

**BOLETÍN**  
*de la*  
**Oficina Sanitaria Panamericana**  
{ REVISTA MENSUAL }

◆

*AVISO.—Aunque por de contado desplégase el mayor cuidado en la selección de los trabajos publicados in toto o compendiados, sólo los autores son solidarios de las opiniones vertidas, a menos que conste explícitamente lo contrario*

**Año 12**

**DICIEMBRE de 1933**

**No. 12**

**COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SANIDAD: SU  
DESENVOLVIMIENTO Y ESTADO ACTUAL; ALGUNOS  
RESULTADOS DE LAS MODERNAS MEDIDAS  
PREVENTIVAS \***

Por el Dr. H. S. CUMMING

*Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana*

**RELACIONES MÉDICAS INTERNACIONALES**

En su forma actual, las relaciones médicas internacionales pueden ser consideradas como fruto del esfuerzo, tanto individual como organizado, siendo su objeto, como todos muy bien sabéis, proteger a los pueblos de todo el mundo contra las epidemias.

Desde mediados del siglo XIX, no han faltado frecuentes conferencias internacionales sobre higiene y sanidad, en las cuales han participado, en una ocasión u otra, todos los países civilizados, y las que por fin cristalizaron en dos grandes organismos sanitarios internacionales, ambos de naturaleza oficial, que mantienen oficinas ejecutivas permanentes encargadas de llevar a cabo ciertas funciones continuas y bien definidas, destinadas a la protección de la salud pública. Esos organismos son: La Oficina Internacional de Higiene Pública de París, órgano ejecutivo de las Conferencias Sanitarias Internacionales, y la Oficina Sanitaria Panamericana de Wáshington, órgano ejecutivo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

En 1824, Simón Bolívar convocó un Congreso Americano Internacional, el reunido en Panamá en 1826, que si bien no fué de carácter

\* Presentado ante la Sección de Relaciones Médicas Internacionales e Higiene del IV Congreso Médico Panamericano en Dallas, Texas, del 21 al 26 de marzo de 1933.

sanitario, representó los comienzos de la cooperación entre las Repúblicas Americanas.

En 1889, el Honorable James G. Blaine convocó en Wáshington la primera Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas, de la cual naciera una organización permanente al crear como órgano ejecutivo la entidad que después pasó a ser la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, hoy día Unión Panamericana. Un comité de esa conferencia realizó estudios minuciosos, pero infructuosos, de las cuarentenas, en particular con respecto a la fiebre amarilla, que devastaba por entonces las Américas.

En el invierno de 1901-2, la II Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas tuvo lugar en la Ciudad de México, y para entonces los diplomáticos habían comenzado a darse cuenta de que los problemas sanitarios sólo podían ser resueltos debidamente por individuos conocedores de la medicina, y adecuadamente preparados para combatir la enfermedad. Fué a consecuencia de esa convicción, cada vez más arraigada, que dicha conferencia aprobó votos autorizando la creación de las Conferencias Sanitarias Internacionales y de una Oficina Sanitaria Internacional, cuyos organismos cobraron existencia, de conformidad con dichos votos, al celebrarse en Wáshington, en octubre de 1902, la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.

Entre los actos de esa Primera Conferencia Sanitaria Interamericana, figuró la aprobación de un acuerdo que cambió inmediatamente los reglamentos cuarentenarios de todos los países participantes, a fin de conformarlos a los recientes descubrimientos de Reed y sus colegas, los cuales confirmaban la vieja teoría de Finlay acerca de la transmisión de la fiebre amarilla. En la II Conferencia verificada en 1905, se firmó una Convención Sanitaria, formulando reglamentos cuarentenarios uniformes, no tan sólo con respecto a la fiebre amarilla, sino a otras enfermedades pestilenciales, y estableciendo ciertas limitaciones que los países signatarios se comprometían a no traspasar, al aplicar medidas restrictivas al comercio internacional. Tomó dicho acuerdo el nombre de Convención Sanitaria de Wáshington, y sus disposiciones en conjunto constituyen lo que puede muy bien denominarse el primer Código Sanitario Panamericano. Las resoluciones adoptadas entonces quizás representen el principal paso dado hacia adelante en los procedimientos cuarentenarios internacionales, en más de un siglo. /

Los nombres de los organismos de que nos ocupamos fueron cambiados subsecuentemente a sus actuales designaciones de Conferencias Sanitarias y Oficina Sanitaria Panamericanas. El tiempo disponible no me permite dedicar mayor espacio a la historia de esos organismos, mas entre las labores más importantes realizadas por las Conferencias Sanitarias Panamericanas, cabe mencionar las siguientes:

- (1) Redacción y adopción de la precitada Convención Sanitaria de Washington.
- (2) Reorganización, en la VI Conferencia celebrada en Montevideo en 1920, de la Oficina Sanitaria Panamericana, concediendo autoridad para publicar el **BOLETÍN** de la misma.
- (3) Redacción y aprobación del Código Sanitario Panamericano por la VII Conferencia reunida en la Habana en 1924.
- (4) Fomento y coordinación de medidas cada vez más eficaces para combatir las enfermedades transmisibles en todas las Repúblicas Americanas.
- (5) Reducción de las medidas de cuarentena marítima y aérea al mínimo compatible con la seguridad pública.

Sucintamente, las funciones más importantes de la Oficina Sanitaria Panamericana son:

- (1) Recopilación y diseminación de informes relativos a la frecuencia de las enfermedades transmisibles en todas las Repúblicas Americanas, y de datos relativos a las medidas de dominio de las mismas.
- (2) Actuación como centro consultor, en todo lo relativo a la higiene, salud pública y saneamiento, a solicitud de cualquier Departamento de Sanidad de las Repúblicas Americanas.
- (3) Publicación mensual del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* en español, portugués y francés, y a veces de suplementos en inglés, con el objeto de diseminar los últimos conocimientos relativos a higiene y saneamiento, y profilaxia. Ese **BOLETÍN** circula ampliamente por todas las Repúblicas Americanas, en particular en la América Latina, y por conducto de sus canjes, o a petición, también es distribuido en varios países europeos y asiáticos.
- (4) No la menor de las finalidades, tanto de las conferencias como de la Oficina, consiste en avivar y mantener el espíritu de amistosa cooperación internacional en sus respectivas esferas de acción.

La Oficina Sanitaria Panamericana funciona, desde luego, en mutua cooperación con la Unión Panamericana. Sostenida por un fondo prorrateado entre los Gobiernos signatarios según la población respectiva, sus destinos son regidos por un Consejo Directivo designado en cada conferencia.

## ADELANTOS EN EL DOMINIO DE LAS ENFERMEDADES

Al público general se le hace difícil hoy día comprender los adelantos realizados en la conservación de la salud en la época moderna, pero cabe decir sin ambages de ningún género que, si se retiraran de súbito las actuales salvaguardias sanitarias, nuestros grandes centros de población se convertirían rápidamente en focos de pestilencia y muerte, más terribles que los de ninguna edad pasada.

Los cronistas anteriores a la época de la vacunación nos cuentan que sólo una de cada 10 personas eludía los ataques de la *viruela*, y que a esa enfermedad correspondía mas o menos la décima parte de la mortalidad general. De reinar hoy día las mismas condiciones, tendríamos en los Estados Unidos más de 130,000 muertes anuales de *viruela*, cuando en realidad sólo hubo 131, o sea mil veces menos, durante el año 1931, que es el último para el cual contemos con datos

completos todavía. En otras palabras, la mortalidad variolosa ha disminuído casi a la milésima de sus cifras anteriores.

Hace un siglo, en 1831-32, el *cólera* era epidémico en muchos países de Europa y también en América. En aquella epidemia pasan por haber muerto uno de cada 46 habitantes de Hungría, uno de cada 100 de la Ciudad de Nueva York, uno de cada 77 de Albany, uno de cada 20 de Montreal, y uno de cada 12 de Quebec. Imagináos, si podéis, de uno a 10 millones de personas muriendo en un año de *cólera* en los Estados Unidos, y os formaréis una idea de lo que sucedía en este país y en Europa hace 100 años, pensando, por supuesto, en términos de población relativa.

Enfermedad sumamente antigua la *peste* bubónica, calcúlase que 25 millones de personas murieron de ella en las varias epidemias que azotaron a Europa en el siglo XIV. En 1570 arrebató 200,000 personas en Moscou. Otras muchas ciudades europeas eran igualmente víctimas de sus estragos. En Nápoles, en 1656, dícese que 300,000 sucumbieron a la peste en cinco meses. En Londres, en 1665, ocasionó 68,596 muertes, y en época mucho más reciente, en la India, de 1898 a 1923 inclusive, mató a más de 10 millones de personas.

Antes de descubrirse que el *tifo* exantemático es transmitido por el piojo, hubo ocasiones en que apenas cedía en su frecuencia a la viruela o la peste bubónica, siendo casi igualmente temido. Durante la Guerra Mundial hubo una época en que en Serbia el número de muertes de tifo pasaron por llegar a 9,000 diarias, y durante el año 1915 más de 150,000 personas murieron allí de la dolencia. En el quinquenio 1919-23, en Rusia, sin comprender la Ucrania, denunciaron 6,995,178 casos de tifo.

Sobre la *fiebre amarilla* no cabe hablar positivamente más allá del siglo XVII, pero sus invasiones aparecen desde entonces inscritas en las estadísticas de mortalidad de muchos países, tanto de América como de Europa. La epidemia de 1793 diezmó en el verano la población de Filadelfia, y no menos de noventa epidemias del mismo género han hecho su aparición en los Estados Unidos de cuando en cuando, siendo la última la de 1905, que ocasionó 3,402 casos con 452 defunciones en la ciudad de Nueva Orleáns. La enfermedad todavía existe en el Brasil, y posiblemente en Colombia y Bolivia. En África hay extensas regiones infectadas. La celeridad con que la gente, y también los mosquitos, pueden viajar hoy día por aeroplano de un país a otro, convierte a la fiebre amarilla en un problema de suma importancia en el comercio internacional.

El *paludismo* es una enfermedad que a menudo ha obstruído seriamente el bienestar y desarrollo de muchos grupos de la raza humana, misión nefasta que todavía desempeña en muchas partes del mundo, incluso bastantes zonas de nuestros propios Estados del sur. Aun con los conocimientos actuales, la lucha contra el mal

resulta difícil y costosa, pero continuamos avanzando, y espero que esos adelantos priven finalmente a la enfermedad de sus terrores.

La *uncinariasis* o anquilostomiasis, antiguamente azote de muchas regiones, subsiste todavía en algunas innecesariamente. La debida disposición de las excreciones alvinas acabaría con ella en los distritos rurales lo mismo que ha hecho en las poblaciones, y hasta el llevar calzado todo el año contribuiría mucho a mermar la frecuencia del mal.

En lo tocante a las enfermedades siguientes, voy a presentar los coeficientes anuales para los Estados que formaron la primitiva área de registro de los Estados Unidos en 1900, siendo mi objeto conseguir así datos comparables para un período mucho más prolongado.<sup>1</sup>

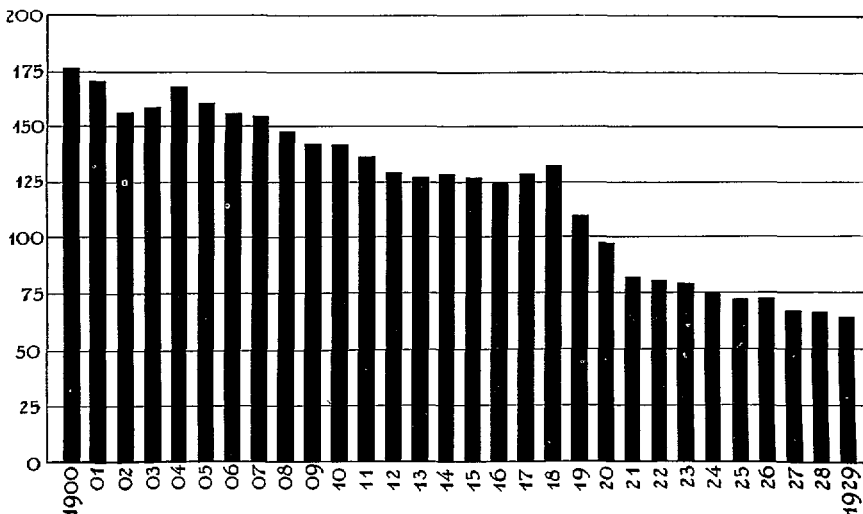


FIG. 1.—Tuberculosis (de las vías respiratorias y generalizada aguda): Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

Desde la época más antigua, tan difusa y común ha sido la *tuberculosis*, y sus ataques tan insidiosos, que jamás ha infundido tanto temor como otras enfermedades más aparatosas pero menos devastadoras. En dicha área de registro la mortalidad anual producida por la tuberculosis de las vías respiratorias y miliar (granulía) descendió de 176.8 en 1900 a 64.7 en 1929 (véase fig. 1), en tanto que para las otras formas aumentó de 18.2 en 1900 a 22.7 en 1910, para bajar sucesivamente luego a 7.2 en 1929.

Antes de introducirse la antitoxina y la toxina-antitoxina en la prevención, y de hacerse esfuerzos sistemáticos para limitar su propagación, la mortalidad debida a la *difteria* era muy elevada, y aun en 1900 ascendía a más de 40 por 100,000 habitantes en el área

<sup>1</sup> El área primitiva de registro de la mortalidad de los Estados Unidos, organizada en 1900, comprende el grupo formado por los 10 Estados de Connécticut, Indiana, Maine, Michigan, Nueva Hampshire, Nueva York, Nueva Jersey, Rhode Island, Vermont y Massachusetts, y el Distrito de Columbia, que en dicha fecha representaba 40 por ciento de la población del país.

primitiva de registro. Para 1931 no pasaba de 2.9 (véase fig. 2), y no hay motivos para que no descienda más, con tal que los padres atiendan a la inmunización de los hijos en la primera infancia.

La *escarlatina*, aunque no tan grave como la difteria, toma de cuando en cuando forma epidémica, yendo a menudo acompañada de complicaciones o secuelas graves. Los perfeccionamientos en el diagnóstico y el tratamiento, y el aislamiento de los enfermos, han mermado considerablemente la mortalidad como demuestra el descenso del coeficiente, de 13.5 a principios del siglo, a 2.2 en 1931 (véase fig. 3). Las fluctuaciones de la mortalidad escarlatinosa son bien conocidas.

La *tos ferina* es otra afección grave, y a menudo considerada con cierto menosprecio por los ignoros, si bien provoca más muertes que

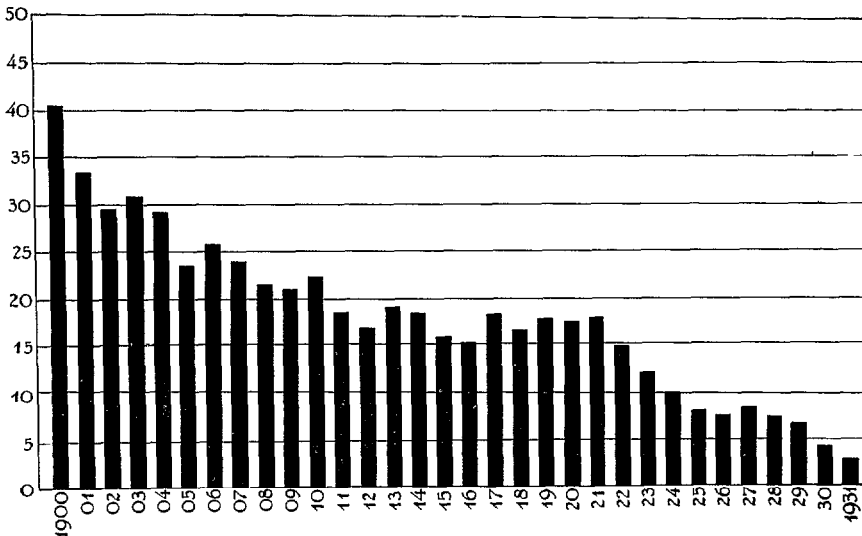


FIG. 2.—Difteria: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

la escarlatina, y casi tantas como el sarampión. En particular peligrosa para los pequeños, debe hacerse todo lo posible para impedir que la contraigan en la primera infancia. Las estadísticas patentizan que 94 por ciento de la mortalidad coqueluchosa recae entre menores de cinco años, y más de la mitad, en criaturas de menos de un año. A pesar de las dificultades que entraña el dominio de la tos ferina, su mortalidad ha disminuído marcadamente, sobre todo en el último decenio (véase fig. 4).

La *tifoidea* jamás ha dejado de prevalecer, año tras año, en este país y en otros, y hasta en tiempos muy antiguos, a juzgar por las descripciones legadas por autores de dicha época. Conocida su causa, modos de transmisión y la aplicación de medidas preventivas, cada

vez disminuye más. A principios del siglo, la mortalidad por tifoidea y paratifoideas subía a 31.3; en 1931 sólo fué de 1.4 (véase fig. 5).

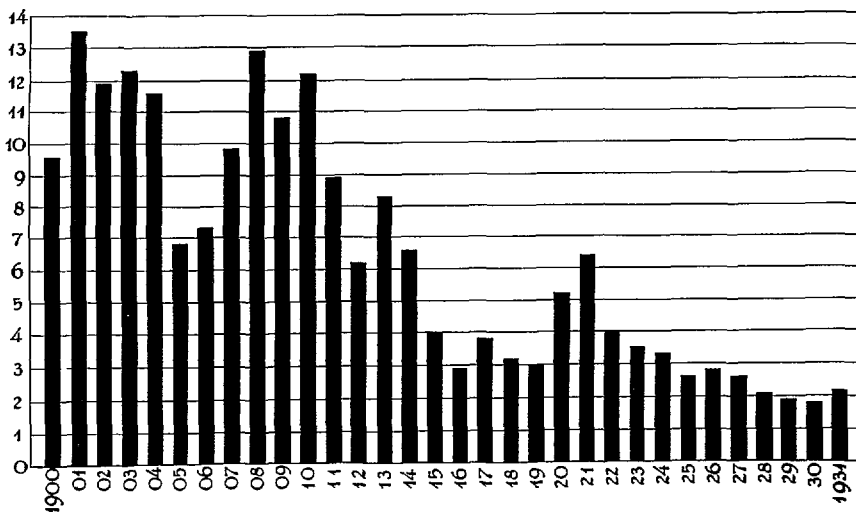


FIG 3.—Escarlatina: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

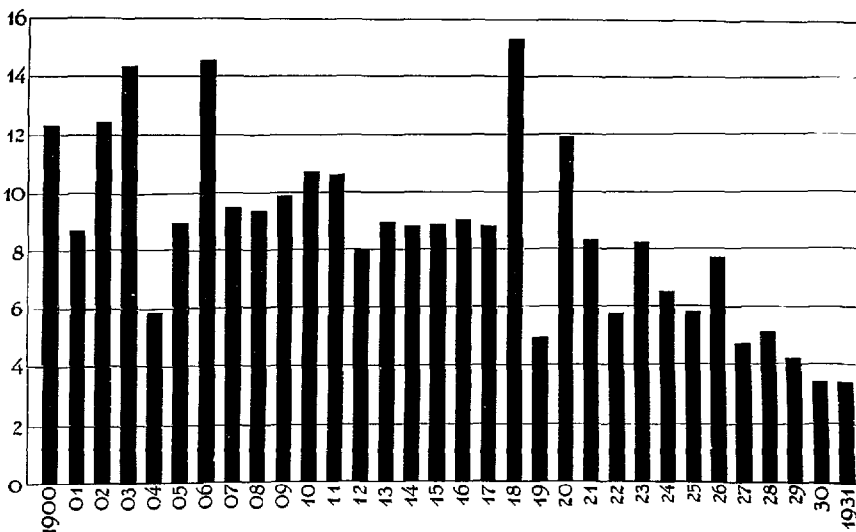


FIG 4.—Tos ferina: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

Descenso tan notable débese indudablemente a la introducción de abastos seguros de agua y de leche (pasteurización quizás también con respecto a la última), y a mejores métodos para descubrir y vigilar los portadores.

Tratándose de otras enfermedades transmitidas por el agua y la leche, a saber, la *diarrea* y la *enteritis*, también se nota una notabilísima disminución, o sea de 139.9 por 100,000 en 1900, a 13 en 1931 (véase fig. 6). Al mejoramiento de la calidad del agua y de la leche es que hay que atribuir sin duda la mayor parte de esa disminución.

La *bronquitis* y la *bronconeumonía* todavía acusan cifras bastante altas, y si bien los coeficientes combinados de ambas fluctúan de año en año, ha tenido lugar una disminución neta en la mortalidad. Si dejamos a un lado el año 1918, en que el coeficiente llegó a 100.4, cabe decir que la mortalidad ha variado de 68.1 en 1900 a 49.5 en

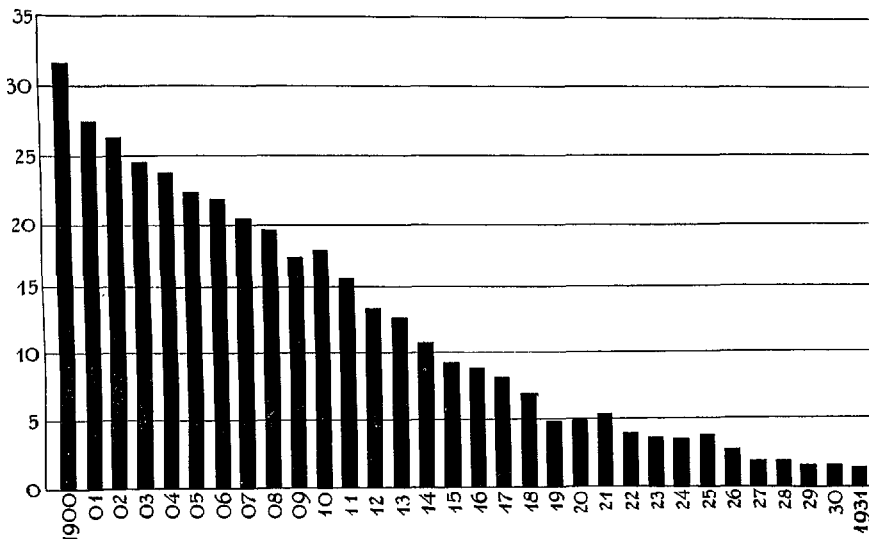


Fig. 5.—Tifoidea y paratifoidea: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

1929, habiendo varios años en que fué de más de 70, y llegando en 1920 a 82.

La *influenza* o gripe, y la *neumonía*, también unidas, revelan un descenso gradual mucho mayor, pues comenzando con 179.4 en 1900, habían bajado a 96.8 para 1929. Aquí también la cúspide corresponde a 1918, con un coeficiente de 517.2, catastrophe ésa que confío jamás vuelva a repetirse.

Para la *poliomielitis* (parálisis infantil) sólo tenemos estadísticas desde 1910. Si exceptuamos el año 1916, su mortalidad ha variado de 2.5 en 1910 a 0.7 en 1929. No poseemos cálculos fidedignos del número de personas a quienes dejara paralizadas el mal. En el año 1916 las muertes de poliomielitis, a pesar de todos los esfuerzos realizados, alcanzaron la sorprendente cifra de 21.1 por 100,000 habitantes.

El *sarampión* es una dolencia mucho más grave de lo que suele suponerse, en particular debido a sus complicaciones. Hasta ahora



el dominio ha sido difícil, en particular, me imagino, por confundirse tan frecuentemente con un coriza en los primeros tres o cuatro días,

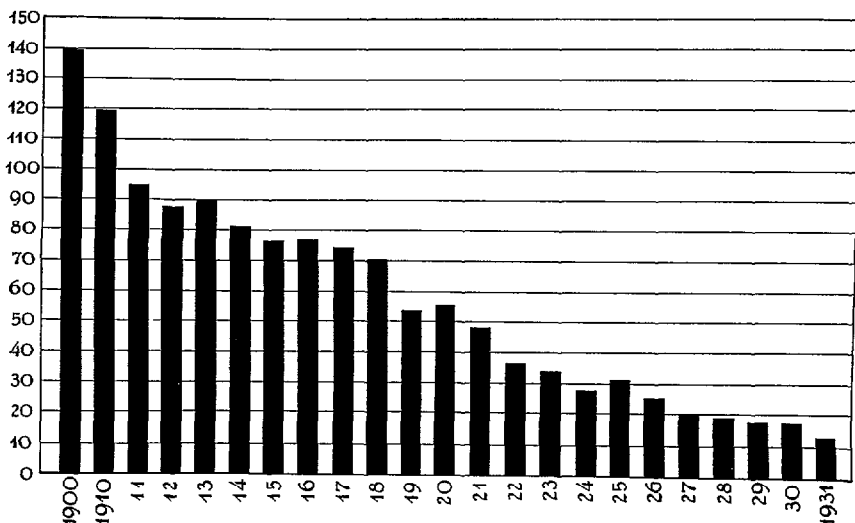


Fig. 6.—Diarrea y enteritis: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos

o sea cuando es sumamente contagioso. La mortalidad sarampionosa también fluctúa enormemente, oscilando de 13.4 en 1900 a 1.9 en 1927,

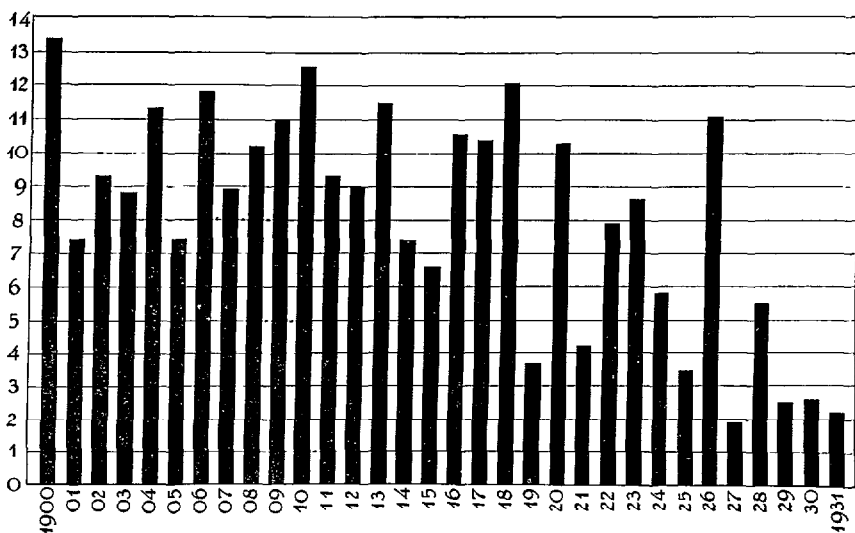


Fig. 7.—Sarampión: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

y siendo de 2.2 en 1931 (véase fig. 7). Lo mismo que la coqueluche, enfermedad peligrosísima para los lactantes y pequeños, hay que

instar a los padres a que hagan todo lo posible para proteger a sus hijos contra el contagio, por lo menos hasta que vayan a la escuela. Como un ataque otorga una inmunidad muy elevada, no parece ilógico esperar que, con el tiempo, se descubra un método eficaz de inmunización.

En la *septicemia puerperal* ha habido alguna, pero no mayor mejoría, y unas 5,600 madres pierden todavía la vida cada año en los Estados Unidos, debido a infección puerperal.

Si recordamos que 30 años no vienen a representar más que el espacio de un relámpago en la vida de la humanidad en la tierra, comprenderemos a ciencia cierta que una disminución en la mortalidad general de 17.2 en 1900 a 11.5 en 1930, en una típica sección transversal de una fracción civilizada de la raza humana, constituye un hecho de lo más notable.

El término "expectación de vida" es empleado para designar el promedio de años que pueda esperarse que viva un niño nacido en una época dada, y calculado desde el nacimiento, sin tomar en cuenta más factores que los que afectan la mortalidad general. Los cómputos más antiguos sobre ese punto se remontan a mediados del siglo XVIII. De 1785 a 1914, varios estadísticos calcularon que llegaba de 26 a 38.7 años en ciertas partes de Inglaterra, Alemania, Massachusetts y New Hampshire, y en la ciudad de Filadelfia. Para la última, la "Pennsylvania Company for Assurance on Lives", calculó en 1814 26 años. Esos antiguos cómputos, aunque no tan fidedignos como los actuales, son acreedores, sin embargo, a bastante consideración. Quizás no andaríamos muy equivocados si declararíamos que la actual expectativa de vida en la raza blanca de los Estados Unidos es poco menos de 60 años para los hombres, y algo más para las mujeres. Los cálculos ofrecidos por la compañía "Metropolitan" de Seguros de Vida para el área primitiva de registro en 1932, eran para los hombres blancos, 59.1, y para las mujeres, 62.6 años; es decir, que las mujeres viven tres años y medio más que los hombres, lo cual sin duda explica por qué les toca siempre decir la última palabra.

#### ENFERMEDADES QUE ACUSAN AUMENTO EN SU MORBIDAD Y MORTALIDAD

Demos ahora una ojeada a una situación menos halagüeña. Hay varias enfermedades y estados en que sube cada año más la mortalidad, figurando entre ellos el suicidio, homicidio, accidentes automovilísticos, cáncer, diabetes y cardiopatías.

Partiendo de 1900, con un coeficiente de 10.2, el *suicidio* aumentó gradualmente hasta 1908, en que llegó a 16.8 por 100,000 habitantes, para descender ligeramente en el cuatrenio siguiente, y subir de nuevo en 1914 y 1915 a 16.2 y 16.5, respectivamente. El mínimo desde 1915 correspondió a 1920, con 10.9. Desde entonces ha fluctuado entre

12.8 y 16.9 en 1929, que es el máximo desde 1900. (El coeficiente de 1931 fué aún mayor: 18.3.)

El *homicidio* acusó en el área primitiva de registro en 1900 un coeficiente de 1.2, que ha aumentado constantemente hasta 1931, en que alcanzó a 5.3 en dicha área, y a 9.3 en los Estados Unidos casi completos, lo cual equivale a decir que se cometen entre 11,000 y 12,000 homicidios cada año siendo digno de nota ver cuántos de esos asesinos se las pasan impunes.

Causa sorpresa ver la tolerancia mostrada por el público de los Estados Unidos hacia las heridas y muertes debidas a los *automóviles*. La mortalidad debida a accidentes automovilísticos, sin contar choques con tranvías y ferrocarriles, aumentó de 0.5 en 1906 a 25.5 en 1931.

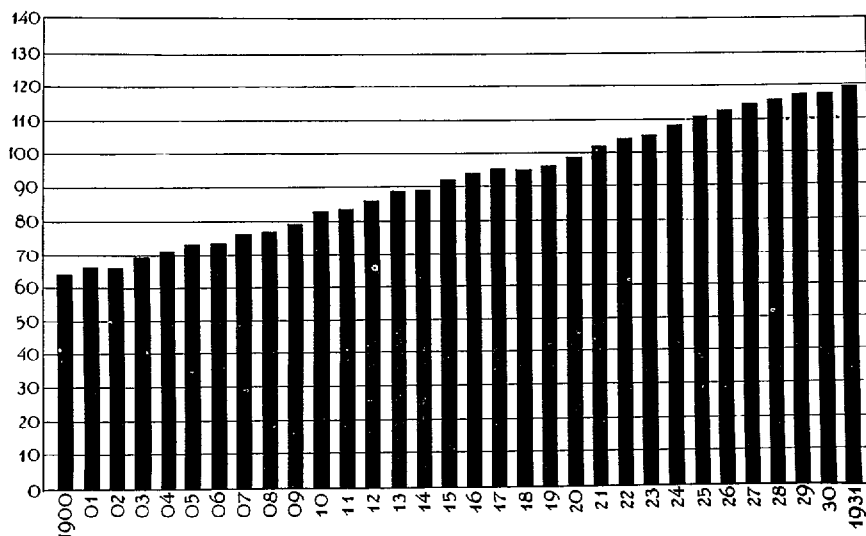


FIG. 8.—Cáncer. Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

La mortalidad debida al *cáncer* ha ascendido constantemente en los últimos años. Comenzando en 1900 con un coeficiente de 64, ha subido desde entonces, llegando a 119.7 en 1931 (véase fig. 8), lo cual quiere decir que ocasiona mucho más de 100,000 muertes cada año en los Estados Unidos. Parte del aumento acaso se deba a mejor notificación y diagnóstico, y a que más gente alcanza la edad cancerosa, pero estudios cuidadosos indican que también intervienen otros factores, siendo el aumento real y no meramente aparente.

La mortalidad debida a la *diabetes* ha aumentado de 11 en 1900 a 25.6 en 1931 (véase fig. 9), y aquí también el hecho de que más gente alcanza la edad diabética, tal vez sea la causa de parte del aumento, pero no de todo. El descubrimiento de la insulina nos ha capacitado para prolongar marcadamente la vida de los diabéticos y para ofrecerles mucha mayor comodidad y, con toda probabilidad, afectará la mor-

talidad diabética; pero tendrán que transcurrir varios años más antes de que tengamos datos exactos para comparación.

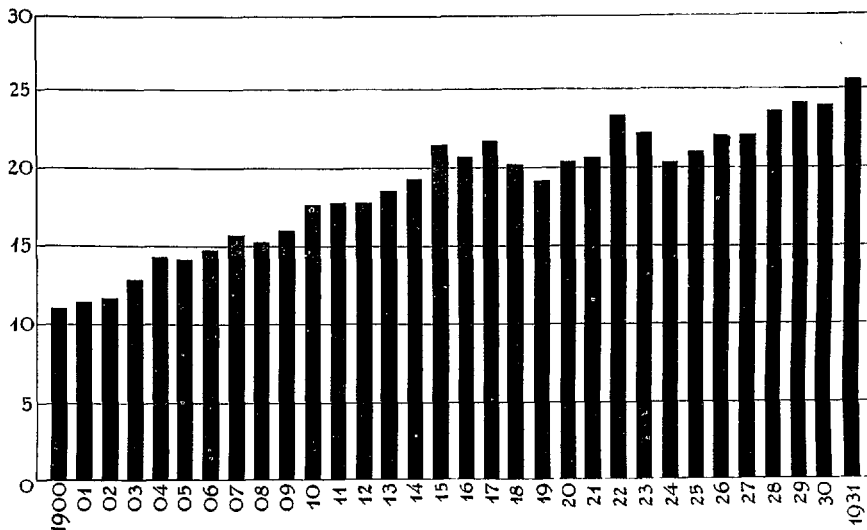


Fig. 9.—Diabetes: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

En las *enfermedades del corazón* tenemos otro grupo cada vez mejor reconocido, y del cual entran a formar parte más personas cada año,

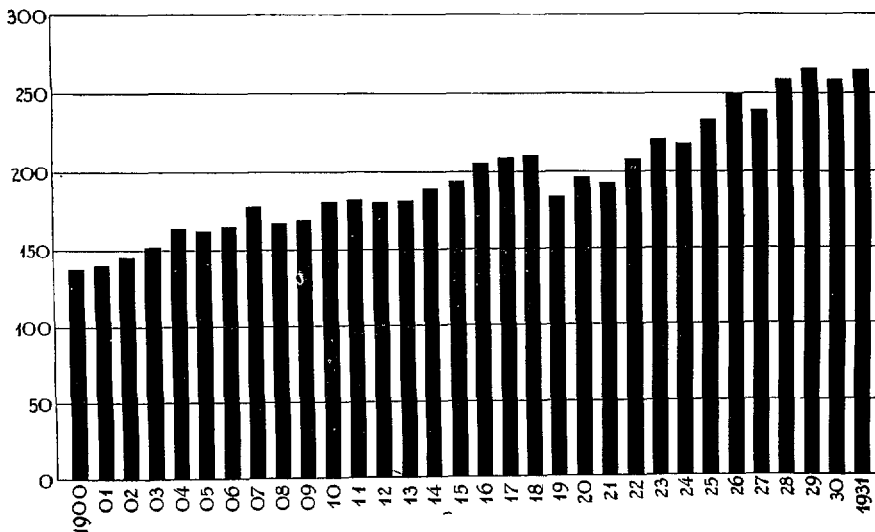


Fig. 10.—Cardiopatías: Mortalidad por 100,000 habitantes en la primitiva área de registro de los Estados Unidos.

por alcanzar una edad mayor. Partiendo de un coeficiente de 137.4 en 1900, las cardiopatías han alcanzado a 266.4 en 1929, y 259.2 en 1930 (véase fig. 10), lo cual equivale a decir que unas 250,000 personas

mueren del corazón cada año en los Estados Unidos. De no ser por la actual crisis económica, no vacilaría en decir que ha llegado la hora en que podríamos esperar una disminución en las cardiopatías, gracias a los mejoramientos higiénicos, el mejor cuidado de los dientes, y mayor destreza en la prevención y tratamiento de las afecciones de las vías aéreas superiores, así como en ciertas enfermedades como sarampión, escarlatina y difteria; pero dadas las condiciones presentes, no me arriesgaré a hacer profecías.

### ¿EN EL FUTURO, QUÉ?

Cabe poca duda de que los efectos de la actual crisis económica se reflejarán tarde o temprano en una elevación de la mortalidad, a menos que sobrevenga un cambio rápido. Por esta razón me siento obligado a advertir que deben mantenerse íntegras y sin disminución alguna las partidas dedicadas a obras sanitarias de valor demostrado, aunque eso constituya un sacrificio. Lo dicho reza en particular con los fondos dedicados a abastos de agua y de leche, disposición de las inmundicias, personal sanitario de dedicación completa, y las medidas de rigor contra las enfermedades prevenibles, teniendo presente que, sin fondos adecuados, no hay departamento de sanidad que pueda funcionar como procede.

---

## TRATAMIENTO DE LAS NARCOMANÍAS: RESEÑA \*

Por el Dr. E. W. ADAMS

*Médico del Ministerio de Sanidad y ex-conferenciante sobre materia médica y farmacología de la Universidad de Sheffield, Inglaterra*

Con respecto a narcomanía, en tanto supera la prevención a la curación, que no puede recalcarse suficientemente la primera; pero, en su sentido más amplio, o sea en lo tocante a atacar las causas radicales de la narcomanía, el médico individual no tiene mayor cosa que hacer, pues no puede limitar la producción de drogas a lo necesario para fines legítimos, y su contribución tiene que ser pequeña en lo relativo al inmenso problema sanitario de la inadaptación social. Vese, pues, obligado a dejar lo primero a organismos tales como la Liga de las Naciones, capaces de dirigirse a la sabiduría colectiva de las naciones reunidas en consejo; y, en cuanto a lo segundo, tiene que abandonarlo al tiempo y a los conocimientos acumulados por la colaboración de las distintas generaciones. Por sí mismo, sólo puede atender a las causas secundarias que queden a su alcance y, más o menos, dentro de su esfera de acción.

Si pasamos ahora al sentido más limitado de la palabra "prevención," existe cierta escuela entre cuyos exponentes figuran algunos

\* Tomado de *The Practitioner*, agto.-sbre. 1932. Debido a falta de espacio, ha habido que omitir varias partes de este extenso trabajo, indicándose las omisiones por medio de puntos suspensivos.