

racial existeix, no es pot dubtar, i això implica, naturalment, una transmissió hereditària d'aquestes disposicions. Però és difícil de concebir que aquestes disposicions hagin pogut ésser modificades suficientment, per traduir-se en la minva de tuberculosi observada, en el curs d'unes dècades passades, quan la tuberculització d'aquestes races ha durat segles. Es igualment difícil de comprendre per què la minva no ha anat paral·lelament en països igualment tuberculitzats. La creença d'un augment de predisposició o de resistència a la tuberculosi per herència, no ha tingut cap confirmació experimental.

Les mares que tenen una tuberculosi activa, trameten als fills que porten anti-còssos tuberculosos, però aquests anti-còssos de la sang dels nou-nats, desapareixen ràpidament després de la naixença. Aquests nou-nats, no semblen pas més resistent a la tuberculosi que els fills de mare sana.

Si bé és veritat que els tuberculosos que tenen antecedents familiars de la malaltia, tenen més probabilitats de curar-se que els tuberculosos de família sana, això pot explicar-se més per una resistència adquirida durant l'infància i una immunització activa constant, que per augment de resistència tramesa per herència.

e) L'augment de resistència d'una població, adquirida individualment, és una teoria, per no dir un fet, universalment reconegut. Un estudi acurat de les formes clíniques de la tuberculosi, els resultats de la prova de *von Pirquet* i la corba de mortalitat tuberculosa dels diferents grups d'edat, ha desenrotllat l'opinió, molt estesa actualment, que als països dits "tuberculitzats" els individus són infectats durant la seva infància. De seguida d'aquesta *primera-inoculació*, es desenrotlla ja una tuberculosi generalitzada, ràpidament fatal, ja més freqüentment, una immunitat relativa. Aquesta és mantinguda per focus microscòpics o per petites reinoculacions secundàries, o per totes dues alhora.

Aquesta manera de veure és confirmat per la comparació epidemio-lògica de la morbiditat i mortalitat tuberculosa en els països civilitzats i amb les races isolades (tribus africanes, per exemple) fins aleshores sense tuberculosi.

Per alguns, l'aparició d'una tuberculosi clínica, és deguda al desenrotllament de la infecció primitiva de la infància, facilitada per una disminució de resistència de l'organisme, ocasionada per condicions de medi desfavorables.

Per altres, la causa, en la majoria de casos,

deu buscar-se en una infecció massiva renovada o a "reïnfecció". Sigui com vulgui, aquesta nova infecció, com ha remarcat Brownlee, es presenta sota una forma clínica nova: tuberculosi subaguda del pulmó al començament de la edat adulta (de 20 a 25 anys), després, forma crònica del pulmó al mig i a la fi de la edat adulta. La manca de l'acció protectoria de la primo-infecció, es tradueix en les races no preparades de què havem parlat (tribus africanes, per exemple), per la predominació de la forma greu, de tipus "infantil" en els nostres països. La influència importantíssima de la immunitat adquirida sobre la disminució de la tuberculosi, serà estudiada amb el factor "d'urbanització".

5. Quasi tots els que han estudiat el problema de la tuberculosi, reconeixen la importància de les condicions econòmiques i, en conseqüència, atribueixen als canvis en l'"standard of living" de la població, de la classe obrera en particular, una influència marcada en la disminució de la tuberculosi.

L'augment de salaris ha portat un augment de benestar del poble. Això és particularment veritat als països on la minva de la tuberculosi és més marcada (Estats Units d'Amèrica i Anglaterra). Que hi ha correlació entre la pobresa i la tuberculosi, és un fet cert (almenys als pobles tuberculitzats).

Però el "standard of life" és una cosa de gran complexitat i els seus canvis encara més. No és, doncs, d'admirar, que els observadors no hagin estat unànims a atribuir a aquests elements la responsabilitat de la disminució de la tuberculosi.

1) A Anglaterra, on les qüestions del pauperisme i les crisis d'alimentació han estat, en temps passats, més freqüents i millor estudiades que en altres llocs, els autors han insistit especialment sobre l'augment de la quantitat d'aliments consumida per habitant.

El fet que a l'Europa central, durant la guerra, a Àustria, a Alemanya i, en més petita escala, a Holanda, Dinamarca i Suïssa, la mortalitat tuberculosa ha seguit d'aprop la crisi alimentícia, ha cridat poderosament l'atenció dels tisiòlegs d'aquestes nacions sobre el paper de la nutrició en l'aparició de la tuberculosi clínica i la mortalitat. Aquesta crisi alimentícia ha estat com una contra-prova dels estudis i coneixements d'abans de la guerra sobre la relació entre l'alimentació i la tuberculosi.

2) Segueix a l'alimentació, per ordre d'importància, la qüestió de l'*habitació*. Tothom està