

EDITORIALES

EPIDEMIOLOGÍA Y PROFILAXIA DE LA TIFOIDEA

Dos doctrinas tratan de explicar el contagio y persistencia de la tifoidea en ciertos lugares.¹ La llamada alemana concede el principal papel al contagio directo, y relega a segundo término a los demás factores; la francesa da más importancia a la transmisión indirecta. Ambas tienen razón, hasta cierto punto. En Alemania, país donde las leyes sanitarias son más obedecidas y las aguas de abastecimiento están mejor vigiladas, el medio dominante es el directo, por lo cual conceden tanta importancia a los portadores; en Francia, menos rigurosos en el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, y en donde abundan los manantiales de agua poco vigilados y protegidos, prevalece la transmisión indirecta, y especialmente hídrica, y algunos autores hacen subir hasta 70 a 85 por ciento los casos de tifoidea hídrica, en tanto que en Alemania, Flugge imputa 70 por ciento al contagio directo, y el esto, por partes iguales, a agua, leche y otros alimentos. En general, cabe decir que en países de contacto directo la enfermedad acusará cifras más bajas que en aquéllos donde predomina la transmisión indirecta. Por ejemplo, la mortalidad tifoidea ascendió en 1927 a 2 por 100,000 en Alemania; a 4.8 en Francia; en 1930, a 1 en Berlín; a 3.5 en París.

En lo tocante a la transmisión directa, indudablemente, la casualidad desempeña un papel importante en la propagación de la tifoidea de un portador a la víctima susceptible.² En la vida de cualquier portador dado, que no se dedique a la manipulación de alimentos, precisa la combinación de varios factores para que pueda transmitir la enfermedad a otra persona, o sean: falta de higiene personal, preparación de comidas, y susceptibilidad de los expuestos. A muchas personas les hace cavilar el por qué un portatifoidea que se pasa años enteros sin infectar a nadie, de repente ocasiona un brote más o menos grande. En algunos casos, la explicación quizás resida en que el portador sólo excreta bacilos intermitentemente, pero eso no aclara todos los casos. Deben, por lo tanto, intervenir otros factores, incluso quizás la remota posibilidad de que un portador sea tan escrupuloso en sus hábitos personales, que jamás transmita la enfermedad. En esos casos debe haber no tan sólo un descuido de la

¹ Yangüela, O.: Rev. Serv. San. & Dem. Mun. de Barcelona 2:124 (obre.) 1930.

² Health News, srie. 19, 1932.

higiene personal de parte del portador, sino manipulación por éste de los alimentos o bebidas que va a ingerir un sujeto susceptible.

Con respecto a la mejor profilaxia de la tifoidea, Sir Andrew Bal-four, el finado director de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, declaró una vez: "Existe una tendencia creciente a utilizar la inoculación preventiva, que demostró su valor en épocas de guerra. Nadie que haya estudiado el asunto imparcialmente negará que constituye una excelente medida preventiva. En general, todos admitirán que es un auxiliar valioso en la campaña contra la tifoidea, más en particular en momentos de urgencia, pero nos parecería verdaderamente lastimoso que usurpara el primer puesto en la línea de defensa. Hay mucho peligro de que así suceda y que, por lo tanto, las comunidades descuiden *ipso facto* sus obligaciones manifiestas en lo tocante a proveer un ambiente sanitario y a realizar obras sanitarias esenciales. No cabe duda de que resulta más barato pagar semestralmente por dos dosis preventivas de vacuna que establecer un saneamiento satisfactorio; más barato sí, pero no mejor a la larga. La tifoidea sólo representa una de varias enfermedades transmitidas por las inmundicias, y si una comunidad quiere vivir satisfecha y sana, debe pagar debidamente por los servicios que eliminan las inmundicias y las consecuencias nefastas que éstas acarrear. No es buena política sanitaria atenerse en gran escala a una medida como la inoculación profiláctica, aunque no sea más que porque no pueden divorciarse las fiebres entéricas de otras dolencias peligrosas contra las cuales no protege la vacuna antitifoidea, y porque el adelanto sanitario constituye un factor importantísimo en la educación y el mejoramiento físico, mental y moral del género humano."

Esas palabras son en verdad de oro, y sobre ellas deben meditar todas las comunidades confrontadas con el problema. La mejor política antitifoidea, la que en Estados Unidos, Inglaterra y Alemania han hecho descender las infecciones entéricas a cifras antes increíbles, ha consistido primeramente en la obtención de abastos de agua de garantizada pureza (en particular por la filtración y la cloración), en la higienización, incluso pasteurización de la leche, la vigilancia estricta de los alimentos, y la disposición sanitaria de las inmundicias, incluso basura. Asentadas estas piedras fundamentales de la lucha antitifoidea, que lo son también de la higiene, se verá la enfermedad descender, casi como por magia.

COSTO DE LA MEDICACIÓN

Según los estudios llevados a cabo por cuenta del Comité del Costo de la Asistencia Médica en los Estados Unidos, en dicho país gastan \$715,000,000 al año en medicinas, o sea \$5.72 por persona, siendo la proporción mayor en las grandes ciudades y menor en los

campos. De esa enorme suma poco más de la cuarta parte (\$190,000,000) se invierte en medicinas recetadas por médicos, y menos de la cuarta parte (\$165,000,000) en remedios caseros, como bicarbonato de sodio, aceite de hígado de bacalao, etc.; y más de la mitad (\$360,000,000) en los llamados específicos o patentizados. Un estudio de lo gastado en enfermedad por un grupo de empleados de una compañía de seguros en 1930-31, reveló que 12.9 por ciento del expendio total correspondía a drogas, lo cual venía a representar la tercera parte de lo gastado en médicos, casi tres veces más que lo gastado en asistencia enfermeril, y casi tanto como lo gastado en dentistas o en hospitales y sanatorios.

Es casi imposible calcular el daño que puede hacer la automedicación indiscreta, sin olvidar la posibilidad de que a veces impida que se obtenga a tiempo el tratamiento necesario para una enfermedad, como cáncer o tuberculosis. Sí puede calcularse con alguna exactitud el derroche económico que representa el dinero dedicado a ese propósito. En contraposición a los \$5.72 per cápita que gasta el pueblo de los Estados Unidos en medicinas, el Comité del Costo de la Asistencia Médica descubrió que en los bien organizados servicios médicos del Ejército y de la industria, el costo de medicinas al año no pasa de \$0.72 a \$1.26, y en cuatro universidades, de \$0.25 a \$0.50. Por supuesto, debe recordarse que en la población general hay personas de mayor edad y, por consiguiente, más afecciones crónicas. El vulgo suele olvidarse de que a medida que se ha ido desarrollando la ciencia médica, el empleo de medicinas se ha vuelto cada vez más una mera rama del arte de curar, pues para muchas enfermedades, la higiene personal es la única receta que da el médico. La fuerza curativa de la naturaleza, si se le deja campo, muestra más virtud que todas las píldoras o pociones. En cambio, para ciertos estados en que se necesitan medicamentos, hay que aplicarlos con suma precisión y eficacia, como sucede, por ejemplo, con la insulina en la diabetes, el yodo en una variedad de bocio, y el extracto tiroideo en la obesidad, para no mencionar los sueros. La gente debe comprender que el médico, que es el único capacitado para hacer el diagnóstico, también es el único que puede determinar cuál es el tratamiento indicado, y si se necesitan o no drogas.

LOS ORÍGENES DE LA SEROTERAPIA

En un artículo reciente, Richet,¹ el introductor de la anafilaxia, llamó la atención sobre el hecho de que la seroterapia comenzó realmente con los experimentos emprendidos por Héricourt y él en 1887, y comunicados a la Academia de Ciencias de París en 1888, que pusieron de manifiesto un hecho absolutamente nuevo, o sea que la

¹ Richet, Co: Prog. Méd., 2050, nbre. 26, 1932.

sangre de un animal inmunizado contra una infección, confiere a otro animal susceptible a dicha infección, la inmunidad que el primero adquiriera. Esos experimentos, en que utilizaran un estafilococo muy parecido al *albus*, pero que evocaba una septicemia letal, hicieron deducir a los autores que la misma clase de inmunidad observada en el perro podría extenderse después a otras enfermedades, como el carbunco, la tuberculosis, etc. El 6 de diciembre de 1890, ya practicaban la primera inyección seroterápica en el hombre contra la tuberculosis.

Mientras que Richet y Héricourt proseguían su estudio de la seroterapia antituberculosa que, aunque interesante, no rendía nada decisivo, Behring y Kitasato habían aplicado el mismo método al tétano y la difteria, y en diciembre de 1890, ya publicaban su memoria sobre la seroterapia de esas dos enfermedades, en las cuales habían obtenido éxito sorprendente. Aunque parezca extraño hoy día, los autores se mostraban más ciertos del suero antitetánico que del antidiftérico, aunque el primero está reconocido actualmente como preventivo más bien que curativo, y que la seroterapia antidiftérica, introducida en Francia por los trabajos de Roux en 1891, parece constituir el triunfo mayor del nuevo método. Por primera vez, en la memoria de Behring y Kitasato, se encuentra una teoría de la acción de los sueros terapéuticos, los cuales, según ellos, obran por contener una antitoxina que neutraliza la toxina segregada por los microbios, y cuya existencia habían demostrado Roux y Yersin.

Desde entonces, la preparación de sueros terapéuticos se ha multiplicado, y a fines del siglo, o sea en 1899, habíanse propuesto no menos de 45, aunque muchos de ellos quizás jamás salieran del laboratorio. Hoy día, sin embargo, restan varias seroterapias cuya eficacia parece indiscutible; por ejemplo, la de la peste y del cólera. Durante la guerra se constató el valor del suero antitetánico, y Vincent después introdujo las seroterapias antiestreptocócica y anticolibacilar. Entre otros sueros curativos introducidos después, figuran los empleados contra la meningitis meningocócica, la disentería bacilar, la fiebre amarilla, la espiroquetosis hemorrágica, y la poliomiелitis, y hasta ya se menciona uno contra la esclerosis en placas.

Esos sueros sólo comprenden los específicos y homogéneos, sin mencionar los heterogéneos, que todavía se encuentran en el terreno del empirismo. De esa terapéutica, Roux y Calmette dieron el primer ejemplo, al revelar que el suero antitetánico se mostraba activo contra el veneno de las serpientes. Igualmente se sabe que el suero de los animales inmunizados contra el carbunco sintomático, actúa contra el bacilo de la septicemia aguda. También se ha ensayado con algún éxito el tratamiento del asma con el suero antidiftérico, el de la coqueluche con el suero de la ternera vacunada, y del cáncer con el suero antiestreptocócico de Coley.

No termina ahí el asunto, pues queda todavía el suero de convaleciente, que ha agrandado el dominio de la seroterapia. Se comenzó primero con la coqueluche, siguiéndose después con el sarampión, la escarlatina grave, el tifo, la poliomiélitis, etc.²

El campo sigue todavía abierto, y no cabe duda que habrá nuevas adquisiciones y perfeccionamientos. Por otra parte, la vacunación, por su progreso mismo, viene indirectamente a servir a la seroterapia, limitada antes por la imposibilidad de preparar sueros al vacunar a los animales. Por ejemplo, ya se ha tratado de obtener suero antituberculoso de los animales vacunados, con BCG, y también cabe esperar con el tiempo, nos dice Richet, una vacunación antisifilítica, que permitirá obtener una seroterapia específica. Es hasta probable que se obtenga con el tiempo una seroterapia anticancerosa, como la que ya en 1895 ofreció cierto resultado al mismo autor.

Médicos del Ecuador.—En el Ecuador la proporción de médicos viene a ser de uno por 1,000. En las tres principales ciudades, Quito, Guayaquil y Cuenca, varía de 1 a 1.75; y en Latacunga y Azogues es de 0.5. En el Ecuador, con 2,000,000 de habitantes, no hay, pues, todavía plétora médica. En las 14 poblaciones principales del país sólo hay 407 médicos; en Quito 119, y en Guayaquil 134. En las tres universidades del país, el promedio anual de nuevos profesionales es 7 en Guayaquil, 11 en Quito y 6 en Cuenca. Como mueren unos 10 al año, el aumento viene a ser de 14. Las tres universidades resultan excesivas para un país que apenas cuenta con 2,000,000 de habitantes, 1,000,000 de ellos indígenas. En el Ecuador no existe legislación sobre responsabilidad médica, y el público está abandonado a la buena fe del profesional. El autor recomienda la creación de una universidad única, con facultades repartidas principalmente entre las actuales ciudades universitarias; reforma de los estudios; elevación de la cultura médica del público; mejor organización de la asistencia pública para que no perjudique los intereses de la clase médica; lucha contra el empirismo; prohibición del anuncio público de los medicamentos; y una cruzada en pro de la moral profesional. (Marchán, F.: *An. Soc. Méd.-Quir. Guayas*, 239, agto., 1932.)

La obra de Paracelso.—El célebre Paracelso dió un nuevo giro a las prácticas de la alquimia. Hasta su época las prácticas de esta ciencia se limitaban a la transmutación de los metales. Paracelso encaminó estas prácticas a la preparación de medicinas y a la curación de las enfermedades, y fué en esta época que todas las boticas de Europa se transformaron en verdaderos laboratorios de investigación, en las cuales, mientras se trataba de hacer una panacea universal que curara todos los males, se hicieron grandes descubrimientos. Paracelso rechazó por completo la fisiología y la patología humorales y atribuyó los fenómenos de la vida y de las enfermedades a las fuerzas del organismo y no a la materia, denominó con el nombre de arqueo a un principio inmaterial que gobierna todo el organismo y que reglamenta la vida por vías químicas. Estas ideas, sin duda, fueron las precursoras de las modernas concepciones químico-biológicas.—LUIS TORRES DÍAZ, *Revista Farmacéutica* de Puerto Rico, obre., 1931.

² Ver el BOLETÍN de sbre., 1932, p. 936.