



REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Secretario de Redacción
DR. E. GARCIA CARRILLO

DR. CARLOS SAENZ HERRERA
Ministro de Salubridad Pública

DR. JORGE VEGA RODRIGUEZ
Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital "San Juan de Dios"

Sumario

- | | |
|---|----|
| I.—Chasquidos y vibrancias de las Pericarditis Constrictivas, por los D ^{rs} . Roger Froment, León Gaviardín y Pol Cahen | 49 |
| II.—Paradojas de la Dermatología Tropical, por el Dr. Julio César Ovares A. | 56 |
| III.—Actividades importantes de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O. M. S. en 1950 | 58 |

DIRECCION Y ADMINISTRACION:

Teléfono 2926

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo X

San José, Costa Rica, Marzo de 1951

No. 203

Año XVIII

Chasquidos y vibrancias de las Pericarditis Constrictivas

Por Roger Froment

Profesor de Clínica Médica

León Gallavardin

y

Pol Cahen

Jefe de Clínica

Interno de los Hospitales

de la Universidad de Lyon

La utilidad de la intervención quirúrgica liberadora da actualmente una importancia primordial al diagnóstico de **sinfisis constrictiva del pericardio**. Sin duda, en cuanto se sospecha esta afección deben buscarse las calcificaciones pericárdicas características; esto, y la correcta interpretación de las alteraciones electrocardiográficas, que son constantes, facilita notablemente el diagnóstico. Con todo, aún en nuestros días la afección suele confundirse, durante un tiempo, con una cirrosis del hígado o una peritonitis tuberculosa. Empero, bastaría a veces con la auscultación de rutina, que revela los ruidos de chasquido o de vibrancia, bien estudiados por la escuela francesa, para evocar y a veces afirmar la esclerosis o calcificación del pericardio.

Barth (1850) y Potain (1856), señalaban ya la existencia de un ritmo de tres tiempos de origen pericárdico. Friedereich, Brauer, lo confirmaban, atribuyéndole un origen torácico. Más recientemente (1930), Laubry y Routier insistían con mucha razón acerca de su timbre "cartilaginoso", de sus variaciones respiratorias, y de su momento de producción, habitualmente **proto-diastólico** (1). Lian, Marchal y Pautrat dieron toda su importancia a este elemento semiológico aislando (1933) la modalidad por ellos llamada **vibrancia pericárdica proto-diastólica**, haciendo notar que debía evocar inmediatamente la **calcificación del pericardio**, y admitiendo luego, con Sabathié, Battro y Cossio, que traducía la erección diastólica de las placas calcáreas (2). Por otra parte, los suscritos, con Tourniaire y Gonin, (1945) describimos la vibrancia **proto-sistólica**, que habíamos observado dos veces en la pericarditis calcárea, asociada con el elemento diastólico, con el cual realizaba un ritmo de cuatro tiempos muy particular (3).

El interés semiológico de estos fenómenos, los pocos estudios fonocardiográficos de que hasta ahora han sido objeto, la necesidad de distinguirlos de ciertos ruidos post-operatorios que se observan en los mismos enfermos, el deseo, por fin, de exponer una interpretación patogénica de conjunto, nos incitan a consagrarles estas páginas.

Frecuencia de los ruidos de pericarditis constrictiva

En un artículo reciente (4), Oglesby, Castleman y P. D. White, observan 15 veces la existencia de un ritmo de tres tiempos en 53 casos de *pericarditis crónicas constrictivas* (30%). De 26 casos de pericarditis calcárea publicados en estos últimos años por autores franceses, 13 (50%) presentaban un ruido diastólico anormal. Por último, entre 18 casos personales observados en los últimos años, y cuidadosamente auscultados en busca de signos estetoscópicos particulares, anotamos 13 veces (o sea en 2/3 de los casos por lo menos) la presencia de un ruido diastólico particular, acompañado dos veces, de un ruido sistólico igualmente neto y característico. De 9 enfermos en los que se comprobó una forma calcificada de pericarditis, 6 presentaban un ritmo de tres tiempos, y 2 un ritmo de 4 tiempos. De los otros 9, cuya pericarditis no contenía calcificaciones visibles, sólo 5 presentaban un ritmo de 3 tiempos.

Por lo tanto, estos ruidos pericárdicos constituyen la regla en las pericarditis constrictivas que dan lugar a manifestaciones clínicas de cierta importancia: trastornos funcionales o signos de éstasis. Es muy raro que falten en las formas calcificadas, pero también pueden observarse, aunque de un modo mucho más inconstante, en formas que la exploración quirúrgica demostrará ser fibrosas puras.

Caracteres estetoscópicos y fonocardiológicos

Un primer hecho cierto, cualquiera que sea su interpretación, es que los ruidos de pericarditis sinfisaria, en su mayoría, son diastólicos, ritmados como un redoble del segundo ruido. Y si, como lo hemos demostrado en forma precisa, existen ruidos sistólicos, no sólo éstos son más raros (2 casos de 13, en nuestros 18 enfermos), sino que hasta ahora se han observado únicamente en casos en que existía simultáneamente el ruido diastólico habitual. Estudiaremos brevemente estos distintos aspectos.

1° Chasquido y vibrancia iso o proto-diastólicos

La expresión máxima y propia de las sínfisis calcificadas es la vibrancia, bien descrita por Lian: ruido intenso ("Schleuder-

ton" de Friedreich), a veces palpable, netamente más fuerte y más vibrante que el segundo ruido, al que sigue a corto intervalo (inferior al del ruido de galope o del tercer ruido juvenil, pero superior al de los desdoblamientos sigmoidianos banales; sensiblemente igual al del ruido de redoble mitral). La vibrancia se propaga generalmente a toda la superficie precordial. Lian la llama iso-distólica, porque le atribuye como característica el aparecer de 7 a 9 centésimos de segundo después de R2, antes de la apertura de la mitral, durante la fase inicial, iso-volumétrica, de la diástole. En realidad, esta localización en el tiempo es demasiado restrictiva; algunos ruidos aparecen en plena proto-diástole, a 10 ó 12 centésimos de segundo de R2.

En nuestros cuatro casos personales en que existía una vibrancia de esta clase, cuya intensidad se cifró a 2 ó 3 veces la del 2º ruido, su comienzo se situaba respectivamente a 8, 9, 10 y 11 centésimos de segundo después del comienzo de R2. Un punto bastante singular, ya señalado por Laubry y Routier y acerca del cual hemos insistido igualmente, es que el ruido varía con la respiración, lo que confirma su origen extra-cardíaco: a veces se refuerza en golpe de gong a la inspiración (o aún sólo aparece entonces: 3 casos).

Más frecuentes que las vibrancias son las formas atenuadas, que merecen el nombre de chasquidos iso o proto-diastólicos. Sus características globales son idénticas, con la diferencia de que el ruido no propasa en intensidad, o es aun sensiblemente más sordo que R2. Entre nuestros 18 enfermos, 7 presentaban el chasquido, y sólo dos tenían calcificaciones visibles; otro, operado con éxito, no tenía seguramente ninguna calcificación pericárdica. En los 7 casos, el chasquido empezaba respectivamente 7 a 8, 8, 8, 9, 10, 10 a 12, 12 centésimos de segundo después del comienzo de R2.

En dos de los 18 enfermos, y por añadidura de los 13 ruidos característicos de que acabamos de hablar, observamos un equivalente verdaderamente menor de estos ruidos pericárdicos, representado solamente por algunas breves vibraciones consecutivas al 2º ruido, sin traducción fonocardiográfica típica, pero que el oído ejercitado podía atribuir, más fácilmente que el trazado gráfico, a la sínfisis pericárdica presentada por el enfermo, en razón del timbre granuloso que ofrecía, y que es bastante común en los ruidos pericárdicos.

2º Chasquido o vibrancia proto o meso-sistólicos

Hemos observado y registrado gráficamente 2 casos de esta variedad particular. Su interpretación no da lugar a duda, en vista del aspecto muy particular del fenómeno y de su coexistencia

con el ruido pericárdico diastólico típico, con el cual formaba un ritmo de cuatro tiempos muy singular, propio de la sínfisis y (hasta ahora) de la forma calcificada.

Estos ruidos sistólicos habían sido anotados accesoriamente, pero no estudiados en forma precisa, por Laubry y Malinsky, Youmans, Codvelle, Loeper y Fatel (ritmo de 4 tiempos también en este último caso).

Con Tourniaire y Gonin, en un caso nuevo —el primero que se estudió fonocardiográficamente—, tuvimos ocasión de precisar los caracteres de este signo (3), y acabamos de observar y publicar un segundo ejemplo (5) absolutamente similar al primero.

En ambos casos, el ruido pericárdico se situaba a 11/100" del comienzo de R1, tenía un timbre seco, de alta frecuencia vibratoria (100 a 150 vibraciones por segundo); duraba menos tiempo (3 a 4 cent. de segundo) que el elemento diastólico (6 a 10 cent. de segundo), y no presentaba variaciones respiratorias netas. En el primer caso, el ruido sistólico, registrado tres años antes, fué el único signo; era entonces meso-sistólico, y se lo consideró como uno de esos ruidos de brida pleuro-pericárdica generalmente situados en la segunda parte de la sístole (Gallavardin). La operación demostró que la sínfisis era difusa y que no existía ninguna adherencia pleuro-pericárdica aislada capaz de vibrar.

Esta componente proto o meso-sistólica de vibrancia pericárdica ofrece, como luego lo veremos, un doble interés, diagnóstico y patogénico.

Ritmos de tres tiempos después de pericardectomía

Es interesante estudiar las modificaciones que la operación introduce en los ruidos pericárdicos. Cinco de nuestros casos personales servirán para este objeto.

Dos veces (un caso de pericarditis calcificada, uno de forma fibrosa pura), el ruido desapareció totalmente después de la operación; la desaparición persistía 18 meses más tarde. Igual cosa hallamos expresamente mencionada en un caso de Bergeret, Lenégre y Thieffry.

Una vez, el ruido persistió, modificado en sus caracteres. Después de resección de una parte de la placa calcárea, la vibrancia se acercó del segundo ruido —8 a 9 centésimos de segundo en lugar 11/100". La persistencia de un ruido que se produce siempre en el mismo momento (8 a 10/100" después de R2), pero con una intensidad menor, ha sido señalada en el caso de Bergeret y Thierry y en el de Tourniaire y Guyot (el primero con calcificación, el segundo puramente fibroso).

Por fin, última eventualidad, y única que requiere algunos comentarios: *un ritmo de tres tiempos puede aparecer sólo después de pericardectomía*. White y Churchill publicaron en 1948, sin fonocardiograma, el caso de un joven de 21 años, operado 3 veces de pericarditis calcificada, y en el cual un fuerte ruido diastólico apareció seis meses después de la segunda pericardectomía, durante un período de agravación. La historia clínica no menciona lo que sucedió con este ruido después de la tercera operación. Nosotros acabamos de observar un caso análogo, en una joven operada de una forma fibrosa pura, sin ningún signo auscultatorio particular antes de la intervención, y que presentó después de operada, y en tanto la evolución era sumamente favorable, un tercer ruido extremadamente neto que se producía 12 a 16 centésimos de segundo después de R2, situándose así en un ritmo sinusal habitualmente rápido, generalmente hacia el fin de P, pero a veces en la rama ascendente. El análisis estetoscópico y fonocardiográfico parece demostrar que se trata de algo enteramente diferente del ruido pericárdico habitual, y que conviene interpretarlo como un galope diastólico. La causa es sin duda la dilatación post-operatoria de una pared ventricular cuya tonicidad se ha modificado y que vibra directamente bajo la piel en cuyo caso el ruido está llamado a desaparecer ulteriormente.

En uno de sus casos, White y Churchill indican solamente el aumento de fuerza considerable del tercer ruido después de la operación, pero sin analizar el hecho ni dar su opinión al respecto.

Como se ve, el comportamiento estetoscópico de las pericarditis es muy variable después de la operación. Cada caso requiere un análisis y una interpretación particular, pero, de todos modos, conviene conocer estos hechos antes de discutir su explicación probable.

Patogenia y diagnóstico de los ruidos de pericarditis sinfisaria

Ya se trate de chasquido simple o de verdadera vibrancia, ya sea su tiempo de producción diastólico o sistólico, todo incita evidentemente a reconocer a estos ruidos un origen pericárdico: su timbre particular, sus modificaciones respiratorias frecuentes, la posible modificación de su tiempo de producción después de resección de una parte de la coraza calcárea. No hay lugar, por lo tanto, de detenerse a considerar la patogenia miocárdica que aun suele invocarse. La ausencia de distensión cardíaca pre-operatoria, así como la precocidad del ruido diastólico, recusan la hipótesis de un ruido asimilable al galope.

Del mismo modo que Sabathié, Lian y sus colaboradores, tenemos la convicción de que se trata habitualmente de un sacu-

dimiento imprimido a una parte de la costra calcárea por la expansión diastólica del miocardio, el cual sacudimiento determina un ruido. El ruido sistólico que hemos descrito se explica por un sacudimiento análogo producido por la contracción muscular. Ruidos de enderezamiento o de plegadura de una placa en sus extremidades libres y delgadas, o más bien ruidos de frotamiento duro en la articulación de las diversas piezas de una coraza calcificada.

Dos hechos más difícilmente explicables son la predominancia de los ruidos en el momento de la expansión del corazón, y su posible presencia —rara pero innegable— en casos de fibrosis densa sin calcificación. En ésta, es de suponer que el enderezamiento o la plegadura son capaces de producir también un ruido.

La descripción de estos ruidos pericárdicos particulares ha demostrado en qué difieren de los otros fenómenos estetoscópicos, permitiendo un diagnóstico formal.

En la forma diastólica habitual, todos los detalles difieren del ruido de galope o del tercer ruido fisiológico de algunos sujetos jóvenes. Para un cardiólogo experimentado, sólo puede ser delicada la distinción con un ruido de redoble mitral; el chasquido de apertura de la válvula esclerosa tiene un timbre y un tiempo de producción muy análogos a los del tercer ruido pericárdico. La existencia de una estela de vibraciones diastólicas, o de otros signos clínicos o radiológicos permitirá una diferenciación cierta.

En cuanto a la forma sistólica, en la práctica no hay lugar de distinguirla de los ruidos meso o tele-sistólicos de los que Gallavardin demostrara en 1913 que se debían al chasquido de bridas pleuro-pericárdicas que se tiemplan bruscamente cuando la retracción sistólica es completa. Estos ruidos, reveladores de una particularidad anatómica sin importancia, son frecuentes; recuerdan por su timbre y sus variaciones respiratorias las raras vibrancias sistólicas de sínfisis constrictiva, pero difieren de éstas por su aparición más tardía, en la segunda parte de la sístole, en tanto que las calcificaciones intra-pericárdicas vibran desde el principio de la contracción miocárdica. Nuestro primer caso, en que el ruido era inicialmente meso-sistólico, y aislado, demuestra, por cierto, que hay casos en que la diferenciación no es fácil.

Conclusiones

Las pericarditis constrictivas calcificadas o fibrosas pueden originar, muy comúnmente las primeras y con menos frecuencia las segundas, ruidos cuyo timbre, modificaciones respiratorias y momento de producción son suficientemente particulares para permitir el diagnóstico anatómico exacto.

Estos ruidos, ya sean proto-diastólicos, o mucho más rara vez proto-sistólicos, exteriorizan el sacudimiento de zonas calcifi-

cadavéricas, o más raramente fibrosas densas del pericardio por los movimientos, especialmente la expansión del miocardio. Estos ruidos se modifican después de pericardectomía.

Después de la operación, aun siendo la evolución favorable, puede también aparecer un ritmo de tres tiempos de carácter diferente, que se asimila al ruido de galope y resulta sin duda de la expansión de una pared miocárdica modificada por la constricción precedente.

Referencias

- (1) R. Froment, J. Bret, J. Guiran.—Les affections du péricarde, *Traité de Médecine*, Tome X. Masson, París, 1948.
 - (2) Lian, Minot & Welti.—*Phonocardiographie*, Masson. París, 1941.
 - (3) Froment, Tournaire, Conin & Gallavardin.—Un nouveau signe de péricardite calcaire. *Arch. Mal Coeur*, 1945. p. 188.
 - (4) Oglesby, Castleman & White.—Chronic constrictive pericarditis. *A.J.M.A.* 1946 (216) p. 361-389.
 - (5) R. Froment & L. Gallavardin.—Un nouveau cas de bruit protosystolique de péricardite calcaire. *Arch. Mal Coeur*, 1949.
-

Paradojas de la Dermatología Tropical (*)

Por el Dr. Julio César Ovares Arias

Costa Rica se encuentra en el paralelo 84 entre los 9 y 11 grados de latitud norte, —es decir en plena zona tropical—. Sin embargo, en estas últimas semanas hemos tenido una temperatura fría en San José, casi constante. Mi termómetro está colocado en mi cuarto, pero cerca de una ventana; entre las 6 y las 7 a. m. ha estado marcando de 13 a 14°C, —es muy posible que en la madrugada y a la intemperie, la temperatura sea aún más baja. Las temperaturas otoñales de la zona templada son más o menos como las observadas aquí.

Conocida es la acción de las temperaturas extremas sobre la piel; tanto el calor como el frío intenso producen lesiones parecidas, desde el eritema hasta la muerte del tejido.

En la Consulta Externa de Dermatología del Hospital San Juan de Dios me ha tocado ver cuatro casos en que la acción del frío ha producido las lesiones típicas de ese agente físico. Se trata de cuatro mujeres, todas jóvenes; en dos de ellas los perniones son clásicos: una es costurera que debe permanecer con las manos expuestas al frío durante muchas horas del día; otra es una niñera nacida en Liberia (zona caliente) que vino a servir a San Isidro de Coronado, lugar que como Uds. saben es mucho más frío que San José. Esta muchacha presentaba las lesiones típicas del eritema pernio en los bordes cubitales de algunos dedos de sus manos, con toda la sintomatología dolorosa y pruriginosa característica de esta dolencia y en forma idéntica como se observa en Europa. Otra es una joven doméstica que ha sufrido erisipela a repetición de una pierna; desde que llegó a la Consulta hizo la advertencia de que su mal era del todo diferente al que en otras ocasiones había sufrido. Efectivamente en la piel ya atacada por la erisipela, condición de inferioridad ya descrita por varios autores como fácil presa de la acción del frío; verdaderos sabañones que Uds. pueden observar en estas pacientes que han tenido la fineza de asistir a esta reunión. Esta otra joven que les presento es una criada que se ocupa de los quehaceres de la cocina y que lava durante varias horas al día. Sus manos están frías de un color rojo azulado y de lo que más se queja es de dolor intenso y prurito. No hay todavía un verdadero eritema pernio, pero

(*) Comunicación y presentación de casos al Centro Moreno Cañas (Sesión Febrero 1951).

si podemos incorporarlo entre las dermatosis causadas por las bajas temperaturas y que Darié llama: acroasfixia.

Sabido es que en estos trastornos circulatorios periféricos el frío es la causa desencadenante, pero que contribuye a su desarrollo la anemia, la tuberculosis, la desnutrición, la fatiga y sobre todo el temperamento linfático, y que hace su aparición desde el otoño.

Por no haber visto antes casos semejantes, ni haber oído que otros colegas los hubieran encontrado en su práctica, he creído de interés traerlos a conocimiento de Uds., en estos tiempos en que hasta los climas parecen enloquecidos... y así podemos observar enfermedades debidas al frío y en el mero trópico.

Actividades importantes de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O. M. S., en 1950

Los principales programas incluyen: campaña BCG contra la tuberculosis en cinco continentes y erradicación de la frambesia en Haití y otras partes

Washington, D. C., enero 2.—El año 1950 se ha caracterizado por el progreso de la lucha intensa contra numerosas enfermedades que constituyen azotes históricos de la humanidad, según informa la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sede en Ginebra, Suiza, y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) que actúa en Washington, D. C., como Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Entre las campañas principales desarrolladas en 1950 para el control de las enfermedades, se encuentra el programa de vacunación con BCG destinado a combatir la tuberculosis en escala internacional; dicho programa es el resultado de los esfuerzos cooperativos de la OMS, las Sociedades Escandinavas de la Cruz Roja, y el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana en las Américas. La Oficina de la OMS para Investigaciones sobre la Tuberculosis, con sede en Copenhague, Dinamarca, hizo un análisis de los resultados obtenidos en la campaña internacional antituberculosa de vacunación con BCG en 1950. Hasta fines de setiembre de 1950, dicha Oficina había recibido informes que demuestran que 16,289,586 personas habían sido sometidas a la prueba de tuberculina, y que 8,136,857 habían sido vacunadas. La campaña en cuestión tiene por finalidad realizar la prueba y vacunar a 30 millones de niños y adolescentes en todo el mundo.

El programa ya se ha terminado en Austria, Checoslovaquia, Israel, Líbano, Polonia, Finlandia, Hungría, Italia, Malta y Tánger; el mismo programa continúa desarrollándose en Grecia, Yugoslavia, Argelia, Marruecos, Túnez, Egipto, Siria, Ceilán, India, Pakistán, y en este hemisferio, en Ecuador y El Salvador, donde actualmente se está llevando a cabo la vacunación general. Además, en otros países de la América Latina se están proyectando planes para el desarrollo de otros programas contra la tuberculosis.

Ya está funcionando en Estambul el Primer Centro Antituberculoso de Turquía, que ha sido establecido por el Ministerio de Salubridad de dicho país con la asistencia técnica de la OMS y la cooperación de la Liga Antituberculosa de Estambul.

La frambesia, enfermedad tropical cuyos graves efectos incapacitan y desfiguran a las personas, es objeto de una lucha en gran escala en Indonesia y Tailandia para lo que se cuenta con la asistencia de la OMS y la UNICEF. Hasta el 30 de setiembre se habían tratado 15.000 personas en Indonesia y 14.000 en Tailandia. Asimismo en las Américas, con la ayuda de la OMS y la UNICEF, el Gobierno de Haití está desarrollando una campaña nacional que tiene por objeto erradicar la frambesia en todo el país, y al mismo tiempo llevar a cabo el control de la sífilis rural utilizando la misma dosis masiva de penicilina que se emplea contra la frambesia. Se han formulado planes para desarrollar una campaña similar de dos años de duración con la República Dominicana.

La malaria continúa el objeto del ataque realizado por los Grupos de demostración de la OMS en muchas partes del mundo, inclusive Irán, Pakistán, Ceilán, India, Afganistán, Tailandia y otras zonas del Asia meridional. En las Américas, la Oficina Regional de la OMS y la UNICEF están cooperando en el desarrollo de programas nacionales de alta prioridad para la lucha contra los insectos en diversos países; dicha Oficina está haciendo un estudio de la malaria en toda la región de las Américas, y actualmente está prestando ayuda a Paraguay en relación con un programa de control de la malaria. Por otra parte, la OMS y la UNICEF están ayudando a poner en práctica los amplios programas de lucha contra los insectos mediante la desinfestación de las viviendas en Honduras Británicas, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Estos proyectos están destinados también a reducir la incidencia de otras enfermedades transmitidas por insectos, como la fiebre amarilla, la peste, la fiebre recurrente, la disentería, las diarreas infantiles, y otras.

La fiebre amarilla urbana, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, ha sido objeto desde 1947 de una campaña sanitaria de escala continental, que se basa primordialmente en la erradicación de dicho mosquito. La Oficina Sanitaria Panamericana ha estado encargada de dicha campaña desde su inicio. La amenaza de la fiebre amarilla se ha reducido en gran parte al tipo selvático en el Hemisferio Occidental, y el programa internacional ha de continuar hasta que se logre la erradicación completa del citado mosquito que es el vector urbano. En este sentido la OSP ha concertado acuerdos con los Gobiernos de Brasil y Colombia con el fin de que el Instituto Oswaldo Cruz del Brasil y el Instituto Car-

los Finlay de Colombia actúen como Centros Panamericanos de producción de la vacuna contra dicha enfermedad. Asimismo, estos Centros realizarán análisis de laboratorio en aquellos casos donde se sospeche que la fiebre amarilla haya sido la causa de la defunción.

Las enfermedades venéreas también han sido el objeto de otro programa de alta prioridad de la OMS. Estas enfermedades se están combatiendo en escala nacional en Egipto donde la OMS ha establecido un centro de demostración para esta finalidad. Durante el año 1950, han estado funcionando en la India los grupos de demostración de la OMS para el control de las enfermedades venéreas; se han hecho los preparativos para iniciar un proyecto de control de las enfermedades venéreas en Afganistán. y bajo los auspicios de la OMS se han iniciado las actividades para la eliminación total de dichas enfermedades en la zona del río Rin en Europa. En cuanto a las Américas, el primer proyecto profiláctico de la OSP contra la sífilis y la gonorrea se inició en 1949, con la cooperación de las autoridades sanitarias de México y Estados Unidos en la zona fronteriza entre los dos países. También se están proyectando otros programas antivenéreos para Brasil, los países de América Central y Haití. Se han logrado importantes adelantos en la normalización de las técnicas serológicas relacionadas con dichas enfermedades. Mediante las facilidades del Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Adiestramiento en Guatemala —que funciona con la cooperación de la OSP y del Gobierno de Guatemala— la Oficina ha ofrecido varios cursos de adiestramiento en serología, los cuales han sido ofrecidos también a través de otro centro de adiestramiento venerológico establecido recientemente en Venezuela.

El bejel que, como la frambesia, es una enfermedad similar a la sífilis pero que no se transmite por contacto venéreo, está siendo combatido en escala nacional en Iraq de acuerdo con un programa de la OMS y de la UNICEF. Durante el primer año de estar en práctica dicho programa, se han tratado con penicilina por los menos 70,000 enfermos. En el curso de la lucha contra esta enfermedad, se espera que muchos casos de sífilis también serán curados como resultados de la aplicación de la dosis masiva de penicilina.

La lucha contra el tifo se está desarrollando por la OMS en Afganistán. Además, en 1950 el Gobierno de Perú inició una campaña contra esta enfermedad; la Oficina Regional ha cooperado al desarrollo de esta campaña, al igual que la UNICEF quien suministró DDT para la lucha contra los insectos. La citada Oficina está cooperando con Bolivia en un programa contra el tifo.

La Peste sigue constituyendo una grave amenaza sanitaria

en muchas zonas del mundo, pero se está planeando su erradicación en algunas de estas zonas mediante los esfuerzos de grupos de peritos de la OMS que se dedican permanentemente a estas labores en distintos lugares.

En 1950, la poliomielitis ha sido objeto de una campaña desarrollada por la OMS en la India, a donde se envió un grupo de especialistas con motivo de la epidemia ocurrida en Bombay en 1949. El citado grupo ha recomendado ciertas medidas destinadas a poner en práctica un programa de control de alcance nacional en dicho país. En las Américas, la Oficina Regional ha cooperado con México, Chile y Perú para el desarrollo de un programa de educación y adiestramiento destinado a la asistencia de los casos de poliomielitis en dichos países. Estas actividades se están extendiendo también a Ecuador.

La viruela continúa siendo una grave amenaza para la salud en las Américas y en otras partes del mundo. La Oficina Regional está proyectando la erradicación de dicha enfermedad en este hemisferio mediante el estímulo de la producción de vacuna adecuada y la demostración de métodos modernos para su transporte, conservación y aplicación. A solicitud del Gobierno de Perú, la Oficina colaborará en el desarrollo de una campaña nacional contra la viruela en dicho país que incluirá la vacunación. Dicha Oficina también está tomando medidas para realizar pruebas en una zona tropical del norte de Perú, donde se utilizará una vacuna desecada que se ha desarrollado recientemente.

En cuanto a la difteria y la tos ferina, en 1950 la Oficina Regional suministró ayuda técnica a Brasil, Chile y Colombia para una campaña de inmunización que se llevó a cabo mediante el uso de material suministrado por la UNICEF.

La oncocercosis es una enfermedad transmitida por la mosca del género *Simulium* y suele producir la ceguera; se encuentra en África y América, especialmente en Guatemala, la zona sud-oriental de México, y últimamente en Venezuela. En este hemisferio la OSP y los Institutos Nacionales de Sanidad, Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, están desarrollando un programa de investigaciones sobre esta enfermedad en Guatemala. Dicho programa incluye un estudio de los agentes terapéuticos.

Durante el año 1950, los higienistas internacionales han dado especial atención a las tres siguientes enfermedades que se transmiten de los animales al hombre:

(1) La rabia se está combatiendo en Israel e Irán mediante programas desarrollados por la OMS. Por otro lado, la Oficina Regional en Cooperación con agencias oficiales de E.U.A. y México, está desarrollando un programa contra esta enfermedad. En 1950 se organizó un amplio programa antirrábico en toda la zona fronteriza entre los dos países mencionados. Para

este objeto se adiestraron más de 100 médicos y técnicos en las prácticas modernas del diagnóstico de la rabia, y también se establecieron programas antirrábicos de demostración en los estados de Sonora y Chihuahua, en México, así como en el Estado de Texas en los Estados Unidos. En el mes de setiembre las autoridades sanitarias de México en cooperación con la Oficina Regional, pusieron en práctica un programa de control y vacunación de todos los perros de Ciudad Juárez. Durante los primeros quince días de diciembre, se llevó a cabo una rápida campaña de vacunación general en la ciudad y condado de El Paso, Texas, la cual cubrió toda la población canina, inclusive la de 15 pequeños pueblos situados en una zona de 60 millas de extensión entre la República de México y los estados de Nuevo México y Texas. Dicha campaña fué organizada por la Oficina Regional con la cooperación de los Servicios de Salud Pública del Estado de Texas y del Gobierno Federal de Estados Unidos de América. Durante esta campaña las 28 clínicas establecidas vacunaron un total de 4179 perros. Asimismo, en dos zonas de México que incluyen más de 300 millas cuadradas, la Oficina Regional con la cooperación del Servicio de Caza y Pesca de E.U.A., ha llevado a cabo algunas demostraciones de campaña antirrábica que han consistido en la exterminación de lobos, coyotes y otros animales silvestres.

(2) La brucelosis, que generalmente se conoce como fiebre ondulante o de Malta cuando ocurre en el hombre, existe en toda la región de las Américas. Esta enfermedad no solamente constituye una gran amenaza a la salud pública en diversas partes del mundo, sino que es también la causa principal de pérdidas del ganado, y por lo tanto es en sí mismo un importante factor económico. En la actualidad, la Oficina Regional está prestando ayuda a algunos gobiernos para la normalización de las técnicas de diagnóstico y también está desarrollando un ataque organizado contra esta enfermedad.

(3) La hidatidosis es una enfermedad prevalente en el ganado de algunos países como Uruguay, la parte septentrional de Argentina, el sur de Brasil, y Chile; los gobiernos de estos países están dando atención a la lucha contra esta enfermedad. A este fin la OSP está coordinando las actividades y suministrando asistencia técnica, y su principal interés es que se adopten medidas uniformes de control especialmente en lo que se refiere a la matanza de animales. En 1950 empezó a funcionar en Montevideo, Uruguay, una agencia de la Oficina con el fin de hacer frente a esta enfermedad.

Con respecto a la lepra, en diciembre de 1950 la OMS nombró a un especialista en esta enfermedad para visitar Etiopía donde se calcula que existen de 15 a 20 mil casos de lepra. Dicho

especialista estará a cargo de las demostraciones del uso de la sulfatona, que es una droga de reciente producción utilizada contra la lepra.

Socorro en casos de epidemia y calamidades

La OMS ha dado la mayor atención al suministro de ayuda en los dos hemisferios cuando se presentan epidemias u otras calamidades. La OMS ha enviado un grupo de especialistas en medicina y saneamiento para prestar servicios a la población civil de Corea donde se está poniendo en práctica un proyecto de salud pública como labor complementaria y posterior a la presente acción policiaca de la UN en dicho país. Durante 1950 la Oficina Regional de la OMS para las Américas gestionó la adquisición de los servicios de cerca de la mitad de los médicos e ingenieros sanitarios para actuar en Corea.

En cooperación con la Agencia de Socorro y Trabajo de las Naciones Unidas para Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (UNRAWA), la OMS ha emprendido amplias campañas sanitarias para prevenir el brote de epidemias en los campos de refugiados árabes. Se ha dado la mayor atención a los problemas de nutrición, control de las enfermedades venéreas, educación sanitaria, campañas contra moscas y mosquitos (control de la malaria), ingeniería sanitaria. Con destino a estas campañas la UNICEF suministró materiales médicos, drogas, productos biológicos, jabón y otros productos para su empleo bajo la dirección de médicos de la OMS. Además en varios países del Mediterráneo oriental, donde se albergan refugiados árabes, se inició en diciembre la primera campaña en gran escala para tratar el tracoma con métodos científicos y mediante el empleo de nuevos antibióticos. El tracoma es una enfermedad infecciosa de los ojos. Con destino a dicho programa, se han recibido cantidades de cloromicetina, terramicina y aureomicina que han sido donadas por la UNICEF y por fabricantes de drogas de Italia y de los Estados Unidos.

Como resultado de las medidas médicas y sanitarias de carácter internacional que la OMS ha estimulado, se declaró que en 1950 la Peregrinación a la Meca se desarrolló "libre de infección", y por lo tanto, estuvo exenta del tradicional peligro de brotes de enfermedades entre la multitud de peregrinos.

En enero la Oficina Regional para las Américas envió dos pulmones de acero a Chile para ayudar a las víctimas del brote de poliomielitis ocurrido en dicho país. Después de dicho embarque la OSP envió un grupo de especialistas para ayudar a las autoridades sanitarias de Chile en la organización de las medidas contra dicha enfermedad. Esta es una actividad adicional a la

realizada por la OMS cuando envió dos grupos de médicos y técnicos a la India para prestar asistencia a la población afectada por el brote de poliomiélitis ocurrido en ese país en 1949.

La OSP también prestó ayuda al Gobierno de Bolivia para establecer el control de un brote de fiebre amarilla; con este objeto la Oficina envió por vía aérea 80.000 dosis de vacuna a dicho país. En fecha más reciente el Instituto Carlos Finlay de Colombia envió a Venezuela 20.000 dosis de la misma vacuna.

Con motivo de los terremotos ocurridos en Perú y Ecuador, la Oficina envió a estos países diversos suministros que incluían jeringuillas, agujas, productos químicos para la purificación de las aguas, DDT y equipo para su aplicación, así como conductos plásticos para la alimentación intravenosa y las transfusiones.

Cuando la peste amenazó a los habitantes de Korat, un pueblo del este de Tailandia, el grupo de la OMS para el control de la malaria que prestaba servicio en el norte de dicho país, se encargó de dar el socorro necesario en este caso. El entomólogo de dicho grupo organizó la implantación de medidas contra la peste, inclusive la inoculación de toda la población.

Entre los servicios especiales prestados por la OSP en 1950, puede mencionarse el embarque de 27,383 cc. de vacuna contra el tifo, enviada a Afganistán por vía aérea a solicitud de la sede de la OMS en Ginebra; la aplicación de esta vacuna tiene por objeto evitar la repetición de brotes del tifo transmitido por piojos. Otro servicio especial fue el envío de oro coloidal 198 por vía aérea a Colombia con destino al tratamiento de un enfermo de cáncer en dicho país. El oro coloidal 198 es un isótopo radioactivo que pierde su efectividad terapéutica en menos de tres días.

OTROS PROYECTOS SANITARIOS

Nutrición

Con la asistencia financiera de la UNICEF, la OMS está dando ayuda técnica mediante demostraciones de nutrición en diversos países, inclusive Afganistán, Birmania, Ceilán, India, Indonesia, Japón, Pakistán, Filipinas, Tailandia y varios territorios del Reino Unido. En India y Pakistán se está dando especial atención a los niños en los campos de refugiados.

En las Américas, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)—establecido en Guatemala bajo los auspicios de la OSP en cooperación con los países de América Central y con la asistencia de la Fundación Kellogg—está dirigiendo programas de análisis de alimentos, encuestas de nutrición, y estudios clínicos y bioquímicos para determinar el valor nutritivo de los alimentos. A este respecto el Instituto está investigando el papel que desempeña la vitamina B12 y otras protei-

nas animales como factores en el enriquecimiento en los regímenes alimenticios a base de proteína vegetal. Asimismo, la Oficina Regional está prestando ayuda a Ecuador en conexión con el nuevo Instituto de Nutrición establecido recientemente en este país.

Higiene Materno-Infantil

Tanto la Organización Mundial de la Salud como sus Oficinas Regionales continuaron desempeñando sus numerosas actividades en este campo durante el año. En el mes de junio de 1950, un grupo de la OMS, compuesto de especialistas suecos en enfermedades cardíacas, visitó las ciudades de Viena y Zagreb, donde estos médicos realizaron demostraciones de nuevas técnicas quirúrgicas, inclusive la famosa operación en niños cianóticos. Después de la visita del citado grupo, se proyectó la creación de clínicas cardíacas para niños en las dos ciudades mencionadas.

De acuerdo con un nuevo programa de asistencia técnica inaugurado por la OMS en 1950, se está ofreciendo ayuda para la rehabilitación de niños físicamente incapacitados en Europa. Austria, Bulgaria, Checoslovaquia, Finlandia, Grecia, Italia, Polonia, Yugoslavia y Alemania Occidental han solicitado ayuda para los niños con deficiencias auditivas, lisiados por la guerra, ciegos, sordomudos, víctimas de la poliomielitis y con otras incapacidades. La UNICEF facilita los suministros para este programa.

Con la ayuda técnica de la OMS y el apoyo financiero de la UNICEF, se están ampliando los servicios de higiene materno-infantil que se ofrecen a los siguientes países y territorios del Asia: Afganistán, Birmania, Ceilán, Formosa, India, Indonesia, Corea, Pakistán, Filipinas, Tailandia y ciertos territorios del Reino Unido. La India, por ejemplo, recibirá ayuda para desarrollar en Calcuta un centro de adiestramiento de especialistas en higiene materno-infantil, los cuales prestarán servicio en la región asiática; asimismo, el año pasado estuvo actuando en dicho país un grupo de demostración de higiene materno-infantil. En Lahore, Pakistán, se establecerá una escuela para parteras. Además, ha llegado a Rangún una enfermera de salud pública con el fin de dar adiestramiento a parteras y enfermeras.

Con la definición de los principios de higiene para niños de edad escolar, establecida en agosto de 1950 por un Grupo de Peritos de la OMS sobre Higiene Escolar, se ha logrado un importante adelanto en el campo de la higiene infantil. Dichos principios incluyen criterios sobre: supervigilancia médica, higiene dental, control de enfermedades transmisibles, nutrición e higiene mental.

Durante 1950, seis países europeos recibieron servicios de miembros del personal de la OMS y de consultores a corto pla-

zo en diversos campos, incluso en el de higiene materno-infantil.

En las Américas, se ha iniciado la construcción del primer hospital infantil en La Paz, Bolivia. El Gobierno de Bolivia está construyendo un edificio moderno para este fin con la ayuda técnica de la Oficina Regional y el apoyo económico de la UNICEF.

Establecimiento de un Centro Rural de Salud

Con la cooperación de la OMS, el Gobierno de Filipinas y la UNICEF, en 1950 se estableció en Filipinas un centro rural modelo de salud para realizar demostraciones sanitarias. Dicho centro está situado en Ciudad Quezón, cerca de Manila, y presta servicios a una comunidad rural de unos 75,000 habitantes. El centro tiene a su cargo el control de las enfermedades transmisibles, la prevención de la malaria, el control de la tuberculosis, así como las actividades de nutrición, saneamiento, bioestadística, educación sanitaria y enfermería. Además, sirve para adiestrar a médicos, enfermeras y parteras en las técnicas modernas de higiene materno-infantil, al mismo tiempo que da servicios de tratamiento a los habitantes de la zona.

Normalización de Drogas

La Comisión de Peritos de la OMS para la Unificación de las Farmacopeas, después de hacerse cargo del trabajo comenzado por la Liga de las Naciones en 1920, ha terminado la primera *Farmacopea Internacional* que tiene el propósito de lograr una nomenclatura uniforme de los productos medicinales. Esta obra contiene la descripción de 200 drogas, cuyas normas y términos se presentan de manera uniforme. Para principios de 1951, las ediciones en francés e inglés estarán listas para ser distribuidas, y próximamente saldrá también la edición en español.

Recientemente la Comisión de Peritos de la OMS para la Normalización Biológica estableció dieciséis nuevas normas biológicas, inclusive la norma internacional para la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) que se usa en el tratamiento de la artritis reumatoidea. (Previamente la OMS así como la antigua Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, ya habían establecido normas para 39 productos biológicos).

Estudios sobre Necesidades de Salubridad

Durante el año pasado se ha terminado un amplio estudio de la necesidad mundial de enfermeras. Dicho estudio fue realizado por una comisión de diez peritos de la OMS, que además de expresar la necesidad mundial de miles de enfermeras adicionales, recomendó las medidas que se deben tomar para remediar

tan lamentable escasez. Este grupo también formuló recomendaciones para elevar el nivel de enseñanza de las enfermeras y del personal auxiliar, así como mejorar su estado económico y social. La Comisión recomendó, asimismo, que se hagan estudios adicionales, en escala nacional e internacional, sobre los factores que obstaculizan la obtención de servicios de enfermeras. En relación con el programa internacional de enfermería, la Oficina Sanitaria Panamericana ha evaluado las facilidades y requisitos de enfermería en este hemisferio, y ha incluido a todos los países de América Latina en el estudio que se ha realizado.

La Organización Mundial de la Salud ha realizado otro estudio sobre el bocio endémico en Ceilán, a solicitud del gobierno interesado, y en las Américas la Oficina Regional ha analizado el mismo problema.

Durante 1950, la Oficina también realizó estudios sobre la higiene de la leche en Colombia; la lepra en Bolivia, Ecuador y Perú; la posible ampliación de los proyectos de higiene materno-infantil en toda la América Latina; y la enfermedad de Chagas en México y América Central y del Sur. Esta última enfermedad es una infección parasitaria que generalmente ocurre entre la población pobre que vive en viviendas malsanas.

Servicios Técnicos

En 1950 la OMS siguió desempeñando sus actividades técnicas, tales como el servicio internacional de inteligencia epidemiológica que a través de las radiodifusoras de Ginebra y Singapur transmite diariamente las noticias cablegráficas sobre las llamadas enfermedades pestilenciales. También ha continuado realizando los estudios sobre estadística sanitaria, normalización biológica, clasificación internacional de enfermedades y causas de defunción, y epidemiología.

El Centro Mundial de Influenza de Londres, establecido por la OMS en 1948, continuó desempeñando su papel de "centinela" del estado mundial de esta enfermedad, identificando las cepas enviadas por 34 centros regionales, y llevando a cabo otras investigaciones para lograr obtener una vacuna adecuada contra los diversos tipos del virus de influenza.

Adiestramiento Técnico

La OMS y la Oficina Sanitaria Panamericana están sumamente interesadas en el adiestramiento técnico del personal sanitario. La escasez de médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y de radiología es prácticamente universal. De ahí que para aumentar la utilidad del personal técnico existente, y con el fin de conseguir candidatos para el ejercicio de estas profesiones, en

1950 se han iniciado diversos proyectos entre los cuales se encuentran los siguientes:

Centros médicos de adiestramiento en anestesiología, en Dinamarca y Checoslovaquia, y un Centro de Adiestramiento en Enfermedades Venéreas en Polonia. Estos centros han sido establecidos por la OMS.

Seminarios Internacionales de Sífilis celebrados en Helsinki y París durante los meses de setiembre y octubre respectivamente.

Demostraciones del tratamiento de la sífilis precoz mediante el uso de la penicilina en varias clínicas universitarias de Europa y África del Norte.

Primer "Symposium" del Cercano Oriente sobre los Aspectos Profilácticos y Terapéuticos de las Enfermedades Tropicales, celebrado en Beirut, Líbano, bajo los auspicios de la Agencia de Socorro y Trabajo de las Naciones Unidas para Refugiados de Palestina, de la Unidad de Investigaciones Médicas de la Marina de los Estados Unidos ubicada en Cairo, y de la Organización Mundial de la Salud. Durante esta reunión se anunció el descubrimiento de un nuevo antibiótico llamado "fumigilina" que se cree será eficaz contra la disentería amibiana.

Primer Seminario Internacional sobre Metabolismo Infantil, celebrado recientemente bajo los auspicios de la OMS en Leyden, Holanda. Dicha reunión está relacionada con las actividades de la OMS en cuanto a los recién nacidos y niños prematuros.

Seminario sobre Saneamiento del Medio, celebrado de noviembre a diciembre de 1950 en La Haya, Holanda, y patrocinado por la OMS, el Gobierno de Holanda y la Fundación Rockefeller.

Cursos de Adiestramiento en Serología para el Control de las Enfermedades Venéreas, ofrecidos por la OSP a través de su Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centros de Adiestramiento en Guatemala y Venezuela.

Conferencia Antirrábica de las Antillas, celebrada en el mes de agosto en Jamaica, bajo los auspicios de la OSP. En dicha reunión se llegó a un acuerdo sobre la normalización de las técnicas de diagnóstico y sobre los reglamentos de control para las Antillas.

Tercer Instituto Internacional de Administradores de Hospitales, celebrado en Río de Janeiro y auspiciado por la OSP en colaboración con la Asociación Interamericana de Hospitales y el Gobierno del Brasil. El Instituto proporcionó un curso intensivo de dos semanas de adiestramiento para técnicos y funcionarios de hospital.

Seminario de Trabajos en Enfermería para fines educativos, celebrado bajo los auspicios de la OSP, e iniciado a mediados de julio en Viña del Mar, Chile. Durante esta reunión las parti-

participantes deliberaron sobre sus problemas en administración, supervigilancia y métodos de enseñanza. Todas las participantes son enfermeras de mucha experiencia en administración, supervisión e instrucción en enfermería de salud pública, y en escuelas de enfermería de siete países de la América Latina.

Seminario Interamericano de Bioestadística, donde se trataron temas de metodología y administración práctica para funcionarios encargados de servicios de estadística vital y sanitaria. Este seminario se celebró en Santiago, Chile, de setiembre a diciembre, bajo los auspicios de la OSP, la OMS, el Gobierno de Chile, las Naciones Unidas, el Instituto Estadístico Interamericano de la Organización de los Estados Americanos, y la Oficina Nacional de Estadística Vital. (E.U.A.).

Becas para estudios avanzados. Dichas becas constituyen un elemento de gran importancia en el programa de adiestramiento técnico. La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana otorgan estas becas tanto a (1) profesionales jóvenes —que necesitan tomar cursos sistemáticos de estudios teóricos y prácticos de hasta más de un año de duración), como a (2) profesionales de más edad y con bastante experiencia, a quienes se ofrecen subsidios para viajes de dos a cuatro meses con el fin de hacer observaciones o tomar cursos de reposo. Hasta fines de octubre de 1950, la OMS había otorgado 303 becas, y la Oficina Regional había ofrecido 42 de sus propios subsidios. De estas becas de la OMS, 64 de ellas adjudicadas en su mayor parte a profesionales de Europa y Asia, fueron administradas por la Oficina Regional en lo que se refiere al programa correspondiente, al igual que las becas ofrecidas de sus propios subsidios. Por lo tanto, en total la OSP tuvo a su cargo la administración de 106 becas en 1950.

REUNIONES

Aparte de las reuniones y seminarios de adiestramiento, en 1950 también se celebraron las siguientes reuniones y conferencias de importancia:

La Tercera Asamblea Mundial de la Salud—celebrada en mayo y presidida por la Rajkumari Amrit Kaur, Ministro de Salubridad de la India—, resolvió que la sede de la Organización Mundial de la Salud continuar establecida con carácter permanente en Suiza. Trygve Lie, Secretario General de las Naciones Unidas, colocó la primera piedra del nuevo pabellón del Palacio de las Naciones, sede mundial de la OMS. La Asamblea duró tres semanas y estuvieron presentes los delegados y observadores de 63 países y territorios. Durante las sesiones se aprobaron los programas y presupuestos para 1951.

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana—celebrada durante el mes de octubre en Ciudad Trujillo, República Dominicana, y en la cual el Dr. Fred L. Soper fué reelecto Director de la Oficina Sanitaria Panamericana—, designó a los Estados Unidos como lugar de la sede permanente de la Oficina. También se celebraron en esta ocasión las reuniones XI y XII del Comité Ejecutivo (OSP), y la IV Reunión del Consejo Directivo (OSP), organismo que a la vez actúa como Comité Regional de la OMS para las Américas. Se aprobaron resoluciones sobre los programas y presupuestos de la Oficina Regional de la OMS para 1952, con el fin de ser presentadas a la Sede de la OMS en Ginebra para su aprobación definitiva. Asistieron a las sesiones los delegados de las 21 repúblicas americanas, de tres gobiernos europeos (Francia, Holanda y Reino Unido) en nombre de sus territorios en este hemisferio, así como observadores del Canadá y de varias organizaciones públicas y particulares de carácter internacional.

El Tercer Congreso Interamericano de Brucelosis se celebró en Washington, D. C., a principios de noviembre, bajo los auspicios de la OSP, de la Comisión Interamericana de Brucelosis, y de la Comisión de Brucelosis (Consejo Nacional de Investigaciones de E.U.A.). Entre los temas importantes tratados por el Congreso puede mencionarse normalización de pruebas de diagnóstico y de laboratorio para la brucelosis.

Después del citado Congreso, se celebró a continuación la primera reunión conjunta de la Comisión OMS-FAO de Peritos en Brucelosis. Durante esta reunión se hicieron notables adelantos en la unificación y normalización de las prácticas de laboratorio y diagnóstico en todo el mundo.

A fines de noviembre y principios de diciembre se celebró en Kampala, Uganda, África, una Conferencia sobre el Problema de la Malaria, la cual fué el primer paso en la coordinación de la lucha contra la malaria en diversas zonas del continente africano.

Durante el mes de diciembre se celebró en Ginebra una reunión patrocinada por OMS-FAO que duró seis días y que estaba integrada por un grupo de peritos, los cuales formularon recomendaciones para el control de la tuberculosis bovina y otras enfermedades transmisibles de los animales al hombre.

La Primera Reunión del Consejo del Instituto de Nutrición de América Central (INCAP), se celebró en San José, Costa Rica, en el mes de diciembre, con el propósito de colaborar en el plan para un programa científico de dicho instituto.

PROGRAMAS DE PRIORIDAD PARA 1951

Tanto la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo, como la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo en octubre, establecieron los programas de prioridad para 1951. Los temas más importantes tratados en la Asamblea Mundial de la Salud fueron los siguientes:

Fortalecimiento de las administraciones nacionales de salubridad.

Enfasis en las campañas contra la malaria, la tuberculosis y las enfermedades venéreas.

Desarrollo de los servicios en el campo de higiene materno-infantil.

Desarrollo de los servicios de higiene mental.

Programas de nutrición, saneamiento, estadística sanitaria y facilidades para adiestramiento del personal médico.

Proyectos especiales que se deben ampliar dentro de la estructura del programa de asistencia técnica: control de las enfermedades tropicales (especialmente la esquistosomiasis) y control de la malaria, el cólera y la peste.

En cuanto al programa adoptado para 1951 por la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, uno de sus aspectos notables fue la importancia dada a la intensificación de los proyectos de adiestramiento del personal sanitario. Otros programas de prioridad fueron: el control de la viruela; el control y la erradicación de la malaria; el control de la rabia; el establecimiento de un Centro contra la Fiebre Aftosa; intensificación de las campañas contra la tuberculosis, la fiebre amarilla, la peste, y otras enfermedades transmisibles; y el aumento de actividades en enfermería, nutrición, higiene materno-infantil, y saneamiento del medio.

PRESUPUESTO

La Tercera Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 1950, aprobó un presupuesto de \$ 7,300,000 para 1951. Sin embargo, por contar con limitados fondos debido al estado de las contribuciones, el Consejo Ejecutivo de la OMS posteriormente fijó en \$ 6,150,000 el límite de gastos, e hizo el reajuste correspondiente de las actividades para 1951.

En su reunión en Ciudad Trujillo el otoño pasado, el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana adoptó un presupuesto de \$ 1,943,681 para la OSP en 1951. Además, actuando como Comité Regional de la OMS, propuso para la

Oficina Regional un presupuesto de \$ 1.135.729 para 1952, presupuesto que se presentará a la consideración de la próxima Asamblea Mundial de la Salud.

La OMS ha asignado un presupuesto de \$ 637,063 para las actividades de su Oficina Regional para las Américas en 1951. Esta cantidad es adicional al presupuesto antes citado de la Oficina que asciende a \$ 1,943,681 para ese mismo año.

Además de las cantidades citadas, en 1951 la Oficina Regional recibirá \$ 800,000 de los fondos de que dispone la OMS de acuerdo con el programa ampliado de Asistencia Técnica. La participación de la OMS en los fondos de Asistencia Técnica asciende a \$ 4,000,000 aproximadamente para 1951. Por último, la Oficina recibirá de la Organización de los Estados Americanos los fondos adicionales de Asistencia Técnica que sean necesarios de vez en cuando para el desarrollo de proyectos especiales en las Américas.

La Oficina Sanitaria Panamericana, la más antigua de las organizaciones internacionales de salubridad, fué establecida por las 21 Repúblicas Americanas en el año 1902; el día 2 de diciembre de 1950 celebró su 48º aniversario con las ceremonias adecuadas en estas ocasiones. La Organización Mundial de la Salud, que hasta la fecha cuenta con 74 países miembros y un miembro asociado, fué establecida el 1º de setiembre de 1948 como Agencia Especializada permanente de las Naciones Unidas. En 1949, se acordó que la Oficina Sanitaria Panamericana actuara como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y de esta manera hizo suyo el propósito expresado en la Constitución de la OMS: "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud".

La OMS procura poner en práctica esta política, ayudando a los gobiernos a desarrollar proyectos de largo alcance para lograr la salud total en sus países. Su programa incluye actividades regionales (realizadas en las Américas por la OSP y en otras cinco grandes regiones del mundo por la OMS), servicios técnicos llevados a cabo por la sede en Ginebra y ayuda de urgencia.

A fines de 1950, las oficinas regionales de la OMS estaban funcionando no sólo en las Américas sino también en el sudeste de Asia y en el Mediterráneo oriental; también se habían establecido oficinas temporales en Ginebra para Africa y Europa, así como en Hong Kong para el Pacífico occidental, hasta tanto los países en esas zonas organicen oficinas regionales de carácter permanente.
