

ascendieron a 22, cinco de ellos mortales, y la posibilidad de accidente con vacunas vivas es cuatro veces mayor que con vacunas muertas y once veces mayor que con vacunas calentadas. Para los institutos de América constan los siguientes datos: tratados con médula seca o glicerinada: en Buenos Aires 1,612 (3 muertes, o sea 0.18 por ciento; tres accidentes paralíticos, ninguno mortal); Montevideo, 645 (una muerte o sea 1.5 por ciento; no hubo accidentes); Ceará, 248 tratados con una muerte (0.4 por ciento). Con el método de Semple: Santiago de Chile, 75 tratados (sin mortalidad ni accidentes); Nueva York 1,308 (sin mortalidad ni accidentes). Entre 13,574 tratados con médula seca o glicerinada hubo 36 muertes (0.27 por ciento) y tres accidentes, ninguno mortal; de 5,148 tratados con métodos de dilución modificada (Högyes, etc.) murieron 17 (0.33) y hubo tres accidentes, dos mortales; con vacuna fenicada muerta (en su mayoría de Semple), 51,671 tratados con 283 muertes (0.55) y siete accidentes, dos de ellos mortales; y con vacuna calentada de 27,077 tratados murieron 65 (0.24) y hubo dos accidentes, ninguno mortal. (McKendrick, A. G.: *Quart. Bull. Health Org.*, 613, dbre. 1934.)

Accidente mortal.—Bonorino Udaondo y colaboradores describen un caso de mielitis mortal consecutiva a la vacunación antirrábica. El sujeto, de 29 años, se hizo vacunar contra la rabia el 6 de octubre de 1932 por haber estado en contacto con un perro que resultó rabioso, pero sin haber recibido mordedura ni rasguño del animal. A los 14 días de iniciado el tratamiento comenzaron los primeros síntomas nerviosos, que se fueron acentuando hasta la muerte, que sobrevino el 27 de octubre. En la Argentina, las complicaciones nerviosas de la vacunación antirrábica son raras. Entre 28,207 vacunados en el Instituto Pasteur de Buenos Aires de 1886 a 1919, Ramos Mejía encontró 39 accidentes paralíticos. Marque sólo encontró una dislepleja facial entre 25,372 tratados con la técnica de Högyes. (Otros datos pueden encontrarse en el trabajo de González sumariado en este mismo número.—RED.) (Bonorino Udaondo, C., Sanguinetti, L. V., y Zunino, L. V.: *Prensa Méd. Arg.*, 1565, agto. 22, 1934.)

TRACOMA Y CEGUERA¹

Argentina.—El Dr. Antenor Alvarez, presidente de la comisión directiva de la asistencia social del tracoma en la Argentina, ha recopilado en un folleto de 59 páginas muy bien presentado, los datos disponibles sobre la enfermedad en el país, agregando un plan general de defensa, y las conclusiones aprobadas por la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. La entidad patológica conjuntival reinante en Argentina, especialmente en el norte, fué clasificada por médicos argentinos y por Fuchs como tracoma benigno. El mal fué importado por los inmigrantes, y dándose cuenta del peligro que entrañaba, Aráoz Alfaro, cuando presidente del Departamento Nacional de Higiene en 1923, nombró una comisión para estudiar el asunto e indicar las medidas para combatir el tracoma, a la vez que creaba una sección de profilaxis del tracoma y oftalmías infecciosas bajo la dirección del distinguido oftalmólogo, Dr. Antonio Barbieri. Este en 1924 presentó un informe que, aprobado por la comisión, fué elevado al Departamento. El mismo año el Dr. de la Vega presentó un estudio sobre el tracoma en las provincias del norte. Otros muchos trabajos han sido publicados después. Cuando Fuchs estuvo en Santiago del Estero en 1927, entre 60 enfermos del dispensario nacional de oftalmías infecciosas, encontró 48 tracomatosos, o sea 80 por ciento, y entre 102 alumnos de los grados superiores de una escuela, 11, o sea 10.78 por ciento. (En

¹ Otras crónicas sobre el mismo asunto han aparecido en los siguientes números del BOLETÍN: mayo 1934, p. 434; dbre. 1932, p. 1289; obre. 1931, p. 1333; 1930: ab., p. 433; dbre., p. 1449; jul. 1928, p. 339.

un examen subsecuente de todos los 889 alumnos, de la misma, Jiménez encontró 122 tracomatosis, o sea 12 por ciento.) De la Vega ya había descubierto índices tracomatosis altos en escuelas de varias ciudades de la Provincia, incluso la capital de ésta. El comité provincial de la Cruz Roja Argentina, presidido por el autor, fundó una Liga Contra el Tracoma, preparó enfermeras especializadas, formuló un plan de defensa, acumuló materiales, e hizo propaganda entre el público desde 1928. La lucha fué comenzada en las escuelas. En 1928, de 3,564 niños examinados, un 17 por ciento eran tracomatosis; en 1929 las cifras eran 3,188 y 15 por ciento; 1930, 3,530 y 13.5; 1931, 3,377 y 10.8; y 1932, 3,445 y 10.7 por ciento. En el último año, las formas clínicas predominantes fueron las siguientes: cicatricial parcial, 26 por ciento; cicatricial, 25; mixta, 16; incipiente, 12; papilar, 9; granulosa, 7; y gelatinosa, 5 por ciento. La Liga Contra el Tracoma creó en Santiago del Estero un dispensario oftalmológico dirigido por el Dr. Rodolfo G. Olle, y tomó a su cargo la lucha en algunas escuelas, encomendando este servicio al José V. Jiménez, ayudado por cinco enfermeras provistas de botiquines portátiles. Jiménez, entre 2,617 niños examinados en 1929, encontró un índice tracomatosis de 17.95 por ciento sin comprender los sospechosos, siendo el índice en algunos suburbios muy superior al promedio y, en cambio, muy inferior en otros. En 1930, Jiménez dividió las escuelas en limpias, semilimpias y sucias, dando las primeras un índice de 5.9 por ciento; las segundas de 15; y las sucias de 27.82 por ciento, mientras que el índice para los 3,076 niños examinados en todas las escuelas, era de 16.98 por ciento, comparado con 16.19 en 1931, y 12.45 en 1932. En el dispensario dirigido por Olle en 1929 (mayo a diciembre) el índice tracomatosis entre 487 enfermos fué de 21 por ciento; en 1930, entre 830, 25.2; en 1931, entre 854, 15.3; y en 1932, entre 768, 14.7 por ciento, lo cual denota una disminución sensible. El último censo escolar en la Argentina arroja un total de 1,692,318 niños en edad escolar, y calculando que 423,327 de ellos pertenecen a la zona subtropical, con un índice de 15 por ciento de tracoma, habría en esa vasta región 63,499 niños tracomatosis. Vista la difusión de la enfermedad, sobre todo en algunas poblaciones, el autor, como presidente del Consejo de Higiene Pública, presentó un plan de higiene social que es más o menos el mismo adoptado por la Cruz Roja Argentina y la Liga Contra el Tracoma, el cual fué aprobado por el Congreso y luego por el Poder Ejecutivo de la Provincia. Ya autorizado el plan, se dispuso el examen ocular en las escuelas de la capital, dando todas ellas un índice tracomatosis superior a 25 por ciento. Aun aceptando sólo 15 por ciento para los 93,234 escolares de la provincia, habría 13,985 tracomatosis. Entretanto, el Departamento Nacional de Higiene había creado dispensarios en las provincias de Jujuy (tres), Salta (dos), Tucumán (dos), y Santiago del Estero (cuatro). En el dispensario de la ciudad de Santiago del Estero se examinaron en 1928, 1,949 enfermos, con un índice de 48.23 por ciento de tracomatosis; en 1929, 1,726 y 38.76; en 1930, 1,743 y 32.87; en 1931, 2,324 y 30.68; y en 1932, 2,018 y 25.82 por ciento. El plan del autor comprende: intervención de la Cruz Roja Argentina; organización de filiales de la Liga Contra el Tracoma, especialmente en las poblaciones infectadas; examen de todos los alumnos al empezar el año escolar, haciendo tratar a los infectados; fundar escuelas de tracomatosis en las ciudades de índices bajos donde es posible aislar a los enfermos de este modo; combate contra el mal en la misma escuela si no es posible el aislamiento, tomando ciertas precauciones como lavado de las manos inmediatamente antes de entrar a clase, libros y útiles estrictamente personales, y evitar en lo posible el contacto de niños tracomatosis con los indemnes; imponer a los maestros la obligación de curar a los niños tracomatosis; instalar en las escuelas primarias de las ciudades tracomatosis dispensarios permanentes; proveer a los enfermos de anteojos ahumados; separar de la escuela a todo niño atacado de inflamación aguda y supurada; dotar a las escuelas primarias de

botiquines para curaciones oftálmicas con las instrucciones necesarias; practicar periódicamente inspecciones oculares de escuelas, cárceles, cuarteles, fábricas, hospicios, etc., tomando las medidas pertinentes si se observan casos; organizar un cuerpo de visitadoras oftalmológicas para atender a domicilio a los que no pueden concurrir al dispensario; dictar a los maestros cursos temporales sobre tracoma y oftalmías; enseñar en las escuelas la etiología y profilaxia del tracoma y realizar propaganda sobre el asunto en todas las formas posibles. Además, mejorar la construcción e higiene de los edificios escolares y de las viviendas obreras; construir baños públicos gratuitos; dotar a las ciudades de abastos de agua abundante y de obras sanitarias; organizar equipos móviles para los distritos rurales; y disponer la construcción en cada capital de provincia de un hospital oftalmológico. (Alvarez, A.: "Asistencia social del tracoma en la Rep. Argentina," 1934.)

En su informe a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social en Buenos Aires, además de recomendar la creación de un Instituto Nacional del Tracoma, Pavía discute la asistencia social de esa enfermedad y de la ceguera en general bajo los siguientes encabezados: conjuntivitis del recién nacido, cegueras por enfermedades hereditarias, tracoma, accidentes del trabajo, examen visual de los escolares, declaración obligatoria de la ceguera, y por fin la subvención del Comité Argentino de Profilaxia de la Ceguera; y la organización de un Patronato de Ciegos, que tendrá a su cargo la edificación de un Instituto Nacional de Ciegos, con varias dependencias, formar un censo nacional de ciegos, ofrecer ocupación a éstos, creación de una oficina nacional de exposición y venta de los trabajos de ciegos, y fundación de un instituto de investigación científica relacionada con las causas de dicho estado. (Pavía, J. L.: *Rev. Oto-Neuro-Oftal.*, 14, eno., 1934.)

Causas en Colombia.—Entre 40 ciegos que Vernaza examinó como médico del Instituto Colombiano para Ciegos, encontró como causas de ceguera en individuos hasta de 25 años las siguientes: oftalmía purulenta, 14; especificidad, 10; traumatismos, 6; cataratas y malformaciones congénitas, tres cada una; meningitis y glaucoma infantil, dos cada uno. En 20 las causas se remontaban al nacimiento, y en 20 eran posteriores. A la oftalmía neonatal corresponden 10, o sea 25 por ciento del total. (Vernaza, F.: *Rev. Méd. Bogotá*, 567, fbro, 15, 1934.)

Chile.—En Chile, el censo de 1920 reveló unos 3,000 ciegos, pero esas cifras sólo poseen valor relativo. El autor confeccionó una estadística tomando los datos de los servicios oftalmológicos de Santiago, la Caja de Seguro Obrero Obligatorio y Caja Nacional de Ahorros, la Escuela de Ciegos y Sordomudos y una encuesta callejera. El total de ciegos descubiertos así llegó a 1,720, de ellos 1,475 con alteraciones semejantes en ambos ojos, y el resto diferentes en cada uno. Del total, 957 eran hombres, y 763 mujeres. Cegaron antes de los 10 años 249; de los 10 a 20, 152; 20 a 30, 206; 30 a 40, 241; 40 a 50, 204; 50 a 60, 237; 60 a 70, 176; y el resto a edades más avanzadas, salvo 185 en que no se averiguó el dato. Los casos también fueron clasificados por lesiones y por causas. El autor presenta un plan para un servicio central de profilaxia de la ceguera, comprendiendo los diversos elementos que deberían cooperar. (Hiriart Corvalán, J.: "Resumen de memoria de prueba para optar al título de Médico-Cirujano," 1933.)

Metas alcanzadas.—Repasando sus primeros 25 años de vida, la Sociedad Nacional para la Prevención de la Ceguera de los Estados Unidos recalca los adelantos logrados en ese plazo, comprendiendo: disminución de 75 por ciento en la oftalmía neonatal entre las causas de ceguera de los niños que ingresan a los institutos para ciegos; aumento de las clases salvavista que ya llegan a 430; notable aumento de los exámenes de la vista en las escuelas; elaboración de un método para comprobar la visión de las criaturas hasta de dos años; adopción de medidas de seguridad contra accidentes oculares en las industrias; mejoramiento del alum-

brado y en particular invención de un instrumento para medir la luz (fotómetro). ("Reflections of 1933," Nat. Soc. Prev. Blindness.)

Prohombres en la campaña.—En el siglo XVIII, Quellmaltz, un médico alemán, hizo notar la posible relación entre la ceguera de las criaturas y el flujo uterino de la madre. Gibson, un inglés, repitió la observación en 1808, agregando que si se limpiaban las vías uterinas y se secaba el moco de los ojos del niño después del nacimiento, podría hacerse mucho para impedir la infección que tantas veces producía la ceguera. Las personas que más han contribuido después a la lucha contra la ceguera fueron: Credé (1819-1892), director de la maternidad de Leipzig desde 1856 hasta su muerte, quien en 1884 publicara su tratado magistral afirmando que si se colocaba una solución al 2 por ciento de nitrato de plata en los ojos de la criatura inmediatamente después del nacimiento, se destruiría el germen de la oftalmía neonatal e impediría la enfermedad; después viene Fuchs (1851-1930), cuyo trabajo sobre las causas y la prevención de la ceguera fué publicado en francés en 1882 y traducido pronto a otros idiomas. En los Estados Unidos, se han distinguido en la campaña: Howe (1848-1928), autor de leyes que hicieron obligatorio el empleo del método de Credé; las señoritas Edith y Winifred Holt, a cuyo cargo estuvo el censo de los ciegos en el Estado de Nueva York en 1907, a cuyos datos dieron mucho impulso a la campaña; el Dr. Park Lewis, presidente de la comisión de Nueva York que investigara el estado de los ciegos en 1906, y cuyos esfuerzos no han cesado nunca; y por fin la Srta. Louisa Lee Schuyler (1837-1926), quien no sólo facilitó fondos para la campaña, sino que consiguió que otros se interesaran en la misma. (Posey, W. C.: *Sight-Sav. Rev.*, 83, jun. 1934.)

Perú.—Entre 42,949 enfermos asistidos en el Hospital Italiano de Lima de 1911 a 1934, Compodónico sólo ha comprobado tracoma en 170, o sea en menos de 0.5 por ciento, lo cual demuestra que la enfermedad está lejos de ser endémica en el país, sobre todo si se tiene en cuenta que por dicho hospital pasan enfermos de todo el Perú. (Campodónico, E.: "El tracoma en el Perú," 1935.)

Venezuela.—En Venezuela, el primer oculista que se refirió al tracoma fué Alberto Couturier, siendo los casos por él observados en el Hospital Vargas en extranjeros. La enfermedad en el país ha sido importada, principalmente por sirios, chinos, etc. Los casos son raros, y el porcentaje bajo entre las enfermedades oculares. Las regiones más afectadas son los puertos, como Maracaibo, Isla de Margarita, Carúpano, Puerto Cabello, Güiria, etc. En los Estados de Aragua y Carabobo se observan también casos. El autor no ha visto enfermos procedentes de los llanos. Los síntomas son menos intensos y graves que los descritos en las obras clásicas. La forma papilar es la más frecuente, viniendo después la plana o lardácea y, por fin, la granulosa. Las complicaciones corneanas son poco frecuentes, y rara vez se observan ciegos por paño. En el medio venezolano el tracoma parece ser mucho menos virulento y contagioso que en otros países. El Gobierno Nacional ha dictado últimamente leyes que impiden la entrada al país de negros, chinos, y otros elementos de regiones asiáticas. Los médicos de sanidad de los puertos también tienen la obligación de examinar a los extranjeros e impedir la entrada de los tracomatosos. La Inspección Sanitaria Escolar examina los alumnos del Distrito Federal, y de encontrar a alguno atacado de tracoma, lo suspende mientras dure el tratamiento. (Rhode, J.: *Bol. Min. Sal. Agric. & Cria*, 825, ab.-mayo 1934.)

Filipinas.—Fernando, en sus observaciones, opina que el tracoma es raro entre los filipinos comparado con los extranjeros; que los casos diagnosticados como tracoma en varias investigaciones son en su mayoría de conjuntivitis folicular, la cual es muy común en el país; y que los filipinos no parecen ser muy susceptibles a la enfermedad. El autor se funda en que la mayoría de los casos no avanzan a la fase cicatricial; que no ha observado en ninguno formación de paño ni los caracte-

terísticos cambios vasculares en la conjuntiva tarsal; que los cortes examinados al microscopio revelan tejido linfoideo y otras características peculiares de la folliculosis; que las curaciones son rápidas, aun con antisépticos débiles y astringentes; y que, hasta ahora, no se han encontrado los llamados cuerpos de inclusión. De 1,812 casos de ceguera en uno o ambos ojos, observados en el Hospital General Filipino de 1920 a 1925, sólo 0.5 por ciento eran debidos a tracoma, la mayor parte de ellos en extranjeros; y de 46,455 casos de afecciones oculares vistos en el dispensario de 1918 a 1929, eran de tracoma 1,947, o sea 4.5 por ciento. Durante los últimos 14 años apenas se han hecho en el hospital dos operaciones para corrección de entropión con triquiassis consecutivo a tracoma, y estos dos enfermos no eran filipinos. (Fernando, A.: *Jour. Phil. Is. Med. Assn.*, 137, ab. 1934.)

Etiología.—De 433 casos de conjuntivitis en Glasgow, Michaelson hizo cultivos de la secreción conjuntival en todos, y en 97 el examen directo de los frotés, resultando positivos para bacterias los primeros en 371. Ciertos gérmenes, como el gonococo y los bacilos de Koch-Weeks y de Morax-Axenfeld, son invariablemente patógenos, es decir, que su presencia en un cultivo establece la etiología de la conjuntivitis; en tanto que otros, como estafilococos, estreptococos, neumococos, etc., son puramente patógenos facultativos. El autor saca las siguientes conclusiones: que es muy distinta la bacteriología de la conjuntivitis en Glasgow y en otras partes; que los cultivos son muy importantes; que los neumococos, cuando se hallan en la conjuntiva, son casi siempre del grupo IV; que es rara en los adultos la infección por bacilo de Koch-Weeks puro; apunta la concomitancia de afección dentaria y conjuntivitis por estreptococos y *Staphylococcus albus-haemolyticus*; que es frecuente en la infancia la infección por el bacilo de Morax; que son frecuentes las complicaciones corneales en las infecciones por estafilococos anhemolíticos; y que son graves los estados palpebrales crónicos consecutivos al sarampión. (Michaelson, I. C.: *Glasgow Med. Jour.*, 185, ab. 1935.)

Rusia.—En su trabajo sobre la lucha antitracomatosa en la Unión Soviética, Rabkin dice que antes de la revolución las clínicas oftalmológicas de Rusia eran insuficientes y estaban desorganizadas. En algunas regiones, la proporción de tracomatosos era la siguiente: en 1902, 36.2 por 10,000 habitantes; en 1908, 50.7; y en 1913, 63.3; aunque esos datos no reflejan la verdadera situación. En Ucrania en 1902, en el distrito de Kharkov, 14 por ciento de la población estaba afectada; en 1913 en otro departamento, 25 por ciento. Había regiones en que el porcentaje era todavía mayor. En 1926, la proporción tratada por los médicos era la siguiente por 10,000 habitantes: en la Rusia blanca, 92.6; Transcaucasia, 92.9; Ucrania, 25.4 a 33.5; Georgia, 3.4; y en la Unión Soviética, 72.7. El aumento de enfermos procedía de la mayor cultura, del aumento de oftalmólogos y, en general, de la campaña sanitaria. La proporción variaba mucho en distintas regiones, pues en algunas era menos de 1 por ciento, y en otras hasta 0. Dos encuestas realizadas en varios distritos de Sormovo, en el Volga Central, revelaron una disminución de 50 por ciento de 1923-25 a 1932-33. En la Ucrania, en general, la disminución ha sido de 25.4 a 33.5 por 10,000 habitantes en 1926, a 14.2 en 1931. Con respecto a la relación de los períodos del tracoma con la edad, el primer período es característico principalmente para los niños de cinco a 15 años, representando 30 por ciento del total. El segundo período afecta sobre todo a los de 20 a 40 años, y forma 40 por ciento; y el tercer período es característico principalmente para las personas de más de 40 años, constituyendo 30 por ciento del total. Con respecto a la importancia del tracoma entre las otras afecciones oculares, en la región central industrial hay 2.5 tracomatosos por 100 enfermos oculares, y en el Instituto Oftalmológico de Ucrania, de 10.5 a 11.4. En los últimos años ha bajado el coeficiente de la ceguera, pues en 1897 en Rusia era de 21.4 por 10,000 habitantes, y en 1926 sólo de 15.9, y en la Ucrania es mucho más bajo. En la etiología de la ceguera, el tracoma figuraba

en 1910 con 31.4 por ciento, y en 1930 con sólo 21.6 por ciento. Antes de la revolución en Rusia no había nada más que unos 300 oculistas, mientras que en 1934 había 3,000, o sea uno por cada 47,000 habitantes, y en ciertas regiones aun más. El número de lechos para enfermos oculares era de más de 4,000 en 1934. Antes de la revolución sólo había unas 12 clínicas oftalmológicas, y para 1934 había más de 50. Además, se han organizado varios institutos oftalmológicos de investigación. Una ley hace obligatorio el tratamiento del tracoma. (Rabkin, E.: "Le trachome et la lutte contre le trachome dans l'Union Soviétique," 1934.)

Reunión.—En la reunión celebrada por la Asociación Internacional para la Prevención de la Ceguera recientemente en París, después de terminar la discusión del tracoma se aprobaron resoluciones en las que se expresaba el deseo de que se librara una intensa campaña internacional contra la enfermedad, haciendo notar que la intensidad del tracoma aumenta al sobreponerse infecciones, en particular gonocócicas; que no cabe duda de que la salud general y el terreno afectan el pronóstico; que las medidas higiénicas y administrativas, con el establecimiento de hospitales y dispensarios antitracomatosos, han permitido curar numerosos casos y circunscribir la nocividad del mal; que aunque todavía no hay tratamiento específico, los remedios aplicados recientemente parecen haber dado resultados favorables; y que el índice escolar de la frecuencia del mal, que debe ser tomado como norma, no ha disminuído en ciertos países en que se anota científicamente, corroborando así el hecho de que las infecciones familiares tienen lugar tempranamente, y revelando la conveniencia del descubrimiento precoz del mal por las visitadoras.

Étiologie.—Pour Busacca, le Brésil, où le trachome est assez répandu et où, par contre, les lésions scrofuleuses de la cornée sont relativement rares—lésions qui se présentent ici davantage chez les individus à peau pigmentée, généralement réfractaires au trachome, que chez les individus à peau blanche—le Brésil est, à son avis, particulièrement propre à l'étude des lésions trachomateuses de la cornée. Il se dédie à cette étude il y a déjà plusieurs années, et ayant trouvé une méthode, facile et non dangereuse, de faire des biopsies de cornée trachomateuse, il lui a été possible de suivre, sur un riche matériel, le développement et la régression des lésions de cette membrane, lésions dont l'anatomie pathologique, en ce qui concerne les phases initiales et les tardives, n'est pas connue. L'application, à ces tissus, d'une méthode d'imprégnation argentique lui a permis de mettre en évidence des germes qu'il considère comme l'agent étiologique du trachome. Il affirme qu'il a démontré, pour la première fois, la ressemblance avec les rickettsies de certains corpuscules (différents, selon lui, des corpuscules élémentaires) qu'on trouve dans les tissus trachomateux, et la ressemblance, entre les lésions produites sur la cornée par l'agent du trachome et celles qu'y produisent certains virus appelés épithéliotropes. (Busacca, A.: *Rev. Biol. & Hyg.*, 86, dbro. 1934.)

Tratamiento.—Cullom reitera dos puntos acerca del tracoma, a saber, que es transmitido de un ojo a otro por las secreciones, y que puede curarse. Debe explicársele al enfermo que el tratamiento será largo y fastidioso. Como la mayoría comienza pronto, esto alienta al enfermo a proseguir. El tratamiento es diario. Los ojos son anestesiados con cocaína o butina; se evierten los párpados, y se amasan bastante enérgicamente los folículos o granulaciones con una torunda de algodón empapada en proteínato de plata al 15 por ciento. Después, se esparce con un tubo una pomada de óxido amarillo de mercurio al 1 por ciento, agregándose, de existir paño y ulceración, clorhidrato etílico de morfina (0.4 gm por cada 30 gm de pomada). Al enfermo se le entrega una solución para que la introduzca en los ojos por la noche y por la mañana, que comprende sulfato de cobre, 0.325 gm; glicerina, 3.5 gm; y agua alcanforada, q.s. 28 cc. (Cullom, M. M.: *South. Med. Jour.*, 642, jul. 1935.)

Cobre.—Después de probar el sulfato de cobre combinado con tiosulfato de sodio por vía venosa en el tracoma, Rice y colaboradores declaran que los posibles peligros de esa terapéutica contrapesan cualquier ligero beneficio que pueda conseguir, sin que se compare con los tratamientos aceptados. (Rice, C. E., Drake, A. A., y Smith, J. E.: *Pub. Health Rep.*, 555, mayo 4, 1934.)

CARDIOPATÍAS Y REUMATISMO¹

Colombia.—Rodríguez comenta la relativa frecuencia del reumatismo articular agudo en Bogotá, pues lo padecen 4 por ciento de los enfermos que ocupan la sala de medicina interna del Hospital de San Juan de Dios. Hay que agregar la mayor parte de los que aparecen con diagnósticos de insuficiencia mitral, hiposistolia y asistolia, que no bajan de otro 4 por ciento, y sabido es que más de 80 por ciento de los cardiacos son reumáticos empedernidos. Reservando para otro trabajo un estudio más detenido, el autor manifiesta que el pie plano, valgus doloroso, o tarsalgia de los adolescentes, presenta a los rayos X y en otros sentidos, signos indudables de artritis subaguda. En Bogotá, el reumatismo articular agudo no comienza, como en otras partes, por catarro óculo-nasal y faringitis eritematosa, sino bruscamente, con fiebre alta o moderada, y sudores abundantes, que emiten un característico olor ácido. Cada vez que el mal salta a otra articulación, vuelven la fiebre y los sudores. Hay un síntoma, raro en verdad, pero curioso, o sean las nudosidades, ya mencionadas en Europa. Como tratamiento, el autor recomienda en el reumatismo agudo: dieta láctea por cuatro días y purgante salino inicial, salicilato a buena dosis con alcalinos y antipirina; si no hay mejoría, yoduro de potasio en cantidad moderada; y si no satisface la medicación, salicilato por vía venosa. Desde luego, se hacen las pruebas necesarias. Si la Wassermann es positiva, tratamiento específico; si hay pleocitosos de más de 10,000, vacunas stock; si el Vernes es alto, sales de oro. Con todo, hay reumatismo que no ceden a ningún tratamiento, y luego desaparecen espontáneamente, dejando atrofias y actitudes viciosas como secuelas del reposo obligado. El salicilato el autor lo ha administrado por vía gástrica hasta a más de 12 gm diarios, combinado con bicarbonato de sodio a dosis semejantes, y sin diluir ni fraccionar mucho. Por vía venosa, se puede utilizar una dosis máxima de 4 gm, inyectando la mitad por la mañana y el resto por la tarde, aunque al cabo de poco tiempo veda esa vía la esclerosis de las venas. Esa vía resulta admirable, y el autor ha tenido docenas de casos en que ha actuado maravillosamente, y en más de 200 inyecciones no ha visto la menor complicación. Las fricciones de salicilato de metilo son un buen coadyuvante. La antipirina la administra a razón de 1 a 2 gm por día. La combinación yoduro de potasio y salicilato ha resultado magnífica. En cinco casos salicilo-resistentes, el cloruro de calcio en forma de afeñil y en cucharadas, obró de manera palpable. El polvo de tiroides tiene fama de activar la acción del salicilato, y basta con 0.05 a 0.1 cgm al día. En algunos reumatismos agudos y salicilo-resistentes, con Wassermann positiva y mercurio-resistentes, puede probarse la termoterapia con leche. El salicilato tiene en algunos casos el inconveniente de la intolerancia gástrica. (Rodríguez, R. M.: *Rev. Fac. Med.*, 265, nbre. 1934.)

Estudio en un país subtropical.—Bitzer y Cook estudiaron el total de muertes de cardiopatías en el Estado de Florida, en personas de tres a 39 años (174.8 por 100,000 y 14 por ciento del total). Además, analizaron los casos (0.06 por ciento)

¹ Crónicas sobre estos asuntos han aparecido en los siguientes números del *BOLETÍN*: jun. 1934, pp 553 y 556; eno. 1933, pp. 45 y 47; obre. 1931, pp. 1348 y 1342; 1930: mzo., p. 275; jun., p. 715; nbre., p. 1353; mayo 1929, p. 479; sbre. 1928, p. 1087.