

CUARTA CONFERENCIA PANAMERICANA DE DIRECTORES NACIONALES DE SANIDAD

SÍFILIS, *Cont.*

En su contribución al tema, el Dr. Luis M. Debayle analiza los aspectos más fundamentales de la lucha antisifilítica en *Nicaragua*, y presenta los resultados de un estudio comparativo llevado a cabo en la Dirección de Sanidad a su cargo, y el cual reveló existir muy poca diferencia entre la efectividad de la Wassermann-Kolmer (modificación de 1923) y la Kahn (método original). Sin embargo, por su facilidad y rapidez de ejecución, así como economía, el Dr. Debayle recomienda de preferencia el empleo de la Kahn en la obra sanitaria. Ultimamente, en un viaje de estudios a los Estados Unidos, el A. tuvo ocasión de observar la practicabilidad de la reacción de Kline. Por considerarla eficaz, de técnica sencilla y costo moderado, optó por introducirla en *Nicaragua*.

El Dr. García Maldonado informó que en *Venezuela* se ha dado un gran paso en la lucha antisifilítica con la creación de un dispensario modelo en Caracas, para el adiestramiento del personal técnico necesario. En 1939, en los 5 dispensarios de Caracas se realizaron 2,155 diagnósticos positivos de lúes, y en los de otras 4 ciudades importantes del interior, 2,649.

TIFOIDEA

En *Argentina*, según manifestó el Dr. Sordelli, se ha logrado reducir la mortalidad por tifoidea en una tercera parte durante los últimos 20 años. La leche no parece ser vehículo trasmisor en *Argentina*, ni se conocen epidemias verdaderamente de origen hídrico. Por lo general los abastos de agua de las poblaciones son bacteriológicamente puros, y aparte de las infecciones de domicilio por descuidos en el consumo de agua, el alimento crudo parece ser el principal causante del mal. Con respecto a la vacunación, el Dr. Sordelli recomienda cautela en la sustitución de la vacuna clásica cuyos resultados óptimos ya se conocen, por la oral, hasta que se haya probado concluyentemente la eficacia de la última. En contestación a una pregunta, el Dr. Sordelli informó que aunque se ha resuelto el problema técnico de la preparación de la vacuna mixta (tifoidea, difteria y tétano), en la práctica se tropieza con muchas dificultades. Al terminar, el Dr. Sordelli recomendó la realización de estudios epidemiológicos en toda la América, y el establecimiento de un plan de investigación para averiguar definitivamente la verdadera efectividad de la vacuna oral.

El Dr. Barros Barreto dió a conocer los coeficientes de mortalidad por tifoidea para el 1936 en 19 ciudades del *Brasil*, fluctuando entre un mínimo de 6 por 100,000 habitantes para Río de Janeiro, y un máximo de 51. Lacorte, en más de 2,300 reacciones de Widal con sueros del norte y centro del país, encontró 8% de positividad, lo que parece contradecir ciertas opiniones de que el mal no es tan frecuente en el trópico. Con respecto al papel del agua en la trasmisión, es posible pensar que no sean las regiones cercanas al ecuador las que más se presten a esta forma de trasmisión, lo que encuentra justificación no sólo en los asertos de Heukekelian y Schuloff de que el bacilo tífico, fuera del organismo humano, resiste mejor las temperaturas bajas que las altas, sino en observaciones realizadas en ciertos brotes epidémicos de origen hídrico ocurridos en *Brasil*. Intimamente ligado al problema de la tifoidea se encuentra el de la protección de abastos de agua, playas, ríos y piscinas de natación; el consumo de vegetales crudos y leche no pasteurizada; los criaderos de ostras; la mosca; las aguas de riego, y finalmente, los portadores sanos y los contactos. Concediendo a la vacunación la importancia que merece,

el Dr. Barros Barreto cree que no se deben excluir las otras medidas profilácticas, sobre todo las de saneamiento, ni el uso del suero preventivo, en épocas de epidemia en poblaciones probablemente infectadas en masa por contaminación hídrica.

El Dr. Bejarano manifestó que, aunque se ha reducido la morbilidad tífica en las poblaciones dotadas de agua potable, la tifoidea todavía constituye serio problema en las zonas rurales de *Colombia*. Llamó la atención a que en general la lucha contra la tifoidea se practica esporádicamente, iniciándose solamente al aparecer la epidemia. Una resolución del Ministerio de Higiene dictada en septiembre 1939 exige la desinfección de las aguas de consumo. El Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio ha fabricado varios modelos de aparatos para la aplicación de hipoclorito de calcio. De costo reducido y manipulación sencilla, éstos ya han sido usados satisfactoriamente en acueductos, piscinas, hospitales, etc.

El Dr. Lage comunicó que en *Cuba*, tratando de obviar los inconvenientes de la vacunación subcutánea, han ensayado la vacuna oral con resultados bastante favorables. Se exige, sin embargo, la vacunación clásica subcutánea en 3 inyecciones, aunque muchos individuos, por esquivar las reacciones, reciben la vacuna oral bajo la vigilancia del médico particular. Al discutir el punto en el Instituto Finlay, se optó por continuar exigiendo la vacunación parentérica, aceptándose la oral en casos excepcionales.

En *Chile*, explicó el Dr. Garcés, las fiebres entéricas constituyen el grupo más frecuente de las enfermedades transmisibles. En 1939, por ejemplo, el coeficiente de mortalidad tífica pasó de 50 por 100,000 habitantes en 4 provincias, y en otras 10 fluctuó entre 25 y 50. Las características epidemiológicas del mal son: distribución estacional de absoluta constancia, con mayor incidencia en la primavera y verano, en centros de mayor población, y en menores de 15 años. Para luchar con más efectividad contra el mal se necesitaría información más completa sobre la magnitud y modalidades del problema en cada región, incluso denuncia más rigurosa de casos, investigación de portadores y preparación de un personal eficiente. En cuanto a vacunación, las experiencias de Chile permiten concluir que la vacuna preparada en el Instituto Bacteriológico provoca pocas reacciones y es eficaz e inocua. La efectividad de la vacunación antitífica quedó demostrada en Chile con la prevención de brotes serios del mal a raíz de la destrucción de los abastos de agua durante los terremotos de 1939. Al terminar, el Dr. Garcés abogó calurosamente por la estandarización de las técnicas de diagnóstico.

Al referirse el Dr. Leake a los recientes progresos de la vacunación antitífica logrados en *Estados Unidos*, apuntó que las investigaciones más notables en los últimos años se han encaminado hacia el perfeccionamiento de la vacuna mediante mejor selección de cepas, encontrándose actualmente en estudio cepas de Panamá que parecen prometer bastante.

El Dr. Siurob comenzó por admitir que hasta hoy en *México* no se ha podido reducir gran cosa la incidencia y mortalidad tífica, pero que la reciente intensificación de la lucha ha de mejorar el cuadro. Entre las obras prácticas realizadas últimamente citó la provisión de agua potable a más de 300 poblaciones de las zonas rurales. Algunas de estas obras son de mucho alcance, tales como las de Chihuahita, con una red de 115 km que cubre 24 pueblos. No solamente se está atacando el problema de abastecimiento, sino también el de la purificación.

Agregó el Dr. Long, Comisionado Viajero Jefe de la Oficina, que por lo general en sus viajes por el interior de América él se abstiene de comer legumbres que crecen a flor de tierra, y se refirió a una población donde utilizan las aguas servidas con fines de irrigación y en la cual la incidencia tífica es sumamente alta.

En vista de las diferentes opiniones expresadas con respecto a los méritos de la vacuna oral, la Conferencia recomendó que se continúe estudiando el asunto con mira a que la XI Conferencia por celebrarse en Río de Janeiro emita una recomendación definitiva.

VIVIENDA HIGIÉNICA

Por fin se está reconociendo de lleno en las Repúblicas de América la importancia de la vivienda higiénica del trabajador en la salubridad del país, apuntó el Dr. Bejarano. En *Colombia*, por ejemplo, se está tratando de resolver el problema, hasta la fecha con bastante acierto, por mediación de un organismo de carácter nacional. En los Departamentos de Nariño y Cundinamarca ya se han construído un número de habitaciones higiénicas para campesinos.

Según el Dr. Garcés, la escasez y malas condiciones de la vivienda del obrero en *Chile* afecta a una gran parte de la población, y de acuerdo con la Asociación de Arquitectos no menos de 1,500,000 chilenos, o sea una tercera parte de la población, ocupan habitaciones malsanas. Para remediar la situación, el Ministerio de Salubridad ya ha comenzado a construir casas para obreros, dotadas de servicios higiénicos y hasta de pequeños huertos. La Caja de la Habitación también contribuye a la solución del problema mediante la construcción de viviendas para empleados públicos y particulares, no debiendo olvidarse los esfuerzos realizados en este sentido por la Caja del Seguro, en pro de los obreros asegurados, especialmente en la zona afectada por el terremoto.

También en *Guatemala*, apuntó el Dr. López Herrarte, la vivienda higiénica constituye preocupación importante del Gobierno, habiéndose ya puesto en práctica, con muy buenos resultados, un plan de construcción de habitaciones para obreros.

En el *Perú*, comunicó el Dr. Hurtado, se han realizado varias encuestas para determinar el estado sanitario de las viviendas de los trabajadores, y en 1938 se creó la Inspección de la Vivienda Obrera, adoptándose finalmente un extenso plan de construcciones en el que cooperan diversas instituciones, tanto fiscales como privadas. Hasta la fecha se han construído y entregado a los obreros más de 600 casas. El problema, sin embargo, dista mucho de hallarse resuelto.

El Dr. Schiaffino informó que la primera tentativa de construcción de viviendas higiénicas para obreros en *Uruguay* se inició hace 50 años, con resultados poco favorables. En años recientes, por acción directa del Estado, de los municipios y de empresas particulares, se han construído en los suburbios de las ciudades varios miles de casas del tipo jardín para las clases trabajadoras. La labor realizada ha sido de interés e inmenso beneficio, pero en general el terreno ganado es poco, comparado con la magnitud del problema.

TEMAS LIBRES

Amibiasis Intestinal.—En *Nicaragua*, según exámenes coprológicos practicados en miles de personas, la infestación por amiba histolítica ha aumentado de 7.24% en 1936 a 13.68% en 1939, y en la capital, Managua, de 13.08 a 30.65%. Con respecto a las estaciones del año, se observaron oscilaciones poco indicativas, pero estudiados los casos con relación a los servicios higiénicos domiciliarios, se descubrió que el agua de consumo de Managua parece hallarse contaminada y constituir factor importante de transmisión. La enfermedad es poco letal y rara vez forman absceso las complicaciones hepáticas, predominando las formas diarreicas.

Asistencia y Medicina Social.—El informe correspondiente al año 1939 del Médico Jefe del Departamento de Asistencia Social de *Colombia* contiene las siguientes síntesis estadísticas: número de estancias en 235 instituciones hospitalarias y asistenciales que suministraron datos, 5,288,021; letalidad, elevada, en

particular en los manicomios de Bogotá y Medellín, excediendo a veces de 60%; costo: promedio de 12 establecimientos, 0.90, moneda colombiana; promedio máximo, Hospital de Cartagena, 2.26 pesos; mínimo, 0.05; proporción de ingresos de casos mentales, 13%.

El Dr. Siurob explicó cómo la medicina social nació en *México* del fracaso de la medicina preventiva en los centros rurales. Para ilustrar el punto citó el ejemplo de una región, representativa de otras más, donde no existían médicos ni se conocía la sanidad organizada. Tras una campaña de propaganda se logró que los campesinos residentes, con la ayuda del banco local, aportaran una buena suma, que unida a otra contribución igual del Gobierno, sirvió para establecer servicios sanitarios cooperativos de tratamiento y divulgación, y en algunos casos hasta hospitales. Estos servicios funcionan bajo la vigilancia de un comité de 3 miembros. El Dr. Siurob se expresó con satisfacción del plan en vigor, recalando que ya se están beneficiando no menos de 2,700,000 campesinos.

Bartonelosis.—El Dr. Bejarano presentó una relación del Dr. Patiño Camargo sobre la bartonelosis como problema internacional, en la cual resume así la epidemia ocurrida en *Colombia*: localización, en el sur del país, cerca del Ecuador, a unos 75 km del mar y una altura de 800 a 4,500 m; región de abundantes lluvias y pésimas condiciones sanitarias; letalidad elevada (más de 5,000 defunciones); iniciación con fiebre irregular, dolores reumáticos y anemia; agente etiológico, una bartonela multiforme; duración de la etapa febril, de días a 4 meses; recaídas frecuentes; faz eruptiva, 60 días después del comienzo de la fiebre; abundancia de hematófagos y *Phlebotomus*; otro posible vector, el piojo humano. El establecimiento de hospitales especiales en las zonas afectadas ha reducido la frecuencia del mal. El A. opina que es muy probable que la enfermedad, que considera la más temible de América, sea también autóctona en otros países del continente.

Difteria.—En *Nicaragua* la inmunidad natural contra la difteria llega a 84% entre la población escolar. El mal es más frecuente en el grupo de 2 a 8 años, y durante los meses de temperatura variable. Con respecto a tratamiento, los mejores resultados se han obtenido con los sueros norteamericanos, aunque ha habido que administrar cantidades mayores que en otros países. Si bien la incidencia no es muy alta, la morboletalidad pasa del 20%, quizás debido a la variedad del bacilo causante, y al diagnóstico y tratamiento tardíos.

Estupefacientes.—El extenso informe del Gobierno de *Colombia* sobre el tráfico de estupefacientes durante el año 1939 comienza con las disposiciones legislativas dictadas para su mejor control, entre las cuales figura una resolución que prohíbe el cultivo de marihuana y ordena la destrucción de las plantaciones existentes; y otra que circunscribe la importación de drogas habituógenas al Gobierno Nacional. El número de toxicómanos registrados en el país sólo llega a 160, de los cuales 110 son morfínomanos y 43 heroínomanos. La hospitalización, tal como se practica en Colombia, no ha dado resultado, pues de un pequeño grupo hospitalizado en 1933, todos continuaban con el vicio en 1939. En verdad, la toxicomanía, que representa 0.02% en Bogotá y 0.002% en el país en general, no constituye problema en Colombia. En cambio, la situación con respecto al cocaísmo no tiene nada de halagadora. Durante el 1939 se tuvo conocimiento de un consumo de 40,000 kg de dichas hojas, 33,325 de ellos en el Departamento del Cauca. Con mira a restringir la producción de coca a las meras necesidades médicas, se recomienda la convocación de una convención internacional.

Higiene Mental.—En el trabajo del psiquiatra brasileño Cunha Lopes sobre la higiene mental en Brasil, se menciona en primer término la reciente organización de un curso de psiquiatría a cargo del Servicio de Asistencia a Psicópatas del Distrito Federal, que también dispone de un magnífico Instituto de Neurosfilis. Debe recordarse, apunta el A., que la Sociedad Brasileña de Psiquiatría, Neu-

rología y Medicina Legal, fundada en 1907, fué la primera asociación de su género creada en América. En 1918 se estableció en Río de Janeiro, con repercusiones sudamericanas, el Servicio de Profilaxia Mental, que cuenta con dispensario, clínicas especializadas, laboratorios y servicio de hospitalización. Anexo a este organismo se encuentra un Instituto de Psicología y una escuela de enfermeras. Completando el programa trazado, se fundó en 1922 la Liga Brasileña de Higiene Mental, en 1933 el Centro Brasileño para el Estudio de la Esquizofrenia, y subsecuentemente otras instituciones en diversos Estados. Con 50 millones de habitantes, en Brasil apenas hay 20,000 psicópatas internados.

Lepra.—En su exposición de las actividades del Departamento de Lucha Antileprosa de Colombia durante el año 1939, el Dr. Bernal Londoño anota los siguientes datos estadísticos: personas examinadas, 56,533; casos descubiertos, 960; en tratamiento, 2,531 (1,726 en leprosarios); en aislamiento, 8,136; hijos sanos de leprosos bajo vigilancia, 1,696. La proporción de casos contagiosos descubiertos ha descendido de 8.34% en 1936 a 2.48 en 1938 y 1.69 en 1939. La profilaxia antileprosa se encuentra en Colombia a la altura de las mejores del mundo, pero no así el servicio de asistencia hospitalaria. En otro informe el Dr. Maldonado Romero señala que la forma más efectiva de lucha antileprosa descansa en el descubrimiento precoz de los casos, el tratamiento metódico, y la segregación de los casos contagiosos, considerando también de verdadero mérito la labor de las visitadoras. Estudios estadísticos de la incidencia del mal para un período de 170 años revelan una pérdida de la fuerza de expansión durante los últimos 30 años, quizás debido, en el caso de Colombia, al aislamiento obligatorio establecido en 1905; a la mejoría de los métodos de diagnóstico, y la multiplicación de los servicios. El porcentaje de curaciones persistentes alcanza en Colombia a 57.24, y el de recaídas a 15.48.

Instituto Federico Lleras de Investigación Médica.—El Instituto Lleras, apunta su Director, el Dr. Patiño Camargo, en la relación presentada por el Dr. Bejarano, fué creado en 1934 con el nombre de Laboratorio Central de Investigación de Lepra, con el fin de investigar dicho mal en todas sus fases y experimentar con las formas de tratamiento. Dotado de edificio propio, cuenta con laboratorios de serología, química biológica, microbiología, parasitología y anatomía patológica; hospital de 10 camas; pabellón de animales de experimentación, etc. El programa de trabajos comprende, entre otras cosas, la investigación del valor terapéutico del suero de corderos y cabras y del azul de metileno, habiéndose logrado hasta la fecha resultados muy satisfactorios con el último, y bastante alentadores con el primero.

Protección a la Madre y al Hijo.—La obra pro maternal e infantil que se realiza en Colombia, informa el jefe del departamento correspondiente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, recibió verdadero estímulo con el establecimiento en 1937 del servicio médico y enfermeril en las salas cunas, y con la extensión de servicios semejantes a las obreras de ciertas fábricas y a sus hijos. Ya bien dependientes del Ministerio, de la Cruz Roja, o de otras organizaciones, existen en Colombia consultorios y restaurantes prenatales e infantiles; dispensarios antituberculosos y antivenéreos; gotas de leche y salas cunas; asilos, dormitorios y refugios; jardines y colonias de vacaciones, etc. El Servicio Prenatal realizó en 1939 unas 52,481 visitas domiciliarias; atendió a 16,869 mujeres y más de 8,000 partos, y practicó cerca de 39,000 exámenes de laboratorio, etc. Aunque se ha logrado reducir algo la mortalidad materna, ésta continúa alta en las salas hospitalarias, debido a la tardanza con que acuden las embarazadas, y a la mala dotación. El Servicio Dental practicó 187,760 exámenes, 278,591 extracciones y 115,487 obturaciones, etc., y el Servicio Médico Escolar higienizó 536 locales, examinó a 169,741 niños, y practicó 131,000 vacunaciones.

Tuberculosis.—En su trabajo escrito, el Dr. Arboleda Díaz expone con todo detalle la organización y marcha de la lucha antituberculosa en *Colombia*. El número de dispensarios, que en 1936 era de 3, es ahora de 28, y más o menos el mismo incremento se ha observado con respecto a personas atendidas y servicios prestados. En cuanto a tratamiento y profilaxia, en 1939 se practicó el neumotórax en 862 personas. En la campaña de divulgación se han utilizado todos los medios, incluso afiches, el radio, la prensa, el cinematógrafo, etc. El A. calcula en 10 millones de pesos colombianos la pérdida económica anual de 100,000 tuberculosos al individuo y a la colectividad, y recomienda el establecimiento del seguro social.

LOS DIEZ MANDAMIENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS COMPUESTAS*

Por el Dr. JAMES E. M. THOMSON

He aquí recapitulados los 10 grandes principios del tratamiento de fracturas compuestas:

I.—Empléese una férula e inmovilícese en el mismo sitio del accidente toda fractura compuesta; trasládese al enfermo con celeridad y sumo cuidado a un hospital debidamente instalado para tratamiento.

II.—Considérese como caso de urgencia toda fractura compuesta, proporcionando cuanto antes el tratamiento adecuado.

III.—Lávese el miembro, pero alejando el líquido de la herida, con jabón verde y agua esterilizada corriente por 10 minutos.

IV.—Desbrídese perfectamente toda herida, tomando debidamente en cuenta la anatomía, y ciérrense las heridas en que parece justificarlo así el juicio clínico.

V.—Redúzcase después del desbridamiento toda fractura compuesta, y fíjense en posición firmemente los fragmentos.

VI.—Cúbrase la herida con cristales de sulfanilamida y adminístrense sulfonamidos por vía bucal, según esté indicado.

VII.—Inmovilícese toda fractura compuesta en un enyesado, pero con aberturas adecuadas para observar la herida y tejidos circundantes.

VIII.—Adminístrense en el acto en toda fractura compuesta una inyección profiláctica de suero antitetánico combinado con suero antibacilar *welchii-perfringens*.

IX.—Adminístrense una dosis profiláctica de rayos X dos veces diarias por espacio de tres o cuatro días, sobre todas las fracturas compuestas.

X.—Úsese la pectinoterapia en todas las heridas abiertas superficiales.

Como los Diez Mandamientos del Señor jamás son absolutamente obedecidos, así sucede con estos 10 para el tratamiento de las fracturas compuestas, pero facilitan una serie de reglas que pueden servir de mucho. Si todo cirujano que trata fracturas estableciera un plan completo que abarcara todas las fases o posibilidades e hiciera que sus ayudantes lo siguieran implícitamente por cinco años, se vería que sus resultados superan con mucho a los de cualquier período anterior.

* Sumarizado del *Jour. Am. Med. Assn.*, nbre. 30, 1940, p. 1855.