-36 unos 589 tuberculosos, además de 233 sospechosos en observación. Tratando de asistencia hospitalaria, en el quinquenio 1932-36 se asistieron en los pabellones especiales del Hospital 2 de Mayo, 2,620 enfermos de tuberculosis pulmonar, y en los pabellones comunes, 3,205, o sea un total de 5,825; en el Hospital Loayza, 1,877 y 2,284, respectivamente, o sea un total de 4,161. El promedio de permanencia por enfermo en los pabellones para tuberculosos de los 2 hospitales fué de 67 y 70, días respectivamente, mientras que el de las salas comunes sólo llegó a 28 y 19. En el mismo quinquenio murieron en el Hospital 2 de Mayo 2,267 tuberculosos, y en el Loayza, 1,830. La mortalidad es alta, pero se debe más bien a que los enfermos llegan a los hospitales en un estado muy avanzado. Agrupando a los fallecidos por edades, el grupo más numeroso lo constituyen los de 21 a 30 años, siguiéndole el de 11 a 20. La Sociedad Peruana de Tisiología reconoce los siguientes inconvenientes en la lucha antituberculosa en el Perú: deficiencias en el diagnóstico, debidas a la falta de los elementos indispensables; escasez de fármacos; carencia de un personal auxiliar para el registro de la asistencia; imposibilidad de emplear el neumotórax con más frecuencia, debido en parte a lo avanzado de las lesiones; falta de estadística que permita apreciar los resultados de la asistencia. En el Dispensario Central el neumotórax se aplica en un 11 por ciento de los casos; en el Dispensario Aníbal Corvetto, en 13 por ciento, pero en el Hospital Loayza apenas en un 5 por ciento. (Paz Soldán, C. E.: *Ref. Méd.*, 387, mayo 1º, 1937.)

Durante el quinquenio de 1931-35 el número total de estancias en los dos grandes hospitales generales de Lima alcanzó a 445,875. El monto de lo gastado

suma S/992,096.24, o sea un costo unitario promedio de S/2.22. Por cada salida, se tuvo en el "2 de Mayo" un total de 51 estancias, y en el "Loayza," 52 estancias; y por cada fallecido, 57 y 42, respectivamente. Por sexos, 3,720 mujeres salieron del Loayza, y 4,989 hombres del 2 de Mayo. (*Ref. Méd.*, 841, obre. 1, 1936.)

Continuando el informe que presenta a la comisión que estudia el establecimiento del Hospital Hipólito Unanue, para tuberculosos, Paz Soldán apunta que más de 30,000 personas han muerto del mal en la capital peruana durante el último cuarto de siglo, o sea unas 1,250 personas al año. Estas cifras globales indican que una tasa tuberculosa de 500 por 100,000 habitantes es la que más se aproxima a la realidad limeña. Aunque las cifras demográficas de Lima son insuficientes y, tratándose de la tuberculosis más aun, por los datos disponibles para el quinquenio 1932-36 se desprende que la mortalidad es más o menos igual para ambos sexos, con un ligero exceso para los varones, observándose que 85 por ciento de las defunciones registradas entre los varones tuvieron lugar en el Hospital 2 de Mayo; y 70 por ciento entre las mujeres, en el Loayza. Estas cifras deben tomarse, sin embargo, con gran reserva. (Paz Soldán, C. E.: *Ref. Méd.*, 405, mayo 15, 1937.)

Proyecto de hospital en Lima.—La Comisión Técnica a la cual encomendara la Sociedad de Beneficencia de Lima el estudio de la edificación del propuesto Hospital Hipólito Unanue para tuberculosos, en su informe declara que sólo un 20% de los tuberculosos de la población reciben el tratamiento conveniente en el tiempo oportuno, por ser insuficientes los actuales recursos hospitalarios; que la intensidad de la tuberculosis es grande, si bien buena parte de los enfermos proceden de fuera de la capital; que debido a ello, hay que hospitalizar a un gran número de enfermos en las salas comunes, donde se prolonga su asistencia; y que es inaplazable la edificación del hospital propuesto, el cual como capacidad mínima debe poseer 1,000 camas, además de los actuales servicios para tuberculosos en los dos hospitales 2 de Mayo y Loayza y el Hospital del Niño; que el mejor sitio de ubicación sería una zona vecina a la capital; y que el tipo recomendable es el de pabellones descentralizados, con sistema de corredores, de uno o dos pisos, con un área no inferior a 200,000 mt²; y que el costo no puede ser menor de 2,000 soles por cama, y el sostenimiento no inferior a 3 soles por asistencia. (Monge, Carlos, y otros: *Ref. Méd.*, 492, jun. 15, 1937.)

Jauja.—Compilando el resultado de sus estudios, García Frías afirma que la tuberculosis en Jauja, Perú, ha experimentado marcado y rápido ascenso a partir de 1910, alcanzando su máximo durante los últimos 40 años, en el quinquenio de 1925-1929 (1,240 por 100,000), bajando luego a 960. Esta mortalidad corresponde, en gran parte, a la inmigración de enfermos, y la cifra para los jaujinos es mucho menor, habiendo permanecido por largo tiempo estable. Aunque la cifra para los jaujinos ha aumentado desde 1910 a 200 por 100,000, está muy por debajo de la de Lima. El porcentaje sobre el total de fallecimientos ha sido también en todo tiempo muy inferior al de Lima: en 1932, 16.4, comparado con 25 por ciento en Lima, y si sólo se cuentan los jaujinos, 4 por ciento. De 1924 a 1933 han fallecido anualmente en Jauja unas 55 personas de tuberculosis de toda procedencia, alcanzando su máximo en 1926 con 70. Un estudio clínico-radiológico de 1,289 personas, incluso 860 escolares, reveló que el número de primo-infectados sanos sin manifestación clínica es entre los jaujinos mayor que entre los forasteros; que del total, sólo 4.3 por ciento presentaban formas bacilíferas y entre los jaujinos sólo 2.4 por ciento eran contagiantes y 7.2 por ciento presentaban algún hallazgo radiológico, siendo las cifras para los escolares: 0.3 por ciento de tuberculosos bacilíferos y 4.5 por ciento de hallazgos radiológicos discretos en completamente sanos. Todas estas cifras se hallan muy por debajo de las de otros países. En Jauja han fallecido en 1894-1933 unas 8,432 personas, 11.6 por ciento de ellas de

tuberculosis, correspondiendo el 2.3 por ciento de la mortalidad tuberculosa a los oriundos de Jauja. Desde 1912, en que los datos son más completos, han fallecido 6,801 personas, de ellas 13.5 por ciento de tuberculosis. La construcción del ferrocarril en 1908 atrajo una afluencia mayor de enfermos y un aumento de la mortalidad tuberculosa. La cúspide corresponde al quinquenio de 1915-1919, debido probablemente a la gripe de 1918. La creación subsecuente del Sanatorio Olavegoya, también puede explicar el ascenso. De las defunciones en niños hasta la edad de 5 años, casi 60 por ciento corresponde a enfermedades del aparato respiratorio, pero distintas de la tuberculosis. La mortalidad infantil es elevada en Jauja, pues del total de defunciones registradas de 1894-1933, 49.7 por ciento fué en menores de 15 años. (Jauja ha tenido desde hace siglos fama como estación climática, pues ya se encuentran referencias en ese sentido en las obras de Bernabé Cobo en 1650; Fr. Juan Meléndez en 1681, y a mediados del Siglo XIX el Gobierno del Perú ya enviaba allí un número crecido de tuberculosos, a restablecerse. En la "Estadística General de Lima" (1857) se afirma que "Jauja ha sido siempre refugio de los tísicos y una dilatada experiencia ha mostrado los provechosos efectos de aquel temperamento.") (García Frías, J. E.: *Act. Med. Per.*, 38, mayo 1936.)

Cutirreacción en los soldados peruanos.—Mejía realizó 203 cutirreacciones en soldados peruanos de la costa y de la sierra, encontrando 35.26 por ciento positivas con una dilución al $1 \times 10,000$ que subió a 87.6 por ciento al 1×100 . En los de la sierra las proporciones respectivas fueron 15.62 y 78.12 por ciento. (Mejía G., J. E.: *Rev. San. Mil.*, 14, eno.-dbre. 1935.)

Aste realizó un estudio semejante en las poblaciones militar y civil de Chiclayo y Lambayeque, encontrando entre los soldados una proporción de positivas que varió de 16.7 a 63.7 por ciento entre los soldados, y de 56 a 57.8 por ciento en los asilados en los hospitales o en la cárcel. Las cifras serían mucho mayores si se agregaran las reacciones débiles. (Aste, H.: *Rev. San. Mil.*, 32, eno.-dbre. 1935.)

Montoya también practicó la intradermoreacción en 495 reclutas observando un 69 por ciento de reacciones positivas, aunque las cifras fueron mucho menores en los soldados de la sierra. (Montoya, J.: *Rev. San. Mil.*, 38, eno.-dbre. 1935.)

Puerto Rico.—Jacobs describe su reciente inspección de las obras tuberculosas en Puerto Rico, bajo los auspicios de la Asociación General Antituberculosa y el Departamento Insular de Sanidad. En los últimos tres años, el comisionado actual ha aumentado las camas disponibles para tuberculosos a 1,500 en cuatro hospitales nuevos, uno de los cuales, en Río Piedras, tiene 800 camas. Las actuales unidades sanitarias que atienden a 1,500,000 de los 1,700,000 habitantes, sirven, en lo tocante a tuberculosis, como filtro para descubrir casos. Los sospechosos son enviados a uno de los nueve centros que actúan como clínicas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. A fin de complementar la falta de camas, en los nueve centros practican el neumotórax ambulante, y en el año 1935-1936, se trataron así a 1,500 casos. La Asociación Antituberculosa de Puerto Rico tiene un número de filiales esparcidas en la Isla, llevando la de San Juan el nombre de Sociedad para la Prevención de la Tuberculosis Infantil, y manteniendo un sanatorio de 60 camas para niños en Guaynabo. (Jacobs, P. P.: *Bull. Nat. Tub. Assn.*, 70, mayo 1937.)

Rodríguez Pastor hace notar de nuevo que la tuberculosis es la primera causa de mortalidad en Puerto Rico, habiendo ocasionado 14.4% de todas las defunciones en el quinquenio 1931-1935, y 16.6% del total en 1935, alcanzando una cifra de 304 por 100,000, o sea unas cinco veces más que en Estados Unidos. Los estudios epidemiológicos, clínicos y patológicos verificados hasta la fecha en Puerto Rico, indican mucha tuberculización y considerable inmunidad a la enfermedad entre los portorriqueños, y en contraposición a lo que indican las pautas de diagnóstico

de la Asociación Americana contra la Tuberculosis, la tuberculosis de tipo infantil parece ser rara entre los adultos. En Puerto Rico no hay diferencias pronunciadas entre las formas de la tuberculosis entre blancos y mulatos, pero los negros de raza pura revelan mayor tendencia a propagación linfógena y hematógena, aunque esto debe ser confirmado. La frecuencia de tipos de primoinfección en sujetos que se sabe se hallan infectados, debe ofrecer suficientes razones para repasar por completo los conceptos actuales de la tuberculosis de tipo infantil y adulto, a fin de poder explicar las diferencias patológicas entre ambas en una forma más satisfactoria que con la teoría de primoinfección y reinfección. (Rodríguez Pastor, J.: *Am. Rev. Tub.*, 13, eno. 1937.)

En el discurso pronunciado por Garrido Morales, Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, en la sesión inaugural de la Asamblea Anual de 1936 de la Asociación Médica de Puerto Rico, hace notar que la tuberculosis ha sido en los últimos años la primera causa de muerte en la Isla, y en contraposición a lo que sucede en otros países civilizados, la mortalidad tuberculosa ha ido aumentando, llegando a 308 por 100,000 habitantes en 1935. El autor obtuvo de la Administración de Auxilio de Emergencia una asignación para la construcción de 10 unidades de hospital, con capacidad para 1,000 enfermos, aunque de acuerdo con las normas fijadas por la Asociación Nacional de Tuberculosis, se necesitan 5,000 camas. Durante el año económico de 1936, recibieron hospitalización 3,129 enfermos, y los centros antituberculosos examinaron 13,192 personas, practicando 19,963 exámenes roentgenoscópicos y tomando 12,674 placas radiográficas. De los enfermos localizados en los centros, 1,483 recibieron el neumotórax artificial, practicándose 22,328 insuflaciones. En 50% de los casos el esputo fué convertido de positivo en negativo. Recientemente se ha organizado un departamento de cirugía del pecho en el Hospital de Río Piedras, y el Departamento de Sanidad cuenta además con 70 dispensarios antituberculosos. (Garrido Morales, E.: *Bol. Asoc. Méd. Puerto Rico*, 32, eno. 1937.)

Describiendo la lucha antituberculosa en Puerto Rico, Garrido Morales señala que, de 13,192 sospechosos examinados en el año terminado el 30 de junio de 1936, 4,184 (31%) revelaron signos de actividad, y 2,589 (12%), se mantuvieron en observación. De los casos activos, en 1,483 se practicó el neumotórax. De 154,794 cabezas de ganado vacuno comprobadas con tuberculina hasta el 30 de junio de 1936, 2,114 resultaron positivas y fueron degolladas. Un punto de mucho interés es la vigilancia de los contactos tuberculosos. De éstos, 15,913 fueron invitados a que acudieran a los centros para hacerles radiografías. De 5,066 que acudieron, 448 (8.8%) revelaron signos de actividad, y 187 fueron escogidos como apropiados para el neumotórax. De los 448, 210 fueron clasificados como mínimos, y 133 como moderadamente avanzados, y 93 como avanzados, demostrando así la importancia de esos exámenes de los contactos. (Garrido Morales, E.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 122, ab. 1937.)

Rodríguez Pastor señala lo necesario e importante que es en Puerto Rico la campaña tuberculosa, tratándose del más importante problema sanitario de la isla. Las causas de la elevada mortalidad tuberculosa (cinco veces mayor que la de Estados Unidos), son bien conocidas: Densidad de población que llega a cerca de 200 por km²; extrema pobreza de gran parte del pueblo; desempleo, etc. Actualmente hay 1,400 camas disponibles para tuberculosos en los hospitales públicos, y nueve centros antituberculosos aplican neumotórax a casos ambulantes, sin contar los dispensarios adscritos a las unidades de Salud Pública en casi todos los pueblos. Esta organización permite descubrir los casos mínimos y examinar los contactos hasta aplicar el neumotórax. El gobierno de Puerto Rico gasta anualmente alrededor de \$500,000 en el sostenimiento de hospitales y centros antituberculosos, hallándose justificado en esto, pues la tuberculosis, primera

causa de muerte, ocasionó 14.4% de todas las defunciones de 1931 a 1935, y en al isla existen más de 40,000 tuberculosos, la inmensa mayoría insolventes. (Rodríguez Pastor, J.: *ibid.*, 202, ab. 1937.)

Timbre antituberculoso en el Uruguay.—Un proyecto de ley presentado en Montevideo autoriza al Ministerio de Salud Pública a emitir timbres de propaganda sanitaria sin valor postal, cuyo producto será destinado a la creación de un fondo de lucha antiuberculosa. (*Diar. Of.*, jun. 30, 1936.)

Caja de seguro antituberculoso en Uruguay.—En Montevideo se ha presentado un proyecto de ley para la creación de una Caja Autónoma de Seguro Obligatorio contra la Tuberculosis, que funcionará bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública y cuyos servicios estarán garantidos por el Estado. Entre los beneficios que la Caja prestará figuran los siguientes: diagnóstico en los dispensarios de la institución; asistencia; hospitalización por un máximo de 3 años con subvención y, de no recibir sueldo, jubilación o pensión; subsidio, en los casos crónicos, después del tratamiento sanatorial; diagnóstico de los familiares, o sea padres, hijos, cónyuges y hermanos. (*Diar. Of.*, jun. 30, 1936.)

Profilaxia infantil en Uruguay.—En la reunión de técnicos del Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, celebrada el 24 de junio de 1936, la Asamblea aprobó las siguientes conclusiones: (1) El Servicio Antituberculoso debe colaborar con la Sanidad en el examen sistemático de los escolares; (2) en el examen clínico y radiológico del personal escolar docente; (3) en el examen y profilaxia en los ambientes rurales; (4) en la extensión de la propaganda por medio de cartillas, conferencias, vistas cinematográficas, adaptadas especialmente para maestros, padres y alumnos; (5) reciprocidad con la sanidad escolar en las denuncias de escolares tuberculosos y en contacto con bacilares; (6) solicitar la aprobación y ayuda de las autoridades competentes, para llevar a cabo estas medidas, y (7) hacer extensivas estas medidas a los niños que asistan a la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. (*Rev. Tub. Uruguay*, 493, No. 4, 1936.)

Prevención escolar.—A invitación del Dr. A. Sarno, Director del Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa, se celebró en Montevideo el 29 de abril y 7 de mayo de 1936, una reunión de los técnicos de ese organismo, del Cuerpo Médico Escolar y de las Sociedades de Tisiología y Pediatría, aconsejándose la sanción de los siguientes postulados: Colaboración del Servicio Antituberculoso con la Sanidad en el examen sistemático de los escolares; colaboración con el Centro Ambulante para exámenes y profilaxis en los ambientes rurales; extensión de la propaganda adaptada especialmente para maestros, padres y alumnos; reciprocidad entre el Servicio Antituberculoso y la Sanidad Escolar, en las denuncias de escolares tuberculosos y en contacto con bacilares, solicitándose para esto la aprobación y concurso de las autoridades competentes; cooperación del Servicio con la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. (*Arch. Ped. Uruguay* 443, sbre. 1936.)

Nuevo sanatorio en el Uruguay.—El 23 de agosto de 1936 se colocó la piedra fundamental del nuevo sanatorio que el Ministerio de Salud Pública del Uruguay hará construir en Melilla, próximo a la Colonia Saint Bois. El nuevo edificio constará de tres cuerpos, con capacidad total de 1,100 camas, y costará unos 1,500,000 pesos. Junto con las construcciones ya aprobadas, el Sanatorio Saint Bois formará un conjunto de 2,000 camas, con un costo de más de 2,000,000 de pesos. Estas construcciones vendrán a reemplazar al Hospital Fermín Ferreyra.

Escolares.—Los Cantonnet señalan la importancia de investigar la tuberculosis abierta en los escolares, pues han observado varios casos de contaminación evidente en el dispensario antituberculoso infantil del Hospital Fermín Ferreira de Montevideo. Seis casos fueron estudiados, ya por sentirse enfermos los niños, o

haberse solicitado examen por existir tuberculosis en la familia. Para los autores, deberían ser obligatorias la tuberculinorreacción y la radioscopia en los escolares, cada año, y hasta podría exigirse esto al ingreso en la escuela. (Cantonnet, Pedro, y Cantonnet, Héctor: *Arch. Ped. Uruguay* 418, sbre. 1936.)

Caracas.—Baldo presenta los porcentajes de positividad a la reacción de Pirquet en un total de 3,947 cutirreacciones verificadas en Caracas, variando de 15 a 78% en los tres medios estudiados, y correspondiendo, por supuesto, las cifras inferiores a los niños de menor edad. En 36 cutirreacciones practicadas en sujetos de 18 a 24 años, hubo 75% de positivas, y de los nueve negativos, dos resultaron positivos a la intradermorreacción. De 11 enfermeras de 20 a 30 años y más, sólo una fué negativa. (Baldo, J. I.: *Bol. Hospitales*, 195, sbre. 1936.)

Egipto.—Abaza Bey manifiesta que la tuberculosis es tan frecuente en Egipto como en la mayor parte de los países civilizados. Como medios de lucha aconseja que la tisiología forme parte del programa de estudios médicos, creándose por lo menos un curso; que se aumente el número de dispensarios; que se cree un hospitalillo para tuberculosos, de construcción económica, cerca de todo dispensario importante, y contando con un ala para casos avanzados. Manifiesta que cuatro hospitales-sanatorios bastan para el país, y que se pruebe una colonia tuberculosa por el estilo de la de Papworth, en Inglaterra. Aconseja, además, íntima cooperación con los servicios de veterinaria y de medicina escolar; que se examine periódicamente a los niños; que se considere la promulgación de leyes sobre viviendas sanitarias; y que se ponga en vigor el seguro de la salud. En Cairo y Alejandría el porcentaje de reacciones positivas a la tuberculina vieja a 1:5,000 fué de 96 en los adultos, y de 60 en los niños de menos de 15 años, pero las cifras son menores en las poblaciones pequeñas y aldeas. Los exámenes de las momias revelan que la enfermedad ya existía en la antigüedad en Egipto. (Abaza Bey, M. S.: *Jour. Egypt. Med. Assn.*, 241, jun. 1937.)

Europa.—Un estudio estadístico realizado por la Unión Internacional contra la Tuberculosis en varios países, revela los siguientes datos para tuberculosis: Estonia, 1934: mortalidad por 100,000 habitantes, todas las formas, 163.8; pulmonar, 148.9; dispensarios, 14; sanatorios, cinco (347 camas); hospitales, dos (133 camas); cátedra, cursos especiales y de perfeccionamiento; escuela de enfermeras visitadoras; costo de la campaña antituberculosa, 315,512.86 coronas; duración media del tratamiento sanatorial, 2.5-3 meses; Finlandia, 1934: mortalidad por tuberculosis pulmonar, 173; dispensarios, 47; sanatorios, 45 (4,559 camas); centros de rehabilitación, tres (72 camas); escuelas al aire libre, una (21 camas); preventorios, cinco (225 camas); cátedra de tisiología; escuela para enfermeras de sanidad pública; Francia, 1932: mortalidad, todas las formas, 140; pulmonar, 119; dispensarios, 845; sanatorios, 210 (38,443 camas); hospitales, 200 (8,500 camas); centros de rehabilitación, cuatro (257 camas); escuelas al aire libre, 68 (3,387 camas); preventorios, 227 (21,220 camas); escuelas para enfermeras de sanidad pública, en 1934, 31; costo de la campaña en 1934, 60,000,000 francos; Gran Bretaña, 1935: mortalidad todas las formas, 71.8; pulmonar, 60.5; 309 sanatorios y centros especiales con 18,551 camas para tuberculosos; hospitales de aislamiento (incluso de viruela), 42, con 1,809 camas para tuberculosos; hospitales generales, 45 con 1,944 camas para tuberculosos, y 177 utilizados en parte para tuberculosos; centros de rehabilitación, 16; escuelas al aire libre, 146; cátedra, conferencias, cursos de perfeccionamiento, etc.; escuelas para enfermeras de sanidad pública; costo de la campaña en 1934, 3,575,900 libras esterlinas; Escocia, 1934: mortalidad, todas las formas, 75; pulmonar, 57; dispensarios, 43; sanatorios, 144 (5,000 camas); centros de rehabilitación, dos; escuelas al aire libre, 10; cátedra, conferencias, cursos de perfeccionamiento, etc.; escuelas para enfermeras de sanidad pública; costo de la campaña, 682,674 libras esterlinas; Irlanda del Norte, 1934: mortalidad,

todas las formas, 114.2; pulmonar, 85.2; dispensarios, 48; sanatorios, cuatro (406 camas); escuelas al aire libre, una; costo de la campaña, 91,590 libras esterlinas; Hungría, 1934: mortalidad, todas las formas, 157.5; pulmonar, 131.9; dispensarios, 1935, 75; sanatorios, nueve (2,210 camas); hospitales y pabellones especiales, 21 (2,113 camas); escuelas al aire libre, cinco (unas 500 camas); escuelas para enfermeras de sanidad pública. (*Bull. Un. Int. contra Tub.*, 164, ab. 1937.)

Frecuencia en distintas razas.—Long hace notar que la raza blanca tiene una superioridad marcada sobre otras, en posición económica, hábitos higiénicos, domiciliarios y dietéticos, todo lo cual tiene importancia reconocida en la evolución de la tuberculosis. Long señala que existe una marcada diferencia en la mortalidad tuberculosa entre las razas blanca, india y negra. En los Estados Unidos la mortalidad media para los blancos viene a ser de 57 por 100,000, mientras que para los negros es de tres a cuatro veces mayor en conjunto, y para los indios tres o cuatro veces mayor que para los negros. Debe hacerse notar que en los indios existe una correlación bien definida entre la mortalidad tuberculosa y la mezcla con sangre blanca, siendo mucho mayor aquella entre los de raza pura. Con respecto a los negros, Opie y McPhedran compararon la duración de la enfermedad en los blancos que asistían a un dispensario en Filadelfia, y en los negros que asistían a otro en Kingston, Jamaica, observando una duración aproximadamente tres veces mayor en los primeros. En cambio, la cronicidad parece ser semejante en blancos y en indios, aunque no hay datos precisos sobre ello, y las condiciones varían mucho entre distintas tribus. Todavía está por determinar la diferente naturaleza anatómica de la tuberculosis y su evolución más fulminante en el negro. A su vez, los indios pueden manifestar hasta una proporción mayor de tuberculosis de tipo infantil que los blancos, y acusan resistencia a esas infecciones, según demuestran la existencia de ganglios calcificados en el tórax de los niños indios, de modo que tampoco puede atribuirse en ellos la elevada mortalidad a falta de una primoinfección inmunizante en la infancia. Comparada con la del blanco, la tuberculosis del negro suele ser más masiva, con más tendencia a la neumonía caseosa y la generalización tanto por vía hemática como linfática, con la consiguiente mayor variación en forma anatómica, mientras que clínicamente la evolución es más aguda y la duración más breve, aunque a menudo puede revelar una evolución muy crónica, y las autopsias frecuentemente revelan predominio de las formas crónicas. En contraposición a la impresión general, la tuberculosis del indio parece ser relativamente crónica y más parecida a la del blanco que la del negro. Al evaluar los factores responsables de las peculiaridades étnicas de la tuberculosis, es importante averiguar la causa de la cronicidad, así como las de la evolución fulminante y más teatral. En los casos que parecen constituir excepciones, valdría la pena investigar los antecedentes genéticos para compararlos con los de los sujetos más susceptibles. Esto reza con el blanco así como con el indio, pues las diversas tribus han conocido la tuberculosis por períodos diferentes, y algunas de ellas por mucho tiempo, de modo que la selección natural puede ya desempeñar algún papel en ello. (Long, E. R.: *Am. Rev. Tub.*, 1, eno. 1937.)

Comentando los datos anteriores, Pinner señaló que algunos en Estados Unidos creen que existen verdaderas diferencias etnogenotípicas en la susceptibilidad a y producción de la enfermedad tuberculosa, según indican Long y McCain, y ciertos estudios patológicos del mismo autor, mientras que Alarcón y Rodríguez Pastor no creen en tales diferencias. Esta discrepancia quizás proceda de que los últimos han verificado sus observaciones en lo que puede llamarse *habitat natural* de las poblaciones consideradas, mientras que en los Estados Unidos observan representantes de las mismas razas en condiciones de desajuste y a menudo desfavorables para la vida. La observación de Alarcón de que la mortali-

dad tuberculosa en la ciudad de México ha disminuído de 500 a 130 por 100,000 en los primeros 30 años del siglo sin una lucha organizada, indica que las variaciones estadísticas dependen, por lo menos en parte, de factores incompletamente conocidos y no sometidos a dominio consciente. La República de México puede convertirse todavía en un interesante campo de prueba de las varias teorías epidemiológicas, pues coexisten allí mortalidades excesivas y bajísimas, amplias variaciones climatológicas, y poblaciones absolutamente tuberculizadas junto a otras casi indemnes, todo esto unido a la amplia variedad de razas y mezclas raciales. Rodríguez Pastor tiene mucha razón en su ataque contra el infeliz término de "tuberculosis de tipo infantil" que ha creado tanta confusión. Debe reconocerse, sin embargo, que habrá que encontrar términos bien definidos para diferenciar las infecciones primarias y secundarias. El estudio de Kahn representa lo que puede llamarse el comienzo primordial de una epidemia tuberculosa en una población absolutamente no tuberculosa, y sería interesante observar al cabo de algunos años las consecuencias del núcleo endémico puesto de manifiesto. (Pinner, Max: *Am. Rev. Tub.*, 41, eno. 1937.)

Potthoff estudió antropológicamente a 1,000 tuberculosos, sin poder descubrir una forma peculiar del tórax asociada con la enfermedad, pues por el contrario, las mediciones torácicas de los tuberculosos correspondían al promedio para la población, y hasta era mayor el porcentaje en que las mediciones torácicas sobrepasaban lo normal. Tampoco pudo encontrar ninguna relación con las características étnicas de los enfermos, ni con la constitución de los mismos. (Potthoff, F.: *Beit. Klin. Tuberk.*, 180, fbro. 18, 1937.)

Raza negra.—La Comisión para el Estudio de la Tuberculosis en el Negro del Hospital-Sanatorio La Esperanza, analizó los datos de dicha institución. La unidad comprende dos departamentos, el hospital para enfermos avanzados, y el sanatorio para incipientes, con una capacidad respectiva de 354 y 490, o sea un total de 844. Los enfermos negros internados en ambas instituciones suman 125, variando la edad de 18 a 60 años, y predominando la de 20 a 30, como sucede también en la raza blanca. Los enfermos pertenecen a ocupaciones que pueden considerarse más vulnerables a la tuberculosis, por exigir un máximo de esfuerzo físico, y recibir un mínimo de remuneración. En el grupo negro predominan las formas anatomoclínicas de pronóstico más severo, notándose la ausencia absoluta de la forma más leve: exudativa benigna. En cuando a duración de la enfermedad en años, no se observaron diferencias significativas entre el grupo blanco y el negro. (Muñoz, L. A. de la Cruz, y Aranda Gómez, I.: *Rev. Tub.*, 219, ab. 1937.)

Para los autores, la extremada gravedad de la tuberculosis en los senegaleses no se debe a alergia, pues los negros que trabajan en las minas del sur de Africa reaccionan a la tuberculina con la misma frecuencia que los europeos, y sin embargo, la tuberculosis es muy grave entre ellos. En los Estados Unidos se ha observado un fenómeno semejante. La gravedad de la tuberculosis de los senegaleses llevados a Francia debe atribuirse al trasplante; al rápido entrenamiento; y a otros factores semejantes. La forma anatomoclínica presentada por los senegaleses en el campamento de Fréjus, en Francia, hace preguntarse si al lado del problema social no existe también un problema racial que explicaría la relativa fragilidad de las vías respiratorias en el negro, y la tendencia en éste a las localizaciones ganglionares y la generalización. En La Rochela el Servicio de Sanidad ha obtenido mucho éxito por medio del despistaje sistemático de los casos nuevos, el adiestramiento progresivo y establecimiento de una higiene perfecta. (Bezançon, F., y Afnould: *Gaz. Hôp.*, 898, jul. 10, 1937.)

Negros de la Guayana Holandesa.—Kahn presenta el resultado de un estudio relativo a la tuberculosis entre los negros de las selvas de la Guayana Holandesa, cuya raza viene a ser idéntica a la de los negros de Centro América. La tuber-

culina utilizada fué el P.P.D. de Seibert y Long, utilizando para comprobación tuberculina antigua. Después de resultar negativas a ambas inyecciones las primeras 200 pruebas, pareció mejor eliminar la primera (0.00002 mg) y emplear solamente la segunda (0.005 mg). En conjunto, se completaron 765 reacciones, sin comprender 70 en los indios de la tribu alikuyana, todos los cuales fueron negativos. En cuanto a los negros, hubo 18 (2.35%) positivos, perteneciendo todos éstos a una misma familia de una aldea, y viviendo todos ellos próximos. De los 18, 10 eran mujeres y dos niños, ninguno de los cuales había salido del distrito. De los otros seis, cuatro eran mujeres y dos niños, y sólo dos habían salido de la aldea en los últimos cinco años. (Kahn, M. C.: *Am. Rev. Tub.*, 36, eno. 1937.)

Infancia.—Contreras investigó 508 lactantes de 0 a 2 años, mediante la Pirquet y la Moro, hallando un 4.52 por ciento de positivos. Bravo realizó idéntica averiguación mediante la Mantoux, y los resultados alcanzaron a 7.5 por ciento. De un estudio realizado por Ballesteros en el Hospital Roberto del Río, de Santiago, y que consistió en un análisis crítico de 1,280 historias de niños de distintas edades, se desprende lo siguiente: reacciones tuberculínicas positivas, siendo 39.2 por ciento, la positividad igualmente frecuente en ambos sexos; positividad en aumento hasta los 9 años en la mujer, y hasta los 11 en el hombre; la Pirquet primitivamente negativa puede ser, en realidad, activada por una Mantoux posterior (reacción secundaria); en 60.1 por ciento de los casos positivos se encuentra lesión por la clínica, radiología u otros medios de laboratorio; queda, sin embargo, cierto número de formas ocultas; las manifestaciones más comunes son, en orden decreciente: infiltraciones secundarias, focos gangliopulmonares, diseminaciones, y tuberculosis caseosa; cuando hay acción hipo o anergizante, se encuentra una causa en 60.8 por ciento de los casos. De ellas, la más frecuente es el sarampión, y le siguen las tuberculosis graves. (Seroggie, Arturo y Romero, H.: *Rev. Chil. Ped.*, 115, mzo. 1937.)

Lactantes.—El A. expone la estadística relativa a 207 lactantes de la Casa Nacional del Niño, de Santiago de Chile, 66 de los cuales eran menores de 1 mes, 73 de 1 a 6 meses, y 68 mayores de 6 meses. De los 207, 156 eran distróficos medianos o graves al ingresar, y sólo 32 eutróficos, y al egresar los primeros habían aumentado a 179 y los eutróficos disminuido a 8. De las 207 madres, 173 eran bacilíferas. Fueron inmediatamente separados de sus madres, 56 niños; 29, antes de 30 días; 33, entre el 1^{er} y 3^{er} meses; 59, entre el 3^o y 12^o; y 27, después de 1 año. Entre los 56 separados inmediatamente, sólo 9 enfermaron de tuberculosis (16 por ciento), mientras que entre 151 que no fueron separados, enfermaron 71 (47 por ciento). Por todo enfermaron 80, no enfermaron 127 y fallecieron del mal 42 (52.5 por ciento). Incluyendo todas causas, entre los 151 no separados, murieron 60 (40 por ciento), mientras que entre los 56 separados, murieron 36 (64 por ciento). En 134 fueron negativas la Mantoux y la Pirquet; en 9 positivas ambas; en 28 sólo la Mantoux, resultando negativa la Pirquet, y en 35 positiva la Pirquet sin practicarse la Mantoux. El examen radiológico fué positivo en 77, negativo en 128 y dudoso en 2. Más de una tercera parte (73) de los lactantes eran prematuros. Con respecto a estancia en el asilo, 20 permanecieron menos de 1 mes; 95 de 1 a 6 meses; 36 de 6 a 12 meses, y 56 más de 1 año. Al egresar, 34 fueron reclamados por la familia sana; 12 por la madre tuberculosa; 65 para colocación familiar; falleciendo 42 del mal y 54 de otras enfermedades. El estudio comprueba el beneficio de la separación en cuanto al contagio tuberculoso; la mayor importancia del examen radiológico comparado con las reacciones de tuberculina (13 casos tuberculino-negativos con examen radiológico positivo); la mayor sensibilidad de la Mantoux con respecto a la Pirquet; el mayor porcentaje de mortalidad general entre los hijos de madres tuberculosas, en comparación con la de los demás asila-

dos; y la mayor mortalidad general entre los separados de sus madres, debido quizás al alto número de prematuros en dicho grupo. El A. deduce que para el prematuro el asilo es útil, siempre que se reúnan y cumplan los requisitos mínimos para su atención y cuidado hasta los 6 meses de edad, pasada la cual recomienda la colocación familiar previo examen y bajo control del Policlínico de Asistencia Social anexo a la Casa. (Eggers, Federico, y Raffo, J.: *Rev. Chil. Ped.*, 195, mzo. 1937.)

Forma infantil.—Armand-Delille y colaboradores han estudiado durante 10 años 1,000 casos de tuberculosis pulmonar del niño, observados en un servicio de hospital. Con respecto a frecuencia, la mayoría corresponden al segundo año, y al duodécimo al quincuagésimo año. En los cuatro primeros años no se presentan más que primoinfecciones, con una elevada proporción de generalizaciones miliares, mientras que hacia la pubertad, se observan casi exclusivamente reinfecciones, con pocas generalizaciones miliares. En lo tocante a topografía, la primoinfección ataca con predilección al vértice (131 de 200 casos, comparado con 65 para la base), y en los niños mayores 70% de las reinfecciones corresponden al vértice, y solamente 15% a la base de los pulmones. (Armand-Delille, P.; Bayle, L. V., y Mme. Lebreton: *Prog. Méd.* 1,663, obre. 24, 1936.)

Contagio infantil.—Repasando su observación prolongada de hijos de tuberculosos en grupo familiar, los autores hacen resaltar la extremada frecuencia de la contaminación, y al mismo tiempo, la mucha diversidad que reviste la frecuencia relativamente baja de las formas graves en este período de la vida, con un gran número de casos en que no hay ni signos clínicos ni radiológicos, y la infección sólo se traduce por una cutirreacción positiva. Hay mucho digno de atención, como la relativa frecuencia de reacciones negativas, que valdría más llamar nulas, en esos medios muy contaminados y a menudo antihigiénicos. La historia completa de 10 familias de 5 a 8 hijos, observadas durante 10 a 15 años, muestra que la enfermedad tuberculosa no ataca en particular ni a los niños mayores ni a los más jóvenes. (Bezançon, F., y otros: *G(z. Hôp.*, 945, jul. 24, 1937.)

Según las encuestas practicadas por Monreal en el Policlínico de Broncopulmonares del Hospital Roberto del Río, de Santiago, entre 520 casos la fuente de contagio no se precisó en 105; se encontraba en el hogar en 291 (70.12 por ciento); fuera del hogar en 121 (29.15 por ciento); y no se logró otro antecedente que el que la habitación había sido ocupada por tuberculosos, en 3 (0.72 por ciento). De 120 casos de contagio intrafamiliar, 53 corresponden a la madre, 30 al padre, 25 a los parientes, 8 a los hermanos y 4 a ambos padres. La estadística corrobora la afirmación de los AA. de que el contagiante reside, de ordinario, en el mismo hogar (70.12 por ciento), siendo relativamente alto el porcentaje (9.15 por ciento) de contagiados entre los extraños que conviven con la familia. (Scroggie, A., y Romero, H.: *Rev. Chil. Ped.*, 115, mzo. 1937.)

Bezançon y colaboradores analizan 131 observaciones de lactantes hospitalizados en la creche Landouzy de París, que experimentaron un contacto relativamente pasajero, pero a menudo intenso, con un padre tuberculoso. De los 131, murieron 35, 13 de tuberculosis evolutiva confirmada, 20 presentaron una cutirreacción positiva y signos indiscutibles de tuberculosis, 30 solamente reacciones positivas a la tuberculina, y 46, y sobre esto llaman la atención los autores, no reaccionaron a la tuberculina, a pesar de un contacto familiar seguro. A menudo es difícil justipreciar la gravedad de un contacto, pues formas graves corresponden a contactos bastante breves, pero muy bacilíferos. En las condiciones actuales de la habitación, el padre es casi tan a menudo como la madre el factor contaminante. (Bezançon, F., y otros: *Gaz. Hôp.*, 945, jul. 24, 1937.)

Tratamiento en el período inicial.—Debré y Lelong insisten en que es fácil reconocer actualmente la iniciación de la tuberculosis por el empleo sistemático

de las reacciones tuberculínicas, y además, fácil curar el foco tuberculoso inicial, mas no hay que contentarse con la curación natural y espontánea del foco, sino que hay que obtener un margen de seguridad para el porvenir. En estas condiciones, los autores recomiendan: el despistaje sistemático de la penetración del bacilo en el organismo juvenil con el empleo sistemático de la tuberculino-reacción; el examen radiológico del pulmón aun a falta de todo signo físico o funcional; la pesquisa eventual del bacilo con la ayuda de la sonda gástrica, y en los casos en que se descubra iniciación oculta, aconsejan imponer al niño un reposo más o menos largo, a fin de obtener una cicatrización perfecta de la lesión mínima, y evitar así toda evolución ulterior. La separación del niño del foco contaminador es primordial en este período, hasta que aquél esté protegido por una inmunidad sólida. (Debré, Robert, y Lelong, Marcel: *Prog. Méd.*, 1,000, jun. 26, 1937.)

Forma pulmonar por bacilos bovinos.—La transmisión de la tuberculosis bovina quedó definitivamente demostrada en la Universidad de Pennsylvania en 1902, y así lo corroboraron después los informes de las comisiones inglesa y alemana. Hasta hace poco se aceptaba que el bacilo bovino, aunque transmisible al hombre, sólo producía lesiones ganglionares y óseas, pero no pulmonares. La situación ha cambiado últimamente. De febrero 1931 a julio 1933, en el Instituto Serológico Oficial de Copenhague se encontró el bacilo bovino en 26 enfermos que padecían tuberculosis pulmonar, y aproximadamente en el mismo período, en 39 ejemplares de pus de los ganglios cervicales, en líquido cefalorraquídeo, y en orina obtenida de residentes de la población. Todos esos enfermos tenían más de 32 años, y 10 menos de 5. Sólo en un caso había tuberculosis abierta en otro residente de la casa del enfermo. Los autores del informe declaran que muy lejos de ser la tuberculosis pulmonar debida a la forma bovina rara, es sumamente común. En Amsterdam, en un examen de 115 adultos que padecían de tuberculosis pulmonar, tres revelaron el microbio bovino, y en la provincia de Norte Holanda, 10 de 89 casos. El lavado gástrico de 110 niños reveló el microbio bovino en nueve. Griffith y Smith, fundándose en minuciosas investigaciones en los condados del nordeste y sur de Escocia, declaran que la tuberculosis pulmonar es frecuentemente causada por el bacilo bovino. De abril 1934 a diciembre 1935, investigaron 103 casos pulmonares, cultivando en 13 la forma bovina del esputo, y en cinco de ellos había antecedentes de tuberculosis ganglionar previa, de modo que la vía de entrada fué casi seguramente el tubo digestivo. El *American Journal of Public Health* (nbre. 1936, p. 1,128) al llamar editorialmente la atención sobre el asunto, cree que deben verificarse en los Estados Unidos estudios semejantes, para averiguar cuántos casos pulmonares se deben a infección por el bacilo bovino.

El bacilo bovino en la meningitis tuberculosa.—Lesné y colaboradores apuntan que, sobre todo en los países escandinavos y en Inglaterra, donde más emplean la leche cruda de vaca y lacticinios crudos, se han hecho más pesquisas del bacilo bovino en la meningitis tuberculosa del niño. Para Inglaterra y Dinamarca hay estadísticas que acusan el bacilo bovino en 25 a 40% de los casos de meningitis tuberculosa. Por espacio de cuatro años, los autores han observado 138 casos de meningitis en niños alérgicos, y que no habían sido vacunados con BCG. Sólo en ocho casos el cultivo del líquido cefalorraquídeo en el medio de Löwenstein resultó negativo. La evolución clínica ha revelado que se trataba de síndromes meníngeos no tuberculosos y curables. De los 130 casos, 120 rindieron cultivos de tipo humano, y nueve de bacilos bovinos. La mayor parte de los últimos habían sido educados en el campo, y habían ingerido los lacticinios crudos por un período prolongado, sin que hubiera signos de contagio interhumano. La leche bacilífera dista mucho de ser rara, tanto en Francia como en el extranjero, viniendo de vacas afectas de mamentis tuberculosas o hasta de vacas tuberculosas cuyas mamas se hallan aparentemente sanas, pudiéndose también infectar por el polvo del

establo a los excrementos de animales enfermos. La conclusión práctica que desprenden los autores, es que para los niños sólo debe emplearse una leche fiscalizada desde la producción, y además hervida o esterilizada. (Lesné, E.; Saenz, A.; Salembiez, M., y Costil, L.: *Prog. Méd.* 1,831, nbre. 21, 1936.)

Para Lesné y colaboradores, en la mayoría de los casos de tuberculosis meníngea, hay individuos en las cercanías del niño que emiten bacilos, aunque a menudo no hay signos directos de contagio. Para ellos, el bacilo bovino posee una virulencia igual al humano. De 130 casos que estudiaron, en nueve encontraron el bacilo bovino. En esos casos la fuente de contaminación debe ser leche contaminada de modo que no debe desperdiciarse precaución alguna en la higiene de ésta. (Lesné, E., y otros: *Arch. Méd. Enf.*, 798, dbre. 1936.)

Primoinfección tuberculosa inaparente del adulto.—Un estudio de la alergia tuberculínica realizado por los autores, les permitió descubrir entre los soldados de cuatro unidades del ejército argentino 81 casos de primoinfección tuberculosa desarrollada durante su permanencia en las filas militares, todos ellos inaparentes, pues en ninguno se presentaron durante su estadía en las filas signos de impregnación fímica ni alteraciones físicas que hicieran pensar en etiología tuberculosa, y todos prestaron servicio activo hasta terminar la conscripción, habiendo hasta aumentado de peso. Sólo 16% revelaron aceleración de la eritrosedimentación, y sólo 26% signos radiográficos. Los 81 sujetos provenían de medios rurales. La P. I. T. es relativamente frecuente en los adultos urbanos, y en el medio militar los autores comprobaron con la tuberculinorreacción, que 10-12% de los adultos provenientes de la ciudad, pasan por dicha P. I. T. después de los 24 años. Al lado de estas P. I. T. inaparentes, los autores observaron otras manifiestas, aparecidas en compañeros de los otros; es decir, que sobre un total de 61 P. I. T. halladas en dichas unidades 54 eran inaparentes y siete aparentes o manifiestas. (Ontaneda, L. E., y otros: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 1,768, obre. 1936.)

Herencia.—Desde la antigüedad se ha dado por sentado que en la tuberculosis interviene en algún sentido la herencia, y el asunto ha recibido mucha atención en Alemania en los últimos años. Münter, fundándose en una serie de exámenes familiares, deduce que existe una predisposición hereditaria, y que la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas interviene con toda probabilidad la transmisión hereditaria recesiva, compatible con las leyes de la herencia. Ickert ha llegado a la misma conclusión, y en colaboración con Benze, fundándose en investigaciones genealógicas, cree que toda infección tuberculosa procede de una predisposición congénita, puesto que prácticamente todos los individuos que acusan signos de transmisión hereditaria recesiva establecida, se vuelven tuberculosos. Hay que considerar el ambiente, pero los factores eugénicos revisten igualmente importancia. Tratando de justipreciar las probabilidades de que se tuberculice un hijo de padres dados, Ickert y Benze han preparado una tabla en que el porcentaje de probabilidad varía de 5.3 para el niño cuyos padres son sanos e indemnes, a 58.7 cuando ambos padres son tuberculosos, y además existe alguna tara en uno u otro padre. (Carta de Berlín: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,399, obre. 24, 1936.)

Censo del lupo.—En 1935, en la provincia de Turingia, Alemania, hicieron un examen detenido de todas las personas que padecían de lupo y de los allegados, habiéndose publicado el resultado recientemente en el *Münchener medizinische Wochenschrift*. Del total de 456, 143 eran hombres, 278 mujeres y 35 niños, es decir, que las mujeres eran casi el doble que los hombres. De los 456, 80 presentaban patología pulmonar, comprendiendo 30 hombres, 44 mujeres y seis niños, y en nueve había tuberculosis extrapulmonar. De los 651 parientes, 68 presentaban patología pulmonar (incluso dos casos de neumocoñiosis) o tuberculosis de algún otro sitio. De los 68, 14 eran casos abiertos, y en cinco se descubrió el mal por primera vez al hacer este examen. El resultado de este censo indica una vez más

la necesidad de examinar roentgenológicamente los pulmones de todos los enfermos de lupo y de los allegados. (Carta de Berlín: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,399, obre. 24, 1936.)

Amígdalas y útero.—Entre 2,477 casos en que verificaran la amigdalectomía, Krishnaswamy y colaboradores encontraron signos histológicos de tuberculosis en 15, predominando en las mujeres mayores de 15 años y menores de 20. El enfermo más joven tenía 15, y el más viejo 26 años. En cambio, la tuberculosis del útero es más común en los adultos, pues la edad media en los ocho casos observados por los autores fué 28 años, siendo el síntoma más común leucorrea, aunque algunas enfermas se quejaron de amenorrea y otras de hemorragia vaginal. La duración de los síntomas varió de 5 meses a 6 años, habiendo en todos los casos, menos uno, signos histológicos de cervicitis tuberculosa. (Krishnaswamy, K. F.; Goyle, A. N., y Vasudevan, A.: *Ind. Med. Gaz.* 254, mayo 1936.)

Cadera.—Entre 106 casos consecutivos recibidos en 40 años en el Hogar New England Peabody para Niños Lisiados, en 16 (15 por ciento), el diagnóstico resultó erróneo, restando, pues, 90 casos, en 30 de los cuales había lesiones tuberculosas en otros órganos, aparte de los ganglios traqueobronquiales. Se conoce el estado actual de todos los casos, menos 16. Las muertes conocidas suman 15, debidas principalmente a meningitis e infección secundaria de las fístulas canalizadoras. Para la primera de estas causas no hay terapéutica disponible; la segunda sí puede atacarse por medio de las curas estériles de las fístulas, y la abstención absoluta de toda intervención cruenta durante el período agudo de la enfermedad. La tuberculosis de la cadera revela una variación extraordinaria en su evolución. La helioterapia no parece ejercer efecto curativo específico. Para el autor, debería descartarse la palabra curado para estos casos, en pro de estacionado. La fusión de la cadera obtuvo éxito en 85 por ciento de una serie de 23 casos consecutivos, y cuando fracasó, esto se debió aparentemente a difusión de la enfermedad a los injertos. En algunos casos, a pesar de haberse logrado la fusión, se presentaron signos de enfermedad activa. La fusión no representa una curación, pero ofrece mayores probabilidades de obtener la quiescencia y proporcionar un miembro útil para sobrellevar el peso. Durante el período agudo, que puede durar de algunos meses a tres o cuatro años, lo mejor es el reposo absoluto en cama, y suspensión de toda cirugía. Luego debe aplicarse la fusión, y observarse el caso por lo menos cinco años más. El autor no considera su estudio como definitivo, pues para ello habrá que esperar a que hayan muerto todos los enfermos y se determine el resultado final. En la discusión, Wilson dijo que no realizaba la fusión sin un diagnóstico positivo de tuberculosis, empleando para ello la biopsia, la cual puede verificarse sin percances, con tal que se despliegue el cuidado debido. Convino con Barr en que la fusión transforma la tuberculosis de infección articular en infección de un hueso largo. Hallock agregó que en el Hospital Ortopédico de Nueva York abandonaron el tratamiento conservador, por considerarlo infructuoso. En 1928, Smith y Watters presentaron el resultado obtenido con este método en 150 casos, encontrado 47 por ciento todavía activos; 27 por ciento quiescentes; dos pacientes sin síntomas y con movilidad, y 24 por ciento de mortalidad. En 1934, Toumey y Hallock presentaron el resultado de 170 casos sin seleccionar tratados por la fusión, comunicando éxito en 87 por ciento y una mortalidad de 8.2 por ciento. Hallock convino en el valor supremo del diagnóstico, pero antes de incidir una articulación sospechosa, obtiene permiso para realizar la fusión si descubre tuberculosis. (Barr, J. S.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,517, nbre. 7, 1936.)

Al discutir en el Décimocuarto Congreso de la Asociación de Médicos de Lengua Francesa en la América del Norte, en Montreal, el 7 de septiembre de 1936, Samson declara que el niño es el candidato principal a la coxalgia, tomando el siguiente

cuadro clínico cuando se trata debidamente: invasión; destrucción; reparación; y curación. En 1,100 casos, observó la siguiente proporción de tuberculosis de las grandes articulaciones: columna vertebral, 27.90 por ciento; rodilla, 27.80; cadera, 27.80; tobillo, 8.63; codo, 3.18; hombro, 2.45; muñeca, 2.18. En los niños debe aconsejarse el tratamiento médico, con la inmovilización local durante todo el período activo, pero si amagara una fistulización, no debe vacilarse en intervenir. Aún en condiciones desfavorables, la artrodesis puede facilitar buenos resultados. En el adulto, la artrodesis se practica en todos los períodos, siempre que el sujeto presente las condiciones requeridas, pero es mejor inmovilizar el miembro enfermo en yeso por algunos meses antes de intervenir. Una fístula infectada secundariamente contraindica la artrodesis. En 95 casos de coxalgia en evolución, en que se practicó la artrodesis en enfermos de 1 a 5 años, en 74 se obtuvo la curación, con anquilosis; en ocho, con pseudoartrosis; en seis, con fistulización prolongada; en dos no se modificó la evolución, y cinco enfermos murieron. El autor hace notar que la coxalgia doble plantea siempre un problema difícil, pues hay que tratar de curar las dos caderas por anquilosis, tratando de devolver más tarde el movimiento a una con la operación de Whitman, o la artroplastia. De 46 casos tratados con la artrodesis, en 43 se obtuvo la anquilosis ósea, en dos pseudoartrosis, y un enfermo murió. De 13 tratados con la operación de Whitman, en 11 se obtuvieron movimientos extendidos indoloros; en uno dolorosos, y en uno se reavivó la tuberculosis. En 57 casos en que se realizó la osteotomía subtrocantariana, el resultado fué bueno. Sorrel apuntó que en los últimos años se ha adelantado bastante en el diagnóstico de la tuberculosis de la cadera, sobre todo gracias a los rayos X, y en el tratamiento también se ha adelantado bastante, conociéndose ya mejor el valor del tratamiento general, y en particular del climático, en un sanatorio marino, con la helioterapia. El tratamiento quirúrgico también permite obtener resultados muy superiores a los de otras épocas, pero hay que proseguir con sumo cuidado las indicaciones, y escoger con deliberación el procedimiento. Favreau declaró que entre los intervencionistas en absoluto y los conservadores testarudos, él figura entre los intervencionistas mitigados, y fundándose en unos 50 casos, en su mayoría en niños, recomienda que no se intervenga durante el período de bacilemia tuberculosa, ni se practiquen intervenciones intrafocales. Para él, el tratamiento local de la coxalgia debe consistir en la inmovilización en decúbito dorsal durante unos 3 años; la cirugía extrafocal conservadora es útil para el adulto, pero no para el niño menor de 12 años; la artrodesis tardía es una intervención que encuentra sus indicaciones en todo enfermo curado, pero que todavía experimenta secuelas tenaces de las caderas móviles, y por fin, una cirugía conservadora intrafocal puede resultar útil en ciertos casos, pero no debe verificarse jamás antes de terminar el segundo año, y no debe menospreciarse jamás el tratamiento general por medios climáticos, medicamentosos, alimenticios y disciplinarios. (*Gaz. Hôp.* 1,497, obre. 31, 1936.)

Corazón.—Porter y Gordon estudiaron teleoroentgenogramas de 400 enfermos que tenían tuberculosis pulmonar, y cuya edad variaba de 18 a 67 años, representando todas las formas clínicas del mal. Compararon el diámetro transversal medido y el predicho del corazón de los 400, y en 203 (50.5%) el diámetro medido era mayor que el predicho; en 165 (41.5%) menor, y en 32 (8%), igual. El estudio roentgenológico de 54 casos que murieron, reveló muy poca diferencia, comparado con el promedio general. (Porter, R. E., y Gordon, W. H.: *Am. Rev. Tub.*, 82, jul. 1937.)

Intestino.—Brock y Perry analizan los datos para 1,336 tuberculosos blancos y 375 negros recibidos en el Sanatorio de Waverley Hills en el quinquenio iniciado en 1930. De los 1,336 7 por ciento padecían de tuberculosis pulmonar mínima; 35 por ciento de tuberculosis moderadamente avanzada, y 58 por ciento muy

avanzada a su ingreso. Sólo en uno de los mínimos se diagnosticó tuberculosis intestinal, comparado con 31 entre los moderadamente avanzados y 140 entre los muy avanzados. El porcentaje para el grupo total fué de 12.8 y para el avanzado de 13.8. Entre los 358 negros la cifra fué 18.2 y en los casos avanzados de 19.0. En 1930, Brown y Sampson declararon que, entre 1,801 casos del Sanatorio Trudeau 148 fueron positivos de tuberculosis intestinal, comprendiendo 4 mínimos, 99 moderadamente avanzados, y 45 muy avanzados, o sean porcentajes de 1.1, 9.0, y 25.7 para los tres grupos. Entre 5,542 enfermos reconocidos antes de 1930 el porcentaje había sido de 26.5. Al comparar estos porcentajes obsérvase que la tuberculosis intestinal parece ir claramente de capa caída. Este descenso no puede atribuirse al diagnóstico temprano ni a la colapsoterapia. (Brock, Benjamin L. y Perry, Gilbert O.: *Am. Rev. Tub.*, 356, sep. 1936.)

Lengua.—Al describir dos casos de tuberculosis de la lengua en varones blancos de 50 y 81 años que padecían de tuberculosis pulmonar, D'Aunoy y colaboradores hacen notar que la enfermedad es rara, pues sólo se habían comunicado 357 casos hasta enero 1936. El mal suele asociarse con tuberculosis de otros órganos, por lo general el pulmón, como sucedió en los dos casos de los autores. Es improbable que la tuberculosis primaria de la lengua sea frecuente, aunque puede provocarse sin dificultad experimentalmente. El diagnóstico puede realizarse con seguridad con métodos histobiológicos. El tratamiento no resulta satisfactorio, y el pronóstico es desfavorable. Con respecto a rareza, Willigk encontró dos casos entre 1,317 autopsias en tuberculosos; Fisher seis en 1,500; Chiari 12 en 625; Fowler y Godlee cuatro en 382, y Adami y McCrae, ninguno en 417; en el Hospital de Caridad de Nueva Orleans, tres entre 13,923 autopsias consecutivas, o 15% aproximadamente en tuberculosos, es decir, 27 casos en más de 6,000 autopsias en tuberculosos, y cinco casos entre 730,524 enfermos (24,548 con tuberculosis) recibidos allí en los últimos 29 años. (Morgagni, en 1771, fué probablemente el primero en reconocer el estado, pero Portal en 1804 comunicó el primer caso auténtico, siguiendo Louis en 1825, Fleming en 1850, Buzenet en 1858, y Julliard en 1865. Para 1886 Delavan compiló 46 casos; Wedenski en 1895, 112; Scott en 1916, 231, y Carmody en 1925, 277; Durante, en 1917 declaró que se habían comunicado unos 250 hasta el 20 de octubre de 1916, y agregó cinco propios; Morrow y Miller en 1924 compilaron 282, 16 propios; Bass comunicó dos más en 1926; Todd comunicó tres casos en 1926, tabulando 311; en el mismo año Feldman compiló 283; en 1929 D'Aunoy y Miller comunicaron tres casos, compilando un total de 334, 97 de los Estados Unidos.) (D'Aunoy, Rigney; Von Haam, Emmerich, y Connell, John: *Am. Rev. Tub.*, 180, fbno. 1937.)

Mama.—Hall cita tres casos de tuberculosis de la mama que revelan la forma de invasión y de infección. Hasta la fecha no se ha comunicado ninguna autopsia en que la tuberculosis se limitara a la mama sin signos de infección en otra parte. La enfermedad aparece más frecuentemente entre los 20 y 50 años. Hay muy poca dificultad con respecto al lado afectado. La gestación no parece constituir un factor importante, pues 201 de 545 casos estudiados fueron en nulíparas. Para muchos, la infección se debe al tipo bovino del bacilo, pudiendo transmitirse al tejido mamario por varias vías: contigüidad, contacto, conductos galactóferos, sangre o linfáticos. La tuberculosis mamaria puede tomar las mismas formas que en otras partes del cuerpo, y los síntomas y signos varían mucho, aunque el primero y más importante es una tumefacción. El dolor aparece muy tardíamente, y sólo se mencionó en 6% de los casos tempranos. A veces puede haber hiperestesia en los pezones. El tratamiento es siempre quirúrgico, debiendo comprender todos los linfáticos afectados, y dejar sólo tejido sano. (Hall, W. E. B.: *Can. Med. Assn. Jour.*, 520, nbre. 1936.)

Meninges.—Entre 300 autopsias, Scott observó que, separando 9 casos de

tuberculoma cerebral, las meninges revelaron tubérculos en 93 de 225 niños de menos de 10 años, y en 35 de los 75 de más de 10 años. De 10 enfermos de 10 a 20 años, los encontró en 3; entre 65 de más de 20, en 32. La distribución de los gránulos varió, así como también su frecuencia en los niños y los adultos. (Scott, H. H.: *Tubercle, Lon.*, 348, ab. 25, 1936.)

Ojo.—Volpi analiza el estado general en 185 casos de tuberculosis ocular, 170 de ellos en niños. De los 170, en 56 (33 por ciento) se descubrió contagio familiar, y el porcentaje debe ser mayor. Entre los 15 adultos el contagio familiar también fué un hecho en 5. En 104 de los 170 niños se observaron síntomas generales. Las reacciones alérgicas en los niños afectos acusan un porcentaje inmensamente superior al de los niños indemnes. En más del 50 por ciento de los niños la radiología revela lesiones ganglionares casi siempre de carácter crónico y fibroso. (La tuberculosis ocular comenzó a ponerse de manifiesto después de 1851 cuando se inventó el oftalmoscopio. Gradenigo fué el primero en hacer, en 1869, el diagnóstico de iritis tuberculosa en un individuo de 21 años sin ninguna otra localización tuberculosa. Después se debatió por mucho tiempo el hecho de si la infección ocular es primitiva o secundaria, conviniendo hoy día las autoridades en que la forma primaria es en general rara.) (Vieira Volpi, Abel: "*El Estado General en la Tuberculosis Ocular*" mayo 1936.)

Peritonitis.—En la sección de pediatría del Instituto de Tuberculosis de Leningrado, de 1925 a 1934, ingresaron 18 casos de peritonitis tuberculosa. Entre 9,078 casos quirúrgicos recibidos en el Hospital de Niños Rauchfus en siete años, hubo 17. Para el autor, la peritonitis tuberculosa es siempre secundaria a tuberculosis de algún otro órgano o tejido, y en la mayoría de los casos, del pulmón. Para él el estudio del líquido peritoneal obtenido por paracentesis es muy útil en el diagnóstico diferencial. El método de cultivo de Gohn-Löwenstein en los medios nuevos, como el Petraghani, da mucho mejor resultado que los métodos antiguos. El tratamiento debe ser sobre todo higiénico-dietético. La operación solo está indicada en las formas exudativas cuando fracasan los procedimientos abstencionistas, aunque conviene seguir la laparotomía del régimen sanatorial. En los lactantes jamás debe operarse. El neumoperitoneo fracasó en todos los casos en que se probó, y lo mismo sucedió con la tuberculina. La helio y la actinoterapia constituyen valiosos auxiliares, sobre todo si la lesión pulmonar no está muy avanzada. (Shwartz, N. V.: *Sov. Vrach. Zhur.*, 331, mzo. 15, 1937.)

Próstata.—Al verificar exámenes microscópicos de los cortes de 678 próstatas, Moore encontró 163 casos de tuberculosis de uno o más órganos, y entre los 163, 20 (12.3%) de la próstata. Había invasión bilateral en 13, y unilateral en 7. En 11, el diagnóstico fué macroscópico. Hay signos histológicos y correlativos de que la lesión prostática es secundaria a otra urogenital en menos de 20% de los casos. (Sewell, G.; Kasper, J., y Broom, Norma: *Jour. Urol.*, 385, mzo. 1937.)

Cáncer.—Al estudiar los protocolos de 2,000 autopsias consecutivas en blancos y negros, de 1 año o más de edad, en la ciudad de Memphis, Tennessee, Moore y Schmeisser encontraron 131 casos de tumor maligno, y 480 de tuberculosis, coincidiendo en 21 (1.5%) ambas enfermedades. Analizando más el punto, se observó que 4.37% de todos los tuberculosos también manifestaban cáncer, en tanto que 16.03% de los cancerosos padecían además de tuberculosis. La proporción de esta coincidencia representó 1.65% en la raza blanca, y sólo 0.82% en la negra. En los tuberculosos blancos, 7.5% también tenían cáncer, y en los cancerosos, 21.42% tuberculosis; para los negros, las cifras fueron 3.33 y 13.48. El coeficiente de coexistencia de ambos males fué mayor en la mujer (1.42%) que en el varón (0.87%). (Moore, R. M., y Schmeisser, H. C.: *Am. Rev. Tub.*, 336, mzo. 1937.)

Al analizar 390 autopsias consecutivas de 1922 a 1936, en el Departamento de

Patología de la Facultad de Medicina de Missouri, Moore y Neal encontraron en 73 cáncer, en 89 tuberculosis activa, y en 12 de esos casos ambas enfermedades. La frecuencia de la lesión doble fué mayor en las mujeres (7.37%) que en el hombre (4.74%), y en la raza blanca (6.87%) que en la negra (2.17%). (Moore, R. M., y Neal, M. P.: *South. Med. Jour.*, 395, ab. 1937.)

Diabetes.—Entre 3,385 tuberculosos recibidos en el hospital Montefiore, de Massachusetts, Wiener y Kavee encontraron 218 casos en que coexistía diabetes. Entre 701 diabéticos recibidos en otros servicios, 5 manifestaron tuberculosis pulmonar, mientras se les observaba (0.7 por ciento). De 909 diabéticos recibidos en el hospital, 218 (23.9 por ciento) tenían tuberculosis. En 38 casos (17.4 por ciento) la tuberculosis pulmonar fué anterior a la diabetes. De los 218 casos 124 fueron en hombres y 94 en mujeres, siendo la proporción para los primeros 5.5 por ciento y para las segundas 8.3 por ciento. De los 218, 20.8 por ciento murieron en menos de un año y 47.2 por ciento dentro de dos años. Sólo en 17 por ciento pareció estacionarse la lesión pulmonar. De los 218, 159 (72.9 por ciento) han muerto, se ha perdido de vista a 26, y 33 (15.1 por ciento) están vivos. El pronóstico del diabético en que se presenta tuberculosis es muy grave, aun con el tratamiento mejor de ambos males. La dieta y la insulina al parecer no desempeñan papel alguno aparte de ayudar la nutrición general. El neumotórax terapéutico sí parece cohibir el avance del proceso tuberculoso. (Banyai, en 8,520 casos de diabetes encontró 2.6 por ciento de tuberculosis pulmonar; Fitz, en 5,500 casos por la literatura, 1.6 por ciento; Sevringhaus, entre 500, 4 que murieron de tuberculosis pulmonar y otros 4 que tenían tuberculosis activa (1.6 por ciento); y Murphy y Moxon, entre 827, 4.8 por ciento). (Wiener, J. J., y Kavee, Julius: *Am. Rev. Tub.*, 179, agto. 1936.)

Del 1° de agosto de 1929 al 1° de abril de 1934, en el Hospital Herman Kiefer, de Detroit, han observado 80 casos de diabetes entre tuberculosos. Myers y McKean estudian 8 de esos casos, 5 de los cuales demuestran el aparente estacionamiento de lesiones pulmonares avanzadísimas, con un tratamiento apropiado de ambas enfermedades; dos casos de fracaso absoluto, y un caso de recidiva de un tuberculoso aparentemente estacionado, al descuidarse la diabetes. (Myers, G. B., y McKean, R. M.: *Am. Rev. Tub.*, 219, agto. 1936.)

Diabetes en Cuba.—Entre más de 1,000 historias de tuberculosos de su clientela privada, Romaguera sólo pudo encontrar dos casos de diabetes, y entre los enfermos del Sanatorio La Esperanza, dos más. Después de repasar la literatura advierte que debe pensarse en la existencia de la combinación diabetes-tuberculosis cuando un enfermo padece cualquiera de esos dos males. La asociación es más frecuente en el hombre, pues todos sus casos correspondieron a ese sexo, y en la edad adulta. La diabetes precede casi siempre a la tuberculosis. El pronóstico en esos casos no es tan grave desde el descubrimiento de la insulina. La mejor terapéutica es la hiperinsulinización en lo tocante a la diabetes, pero sin omitir el neumotórax u otro tratamiento indicado contra la tuberculosis. El autor publica tres historias clínicas. (Joslin afirma que entre 51,815 tuberculosos del Instituto Phipps sólo se encontraron 51 diabéticos, o sea 0.16 por ciento.) (Romaguera, L. P.: *Rev. Med. Cub.*, 659, jul. 1936.)

Enfermedad de Hodgkin.—Declarando que conviene con Vasiliu e Yriminoui en que la etiología del linfogranuloma de Hodgkin es tuberculosa, Ayuso y O'Horibe dice que en sus casos prefiere emplear, como ya lo ha hecho en numerosos niños y adultos, la tuberculina A-O. (Ayuso y O'Horibe, H.: *Gac. Méd. México*, 338, obre. 31, 1936.)

(Continuará)