

Médica Americana van dirigidos por dos conductos principales, a saber: a la profesión y al público. En lo tocante a la profesión, tienen por fin elevar las pautas del ejercicio profesional, mantener la profesión incontaminada por el egoísmo, y capacitarla para servir mejor al público. Todo lo que mejore el ejercicio de la medicina, constituye una importante necesidad fundamental de la salud pública. Además la asociación, tanto por conducto de sus oficinas nacionales, como por muchas de sus filiales locales, ofrece un servicio educativo directo al público. Los miembros de la asociación han brindado sus consejos y servicios en proyectos sanitarios, en una forma sumamente importante, tanto en volumen como en significado. La asociación y sus filiales han apoyado proyectos sanitarios satisfactorios y bien concebidos, y en muchos casos los han iniciado. Muchos departamentos locales de sanidad deben su iniciación al trabajo de médicos progresistas, o de sociedades médicas. En cambio, la asociación y sus filiales jamás han vacilado en expresar su oposición a pretendidos proyectos sanitarios, que consideren inconvenientes o malsanos.

La actual profesión médica de los Estados Unidos constituye, y siempre ha constituido, el mayor grupo mundial de profesionales interesados en la salud pública. En conjunto, está dispuesta a cooperar en todo proyecto sanitario sanamente concebido y debidamente ejecutado; pero para determinar el valor de éstos, toma en cuenta lo que más conviene al público en general, y no a un grupo dado o limitado.

VARIABILIDAD EN LOS CONCEPTOS DE LA NUTRICIÓN*

Por el Dr. JAMES S. McLESTER

Birmingham, Alabama

Hubo un día en que, a fin de nutrir debidamente al enfermo, el médico le decía lo que no podía comer; hoy, en cambio, le dice lo que debe comer. Este cambio en nuestros conceptos de la nutrición representa un adelanto de la medicina clínica.

Hasta hace un decenio, la nutrición era considerada como la hijastra de la medicina. Ciertamente es, que desde ha generaciones, esa ciencia ha recibido el impulso constante de una prolongada serie de brillantes investigadores, desde Lavoisier a Graham Lusk, pero los médicos se mostraban lentos en dar aplicación práctica a esos conocimientos. Para mí, tal apatía se debió, en bastante grado, al semicharlatanismo, y a los caprichos de la moda que siempre han florecido en esa rama, haciendo que muchos médicos conservadores se alejaran de ella. Hoy día, ha tenido lugar una gran reforma. Los grandes descubrimientos.

* Trabajo leído ante una sesión especial dedicada a nutrición en la LXXXV Asamblea Anual de la Asociación Médica Americana, Cleveland, junio 14, 1934. Tomado del Jour. Am. Med. Assn., 383, agosto 11, 1934.

de los últimos años han excitado por igual el interés de todos, profanos y médicos, y en la actualidad los facultativos se muestran plenamente compenetrados del importantísimo papel que la nutrición desempeña en la prevención y tratamiento de la enfermedad. No menos radical ha sido el cambio sobrevenido en el concepto de las necesidades nutritivas del enfermo. Explícase, a mi parecer, ese cambio por el orden en que, en la moderna evolución de la medicina, se han desarrollado las ciencias fundamentales, llegando temprano la patología celular, y tardíamente la fisiología actual. Antiguamente, al planear la alimentación del paciente, los médicos pensaban únicamente en términos de patología local, o sea en el daño que podría experimentar algún órgano afectado; hoy día, piensan primordialmente en términos de fisiología general, es decir, en el bien que pueden hacer al enfermo en conjunto. Esa transición caracteriza muy bien el moderno concepto de la nutrición.

Todo esto fué anticipado hace ya 25 años, por la transformación completa del tratamiento de la tifoidea. Como interno, vi volver de la Guerra Hispanoamericana, un gran número de soldados que padecían de esa enfermedad y dos cosas se destacan en mi mente: la mísera cantidad de alimento que se les suministraba, y su desesperado estado. Hoy día vemos una tifoidea muy distinta: el enfermo rara vez está muy grave; la cardíología y sobresalto tendinoso de los antiguos días son cosas del pasado, como también el delirio lingual, la molesta distensión abdominal, y la llamada toxemia, todo esto debido a que Warren Coleman demostró que los tifoídicos deben ser debidamente alimentados. Los médicos ya no se ponen a pensar principalmente en las alteraciones patológicas del intestino delgado, sino más bien en la nutrición general del enfermo, de modo que éste recibe una alimentación mucho más abundante y relativamente variada y, por regla general, se repone.

Contemplemos la transformación que ha experimentado el tratamiento de la úlcera gástrica. El método que rigió por mucho tiempo era la semi-inanición de von Leube, hasta que Lenhartz demostró por fin que el ayuno dificulta mucho más la curación de casi todas las dolencias, apuntando el error comportado por una restricción alimenticia tan rígida. El régimen que introdujo, modificado luego para el estómago americano por Sippy, es útil no sólo porque la alimentación más abundante ejerce un influjo directo sobre el estómago, sino porque mantiene al enfermo en algo parecido a un equilibrio nutritivo que fomenta la regeneración histológica.

Un lamentable error del pasado fué la limitación dietética impuesta al enfermo de mal de Bright. En el tratamiento de todas las nefritis, el médico sólo tenía grabada en la mente una cosa: la protección del riñón, arguyendo que podía lograr esto mejor mediante la rigurosa limitación de la ingestión de proteínas. Esta falta de visión, que

temía el efecto de los productos residuales del metabolismo proteico sobre el riñón, dejaba en el olvido al enfermo mismo mientras vigilaba las alteraciones locales. Los médicos pasaban por alto completamente el hecho de que las proteínas alimenticias utilizadas para reemplazar los tejidos desgastados no alcanzan su fase terminal de productos degradados y, por lo tanto, no pueden en modo alguno aumentar la carga lanzada sobre el riñón; y, lo que es todavía más importante, no comprendían que la pérdida, unida a la privación, de esos elementos, tenía forzosamente que conducir al agotamiento de las proteínas orgánicas e, inevitablemente, a un estado de inanición crónica que, a su vez, retardaría la reposición.

A fin fomentar la reposición, es preciso compensar la pérdida de proteínas, y así lo patentizaron por primera vez los notables resultados obtenidos por Epstein al suministrarlas a pasto a sus nefróticos, a pesar de la hiperalbuminuria. Pusieron esto todavía más en claro después las observaciones de Van Slyke y colaboradores, al descubrir que, si se deja persistir el déficit en plasmoproteína de la glomerulonefritis los enfermos lo pasan mal, mientras que si se compensa la pérdida de albúmina y se mantienen las hemoproteínas a cifras aproximadamente normales, los enfermos por regla general se reponen por completo. La exactitud de esas observaciones ha sido plenamente comprobada por McCann en el magnífico resultado obtenido cuando recetó grandes cantidades de proteínas a sus enfermos de glomerulonefritis, siendo muy gráfica la mejoría observada en algunos de ellos. Esas observaciones nos han enseñado, no tan sólo que la rígida limitación de proteínas es contraproducente en la nefritis, sino que para brindar más probabilidades de cura al enfermo, tiene que recibir una nutrición suficiente, en la cual reviste importancia primordial una ingestión generosa y, a veces subida, de proteínas. Aquí también la profesión médica ha pasado de la consideración de la patología local, a la de la fisiología general.

En la misma categoría figuraban hasta hace poco los enfermos de hipertensión vascular, a quienes se les decía que no podían comer ni carne ni huevos. No me cabe la menor duda de que esa privación imponía una carga más a muchos individuos que ya padecían de una incapacidad intensa, dando lugar a mucho semi-invalidismo innecesario. Una comprensión mejor de la nutrición ya nos ha hecho saber que, en vez de ese régimen unilateral, los individuos así afectados deben recibir una alimentación equilibrada, jamás excesiva, pero tampoco carente de ningún principio esencial, es decir, un régimen que permita conservar mejor el mayor vigor posible por el período más prolongado de tiempo.

Aun más reciente es el cambiado concepto de las necesidades nutritivas del diabético. Creíase al principio que esa enfermedad

era puramente una falta de asimilación de los hidratos de carbono, considerándose exclusivamente en términos de metabolismo hidro-carbonado y limitándose, *ipso facto*, la alimentación. Luego llegó la insulina, la cual ha ayudado enormemente y, aunque no ha resuelto el enigma, ha enseñado una verdad importante, a saber, que hay que tomar en cuenta toda la economía animal y no un mero defecto metabólico. Al alimentar al diabético, hemos aprendido que debe recibir cantidades adecuadas de toda clase de alimentos, en particular hidratos de carbono, o sean los mismos principios que antes se limitaban con tanto rigor.

Hasta en la tuberculosis ha virado marcadamente la opinión. Creíase una vez que la capacidad del enfermo para fijar grasa era la mejor pauta del progreso realizado, y que el tratamiento modelo consistía en obtener un estado de obesidad o cuasiobesidad. Hoy día ya sabemos que dicho estado constituye un verdadero obstáculo, y que nutritivamente el tuberculoso se beneficiará más con un régimen abundante, pero no excesivo, es decir, que mantenga un estado de equilibrio nutritivo y aproximadamente el peso ideal. Esto, infinitamente más que el sobre peso, fomenta la curación.

En la artritis crónica se ha probado cuanta limitación dietética existe, prohibiéndose en una ocasión u otra casi todo. Vedáronse las proteínas porque fomentaban la úricoacidogenia; las frutas y los tomates porque, parece curioso decirlo, contienen ácidos; y se limitaron los azúcares y farináceos por haber deducido algunos investigadores que una hipotolerancia a la dextrosa constituía una característica sobresaliente de esos trastornos. Sin embargo, no se ha aportado todavía ninguna prueba clínica satisfactoria de que dichas limitaciones, incluso las de hidratos de carbono, modifiquen la evolución de la artritis. Va ganando terreno la idea de que, aparte de la rebaja de peso en los obesos, puede lograrse más nutritivamente en los artríticos poniendo en guardia contra los regímenes parciales y recetando una ración bastante abundante y que contenga todos los elementos nutritivos esenciales. Ya se va comprendiendo que, condenados a una enfermedad prolongada, esos desgraciados deben recibir una alimentación que los resguarde mejor contra la insuficiencia nutritiva.

Hasta las necesidades nutritivas de la infancia son consideradas hoy día desde un punto de vista más amplio. Los facultativos que aprendieron las complicadas fórmulas lácteas de hace 30 años, se maravillan ante la inmensa variedad de alimentos que reciben actualmente los lactantes, incluso espinacas, zanahorias, remolachas, tomates, carne raspada, y hasta batatas, pues comen casi de todo y lo pasan bien.

Me veo tentado a aventurar la predicción de que este cambio en los conceptos de la nutrición se extenderá a la práctica obstétrica

del futuro. A mi parecer, anda equivocada la escuela que limita la ración de proteínas de la gestante, por miedo a lesionar el hígado y producir así eclampsia, y creo que pecan de la misma falta los tocólogos que limitan marcadamente todos los alimentos en el embarazo, a fin de limitar el tamaño del feto y facilitar el parto. Para mí, durante la preñez la mujer necesita, más que en ninguna otra época, un régimen abundante que provea en cantidades adecuadas todos los necesarios factores alimenticios, no tan sólo hidratos de carbono y grasa, sino proteínas, vitaminas e, igualmente, minerales. Negarle esto, aunque sea en pequeña escala, es invitar el desastre.

Al concluir, permitidme llamar la atención sobre el hecho de que estos cambios en nuestros conceptos de la nutrición no han sido fruto de la vacilación ni de una opinión incierta, sino todo lo contrario, pues traducen la comprensión más amplia de las necesidades nutritivas del hombre que ha seguido a los descubrimientos de los últimos años, y representan la reflexiva aplicación de los conocimientos adquiridos paulatinamente mediante la investigación minuciosa y la cuidadosa observación clínica.

RECTIFICACIÓN

Primacía en el empleo del ácido cianhídrico para la desinfección de buques.—En un trabajo titulado “Los orígenes de la desinfección, en particular de los buques” (véase el BOLETÍN de dbre. 1934, p. 1111), en una referencia al empleo del ácido cianhídrico aparece lo siguiente: “En 1912 a 1913 en Puerto Rico, y poco después en la Habana, utilizaban dicho ácido como fumigante de buques, adoptándolo gradualmente otros países.”

El Dr. Fernando Escobar, médico del puerto de la Habana, llama la atención sobre el hecho de que el ácido cianhídrico fué usado por primera vez en la desinfección de buques y en la de edificios en el puerto y ciudad de la Habana, por iniciativa y con los procedimientos indicados y puestos en práctica personalmente por el General Dr. Hugo Roberts, jefe del Servicio de Cuarentenas de la República de Cuba. Según el Dr. Escobar, el 29 de julio de 1913 fué que por primera vez se fumigó un barco con ácido cianhídrico, tratándose de la goleta *Persis A. Colwell*, y correspondiéndole al Dr. Roberts la prioridad en el empleo de ese procedimiento. El Dr. Roberts también ha inventado un aparato para inyectar el gas cianhídrico en las cuevas de ratas.

Nota.—Aunque el gas ácido cianhídrico parece haber sido introducido en Puerto Rico antes del 30 de junio de 1913, o sea antes que en Cuba, para la fumigación de cargamentos de barcos infestados con ratas (véase el Informe Anual del Cirujano del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos para el año fiscal 1912-13, pp. 104-105), también parece ser un hecho que dicho gas fué aplicado