

CONFERENCIA DE LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS

Junio 30-Julio 2, 1947

INFORME FINAL

Los representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos y de los Departamentos Estatales de Sanidad de Arizona, California, Nuevo México y Texas, reunidos en Laredo, Texas, del 30 de junio al 2 de julio, 1947, a convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para estudiar el programa de salubridad a lo largo de la frontera, propuesto por la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, y la conveniencia de que las autoridades sanitarias de los Estados Unidos tomen las medidas correspondientes, acuerdan lo siguiente:

- 1.—Que el programa presentado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México sea apoyado y aceptado como base para un programa de salubridad coordinado a lo largo de la frontera México-Estados Unidos.
- 2.—Que la Oficina Sanitaria Panamericana coordine las labores sanitarias a lo largo de la frontera y estimule mayor contacto directo entre los funcionarios locales de sanidad de las colectividades colindantes.
- 3.—Que se intensifiquen inmediatamente a todo lo largo de la frontera, las actividades sanitarias para el control de las enfermedades venéreas y la tuberculosis, para educación higiénica e higiene materno-infantil, y en zonas limitadas, para el control de la malaria y las rickettsiasis.
- 4.—Que se organicen en las poblaciones fronterizas colindantes donde ya existen centros de salud, comités sanitarios locales, y que representantes de éstos integren comités internacionales para solucionar los problemas de interés común a las colectividades vecinas.
- 5.—Que se instituya, entre las colectividades fronterizas colindantes, notificación directa inmediata sobre morbilidad y mortalidad de tuberculosis y enfermedad venérea y sus contactos, que puedan tener significación para la salubridad pública de las colectividades correspondientes, y además, que la información sobre morbilidad incluya datos sobre la existencia, en la colectividad, de viruela, poliomielitis, tracoma, tifoidea, lepra, meningitis meningocócica, difteria, rabia, y otras enfermedades que puedan resultar de importancia para las colectividades colindantes.
- 6.—Que se instituya el intercambio de información sobre la calidad bacteriológica de los abastos de agua en las colectividades colindantes a lo largo de la frontera.
- 7.—Que la Oficina Sanitaria Panamericana explore la posibilidad de obtener material educativo en español, para uso a lo largo de la frontera México-Estados Unidos.

8.—Que la Oficina Sanitaria Panamericana sirva de organismo central informativo con respecto a las necesidades de adiestramiento del personal técnico de la frontera y las facilidades que para ello existen.

9.—Que la Oficina Sanitaria Panamericana continúe la publicación de resúmenes de literatura moderna importante sobre enfermedades venéreas, y explore con la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México la posibilidad de obtener su cooperación en este asunto.

10.—Que reconociendo la importancia de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, se recomienda que la Oficina Sanitaria Panamericana continúe prestándole su apoyo.

THE U. S. A.-MEXICO BORDER PUBLIC HEALTH CONFERENCE

June 30-July 2, 1947

FINAL REPORT

The representatives of the Ministry of Health and Welfare of Mexico, the United States Public Health Service and the State Departments of Health of Arizona, California, New Mexico and Texas, having been called into conference at Laredo, Texas, from June 30 to July 2, 1947, by the Director of the Pan American Sanitary Bureau to study the border health program of the Ministry of Health and Welfare of Mexico, and the desirability of corresponding action on the part of the U. S. A. health authorities, do hereby agree upon the following:

1. That the program presented by the Ministry of Health and Welfare of Mexico be endorsed and accepted as the basis for a coordinated health program along the U. S. A.-Mexico border.
2. That the Pan American Sanitary Bureau coordinate health activities along the border and promote increased direct contact between the local health officers of adjoining communities.
3. That health activities along the whole border be immediately intensified for the control of venereal diseases, and of tuberculosis, for public health education and maternal and child health, and in limited zones for the control of malaria and rickettsiasis.
4. That community health councils be organized in border cities and towns commencing in those where health and welfare centers exist, representatives of these local councils to compose international committees for the solution of problems of common interest to the adjoining communities.
5. That local immediate direct reporting be instituted between adjoining border communities for morbidity and mortality information on tuberculosis and venereal disease cases and their contacts which may have public health significance to the corresponding communities. The interchange of morbidity information should include data on smallpox, poliomyelitis, trachoma, typhoid, leprosy, meningococcus meningitis, diphtheria, the existence of rabies in the community, and such other diseases as may be of significance to the adjoining community.
6. That the exchange of information concerning the bacteriological quality of local water supplies along the border between adjoining communities be instituted.

7. That the Pan American Sanitary Bureau explore the possibility of making available educational material in Spanish for use along the border of U. S. A.-Mexico.

8. That the Pan American Sanitary Bureau serve as a clearing house for information regarding needs of special training of health personnel and the facilities for meeting them.

9. That the Pan American Sanitary Bureau continue the publication of abstracts of important current venereal disease literature and explore the possibility of cooperation on this matter with the Ministry of Health and Welfare of Mexico.

10. That recognizing the importance of the U. S. A.-Mexico Border Public Health Association it be recommended that the Pan American Sanitary Bureau continue to support this organization.

Sueroterapia médulo-esternal.—Carlos A. Videla y José A. Scodeller, (Rev. Med. & Cien. Af., 930, dbre. 1946) presentan 17 casos de tétanos tratados en el Hospital "J. M. Penna", Buenos Aires, Arg., con suero antitetánico por vía médulo-esternal. Previa anestesia local con novocaina al nivel del ángulo de Louis, se introduce la aguja hasta pasar la tabla externa. Una vez en la médula, se conecta la aguja con una ampolla de doble tubo con el fin de diluir el suero antitetánico en partes iguales con suero fisiológico y conectado con un tubo de goma a la aguja, se inyecta gota a gota. Consideran los AA. que esta vía es superior por no presentarse reacciones séricas, disminuyendo los días de incapacidad.

Suero homólogo.—I. Jay Brightman y Robert F. Korns (Jour. Am. Med. Assn., 268, obre. 4, 1947) observaron a 649 enfermos que recibieron transfusiones con mezclas de plasma desecado los que mostraron una frecuencia subsiguiente de ictericia producida por suero homólogo de 4.5%. El número de infectados fué mucho más elevado en personas mayores de 50 años sin encontrarse relación alguna con la cantidad de plasma administrado. Al estudiar 51 defunciones atribuidas a hepatitis aguda, se encontraron 15 casos en los cuales los enfermos habían recibido transfusiones, 12 de ellos de plasma solamente, durante los 6 meses anteriores a su muerte. Recomiendan los AA. usar el plasma solamente cuando las indicaciones clínicas lo justifiquen, de modo que los beneficios derivados sean mayores que los riesgos de contraer una ictericia producida por suero homólogo.

Orquitis.—N. Nixon y D. B. Lewis (Jour. Urology, 554, nbre. 1946) informan que de 339 soldados con parotiditis, 101 presentaron orquitis, siendo en 68 de ellos de suficiente gravedad para justificar la intervención quirúrgica. Se considera que esta intervención al comienzo del síndrome es de valor para el rápido alivio del dolor, las náuseas, vómitos, dolor de espaldas y fiebre, acortando el período de incapacidad y evitando la atrofia subsecuente del testículo enfermo. Sin la intervención quirúrgica los síntomas agudos desaparecen gradualmente, necesitándose de 3 a 4 días más de hospitalización, registrándose una atrofia testicular posterior en el 40 a 60% de los casos.