

EXTRACTOS DE LITERATURA MEDICA

J. A. M. A., 167, Nº 2, p. 247; 1958.

RESUMEN: "Huevos infectados". Se llama la atención sobre el peligro de infección al alimentarse con huevos infectados. En el Reino Unido grandes cantidades de huevos desecados y líquidos, son importados de China, Holanda y Australia. De 20.000 muestras analizadas, 5 al 29 % se encontraron infectados con *Salmonella Thompson*, *Salmonella Typhimurium*, *Salmonella Paratiphy B* y otras especies patógenas de *Salmonella*. Se observó una estrecha correlación entre el número de cepas de cada especie aislada de los huevos industrializados y las causantes de salmonelosis humana. La ocurrencia frecuente de *Salmonella Thompson* en huevos infectados se reflejó en una alta incidencia de enteritis humana debida a este germen, que estaba presente en los huevos chinos y australianos. Esta especie fue raramente vista en los huevos industrializados durante la segunda guerra mundial, cuando muchos de ellos fueron importados de los Estados Unidos y donde este germen no es común. La presencia en los huevos procedentes de China de *Salmonella paratiphy B*, constituye un problema de salud pública. No está presente en las gallinas o patos y puede encontrarse solamente en los derivados de los huevos como resultado de la contaminación humana. Muchos brotes de paratyphoidea en Gran Bretaña han sido relacionados al consumo de crema sintética. Aunque ésta no fue hecha de huevos industrializados, hubo oportunidad para que la infección fuera llevada de los huevos a la crema. La frecuencia de la *Salmonelosis humana* se ha doblado en los últimos años. Esto puede ser reducido mediante la pasteurización de los productos hechos con huevo en su origen o antes de la distribución, como se hace en Polonia, donde la infección de este tipo es desconocida.

RESUMEN: "Botulismo". El botulismo ha sido señalado por primera vez en el Brasil, en Porto Alegre. Nueve personas que habían comido pescado envasado enfermaron gravemente con síntomas de botulismo. Fueron tratados en el Hospital Municipal "Pronto Socorro", pero 7 murieron. El agente causal se sospechó fuera el *clostridium botulinum* el cual por examen del pescado envasado fue identificado como el tipo A mediante el antisuero específico traído del Instituto Pasteur de París. El suero fue también usado para el tratamiento de dos de los pacientes que se recobraron.

CRAIG, L. C.; LOWN, Bernard and LEVINE, S. A.: "Resistance and sensivity to digitalis". J. A. M. A., 166, N° 17, p. 2139; 1958.

RESUMEN: Es grandemente variable la cantidad de digitalina necesaria para lograr el efecto óptimo en distintas personas. En un considerable grupo de pacientes una resistencia no común puede ocurrir o marcada sensibilidad.

Los dos factores más importantes que determinan la sensibilidad a la digital, son el estado del músculo cardíaco y el balance electrolítico en el cuerpo. Con el aumento de severidad de la decompensación cardíaca, especialmente cuando ésta es el resultado de la insuficiencia del músculo cardíaco, pequeñas dosis de digital pueden producir intoxicación. Cuando el potasio está disminuido resulta un aumento de la sensibilidad a la digital. La relación de estos dos factores puede ser la base común de sensibilidad o de resistencia a la digital en todas las circunstancias.

El conocimiento de estos principios es de importancia para la clínica. A veces pueden prevenir la intoxicación por digital y aun la muerte. Otras veces pueden ser convenientes para alcanzar la compensación cardíaca y la recuperación cuando el estado clínico hacía pensar como en un caso refractario a la terapéutica.

LANGMUIR, Alexander D.; PIZZI, Mario and others: "Asian influenza surveillance". (Informe epidemiológico de la gripe asiática en Estados Unidos.) *Publ. Health Rep.*, 73, N° 2, p. 114; 1958.

RESUMEN: Aunque muchos datos quedan para ser buscados, es ya posible dar un aspecto general de la epidemia de 1957 a través de los métodos de vigilancia. La morbilidad ha sido alta con casos clínicos en el 25 % aproximadamente de la población. Pero la mortalidad ha sido relativamente baja en el orden de 7.000 muertes por neumonía e influenza. No ha habido cambio evidente en la severidad de los casos con el avance de la epidemia aunque fue posible definir cierto especial riesgo entre las mujeres embarazadas y las personas con lesiones cardíacas crónicas y respiratorias. La presente epidemia fue probablemente de más muertes que la gripe epidémica de 1953 por el virus A y puede eventualmente probar ser más severa que la epidemia de virus A de 1943.

Sin embargo, no es de ningún modo comparable a la pandémica de 1918 y menos severa, medida por la mortalidad que las nueve epidemias que han ocurrido desde 1920. Fueron tomados primero los jóvenes de escuelas secundarias seguidos por los niños de escuela primaria y la población adulta. El ausentismo industrial se señaló en alguna comunidad urbana por la mortalidad del momento. Muchas muertes ocurrieron en los ancianos y en los debilitados.

La neumonía estafilocócica ha sido una causa importante de muerte, aunque la neumonía no bacteriana fue responsable de muchas muertes.

TROISI, F. M.: "Delayed death caused by gassing in a silo containing green forage". (*Brit. J. Indust. Med.*, 14: 56-58; 1957.) (Muertes causadas por gases de un silo conteniendo forraje verde.) *Archives of Industrial Health*: 17, N° 4, p. 324; 1958.

RESUMEN: Es una comunicación de la Clínica Médica de la Universidad de Bologna de la muerte de un joven de 18 años; de un niño de 12 y de un hombre de 61, por exposición al aire de un silo. Este silo que contenía forraje verde, habas, cebada

y avena en donde habían sido almacenadas, había estado cerca de un mes completamente cerrado. Los jóvenes entraron rápidamente en colapso después de haber alcanzado el fondo del silo y el hombre cuando fue en su asistencia también quedó inconsciente en unos pocos minutos. Cuando se les sacó, los jóvenes estaban muertos. El hombre vivo, pero inconsciente, fue llevado al hospital donde murió cinco días después, sin recobrar el conocimiento. Una relación clínica completa se refiere de este caso. Se relacionan también de envenenamiento por anhídrido carbónico el cual es considerado ser la causa de estas tres muertes por no haber evidencia de ningún otro gas peligroso.

Se señalan las precauciones que deben tomarse para prevenir el envenenamiento por anhídrido carbónico y éstas incluyen la prohibición de este tipo de silo, que es ventilado solamente por una sola abertura en el techo. El uso de pequeños animales o de bujías encendidas para atestiguar la bondad de las atmósferas cerradas, se discute en el artículo, con la advertencia que en perros, gatos, ratas y ratones una concentración de 10 % de anhídrido carbónico puede no tener efecto observable pero que en el hombre puede ser peligroso para la vida.

FARBER, Robert E. and KORFF, Ferdinand A.: "Foodborne Epidemic of group A Beta hemolytic Streptococcus" (Epidemia por el grupo A de estreptococo Beta hemolítico de origen alimenticio). *Publ. Health Rep.*, 73, N° 3, p. 203; 1958.

RESUMEN: En febrero de 1957 un brote de angina estreptocócica de origen alimentario que se estimó haber causado más de 500 enfermos, ocurrió en Baltimore, M. D. La incidencia fue de 70 % entre las 86 personas estudiadas. El germen causal fue el estreptococo Beta hemolítico del grupo A, tipo 25.

Las investigaciones epidemiológicas mostraron que huevos salados servidos en un almuerzo fueron el vehículo, resultando enfermos el 83 % de aquellos que los ingirieron. La fuente de la infección no fue encontrada.

Aunque la búsqueda de complicaciones nefríticas fue limitada no se encontró evidencia que permitiera señalar la potencia nefrotóxica de este tipo de estreptococo.

WEISS, F.: "Fatal oral poisoning from dichloroethane" (Envenenamiento fatal por dicloroetano oral). Arch. Geweberpath. u. Gewerbehyg. Arch. Industrial Health, 17, N^o 4, p. 322; 1958.

RESUMEN: Dos casos mortales; uno de un hombre de 79 años y otro de un niño de 2 años, siguiendo la ingestión accidental de un medicamento para aplicación externa para el reumatismo son señalados. Este "bálsamo" contenía en 100 centímetros cúbicos, 100 grs. de 1.2 dicloroetano, 5,8 grs. de alcanfor y aceite de pino y 0,5 grs. de éter metílico de ácido salicílico.

El niño murió veinte horas y el hombre cuarenta horas después de la ingestión. En ambos casos los síntomas llamativos, convulsiones, pérdida del conocimiento y falla cardíaca, lo mismo que las lesiones, pequeñas áreas de hemorragias cerebral y reblandecimiento, fueron referidas al sistema nervioso central, aunque en el caso del hombre las lesiones fueron también relacionadas a la aterosclerosis preexistente.

Ambos casos también mostraban erosiones del estómago, y en el niño también del duodeno; ambos fueron considerados como necrosis superficial de la mucosa y fueron acompañadas por extensa sudación de fibrina.

Aunque ambos mostraron lesiones tóxicas parenquimatosas del hígado y los riñones, éstas no fueron acompañadas por un síndrome clínico hepatorenal, como se han señalado por los observadores de otros casos de envenenamiento por dicloroetano.

PAFFENBARGER, Ralph S.; WILSON, V. O. and others: "The effect of prior tonsillectomy on incidence and clinical type of acute poliomyelitis" (El efecto de la tonsilectomía previa sobre la incidencia y el tipo clínico de la poliomiелitis aguda). Am. J. Hyg., 66, p. 131-50; 1957.

RESUMEN: Las observaciones referidas se relacionan con una epidemia de poliomiелitis debida al virus tipo 1 en el condado de Olmsted en Minnesota en 1952 y a la experiencia endémica con los tres tipos de virus en la ciudad de Washington en 1954. Los hallazgos fueron similares en las dos áreas, demostrando esto la reproducción del fenómeno y agregando confianza en los resultados.

Muchos de los pacientes de poliomiелitis habían sido sometidos a la tonsilectomía alguna vez en el pasado, lo mismo que sus familiares o extrafamiliares o miembros de un grupo muestra, seleccionado al azar en el área. Diferencias significativas se señalaron cuando fueran hechas las correcciones de factores que influyen la frecuencia de la tonsilectomía, tales como la edad, el sexo y el estado socioeconómico.

El número mayor de casos entre las personas tonsilectomizadas fueron concentrados en tipos clínicos cuyos síntomas paralíticos iniciales fueron bulbares. En muchas circunstancias estos casos se caracterizaron por parálisis resultantes de lesiones del núcleo ambiguo. La edad, la distribución cronológica de los casos, y otros factores causales no parcializaron estos hechos, ni tampoco el intervalo entre la edad y la indicación de la tonsilectomía.

Se concluye que la tonsilectomía previa estuvo asociada con un aumento de la incidencia de poliomiелitis, especialmente con ciertos tipos bulbares de la enfermedad siendo este procedimiento quirúrgico la causa supuesta de los efectos observados.

Las observaciones de la epidemia de Minnesota, dan significancia cuantitativa a estos hallazgos indicando que la relación de proporción de ataque ajustados a la edad de las poliomiелitis reconocidas clínicamente, de tonsilectomizados a no tonsilectomizados, fue de 1,7; que esta relación para casos con parálisis bulbar inicial fue de 7,5; que 24 (14 %) de los 169 casos paralíticos se estimó fueron debidos a tonsilectomía; y que 4 de las 14 muertes representaron un superávit atribuible a tal cirugía.

Los hechos se ajustan a cada una de estas tres hipótesis: a) que la tonsilectomía predispone a la invasión del virus de la poliomiелitis por vía neural desde la faringe; b) que la tonsilectomía promueve más fácil penetración del virus circulante, y c) que este procedimiento quirúrgico da susceptibilidad a las células nerviosas en el bulbo raquídeo.

En el condado de Hidalgo, Texas, la epidemia de encefalitis de San Luis en 1954, se encontró que la frecuencia de los previamente tonsilectomizados fueron similares entre los casos de esta enfermedad y los grupos de control de la vecindad.

ESTADÍSTICA SANITARIA (Health Statistics). Abril-Setiembre de 1958, Vol. VII, Nos. 2-3.—“Resumen de los informes cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas”.

El *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas* (junio 1958) se compiló con los informes para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en San Juan, Puerto Rico, en octubre 1958. La información incluida muestra el progreso sanitario alcanzado en las Américas. También son evidentes los esfuerzos de las administraciones sanitarias para aportar datos completos y exactos.

Estadísticas vitales.— En los dos primeros capítulos las defunciones y las tasas de mortalidad por causas específicas en todas las edades y en la infancia y la niñez, destacan claramente la importancia de las enfermedades transmisibles como causas de mortalidad en todas las edades y particularmente en la niñez. Mucho se ha adelantado en lo que a disponibilidad de estadísticas vitales se refiere, mas se necesita en el futuro mejorar la calidad de los datos inclusive lo completo del registro. Tuvieron certificado médico menos de la mitad de las defunciones registradas en 9 de los 16 países que informaron el número de defunciones con certificación médica.

La mortalidad excesiva en la primera niñez así como en la infancia acusa la necesidad de programas de higiene materno-infantil como parte de los servicios de salud, en el orden local y en el nacional. En los primeros años de la niñez (1-4) la considerable fluctuación de la mortalidad de 1,1 a 42,7 por 1.000 habitantes se debió principalmente a las enfermedades transmisibles. En las estadísticas oficiales, la mortalidad excesiva se atribuye en parte a enfermedades del aparato digestivo que pueden derivarse en gran proporción de enfermedades diarreicas causadas por agentes infecciosos como *Shigella* y *Salmonella*, y también a enfermedades respiratorias que pueden haber seguido a una enfermedad transmisible. Las tasas de defunciones por avitaminosis y otros estados carenciales indican que la desnutrición es también factor importante como causa de dicha mortalidad.

Enfermedades transmisibles.— El capítulo sobre enfermedades transmisibles proporciona información acerca de los casos

conocidos y declarados de 19 enfermedades trasmisibles principales, así como datos de ciertas actividades para su prevención y control. La información suministrada es valiosa para indicar las enfermedades que requieren pronta atención mediante la aplicación de medidas técnicas fácilmente disponibles; las que requieren un programa conjunto de diagnóstico y tratamiento, y aquéllas que requieren mejoramiento del ambiente. Además de las campañas de erradicación de la viruela, pián y malaria, deben emprenderse programas para la prevención de la difteria, fiebre tifoidea, lepra, peste, poliomiелitis, sífilis, tifo, tos ferina y tuberculosis. Son evidentes la magnitud y la distribución de los problemas de prevención de esas enfermedades.

Saneamiento ambiental.— Los datos de este aspecto sanitario no se consiguen tan fácilmente ni tienen la misma exactitud y precisión que las estadísticas vitales y de enfermedades trasmisibles. Sin embargo, en los próximos diez años será necesario dar mayor impulso al saneamiento ambiental. Para el buen desarrollo y coordinación de un programa se necesita un plan técnico y económico seguro, basado en datos fidedignos. En particular, hay una gran necesidad de información sobre las poblaciones servidas por abastecimientos de agua para los proyectos de extensión de ese servicio a todas las comunidades urbanas. Los porcentajes de la población servida por abastecimientos de agua fluctuaron entre 13 y 75 en los países que informaron sobre este punto.

Personal médico y sanitario.— Los datos presentados se refieren a todo el personal médico y sanitario de cada país y al personal empleado en los servicios de salud. Una de las características que llama la atención es la elevada proporción del personal existente que trabaja en salubridad. Por ejemplo, en un país 71 por ciento de todos los médicos y 82 por ciento de todas las enfermeras graduadas trabajaban en los servicios de salud a tiempo parcial; en otro país los porcentajes eran 57 y 44, mientras que casi la mitad de los médicos y casi la totalidad de las enfermeras trabajaban a tiempo exclusivo. La información suministrada puede ser de utilidad en la planificación del desarrollo de establecimientos educacionales para satisfacer las necesidades de la expansión de los programas de salud. Los programas de educación deben ser orientados al adiestra-

miento para servicios de salud pública, en vista del elevado número de médicos y enfermeras empleados en ese campo. La gran variación en el tamaño del personal médico y sanitario existente por país demuestra que para expandir los programas de salud deben tomarse en consideración los tamaños y tipos del personal requerido y la creación de establecimientos de educación y adiestramiento para este personal.

Servicios de Salud.— El Informe Cuadrienal incluye información sobre presupuestos y servicios, cambios en la organización de los servicios nacionales de salud, planificación de salubridad nacional y servicios locales de salud. Esta es la primera vez que se intenta presentar dichos datos en forma resumida y, aunque algunos datos no son comparables, se espera que con su empleo y mediante el estudio y las recomendaciones que se hagan sobre este importante asunto, pueden realizarse grandes adelantos en el futuro en la elaboración de datos fidedignos sobre la composición y extensión de los servicios de salud en las Américas.

Se han resumido los datos de la extensión, personal y actividades de los servicios locales de salud. Uno de los objetivos de los programas de salud es proveer de servicios locales de salud a toda la población. Los datos de este informe indican que en tres países ya se ha logrado dicho objetivo, que en otros cinco países más del 80 por ciento de la población está provista de unidades sanitarias locales, y que en los países restantes el porcentaje es mucho más bajo.

Hospitales.— El capítulo final del informe da el número de hospitales generales, inclusive hospitales de pediatría, maternidad y enfermedades infecciosas; el número de hospitales de tuberculosis, mentales y de otros tipos; y el número de camas de hospital.

En conclusión, este informe presenta extenso material de estudio y señala campos en que se necesita acción coordinada.