

EDITORIALES

LAS INVESTIGACIONES DEL PALUDISMO Y LA LIGA DE LAS NACIONES

En la crónica dedicada al paludismo en este número, aparecen análisis de varios importantes trabajos publicados por la Comisión del Paludismo de la Liga de las Naciones o realizados bajo sus auspicios. En ocasiones anteriores ya se ha hecho mención en el BOLETÍN de otros estudios de tenor semejante publicados por la comisión. Los informes dedicados a terapéutica del paludismo, alojamientos y paludismo, y malaria en los deltas, suman nuestros conocimientos actuales acerca de esos asuntos, pero como los datos distan mucho todavía de ser completos, y la investigación malárica todavía prosigue, la comisión, en un comunicado reciente, opina que conviene indicar los derroteros que debe seguir la investigación en el futuro, a fin de atacar los problemas más urgentes. La comisión recomienda estos puntos para estudio algunos de los cuales, claramente, no tienen aplicación en América.

(1) *Tratamiento* (investigaciones clínicas y terapéuticas):

(a) Determinación, en las regiones endémicas e hiperendémicas, de los grupos de edades más afectados por la enfermedad y que reclaman, por consiguiente, mayor atención terapéutica. Las investigaciones comprenderán, en primer lugar, la población indígena, extendiéndose después a los inmigrantes.

(b) Determinación de la dosis mínima de quinina suficiente para tratar la malaria en las zonas endémicas e hiperendémicas, donde los habitantes han adquirido cierto grado de inmunidad.

(c) Determinación de las dosis (por grupos de edades) de plasmocina suficientes para impedir que los gametos infecten a los anófeles, y plazos (en semanas) a que deben administrarse.

(d) Determinar hasta qué punto la administración de plasmocina refuerza la acción terapéutica de la quinina (tratamiento combinado). Deberán realizarse estudios de laboratorio en casos de paludismo experimental antes de aplicar el método en campaña.

(e) Proseguir los ensayos clínicos con ambas formas de la totaquina conforme a los métodos consignados en el informe correspondiente.

(f) Probar en la lucha antipalúdica el empleo exclusivo de medicamentos sin medidas antilarvarias.

(g) Investigar las relaciones entre la quinina y la fiebre hemoglobinúrica mediante experimentos en animales (monos impaludizados).

(2) *Alojamientos y paludismo:*

(a) Biología y distribución geográfica de las diversas variedades del *Anopheles maculipennis*.

(b) Estudio donde existen, de las siguientes especies de anofelinos tropicales, en particular con mira a posible diferenciación de razas: *A. hyrcanus* y sus distintas variedades (peligroso en Sumatra); *A. bifurcatus* (carce de importancia en Europa pero es peligroso en, Palestina); *A. ludlowi* var. *sumdaicus* (peligroso todas partes), y *A. gambiae* (peligroso en todas partes).

(c) Causas que intervienen en las grandes variaciones observadas en la distribución del malarigenismo en ciertas regiones tropicales; por ejemplo, el fenómeno de regiones inmunes contiguas a zonas hiperendémicas; y en particular la posible relación de dicho fenómeno con la desviación de los anófeles.

(d) ¿Porqué ciertos campos arroceros son tan susceptibles al malarigenismo, mientras que otros permanecen indemnes?

(e) Estudio de los anófeles africanos y las relaciones entre las diversas especies anofelinas y el paludismo en África.

(3) *Paludismo en los deltas:*

(a) Iniciar investigaciones de las distintas variedades del *A. maculipennis* que abundan en los deltas europeos, en relación con los focos malarígenos (Danubio, Ebro, Rin, Ródano, Po). Sería conveniente que los malariólogos de la India, Siam e Indochina realizaran estudios semejantes en cuanto a los anófeles vectores del paludismo en los deltas de esos países.

(b) Investigaciones del influjo de la agricultura sobre la domesticidad de los anófeles y la endemia palúdica.

(c) Estudios del papel del ganado en relación con el anofelismo local y la enfermedad.

(d) Estudios históricos del paludismo en relación con las variaciones en las características topográficas y demográficas de los deltas.

(e) Investigación de la susceptibilidad de los habitantes de los deltas a la infección palúdica.

Como se verá, todos los temas están clasificados bajo los tres asuntos investigados desde hace muchos años, a saber: terapéutica, alojamientos, y deltas. Los miembros de la comisión desean llamar la atención de los investigadores de todo el mundo sobre la importancia de dichos problemas. No hay malariólogo que niegue que el paludismo sea esencialmente un problema local, y como no existe país idéntico a otro en cuanto a la enfermedad, el resultado de cada investigación sólo tiene aplicación, por regla general, únicamente en el país investigado, de modo para poder sacar deducciones de valor más general, hay que combinar antes las observaciones comprobadas en diversas investigaciones nacionales.

Por ejemplo, la inmunidad al paludismo varía, por supuesto, según la mayor o menor probabilidad de infecciones repetidas, virulencia de la cepa, número de esporozoítos inoculados, etc. La malarioterapia ofrece una buena oportunidad para el estudio del problema, pero es de la mayor importancia averiguar si una cepa, digamos, por ejemplo, de *Pl. vivax*, que ha resultado muy virulenta en Inglaterra acusa la misma virulencia en Rumanía o en Italia, o si una cepa rumaniana, a la cual se han inmunizado los enfermos de Rumanía, a consecuencia de las inoculaciones repetidas, protege contras las cepas inglesas, y viceversa. La coordinación internacional de las investigaciones del paludismo ha resultado del mayor valor, pero sería sumamente difícil, si no del todo imposible, realizar esos trabajos

sin contar con un organismo internacional compuesto de unos 60 miembros y peritos correspondientes, como la Comisión del Paludismo de la Liga de las Naciones.

Según se observará por lo publicado en la misma crónica a que nos referimos previamente, en muchas partes de América ya se están llevando a cabo trabajos que contribuirán, sin duda, a lanzar más luz sobre diversas fases de los problemas que considera la comisión como de mayor importancia.

RESULTADOS TANGIBLES DE LA SANIDAD

Haciendo notar que durante el año 1932 el Departamento de Sanidad de la Ciudad de Nueva York funcionó al bajísimo costo de 68 centavos *per capita*, el *Quarterly Bulletin* (No. 3, 1933) de dicho departamento pone de relieve los enormes ahorros representados por las sumas erogadas, aun sólo tomando en cuenta dos enfermedades.

Hace 20 años, en la Ciudad de Nueva York había anualmente 15,000 casos de difteria, comparados con 3,581 en 1932, a pesar de tener la población ahora 2,000,000 más de habitantes. A principios del veintenio, el costo de la asistencia de los diftéricos en los hospitales públicos representaba \$581,000 anuales; en los últimos cuatro años, el promedio no ha pasado de \$178,500. Veinte años atrás, el Departamento de Sanidad tenía que gastar \$44,000 en la vigilancia a domicilio de los diftéricos; en 1932 sólo gastó \$10,700. Hay que recordar que, aparte de lo anterior, gran parte de los gastos acarreados por la difteria recaen en la familia, y hace veinte años la asistencia privada vino a representar \$418,000, comparado con menos de \$66,000 en 1932. Las 1,200 defunciones de difteria de 20 años atrás imponían un dispendio de \$240,000; en 1932 no hubo sino 212 muertes, que vendrían a costar unos \$42,000. Si incluimos el valor de las vidas perdidas, derrochábase hace veinte años un capital de seis millones; en 1932, poco más de un millón.

Pasando ahora a la tifoidea, en 1910 hubo 3,582 casos en la población, que costaron al Departamento de Sanidad más de \$57,000; en 1932, gracias a la efectividad de las medidas de dominio emprendidas, sólo hubo 561 casos, que vinieron a costar unos \$9,000. Los 3,852 casos de 1910 representaron en asistencia hospitalaria por lo menos \$537,000; los 561 de 1932, sólo \$84,150. Es decir, que en esa enfermedad el departamento le está ahorrando anualmente al pueblo más de medio millón de dólares, sin contar con lo economizado en salud y vida, que representa una cantidad infinitamente mayor.

Los dos ejemplos son citados para demostrar cuán cierto es el lema propuesto para el Departamento por el Dr. Hermann M. Biggs hace más de 25 años: "La salud pública puede comprarse y, dentro de ciertas limitaciones naturales, cualquier ciudad puede determinar su propio índice de mortalidad."

ENCUESTA SOBRE LAS ENFERMEDADES LLAMADAS TROPICALES
Y OTRAS

En otra parte de este número aparece, con el título "Estudio Preliminar de la Frecuencia y Distribución de las Enfermedades Tropicales", un cuestionario sobre el cual deseamos llamar la atención de nuestros lectores. La Oficina Sanitaria Panamericana se complace en reproducir este cuestionario, y por considerar meritorio el proyecto allí presentado, le ofrece su apoyo incondicional. Por ser tan bien conocidos, no necesitan introducción alguna los individuos afiliados con la empresa, y basta para garantizar la seriedad del estudio, el hecho de que ellos y el Consejo Nacional de Investigación lo respalden.

Sin duda, algunos de nuestros lectores serán invitados a colaborar en tan útil trabajo. Dicho estudio debe, de paso, servir en todas partes del mundo para avivar el interés en las enfermedades mencionadas, conduciendo también a investigaciones más detenidas, y quizás al descubrimiento de medidas mejores y más económicas para el dominio de las mismas.

Concepto de la universidad.—La universidad es, ante todo, colmena de trabajo silencioso y anónimo que huye de la ostentación y de las vanidades; es núcleo de hombres doctos y probos para gobernarla con ciencia y experiencia, que sólo se conquistan con los años; es cumbre inaccesible a las pasiones de la plaza pública y a los apetitos de la bestia humana; es vivero precioso de espíritus jóvenes, futuros elementos de acción por su inteligencia y su carácter; es huerto cerrado propicio a la meditación, a la investigación desinteresada y aún al ensueño, como refugio de los que huyen de los negocios y no persiguen la riqueza; es observatorio abierto sobre los grandes problemas sociales, donde se buscan soluciones para asegurar el imperio de leyes sabias y acrecentar el bienestar de la comunidad; es centro que irradia luz sobre las multitudes, destruyendo errores y prejuicios y sembrando ideales; es, en fin, instituto de selección en el alto sentido del vocablo, para que triunfen los mejores, y no escalera que prepararán los mancos, los cojos y los lisiados a fuerza de audacia o de paciencia.—E. HERRERO DUCLOUX, 1927.

Inter-relaciones entre el enfermo y el hospital.—La atención del enfermo debe cesar de ser misión exclusiva del médico y la enfermera, para envolver en sus responsabilidades a la colectividad, de donde llegó al hospital caído en la invalidez y a donde debemos devolverlo en el máximo de sus capacidades ciudadanas. Servicio social, servicio médico sanitario, servicio humanitario, he ahí, según nuestro entender, los tres factores valorados según su importancia, los que deben influir en la lucha por la salud de los individuos. Sólo de la armónica colaboración de estas tres actividades, puede obtenerse un mayor rendimiento del hospital por la mayor brevedad de las estadas, una mejor, más rápida y eficiente devolución del individuo a la colectividad, un prestigio y simpatía mayores del hospital ante el público que ve que ese establecimiento deja de ser la cárcel en que la abnegación, el espíritu de investigación o curiosidad, y el principio utilitario de perfeccionamiento profesional de los médicos, envuelven en una malla de misterio al paciente obligado a asilarse allí durante la perturbación de su salud.—HUGO LEA-PLAZA y EUGENIO CIENFUEGOS, "Inter-relaciones morales entre el enfermo y el hospital," 1933.