

## LA TUBERCULOSIS INFANTIL

*Dr. Hermilo L. Castañeda.*

*N. de la R.—El autor del presente trabajo es Director del Centro de Asistencia Social Infantil "Juan María Rodríguez" de la ciudad de México.. Reproducimos este notable trabajo porque en él expone su autor, de una manera admirablemente clara y concisa a la vez, los conceptos moderno sobre la tuberculosis infantil, piedra angular sobre que descansa toda lucha antituberculosa. Las ideas que expresa aunque se refieran a México pueden bien ser aplicables al nuestro país, por lo que creemos será de interés su lectura para los médicos hondureños. — {De la Revista Mexicana de Puericultura}.*

Durante mucho tiempo el conocimiento de la tuberculosis infantil se redujo al de las formas muy avanzadas del mal y al de su anatomía patológica, como consecuencia de los hallazgos de autopsias. Cada adelanto en el estudio y conocimiento de la tuberculosis del adulto, ha motivado un aumento en los recursos de identificación y de tratamiento del mal, en la edad infantil. Fue Laenec, quien estableció los elementos fundamentales del diagnóstico clínico en relación con las alteraciones anatómicas; Koch, con su descubrimiento del agente patógeno en 1882, dio un impulso vi-

goroso al estudio de este problema; Villemin ratificó el concepto de la unidad y contagiosidad tuberculosas; Roentgen, con la introducción de los rayos X, ha contribuido vigorosamente al esclarecimiento de los problemas clínicos; Von Pirquet, con el descubrimiento de su reacción en 1907, dio un paso decisivo en la identificación de los infectados alérgicos; el descubrimiento de Pontes en 1910, del virus **fiat** trable, dio un novedoso interés al estudio etiológico; la vacunación por el B. C. G, de Calmette y Guerín, por su trascendencia en la profilaxis del mal ha despertado el interés y discusión

Maestros de Instrucción Primaria y padres de familia, debemos mencionar la COREA INFANTIL; para iniciar su tratamiento lo más pronto posible y evitar su agravación por los castigos que en muchos casos se ha impuesto a los niños enfermos, cuando su inquietud y falta de atención en la escuela es inter-

pretada como mal comportamiento.

Tegucigalpa. 14 de febrero de 1938.

NOTA.—Los exámenes de Laboratorio no reportaron, en ninguno de los casos citados, datos de importancia.

mundiales; el concepto de Lumiere sobre la no contagiosidad del mal, provoca en el mundo entero apasionadas controversias y enconados debates. Como puede advertirse por esta ligera enumeración de problemas, casi no hay capítulo de la infección fímica infantil que no esté sujeto a revisión. Cada sector de su estudio pasiona y entusiasma.

El estudio de la tuberculosis infantil en México, especialmente en la primera infancia y en sus formas no externas, está por hacerse; se desconoce la proporción de infectados, se ignora el número de enfermos, no se saben las formas clínicas dominantes, no se realiza labor profiláctica alguna, carecemos de toda colocación familiar, preventorio, sanatorio y continuamos, con nuestra vergonzosa falta de un Hospital Infantil.

En el problema de la tuberculosis infantil en México existe, nos lo demuestra con elocuencia manifiesta el hecho de que tan solo en el Centro de Asistencia Infantil "Juan María Rodríguez," he podido encontrar, durante mi atención como Director del mismo, más de un centenar de tuberculosos en la primera infancia. Que la resolución de este problema es urgente y necesario nos lo pone de manifiesto el hecho, que en la inmensa mayoría de estos casos, se ha comprobado en ellos la existencia de foco bacilífero de hogar, y que a pesar de ello siguen estos insectos conviviendo este ambiente, abandonados a su propia suerte.

Si es ésta la situación en la capital de la República, es de pensarse, justificadamente, que

el problema sea aun mayor en nuestros, extensos y descuidados litorales donde el clima, paludismo y parasitosis intestinales deben darle una fisonomía especial y caracteres de mayor gravedad.

Son tantos y tan amplios los capítulos que hay que comprender en el estudio de la tuberculosis infantil, que sólo me concretaré a tocar, muy superficialmente, algunos de los más interesantes.

#### *Gérmenes de la Tuberculosis*

Hasta el año de 1910 fue universalmente aceptado y reconocido que el bacilo ácido resistente de Koch era el germen productor de la tuberculosis; en esta fecha Fontes, de Río Janeiro, indicó que las granulaciones de Much pasan a través del filtro de Berkefeld, y que el filtrado del pus tuberculoso inoculado al cuyo, provoca la aparición de lesiones tórpidas en donde el bacilo se pone en evidencia. En 1923, Calmette confirmó esta observación por inoculación de filtrados procedentes . de 26 niños nacidos muertos o rápidamente fallecidos, hijos de madres tuberculosas, obteniendo 20 resultados positivos. De sus experimentaciones llegó a la conclusión de que el bacilo ácido resistente no es el único agente virulento sino que existen otros, juntos a él, cuyo conjunto constituye el virus completo, compuesto en formas diversas, ácidos resistentes o no, de las que una de las más curiosas es el virus invisible, filtrable, que es capaz de atravesar la placenta e infectar al niño.

De *estas* experiencias y otras muchas como las de Vaudremer, Valtis y otros, debe aceptarse en el estado actual de nuestros conocimientos, que la forma bacilar, acida resistente, del germen tuberculígeno no es la única forma de infección de la tuberculosis.

#### *Herencia y Contagio*

Para la debida estimación de estos factores, tratándose de tuberculosis infantil hay que tener en consideración que está perfectamente comprobada la existencia de la tuberculosis ingénita; que se ha dado incluso el caso de un niño tuberculoso nacido por cesárea; que la literatura mundial relata 123 casos perfectamente comprobados de niños que al nacer, venían tuberculosos. Que la tuberculosis ingénita existe, ya no se discute. También es verdad que no todo nacimiento ingénito es hereditario. La transmisión concepcional o sea la incorporación del germen patógeno en las celdillas fecundante o fecundada está francamente descartada de las posibilidades biológica. En cambio la contaminación sí puede ser perfectamente realizada por contagio intrauterino, por un foco caseoso placentario que al romperse infecta el líquido amniótico y de allí, el organismo infantil. También es posible el contagio a través de la placenta por las formas filtrables del virus.

Hasta la fecha no se ha encontrado un solo caso de un feto menor de cuatro meses que sea tuberculoso. (Morquio.) Los resultados tan demostrativos de la fundación Grancher que evita la infección tubercu-

losa de los niños, hijos de tuberculosos, separándolos del foco de contagio, apoyan el concepto del contagio extrauterino.

Las pruebas tuberculinas son negativas en el recién nacido y su positividad aumenta con la edad.

Lumiere, el paladín del concepto hereditario en la tuberculosis, acepta el contagio del mal, en tratándose del niño. Durante muchos años rigió como una; verdad el aforismo de Peter "El hijo del tuberculoso no nace tuberculoso, nace tuberculizaba," aceptando con ello una heredo predisposición al mal. Los resultados indiscutibles de la colocación familiar y de la obra Grancher, parecen negar la verdad de esta aserción.

Sin negar la posibilidad, rara, de la tuberculosis ingénita, debe aceptarse, ante los resultados de la observación y de la experiencia, que lá tuberculosis infantil es el resultado, en la inmensa mayoría de los casos de un contagio extrauterino por el bacilo ácido resistente de Koch.

La existencia de una heredo inmunidad en los hijos de madre tuberculosa, como lo sostienen Sabourin y Calrnette, es un problema muy discutido, existiendo argumentos en pro y en contra, está todavía en el tapete de las discusiones. ¿No se tratará en estos casos más bien de una infección pauci-bacilar atenuada, que confiera una inmunidad relativa de super infección al modo del B. C. G.?

*Vías de Penetración del Germen en el Organismo Infantil* Está generalmente aceptado que de las vías de penetración.

es la aereógena la más frecuente, siguiéndole la digestiva; *son* excepcionales la cutánea, amigdalina y conjuntival. La proporción de infección por vía digestiva es variable en los distintos países y en relación con los cuidados en la producción y manejo de la leche.

Si se tiene en consideración que en la ciudad de México el control tuberculínico del ganado es muy deficiente, que no toda la leche se pasteuriza, que la pasteurización como se ha realizado hasta la fecha, en nuestro medio, no asegura su esterilización; que la leche hierve en la ciudad de México a 92 grados centígrados, que frecuentemente se toma la "subida" de la leche (80) como que ya ha hervido y que muchas personas ingieren la leche cruda y que en un gran número de lactantes con Cuti-reacción positiva no se encuentra lesión primaria torácica, debe pensarse que la vía digestiva representa en nuestro medio, proporción mayor que la hasta ahora considerada.

¿Una vez que el bacilo ha penetrado en el organismo infantil, cómo se desenvuelve su acción, en relación con los fenómenos clínicos?.

Considerando el problema desde este punto de vista y partiendo de la afirmación categórica de Parrot en 1876, de que la tuberculosis en el niño se inicia casi siempre en el pulmón y de que ésta provoca siempre una adenopatía en el territorio linfático correspondiente, deben mencionarse los dos conceptos fundamentales:

El concepto alemán de Ranke comprende:

I. Período. —La primo infección ganglio pulmonar localizada, con alergia esclerosante, en el que el chancro de inoculación está constituido por un foco de pulmonía miliar que se transforma más tarde en un foco fibroso, cretáceo, encapsulado; hay poca reacción inflamatoria ganglionar y tendencia a la esclerosis cicatricial. La primo infección puede quedar así toda la vida; puede despertarse más tarde y dar lugar a una tuberculosis evolutiva o bien franquear la barrera ganglionar y provocar una generalización hematógena.

II Período. —De generalización bacilar y de hipersensibilidad alérgica. En este período existe una hipersensibilidad acentuada a las toxinas bacilares por lo cual resultan inflamaciones más extensas y profundas. Pueden observarse, generalización miliar, tuberculosis, osteo articular, meningitis, etc. La marca depende de la cantidad e intensidad de la infección. Este estado comprende lesiones productoras y exudativas.

III Período. —De tisis localizada, aislada, con alergia decreciente e inmunidad histógena. En este período la lesión progresa por propagación de contigüidad, por crecimiento excéntrico, no se generaliza, no tiene repercusión ganglionar y no hay reacciones locales de hipersensibilización.

Bien entendido que estos periodos no son en absoluto independientes ni se suceden con regularidad esquemática; por el contrario, frecuentemente en la práctica se superponen y combinan.

2° —Concepto de la escuela francesa.

La escuela francesa sólo considera dos fases:

I. —La primo infección que se termina o por la muerte o por curación clínica y que comprende: a) el período ante-alérgico; b) el período alérgico y c) la terminación.

II Fase. —La infección o super infección. En esta fase la tuberculosis ha perdido su tendencia a la generalización y se manifiesta por localizaciones, especialmente pulmonares.

Existen formas de transición y formas mixtas.

Las infecciones pueden ser endógenas o exógenas.

De estos distintos conceptos en la forma, pero idénticos en el fondo debe entenderse la implantación aislada o múltiple del bacilo de Koch virulento en los tejidos, antes de haber sido éstos sensibilizados por las proteínas bacilares. Por super infección o reinfección debe entenderse la implantación de los bacilos virulentos en tejido ya sensibilizado por las proteínas bacilares.

De la lucha entre el agente agresor y las defensas orgánicas, resultan los síntomas del mal y sus respuestas biológicas que, identificados correctamente, ponderados con inteligencia y calificados con juicio, llevan a la edificación del diagnóstico.

¿Cuáles son los recursos clínicos que en la tuberculosis infantil conducen al diagnóstico y cuál es su jerarquía según las edades?

Desde luego, es el interrogatorio, el primer elemento que orienta la investigación y despierta la sospecha. La convi-

vencia del niño con personas tuberculosas sean o no familiares,, la existencia de un estado de desnutrición crónica rebelde a todo tratamiento dietético, por más de un año; los cuadros bronquíticos febriles de repetición, con agravación creciente en cada ataque; en las complicaciones atípicas del sarampión y la coqueluche; en los derrames pleurales sero fibrinosos; en el eritema nudoso, queratitis flictenular recidivante; en la espiña ventosa y en las otitis crónicas con fístulas huesosas, debe obligar la investigación cuidadosa de la infección fímica.

Tratándose del lactante en el que la exploración física es difícil y su indocilidad la regla, el orden jerárquico en que a mi juicio deben agruparse los recursos diagnósticos, es el siguiente:

- 1°. —Las pruebas tuberculinas.
- 2°. —La investigación de foco de contagio en el hogar.
- 3°. —El estudio radiológico.
- 4°. —Los exámenes de Laboratorio.
- 5°. —La exploración física y
- 6°. —Las autopsias.

La prueba tuberculínica con que debe iniciarse toda primera investigación debe ser, en nuestro medio, la Cuti-Reacción de Von Pirquet. La intradermo reacción de Mantoux, con sus distintas dosificaciones y variedades deberá reservarse para aquellos casos en que ya conociendo al niño y sabiendo que la Cuti fue negativa, haya elementos clínicos que hagan subsistir la sospecha de su naturaleza tuberculosa.

En el niño pequeño la prueba de la Cuti-reacción debe ser practicada de manera sistemática ya que según Joannon y Debré hay entre los niños de esta edad, un 16 % de tuberculosos floridos, en los que la enfermedad no se traduce absolutamente por algún otro dato que por su respuesta positiva a estas pruebas—Las razones que existen, en nuestro medio, para preferir, en una primera búsqueda la prueba de Von Pirquet a las de Man-toux y de Moro, son las siguientes: por su sencillez y semejanza en su técnica con la vacunación antivarioloso que hacen que a las madres desconfiadas y precavidas, no les sorprenda su ejecución; cuando el resultado es negativo, la madre sólo piensa que no le "prendió," cuando es positiva no les sorprende tampoco ver en el resultado de la prueba la rubicundez, la pápula y por excepción la flictena, que ni con mucho alcanzan los caracteres de congestión, infiltración, pápula, pústula y costra que están acostumbradas a ver, ya sin temores, en los resultados positivos de la vacunación antivariolosa.

2°. —Por su inocuidad absoluta, ya que la ausencia de reacciones locales y generales, no hace peligrar en algo al niño; lo que no acontece, cuando siendo tuberculoso el niño, se practica la intradermo reacción.

3°. —Por ser poco dolorosa y de alcance de cualquiera.

4°. —Por no tener que hacerse ningun manejo, ni dilución alguna con el producto antes de usarse.

5°. —porque con el método de fricción, si es verdad que no se hace sufrir al niño, la ejecución de una maniobra exótica sorprende a las madres y casi no habrá alguna que no pregunte el objeto y finalidad de la misma; por otra parte, no es posible dosificar la absorción en un organismo del que se desconoce tanto que aun se ignora si es o no tuberculoso y es, precisamente este el momento menos propicio a cualquier atrevimiento.

6°. —La experiencia mundial en la Cuti-reacción se ha hecho, siempre con la antigua tuberculina de Koch, se ha practicado con técnica semejante y hay reglas claras de interpretación de los resultados; de estas circunstancias deriva que los datos que con ella obtengamos, puedan ser comparados con los obtenidos en otros países.

Si importancia grande tienen los resultados positivos de las pruebas, no menores son los negativos. Hay tres circunstancias en que a pesar de estar infectado el organismo, las pruebas son negativas:

1°. —En el período ante-alérgico. —En estas condiciones la práctica reiterada de la prueba cada quince días llegará a dar el convencimiento de la duración de este período, de gran importancia para el pronóstico.

2°. —Período enérgico en el curso de algunos estados patológicos que inhiben la sensibilidad a la toxina tuberculosa como son el sarampión, la tifoidea, la influenza epidémica y otras enfermedades y

3°. —Estados terminales en los que las defensas están agotadas.

Fuera de estas circunstancias el resultado negativo y reiterado de las pruebas es el argumento más formal, en contra de la naturaleza tuberculosa de un padecimiento. Esta afirmación conserva todo su valor aun tratándose de adultos. Sucede que con alguna frecuencia se formula diagnóstico de tuberculosis pulmonar sin recurrir a las pruebas tuberculínicas porque en virtud de signos clínicos y Roentgenológicos, se considera aquel indudable. Este proceder ha dado lugar a errores comprobados. Cuando a un adulto se le diagnostica tuberculosis pulmonar y las pruebas son negativas, en ausencia del bacilo en el esputo, debe volverse a repasar el diagnóstico con nueva presentación pensando siempre en amibiasis, sífilis o micosis.

Las pruebas tuberculíneas son el único recurso para resolver el caso de supuestos contagios por contactos con tuberculosos. ¿Cuántas veces nos encontramos en la necesidad de saber con certeza, si uno o varios niños de una familia, que han vivido o tenido contacto con un tuberculoso en forma accidental o prolongada, están o no contaminados? La prueba tuberculínica resuelve el problema de manera absoluta y definitiva. Si es positiva, ha habido contagio; si negativa, el niño está indemne del mal. En este caso hay que repetir las pruebas hasta dar tiempo que el período antealérgico haya terminado.

La proporción de niños que responden positivamente a la prueba cutánea en la Ciudad de México es la siguiente según nuestras observaciones:

*Cuti-reacciones de Von Pirquet, Comprobadas en los Centros de Asistencia Social Infantil, de la Ciudad de México*

<i>E D A D</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>Porcentaje de Posit.</i>
Del nacimiento a 1 año . . . . .	11.036	1.59%
De un año un día a dos años . . . . .	2.087	4.65%
De dos años un día a tres años . . . . .	164	10.98%
De tres años un día a cuatro años . . . . .	283	14.84%
De cuatro años un día a cinco años . . . . .	297	17.85%
De cinco años un día a seis años . . . . .	239	15.60%
De seis años un día a siete años . . . . .	25	20.00%
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>14.131</b>	

Los resultados obtenidos practicando igual prueba en las Delegaciones de Xochimilco, Villa Obregón, Ixtapalapa e Ixtacalco, son los siguientes:

<i>E D A D</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>Porcentaje de Posit.</i>
Del nacimiento a un año . . . . .	1.471	0.0%
De un año un día a dos años . .	509	0.20%
<b>TOTAL</b> . . . . .	<b>1.980</b>	

Como puede advertirse, existe una diferencia muy acentuada del grado de contaminación en el medio urbano y el semiurbano y rural.

Por estas cifras puede notarse que la infección existe en nuestro medio desde el primer año; que la proporción de infectados va en aumento conforme avanza la edad, y que el grado global de infectados es en grado menor que en otras ciudades de igual importancia.

Existe la afirmación de que las pruebas tuberculíneas no tienen valor en la edad adulta porque se dice que en las grandes ciudades el número de personas que responden positivamente a aquellas son un 98%. Es esta una afirmación que tal vez pueda ser verdad en otras partes pero que en absoluto deja de serlo en la ciudad de México. Desde hace algún tiempo hemos venido practicando Cu ti-Re acciones a toda madre que nos lleva a consulta por primera vez a su niño al Centro "Juan María Rodríguez" y los resultados obtenidos nos permiten afirmar que por lo menos en un 30% de casos los resultados son negativos. Debe existir en los adultos de la ciudad una relativa frecuencia de primo-infecciones.

La investigación de foco de contagio. —Tratándose de lac-

tantes, en los que sus capacidades de traslación son tan limitadas, esta investigación es de capital importancia tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y profilaxis. Esta investigación debe realizarse de manera sistemática en todo niño de primera infancia con Cuti Positiva. Para lograr obtener fruto de ella es necesario que la persona encargada de hacerla proceda con la discreción y tacto que el caso necesita. Era de regla, en nuestro medio, que cuando una enfermera del Departamento de Salubridad llegaba al domicilio de una persona que se sabía tuberculosa, se le recibiera de mala manera y se le negaran toda clase de datos ante el temor de que el paciente fuera internado en un establecimiento oficial. Para contrarrestar esta oposición es necesario que la enfermera sepa captarse la confianza de los familiares y para lograrla es conveniente no abordar de lleno y desde el principio, el problema capital de su visita.

Para facilitar esta investigación he formulado una hoja de búsqueda de foco de contagio en la que constan los datos salientes del problema y ordenados en tal forma que, facilitando el trabajo de la Visitadora, van dando una gradual profundidad a su labor inquisitiva.

*Investigación Social en Niños Culi-Positivos*  
*Centro de Asistencia Social Infantil*  
*"Juan María Rodríguez"*

Número de registro.....Fecha.....  
 Nombre del niño .. .. .  
 Nombre de la madre .. .. .

Domicilio \* tipc  
 \* Particular Núm. de "Viviendas" Condiciones  
 + Huéspedes pisos de la casa"  
 \* Vecindad  
 \* Jacal

Excusado.—General o particular (Cuántas familias)  
 Al corriente .. .. .

Piezas Orientación Dimensiones Paredes Techos Pisos Ventanas

Recámaras  
 Sala  
 Comedor  
 Cocina

Situación económica de la familia:

Renta .. .. .  
 Gastos .. .. .  
 Vestido .. .. .  
 Diversiones .. .. .  
 Vicios .. .. .  
 Ingresos .. .. .  
 Situación moral de la familia .. .. .

*Foco de contagio*

1º—Intra-familiar con vida en común (madre, tías, padres abuelos, hermanos, cuñados).

2º—Extra familiar con vida común (Patrones, criados, amigos, vecinos).

3º—Intra-familiar sin vida en común (parientes que sin vivir en familia visiten o sean visitados por la familia del niño).

4º—Extra familiar sin vida común. Amigos de la casa. Padrinos.

Contagiante.—Duración de contacto .. .. .  
 Intensidad del contacto .. .. .  
 Gravedad del contacto .. .. .  
 Si falleció? Cuánto tiempo hace? .. .. .

Recomendamos a la enfermera que siguiendo los instructivos de la hoja, inicie su labor por el estudio de las condiciones sanitarias de la habitación solicitando informes acerca de las condiciones de los excusados, lavaderos, fregaderos, drenaje, agua potable, etc.etc.; de las dimensiones, condiciones de iluminación, ventilación y material de la construcción. Recorriendo toda la casa, puede encontrarse con alguna persona sospechosa y entonces iniciar prudentemente su labor fundamental. Tratándose de enfermeras no especializadas todavía en este trascendental trabajo, les hemos recomendado observen e inquieren sobre las localizaciones tuberculosas más accesibles a ser sospechosas sin exploración clínica: la pulmonar, ganglionar o huesosa. Como es de regla que cuando existe una infección de esta índole, las familiares directos del paciente atribuyen la causa del mal a los familiares políticos, es útil y así recomendamos a la enfermera, investigue los antecedentes patológicos del esposo con los familiares de la mujer y los de ésta, con los del marido. Reccogiendo informes de ambos lados y después de una justipreciación de ellos, pueden obtenerse valiosísimos datos.

La investigación, ya en concreto, deberá hacerse buscando:

- 1°. —Foco de contagio intra familiar, con vida en común;

- 2°. —Foco de contagio extra familiar, con vida en común;

- 3°. —Foco de contagio intra familiar, sin vida en común,

y

- 4°. —Foco de contagio extra familiar sin vida en común.

Como es fácil comprender, el peligro de contagio y de sobre infección es mayor cuanto más intenso sea el contacto. La gravedad deriva más de la persistencia e intimidad con el contagiante que de su parentesco de **sangre**.

Dadas nuestras costumbres, el peligro es muy grande, cuando un enfermo con mal avanzado ya no trabaja y permaneciendo casi constantemente en el hogar, se le confía la labor, poco fatigante de "entretener al pequeño."

Debe confiarse, grandemente de los abuelos, ancianos y viejos tosedores, bronquíticos crónicos, que sin manifestaciones clínicas ostensibles son frecuentemente diseminadores de bacilos. Este grupo de personas son también de las que más contacto tienen con los niños pequeños, lactantes y pre-escolares. En algunas ocasiones hemos llegado al conocimiento de una persona adulta enferma, foco infectante hasta entonces ignorado, por el resultado positivo de una prueba tuberculínica en algún niño que ha convivido con ella.

Hay en nuestro medio un grupo de personas que representan papel importante como focos de contagio que no he visto señalado por los autores, me refiero a los padrinos. Entra dentro de las costumbres de nuestro pueblo pobre, cuando el ahijado visita o es visitado por los padrinos y especialmente por la madrina, recibir extremas demostraciones exteriores de afecto y de cariño: caricias, besos, abrazos, compartir con el pequeño las golosinas que se les ofrecen y darles "zobaditas" de todo platillo que ella ingiere. Todos y cada uno de estos detalles son peligros de contagio especialmente cuando el contagiante está acatarrado y es precisamente en estado de enfermedad cuando las visitas menudean y los halagos se multiplican.

Esta investigación del foco de contagio, tan interesante y fructífera, es olvidada, en no pocas ocasiones, por el médico tratante.

Hace algún tiempo vi a una niña de tres años que, consultado porque un cuadro calificado como de gripa no terminaba, presentó una cutí-reacción intensamente positiva, de tipo flic-tenular. Practicada igual prueba a otros dos hermanitos menores, resultó la prueba igualmente positiva; guiado por estos datos dije a la madre: sus tres niños están infectados por la tuberculosis y el causante del contagio está entre ustedes, los que viven en esta casa. Es posible que sí, Doctor, me contestó la señora, porque hace dos años que murió mi hijita mayor de una tuberculosis cavernosa, a quien prestó atención médica un distinguido especialista en tuberculosis. Con esta declaración concluye de la madre dije a; la señora: "Mañana vengo para reconocer a todos ustedes y saber quién está causando el contagio de sus hijos."

(Concluirá)