



REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

Fundador

Dr. JOAQUIN ZELEDON ALVARADO

Director

Dr. MANUEL ZELEDON P.

Jefe de Redacción

Dr. FERNANDO ZELEDON P.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. MANUEL AGUILAR B.

Jefe de Clínica de Cirugía
Hospital San Juan de Dios

Dr. GUIDO MIRANDA G.

Jefe de Clínica Medicina Interna
Hospital del Seguro Social

Dr. LONGINO SOTO P.

Jefe de Clínica de Cirugía
Hospital del Seguro Social

Dr. RODOLFO VINOCOUR G.

Asistente de Medicina Interna
Hospital del Seguro Social

Sumario:

1.—EDITORIAL	377
2.—DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CEREMONIA INAUGURAL DEL IV CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA Dr. Ignacio Chávez	379
3.—EL HALOPIRIDOL EN PSIQUIATRIA Dr. Gonzalo González M., Dr. Abel Pacheco	387
4. PROGRAMA EXPERIMENTAL DE PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA Dr. Marcial Fallas V.	393
5.—INFORMACIONES MEDICAS	407

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Apartado 978 — San José, Costa Rica — Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXIX	SAN JOSE, COSTA RICA OCTUBRE DE 1962 Número 401 341	Tomo XIX
----------	---	----------

Editorial:

IV Congreso Mundial de Cardiología

Se celebró en México en Octubre de este año con asistencia de varios colegas nuestros; de uno de ellos son las siguientes impresiones.

La fórmula para llevar a cabo un Congreso Mundial es conocida, pero puede afirmarse, que de cotninarla así, sus muchos defectos se harán cada vez más evidentes.

Se debe tomar ante todo en cuenta que el médico asistente dispone de poco tiempo, escasos recursos, cierra su consultorio para emprender un vuelo siempre imprevisto, pero, espera encontrar los aportes de la crema de los investigadores mundiales que disponen de las técnicas más perfectas. Mezclar tales resultados con otros fracamente mediores, no tiene excusa cuando se ha pretendido imponer restricciones a través de muchos filtros.

En el Congreso reciente ocurrió una lastimosa laguna: la falta de un cine científico permanente. También se notó la falta de un Reglamento para los Symposia, dejados a variables criterios, no llenando muchos de ellos su propósito educativo.

Se vió que el tiempo dedicado a discusiones es francamente perdido; con frecuencia no se entienden las intervenciones de los auditores, ni son respondidas. Nos llamó la atención el olvido del castellano y el uso de mal inglés por latinoamericanos. No sabemos si las traducciones fueron buenas o malas, pero debiera exigirse el idioma nativo acompañado de una buena traducción al inglés, francés y castellano.

Los Resúmenes están bien en un tomo de más de 400 páginas. Es curioso, porque no se sabe si interesada, la publicación de 18 trabajos realizados en 16 países sobre el "aldomet", un aminoácido inhibidor de la decarboxilasa en la síntesis de precursores de aminas presoras, de interesantes efectos hipotensores.

Nuevas ideas sobre la polarización distólica de la membrana llevaron a usar una solución polarizante de curiosos efectos en el infarto miocárdico. Contiene 20 u. de insulina simple y 40 mEq. de cloruro de potasio en 1 litro de suero glucosado al 10%. El perfeccionamiento mecánico de aparatos con función cardiopulmonar lleva cada día más a operaciones cardíacas mejor practicadas con visión directa. Lentos progresos en la fisiología cardíaca van cambiando nuestras ideas en electrocardiografía. Ya era tiempo! Mucha confusión y pocos resultados prácticos en el capítulo de la arteriosclerosis general y coronariana.

El marco imponente de la ciudad de México y la simpatía de sus gentes, nos dejaron, una vez más, inolvidables recuerdos, y debemos recomendar el paseo a los colegas cada vez que se presente la ocasión, científica o no.

Dr. Eugenio García Carrillo

Discurso Pronunciado en la Ceremonia Inaugural del IV Congreso Mundial de Cardiología**

Por

Dr. Ignacio Chávez*

Señor Secretario de Salubridad y Asistencia,
Representante del señor Presidente de la República;
Señores Secretarios de Estado, Jefes de Departamento
e Invitados de Honor,

Señoras y señores:

La escena memorable que estamos presenciando en este auditorio, donde cerca de tres mil cardiólogos, investigadores, cirujanos, catedráticos, trabajadores de la medicina científica, venidos de todo el mundo, se reúnen animados del mismo espíritu, en el que se conjugan la ciencia y la fraternidad, es un motivo de orgullo para nosotros al par que de gratitud. A nombre de la Comisión Organizadora del IV Congreso Mundial de Cardiología, a nombre de la cardiología mexicana y del país que los recibe con júbilo, doy a ustedes, señores Congresistas, la más cordial bienvenida.

En este minuto han venido a confluír su voluntad amiga y nuestro deseo de tenerlos como huéspedes. Hace cuatro años, la Sociedad Internacional, en su asamblea plenaria de Bruselas, resolvió celebrar la cuarta reunión en esta tierra nuestra y me honró con el encargo de organizarla y de presidirla.

Hoy el mandato está cumplido. Por más de dos años hemos trabajado arduosamente en elaborar los cien detalles, grandes y pequeños, de una reunión mundial como ésta. Muchos de los miembros del Instituto Nacional de Cardiología me han prestado

* Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y Presidente del Congreso.

** Se publica por cortesía del Dr. Eugenio García Carrillo que trajo esta honrosa colaboración para Revista Médica de Costa Rica.

su colaboración. Son ellos los que se han echado a cuestias la mayor parte de la tarea. Es el momento de ofrecerles públicamente mi agradecimiento, en particular a los dos abnegados y ejemplares Secretarios, los doctores Costero y Espino Vela; a los encargados de las distintas comisiones, doctores Aceves, Vaqueiro, Carral, Estandía, Sodi, Robles Gil, Mendoza, Cesarman y Chávez Rivera y, de un modo especial, al grupo admirable del Comité de Damas, que han sido el alma de las recepciones y de los actos sociales que tendremos el gusto de ofrecer.

Esta es la cuarta vez que se reúne el Congreso Mundial de Cardiología, la cuarta cita de nuestra historia. Porque nosotros, a la inversa de los pueblos felices, tenemos una historia, breve, es cierto, pero de la que podemos ufánarnos. Es una historia que apenas remonta a 1946.

Hace, en efecto, dieciséis años, a cien metros de este escenario, en el rincón de paz y de trabajo que es el Instituto Nacional de Cardiología, un pequeño grupo de hombres firmamos un sueño, el de crear la Sociedad Internacional de Cardiología, congregando en ella a todos los cardiólogos del mundo y, en vez del corto número que entonces éramos, hacerlos convivir en Congresos Mundiales de nuestra rama.

Era apenas al día siguiente de la guerra, lo que explicaba la ausencia de varias delegaciones a nuestro flamante Congreso Interamericano de Cardiología. Por eso nos contentamos con formar, no la Sociedad misma, sino un Consejo Internacional cuya misión primaria sería la de organizar los Congresos Mundiales y conjuntamente, de ser posible, la Sociedad Internacional. Unos cuantos años después, en 1950, se celebraba el primer Congreso Mundial en París y nacía allí la Sociedad. A aquél siguieron, con periodicidad sin falla, cada cuatro años, el de Washington y el de Bruselas. Hoy, en oscilación pendular, el Congreso viene aquí, al punto mismo donde se inició el movimiento.

Eramos apenas diecinueve los iniciadores, unos de Europa, otros de América. Miro con júbilo que la mayor parte de ellos están aquí, satisfechos de su obra. Tienen razón; ellos podrían decir orgullosamente, como Bernal Díaz del Castillo al mirar hacia atrás sus proezas de juventud en la conquista del Anáhuac: "Nosotros libramos esas batallas."

Pero al mismo tiempo advierto, advertimos todos, que hay en las filas unos sitios vacíos, los de quienes se adelantaron a nosotros en la despedida. Son dos sombras amigas, las de Rodolfo

Pérez de los Reyes, de Cuba, y Gustav Nylin, de Suecia. Con ellos se ha alejado otro, el mejor, el más grande, el que nos dio con su nombre la garantía del éxito; el que fue el Maestro indiscutido y más tarde nuestro Presidente Honorario. Su memoria flota entre nosotros y su ausencia enluta esta reunión. Puestos de pie, saludamos en silencio, con un temblor en los labios, al Profesor Charles Laubry y con él a los Profesores Nylin y Pérez de los Reyes

Y ahora, señores, volvamos al presente. Nos esperan, durante una semana, intensas jornadas de labor: 450 personas leerán sus trabajos individuales en las sesiones matutinas; cerca de 3.000 congresistas, venidos de todo el mundo, se aprestan a escuchar, a discutir, a enseñar y a aprender; 40 Sociedades Nacionales y Continentales de Cardiología concurren con sus delegaciones; 52 países asisten, representados por sus hombres de ciencia; las distintas escuelas de Cardiología del mundo confrontarán sus doctrinas en 15 symposia, que cubrirán el programa de las tardes y en donde serán presentados 105 temas por investigadores de la más alta autoridad.

El número de trabajos que van a leerse pudo ser mayor, a juzgar por la gran cantidad que recibimos; por eso nos hubiera obligado a fragmentar el Congreso en muchas sesiones simultáneas. Hemos preferido reducir el programa, seleccionando los trabajos y evitando las repeticiones innecesarias.

La situación que apunto aprueba que la aportación caudalosa de nuestro tiempo complica la realización de estos congresos, que se ven desbordados, los de Cardiología lo mismo que los de otras ramas; pero más aún complica nuestra vida de médicos. El ritmo de los avances científicos es más rápido que el de nuestro avance personal. Lo fue, lo ha sido siempre; pero la discrepancia en nuestro tiempo llega a los límites de la angustia.

El riesgo mayor que confrontamos no es, precisamente el de ignorar las novedades, los últimos hallazgos. No; es el de quebrantar lentamente nuestro rigor científico, hecho a imponer bases seguras a nuestros conocimientos y a exigir pruebas, antes de admitir la verdad de las cosas nuevas. Es el riesgo de olvidar la duda cartesiana, que ha sido la espina dorsal de nuestra postura científica. El torrente que vierte la literatura médica nos impide a menudo la reflexión serena y ahora el juicio crítico. Lo que ganamos en erudición lo vamos perdiendo en sabiduría.

Aún quedan otros riesgos. Los prodigios de la técnica, que nos entusiasman y con facilidad nos alucinan, a veces nos hacen

confundir la finura del procedimiento con el rigor del método. El instrumento complicado, maravilloso, se nos vuelve ayuda y, a la vez, amenaza. Y luego, el vértigo de la prisa en que vivimos y el contagio del entusiasmo que llega a crear ilusiones colectivas y nos hace víctimas de las modas. ¿Quién duda que las estamos sufriendo? Que baste recordar la cantidad de drogas que apenas ayer llenaban las revistas con sus resultados halagüeños; todo mundo las usaba, y hoy ¿quién se acuerda de ellas?

En el fondo de todo esto, yo veo una forma de retorno al empirismo. Pero el de ahora se presenta con disfraz científico. El médico que padece este mal no lo advierte, como el personaje célebre que hablaba en prosa sin saberlo.

Todos estos peligros de nuestra medicina de hoy, son los frutos amargos de lo mismo que constituye nuestro orgullo, del progreso científico y técnico de nuestro tiempo. ¿Qué hacer para corregir esos males, para apartar esos riesgos? ¿Es acaso posible?

Una reunión como ésta es una buena ocasión para las rectificaciones. Yo invito a las grandes figuras de nuestra rama, lo mismo que a los maestros jóvenes que nos acompañan, a que, mirando el problema en su conjunto, mediten y propongan soluciones, particularmente en el campo de la enseñanza y de la investigación en cardiología, que amenaza desarticularse del resto de la medicina.

Por mi parte, me limito a aventurar, con justificada timidez, la idea de que el remedio estriba en robustecer la formación científica de todo médico, muy en particular la de los especialistas, como es el caso de los cardiólogos; en defenderlos de la fácil inclinación a lo puramente técnico, a lo empírico, a lo pragmático; en impedir que nuestra rama se siga fragmentando en cien subespecialidades, si cada una va en busca de una autonomía imposible; en lograr que la capacidad especial adquirida en un sector limitado no signifique ignorancia de lo que hay de fundamental en los sectores vecinos; en una palabra, el remedio estriba en integrar la cardiología, entera, plena, dentro de la medicina científica. De no hacerlo pronto, de no empezarlo hoy, dentro de unos años habremos levantado, con nuestro propio progreso, una nueva torre de Babel, en la que los médicos seremos víctimas de la confusión de lenguas y en la que el hombre enfermo se mirará solo, perdido en medio de esa nueva forma de sabiduría.

Pero no sólo de ciencia debe estar hecho el médico. No lo está así el de hoy o menos deberá estarlo el de mañana. No entraré en el tema, porque esa inquietud ya la discutí ampliamente

en el pasado Congreso de Bruselas. Sólo diré que sigo creyendo, igual que entonces, que el cardiólogo, como científico, ha de ser hombre culto o no será, y sólo vuelvo a insistir en la necesidad imperiosa de fomentar en él un humanismo moderno, "tanto más hondo y apasionado cuanto mayor sea la limitación impuesta por una educación científica exigente y unilateral".

Aparte el robustecimiento de la formación en la ciencia y la cultura, aparte el ímpetu sostenido de renovar constantemente el bagaje intelectual, tarea que nos corresponde a nosotros mismos, en el ámbito de nuestras escuelas: es la cooperación internacional.

La concibo, en nuestro campo, como una disposición generosa de ánimo, compartida por todos, a lo ancho del mundo, para romper las barreras nacionales, que suelen encubrir egoísmos y suficiencias, cuando no recelos; para abrir puertas a las ideas ajenas, cualquiera que sea el país de donde vengan, con tal de que sean fundadas; para cooperar en los proyectos de los demás, con tal de que sean nobles y prometedores; para ayudar al desenvolvimiento de las escuelas científicas que, por pequeñas o recién surgidas, reclaman más apoyo; concibo esa cooperación como un impulso de comprensión intelectual, de simpatía humana, de acercamiento universal.

Nada mejor que nuestros Congresos para propiciar un movimiento así. Imbuido de esta idea, hace años, en la reunión de Washington, afirmaba que no hay profesión como la nuestra para aprender el secreto de la convivencia y de la ayuda. "Es que somos —decía— un grupo fundido en un mismo molde. No importa si el metal fue fundido en Europa o en África, en Asia o en América. No importa si el metal es rubio o es oscuro. Es siempre el mismo, ecuménico y eterno. Es el que nos legaron nuestros abuelos de Egipto y de Grecia y el que ha de moldear un día a nuestros nietos". De paso, y como un apoyo a mi aserto, agregaba: "La medicina nos ha dado a los que la amamos un rasgo peculiar: no logramos poseerla nunca y es ella la que nos posee, como un demonio interior. Una vez que nos cubre, es como la túnica de Neso, que no se arranca jamás."

Si invocaba yo entonces esa comunidad de origen y esa identidad de sello espiritual para pedir el acercamiento científico, hoy esa meta limitada no basta, no puede bastarnos. Hay que poner el empeño más alto, recordando que si somos médicos, también somos hombres de deberes superiores, los que nos impone nuestra propia jerarquía científica.

Por ella y por la naturaleza de nuestra profesión, nacida para cuidar la salud del hombre, de todos los hombres, prote-

giéndolos así del infortunio, no podemos permanecer indiferentes, fríos, como meros espectadores, ante la amenaza visible de nuestro tiempo.

El mundo está a cada día más enfermo de desconfianza y de temor, rayanos a veces en la angustia. A nosotros nos toca contribuir a la extirpación de esos males, servir a la causa del entendimiento humano, luchar por asegurar la paz. Esa paz que no es cartel de nadie porque es bandera de todos, no importa cuál sea el color ni el país ni la religión; esa paz que buscan lo mismo el que sigue a Budha que el que cree en Mahoma y el que reza a Cristo; la paz a la que aspiran en la tierra todos los hombres de buena voluntad.

Esta misión que tenemos como hombres de ciencia ya la planteé ante ustedes en el Congreso de París, al advertir el sesgo trágico que había tomado la historia y el temor que sentía el mundo ante los descubrimientos de sus sabios. Si la invoqué hace doce años, al nacer nuestra Sociedad Internacional, hoy que termino en mis funciones de Presidente y me dirijo a ustedes quizá por última vez, he querido recordarla como una misión muy alta de nuestra Sociedad y de nuestros Congresos. No somos mentalidades abstractas ni ideas puras ni ciencia en marcha. Somos hombres de carne y hueso, de dolor y de esperanza, que nos reunimos para hacer avanzar nuestra ciencia, pero con un fin supremo, el de mejor ayudar al hombre.

Si mañana va a comenzar el programa de trabajo, hoy empieza, señores Congresistas, el contacto de ustedes con este México que los recibe. Y pues que he hablado de la necesidad de conocimiento y de entendimiento y de amistad entre los pueblos, espero que encuentren natural el interés que tenemos de que nos conozcan. Que nos conozcan bien, en nuestras virtudes y en nuestros defectos, en nuestras realizaciones y en nuestras carencias, en nuestros trágicos fracasos y en nuestras esperanzas. Nos presentamos sin máscara y sin pretender poner ante sus ojos los lentes del Doctor Panglos.

Somos un pueblo híbrido, nacido, allá en el siglo XVI, del injerto de España sobre el viejo tronco indígena. Ni europeos ni indios, sino orgullosamente mexicanos, nutridos con la savia del viejo solar de nuestros mayores.

Somos un país joven en la cultura occidental, pero viejo de milenios en la civilización indígena. Tenemos, por eso, el amor de la cultura y el de la tradición, propios de un pueblo antiguo, junto con la audacia, a veces irreflexiva, de las razas jóvenes.

Esto explica muchas de nuestras paradojas, de nuestras contradicciones, de nuestros contrastes; pero es también lo que atenúa muchos de nuestros errores.

Somos un país latino, más que por la raza, por el temperamento, por la inclinación del espíritu; pueblo de sensibilidad artística, para el que la promesa de un bello sueño suele ser más verdad que las duras realidades objetivas.

Somos un pueblo enamorado de la libertad; rebeldes, definitivamente rebeldes a todo yugo. México ha vivido con el fusil al hombro durante más de un siglo y no lo ha dejado sino hasta hace 35 años, el día en que vió conquistada, primero, su independencia y después sus libertades internas. Los que nos miraban de afuera nos juzgaron como un pueblo guerrero, y sin embargo, no hay uno más sinceramente pacífico. México no ha disparado jamás un tiro en guerras de agresión; sólo ha sufrido y ha sangrado por defender su hogar.

Somos un pueblo ansioso de superación. Desde el día en que la Revolución nos liberó de ataduras feudales, México ha trabajado con pasión, con fiebre, caminando aprisa, en ocasiones a saltos, guiado sólo por su intuición y por un ansia generosa. Esto explica muchas de nuestras caídas, pero explica también que en cuarenta años haya surgido un México nuevo. Quien lo visita y regresa al cabo del tiempo, bien puede suceder que no lo reconozca.

Citaré unos breves ejemplos que muestran el esfuerzo. La educación popular, que era pobre, con un número humillante de analfabetos. El país despertó a la realidad, creó una mística y ahora destina más del 20% de su presupuesto total al ramo educativo y construye escuelas al ritmo insospechado de una aula cada dos horas.

La educación superior, la universitaria, que era restringida e insuficiente. El país ha rectificado: construyó la Ciudad Universitaria en un tiempo récord de tres años; elevó el número de Universidades de los Estados hasta llegar hoy a 22; creó Establecimientos Tecnológicos de nivel superior y ha abierto los Institutos de Investigación, que no existían.

El país era insalubre, carente casi de hospitales, privado de protección social. En unos cuantos años ha erradicado la viruela, ha acabado casi con el paludismo, ha abatido la mortalidad infantil de 135 a 67%, y la mortalidad general de 27 a 10; se han abierto hospitales no sólo en las ciudades sino en los poblados

pequeños y aún en áreas rurales. El Seguro Social, en el breve plazo de veinte años, abarca en su protección a la mayor parte de los trabajadores del país, con clínicas modernas, hospitales, habitaciones y seguros.

No seguiré adelante. Sólo he querido exhibir unos cuantos ejemplos que muestren la ruta que seguimos. Pero si ellos hablan de la energía potencial del país, no reflejan, en cambio, las cualidades del pueblo, del hombre que ustedes cruzarán en la calle, sencillo, cordial, casi tímido. Ese hombre, ese mexicano, tiene, entre otras virtudes, la cortesía fina y el culto de la hospitalidad. Abre su casa como abre su corazón. Sabe entregarse a quien sabe entenderlo: el secreto estriba en una sonrisa amiga.

Señores Congresistas: como visitantes que vienen a este solar de México, he intentado presentarles a mi país. Lo hago con la esperanza de que al conocerlo, lo comprendan, y al comprenderlo, lo amen; con el deseo vehemente de que al partir se lleven para nosotros el mismo sentimiento de simpatía con que los recibimos. Sean bienvenidos al hogar mexicano.

El Halopiridol en Psiquiatría

Por

Dr. Gonzalo González Murrilo*

Dr. Abel Pacheco de la Espriella**

Este trabajo pretende ser una breve reseña de la acción del Halopiridol en los padecimientos mentales. Tal como en otra ocasión dijimos, estos trabajos no aportan nuevos conceptos, sólo significan una labor bien intencionada y útil a nosotros mismos, ya que al efectuarla nos coloca exactamente en contacto con nuestros propios defectos y deficiencias. Valga la buena intención al ejecutarla, aunque no signifique novedad o un aporte hasta ahora desconocido de la acción del medicamento en las enfermedades mentales. Pero, ¿no es la mayor parte de la literatura médica una constante repetición? ¿No es sólo de vez en cuando que aparece en su inmenso mare magnum la pepita de oro de una idea original, de un descubrimiento o de una nueva concepción? Lo importante en el quehacer médico es el interés y la responsabilidad en nuestra labor y la honestidad en lo que expresamos o escribimos.

El Halopiridol fue sintetizado por Janssen (Bélgica) hace apenas tres años. Químicamente es una amina terciaria que corresponde al 4-p-chlorophenyl-1-(3-p-fluoro-benzoylpropil) - 4 hydroxipiperidina, designado también con las siglas R-1625.

Las investigaciones sobre su uso se iniciaron en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Liege por P. Devry, J. Bobon y J. Collard, encontrando estos autores gran efectividad del medicamento en la agitapsicomotriz, prefiriendo administrarlo por vía intravenosa. J. Delay, P. Pichot, T. Lemperiere, B. Elizalde y Peigne en una publicación aparecida en *Anales Médico Psychologique* (118-145 — (1960), lo consideran como un nuevo neuroléptico que significa importante progreso en la terapéutica psiquiátrica. Posteriormente la investigación ha sido amplia, no siendo hasta el momento tan halagüeños los resultados en Norte América como en Europa.

* Director del Hospital Psiquiátrico Chapul y Profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina.

** Médico Residente Hospital Psiquiátrico Chapul.

Arthur Samuels (A. J. P. 118-3) ha logrado iguales resultados terapéuticos que otros autores, usando dosis bajas del medicamento sin los inconvenientes de los efectos secundarios. En nuestros pocos casos tuvimos la idea de administrar dosis bajas para eliminar acciones nocivas, para apreciar el efecto terapéutico de las mismas y sobre todo porque no disponíamos de la suficiente cantidad del producto que permitiera un período más largo de tratamiento. Es natural que el tiempo cuenta en los resultados y la experiencia nos enseña que los tratamientos han de llevarse a cabo por largos períodos, continuándolos después de las remisiones para evitar frecuentes y rápidas recaídas.

Se ha de aclarar que la dosificación baja del halopiridol ha sido preconizada por diversos autores europeos .

L. Besada resume de la siguiente manera los estudios farmacológicos realizados fundamentalmente por Janssen en relación con el R-1625: inhibe las respuestas reflejas espontáneas y condicionadas del animal y la motilidad intestinal, normaliza la conducta de los animales de experimentación situados en condición de campo abierto, no posee efectos hipnóticos, pero potencializa la acción de los barbitúricos prologando su efecto, provoca tendencia a la hipotermia, no ejerce acción modificadora de la tensión arterial, inhibe intensamente los efectos eméticos provocados por la apomorfina, no altera las convulsiones cardiazólicas ni las provocadas por la estriquina y no posee efectos simpático ni parasimpáticos.

En este estudio consta el tratamiento hecho a pacientes crónicos que habían sido sometidas anteriormente a diversos procedimientos terapéuticos. Se trata por consiguiente de casos difíciles y de larga evolución, prueba difícil para cualquiera de los medicamentos o procedimientos terapéuticos.

Caso N° 1 H. Cl. 2950. Edad: 53 años. Diagnóstico: Esquizofrenia hebefrénica. Ingresó la primera vez en 1937. Salió en diversas ocasiones con mejoría. En la sintomatología, han predominado la agresividad, la disgregación, el autismo, las pseudo-percepciones auditivas y visuales y el descuido en su aseo personal. Con 10 mgs. diarios de Halopiridol presentó sialorrea abundante y síndrome extrapiramidal. Se bajó la dosis a 3 mgs. diarios y se prescribió Benadryl. Al terminar el cuarto mes de tratamiento se llegó a la siguiente conclusión: mejoría en relación a un mejor contacto ambiental, siendo más asequible y manejable favoreciéndose su participación en los programas de remotivación.

Los efectos secundarios correspondieron a un síndrome extrapiramidal usando dosis de 10 mgs. diarios. Al final del tratamien-

to las pruebas hepáticas dieron: una cifra de colesterol alta (308 mgs.%) por posible proceso obstructivo? y la transaminasa discretamente elevada (SOGT 83v) (daño hepato-celular?).

Caso N° 2 — N° 17432. Edad: 25 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide. Esta paciente con la medicación a dosis de 3 amp. diarias no presentó efectos secundarios. Mostró una franca mejoría en su condición agresiva y en cuanto a su relación ambiental, siendo más comunicativa, asequible y cuidadosa en su aseo personal. Las pruebas hepáticas al final de los 3 meses de tratamiento fueron normales.

Caso N° 3 — N° 17913. Edad: 36 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrénica. Ingresó en agosto de 1956. A pesar de los tratamientos anteriores, mostraba estados frecuentes de excitación psicomotriz, siendo esencialmente agresiva e incoherente. Eran manifiestos los manierismos y las estereotipias. A los cuatro meses de tratamiento con 6 mgs de Halopiridol se notó gran mejoría en su estado agresivo, en sus relaciones interpersonales y en la bulimia que parecía. Fue más tolerante para soportar las molestias causadas por sus compañeras, pidiendo ayuda a la enfermera en vez de agredir como anteriormente ocurría.

Las pruebas hepáticas fueron normales y no se presentaron efectos secundarios.

Caso N° 4 — H. Cl. 3725. Edad: 46 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide. Ingresó en 1941. Sintomatología inicial pseudoperceptiva y actividad delirante de tipo persecutorio. Posteriormente descuido en su aseo personal, una mayor limitación en sus intereses y relación y aislamiento marcado. A los dos meses de tratamiento con 5 mgs. diarios de Halopiridol se observa: una mejoría importante en sus relaciones con sus compañeras y en general un mejor contacto ambiental. Este hecho favoreció su asistencia al programa de remotivación.

No se apreciaron efectos secundarios y las pruebas hepáticas fueron normales.

Caso N° 5 — H. Cl. 4919. Edad: 45 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide. Ingresó en 1946.

En la sintomatología han predominado las ideas delirantes de tipo persecutorio, las pseudopercepciones auditivas y estado de excitación psicomotriz. Al iniciar tratamiento con 4 mgs. de Halopiridol presentó: síndrome extrapiramidal a pesar de asociarse la medicación con Benadryl. Toleró 2 mgs. con la particularidad de

presentar durante media hora espasmos de torsión transitorios que cedieron con Artane. Al cabo de 3 meses se nota: más comunicativa, un mejor contacto ambiental, una mejor relación con sus compañeras, mejoría de los estados de excitación y notable acción sobre el cuadro pseudoperceptivo y delirante. Salió de la Institución dada la mejoría obtenida.

Las pruebas hepáticas fueron normales.

Caso N° 6. H. C1. 6963. Edad: 35 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Catatónica. Ingresó en 1953. Varias remisiones anteriores. Han predominado el estupor catatónico, el negativismo y el autismo. Con 10 mgs. diarios de Halopiridol se obtuvo muy discreta mejoría, lográndose una relativa mejor relación ambiental y social.

Las pruebas hepáticas fueron normales.

Caso N° 7. H. C. 7523. Edad 30 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide. Ingresó en 1955. Comenzó su padecimiento con actividad delirante sistematizada, pseudopercepciones auditivas, pérdida de interés y alteración del curso del pensamiento. Inició el tratamiento con 5 mgs. de Halopiridol. Habiendo mejorado la actividad delirante, la agresividad y su relación ambiental, fue llevada sorpresivamente por sus familiares. No presentó complicaciones.

Caso N° 8 H. C1. 19051. Edad: 21 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Hebeltrénica.

Paciente con impulsiones agresivas, manierismos, disgregación del pensamiento y descuido personal. Inició el tratamiento con 3 mgs. de Halopiridol. No se obtuvo ningún cambio. No se presentaron efectos secundarios ni alteración de la función hepática.

Caso N° 9. H. C1 7514. Edad: 27 años. Diagnóstico: Esquizofrenia Catatónica. Ingresó en 1954. Han predominado actitudes catatónicas, el autismo y las alteraciones del pensamiento. Con 5 mgs. de Halopiridol mejoró en sus relaciones sociales y con el medio ambiente, mostrando mejor contacto con la realidad, menos agresividad y mayor preocupación por su aseo personal.

No se apreciaron complicaciones y las pruebas hepáticas fueron normales.

CONCLUSIONES:

Una experiencia como esta llevada a cabo en pocos casos clínicos no puede ser bajo ningún aspecto concluyente. Notamos que con suma facilidad se presenta predilección de la droga por sus efectos en el sistema extrapiramidal. Dos pacientes que no aparecen en el estudio, presentaron síndrome extrapiramidal, suspendiéndose la medicación al tercer día de iniciado el tratamiento. Llamaban la atención en estos casos un estado de inquietud y zozobra que terminaba con crisis que semejaban histéricas. La sintomatología extrapiramidal desapareció usando benadryl o artane o al bajar las dosis. Si el tratamiento se vigila es posible controlar las complicaciones. Lo que nos inquieta con esta u otras drogas neurolépticas y que aún no hemos visto descrito, es el porvenir a largo plazo, 10-15-20 años de los pacientes que han sufrido encefalopatías medicamentosas en el curso de estos tratamientos. ¿No resultarán dentro de pocos años todos estos casos con parkinsonismos, tal como ocurrió en Europa con la gripe de 1918? En esta epidemia muchas fueron las encefalopatías gripales inaparentes que dieron a los años parkinsonismos post-encefalíticos que abundaron en las instituciones hospitalarias europeas.

En relación al efecto terapéutico de la droga en los casos expuestos podemos resumir diciendo: acción beneficiosa en los estados de excitación psicomotriz y en la actividad agresiva. Los pacientes se vuelven más asequibles a los requerimientos ambientales, más dóciles y sumisos.

El hecho que más llamó la atención al personal médico y auxiliar, fue notar que las pacientes se relacionaron mejor con sus compañeras y al tornarse más sociables establecieron una mejor relación ambiental e interpersonal, favoreciéndose además su asistencia a las sesiones de remotivación. Podemos concluir diciendo que esta fue la acción más significativa del Halopiridol en las pocas pacientes observadas y que sus efectos secundarios remitieron fácilmente al seguirse los procedimientos antes descritos.

“Programa Experimental de Prevención de la Fiebre Reumática”:

Proyecto de

Dr. Marcial Fallas Vargas*

I. OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

a) *Objetivos Principales.*

1. Atención médica curativa y profiláctica de los niños, principalmente escolares, que padezcan o hayan padecido de fiebre reumática.
2. Utilización de esta experiencia a fin de establecer normas en cada una de las actividades, para el adecuado control de la fiebre reumática en todo el país.

b) *Objetivos Complementarios.*

3. Adiestramiento de personal para la lucha contra la fiebre reumática.
4. Realización de las investigaciones necesarias para la mejor caracterización de la fiebre reumática en Costa Rica.

II. LIMITES DEL PROGRAMA

1. *Límites Geográficos.*

Debe iniciarse de ser posible en la ciudad de San José en todas las escuelas y posteriormente extenderlo a todo el país.

2. *Límites de Población.*

Todos los niños que asistan a las escuelas.

* Sub-Director del Departamento de Epidemiología.

3. Límites Cronológicos.

Las actividades se desarrollarán por tiempo indefinido. Desde luego este programa provisional solamente abarca las labores correspondientes al primer año.

III. ORGANIZACION DEL PROGRAMA.

Participarán en el programa: El Ministerio de Salubridad Pública, Ministerio de Educación Pública, y de ser posible el Hospital San Juan de Dios y en un futuro cercano el Hospital Nacional de Niños; además se puede solicitar la colaboración de la Caja Costarricense de Seguro Social y los médicos particulares.

Este programa desde luego, es provisional y experimental y quedará bajo la dirección Técnica del Ministerio de Salubridad Pública, en su Departamento de Epidemiología, con la asesoría de los médicos cardiólogos que puedan proporcionarnos su ayuda, además el Departamento Sanitario Escolar colaborará con la ayuda del Ministerio de Educación Pública por el contacto que mantienen con las escuelas y el Departamento de Unidades Sanitarias localizadas en todo el territorio nacional.

El programa estará a cargo de un médico jefe, especializado en Pediatría y con conocimientos de cardiología, especialmente en lo que se refiere a Cardiología Infantil. Este médico deberá trabajar tiempo completo o medio tiempo de acuerdo con las necesidades y con las sugerencias que haga la Oficina o Sección de Planeamiento del Ministerio de Salubridad Pública y será designado por este mismo Ministerio; además dispondrá de la asesoría de un médico Epidemiólogo, a tiempo parcial designado por el Ministerio de Salubridad Pública. Se contará con la colaboración de los médicos Escolares, médicos de Unidades Sanitarias, médicos particulares, etc. Una o dos enfermeras a tiempo completo, una o dos visitantes o trabajadoras sociales; colaboración del personal del Laboratorio del Ministerio de Salubridad Pública y de ser posible con una secretaria taquimecánografa.

Se tendrá además como colaboradores a todos los maestros de todas las escuelas a quienes se hará ver la importancia del programa. La organización y coordinación de todas las actividades serán responsabilidad del Jefe del Programa, quien informará mensualmente al Ministro de Salubridad, quien a su vez informará a todas las entidades participantes.

IV. ACTIVIDADES PRINCIPALES DEL PROGRAMA

Manejo de los casos:

La pesquisa de los reumáticos existentes en la zona a examinar se conducirá de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. La población escolar será examinada en las escuelas por los señores médicos escolares, cada uno de los cuales dispone de la colaboración de una enfermera que en la mayoría de los casos es visitadora. De acuerdo con un calendario establecido al efecto, cada escuela será visitada varias veces al año, hasta completar el examen de toda la población escolar.
 2. Se enviará al Departamento de Prevención de Fiebre Reumática para su estudio completo, todo niño en quien la pesquisa o el examen del médico encuentre los siguientes datos, cualesquiera de ellos:
 - a) Fiebre reumática en la familia.
 - b) Informe de que el niño tiene una lesión en el corazón o que tuvo fiebre reumática.
 - c) Amigdalitis de repetición atribuibles al estreptococo (tres o más al año).
 - d) Corea.
 - e) Poliartritis.
 - f) Edema de los miembros inferiores.
 - g) Disnea de pequeños esfuerzos.
 - h) Movimientos incoordinados involuntarios.
 - i) Fenómenos soplantes en área precordial, excepto cuando sean claramente soplos "no patológicos" (Grados 1 a 2, sin irradiación y modificados por los cambios posturales o los movimientos respiratorios: soplos de tipo anémico).
 - j) Mal estado general, palidez y fiebre sin explicación definida.
 3. Los niños serán remitidos al Departamento de Prevención de la Fiebre Reumática en donde se indicarán los siguientes
-

tes exámenes: Radiografía de tórax en tres posiciones: PA, OAD y OAI. Electrocardiograma que debe ser interpretado por el Jefe del Departamento.

Toma de muestras de sangre para los siguientes exámenes:

- a) Hematocrito y dosificación de hemoglobina.
- b) Velocidad de sedimentación globular.
- c) Cuenta leucocitaria global.
- d) Determinación de antiestreptolisina "O".
- e) Proteína C reactiva.
- f) Cuando sea posible cultivo del exudado faríngeo y nasal para el aislamiento de estreptococos hemolíticos.

Siete días después de este primer examen el niño deberá volver al Departamento para que le sea hecho el diagnóstico correspondiente de acuerdo con los resultados de una nueva revisión clínica y de los estudios de laboratorio que fueron solicitados en la primera consulta.

Si se comprueba el diagnóstico de fiebre reumática, el caso debe pasarse a la visitadora, la que se encargará de instruir a los padres y maestros del niño con respecto a la gravedad del problema. Dentro del mismo Departamento se dará a los niños en control y solamente en el caso de que éstos no asistan a la consulta después de dos visitas, se considerará el caso por fuera del programa.

4. Para terminar el examen de cada grupo escolar, a cargo de un maestro, el médico escolar entregará a éste una relación de los niños sospechosos o con diagnóstico comprobado de fiebre reumática.
 5. Terminado el estudio de toda una población escolar, su vigilancia posterior quedará a cargo de los médicos escolares, maestros y enfermeras, a fin de que sea visto en el Departamento todo niño sospechoso de tener fiebre reumática durante el resto del año. Al efecto las enfermeras continuarán sus visitas regulares a la escuela de acuerdo con las labores designadas a cada una dentro del Departamento Sanitario Escolar.
-

6. Los niños que tengan diagnóstico comprobado de fiebre reumática activa serán internados en el Servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios para su estudio y tratamiento. No serán dados de alta en la Institución, hasta que hayan pasado por lo menos dos semanas de la desaparición de todo signo y síntoma de fiebre reumática. Sólo por excepción serán atendidos a domicilio los casos de reumáticos activos.
7. Todos los reumáticos serán atendidos periódicamente en el Departamento de Prevención de Fiebre Reumática, por lo menos una vez cada seis meses, repitiendo, de ser posible, los estudios anteriores.
8. De igual modo serán revisados los reumáticos dudosos, con intervalos menores si el caso lo reclama, hasta que se pueda precisar si son o no reumáticos.
9. Tan pronto como se tenga comprobado el diagnóstico de cualquier caso se le comunicará a la familia del niño y si ésta lo autoriza, a su maestro.

DIAGNOSTICO

Dentro de las dificultades inherentes al correcto diagnóstico de la fiebre reumática, y reconociendo que no existe ningún examen que por sólo identifique a la enfermedad, se aplicarán en este programa los criterios diagnósticos formulados por T. D. Jones ligeramente modificados.

Se considerará como fiebre reumática activa todo cuadro patológico que no coexistiendo con otra enfermedad bien caracterizada que tenga gran repercusión general, presente al menos "dos de los datos mayores o uno de los mayores y dos de los menores" que se enumeran a continuación:

DATOS MAYORES.

1. "Carditis", expresada por:
 - a) La aparición de fenómenos valvulares soplantes o por el cambio de los preexistentes.
 - b) Crecimiento de la silueta radiológica del corazón durante el período de estudio.
 - c) Aparición de insuficiencia cardíaca para la que no exista una explicación clara y diferente.
-

- d) Pericarditis, demostrada por frote audible, imagen radiológica de derrame pericárdico o alteraciones electrocardiográficas suficientemente caracterizadas.
2. Poliartritis migratoria, delitesciente.
3. Corea de Sydenham.
4. Nódulos de Meynert.
5. Eritema marginado, cuando es característico.

DATOS MENORES

1. Fiebre, cuando por lo menos exista temperatura oral de más de 37.2° C., en siquiera dos determinaciones diarias.
2. Alargamiento del PR o del QT en el ECG. (Corregidos ambos valores de acuerdo con la edad y la frecuencia).
3. Aumento de la velocidad de sedimentación globular, presencia de proteína C reactiva en sangre o anemia normocítica para las que no exista explicación adecuada fuera de la fiebre reumática.
4. Cardiopatía valvular del tipo de la insuficiencia, la estenosis o la doble lesión mitral, o indicativas de insuficiencia o doble lesión aórtica.
5. Historia de ataques de fiebre reumática bien identificada o de insuficiencia cardíaca para la que no exista explicación diferente a la de fiebre reumática.
6. Infección estreptocócica previa sospechada por el cuadro clínico (faringitis con enrojecimiento, exudado, adenopatía regional, fiebre y disfagia dolorosa) con o sin aislamiento del estreptococo hemolítico del grupo "A" de Lancefield: o confirmada por un título de antiestreptolisinas "O" superior a 200, sobre todo si el título inicial tiende a elevarse en determinaciones posteriores.
7. Astenia, fatigabilidad, pérdida de peso, para los que no haya explicación satisfactoria.

Para los fines de este programa se dividirán los escolares en 3 grandes grupos:

- I. Reumáticos: a) Activos — b) Inactivos.
 - II. No Reumáticos.
 - III. Reumáticos dudosos.
-

Reumáticos activos: son los que tienen fiebre reumática en el momento del estudio.

Reumáticos Inactivos: Los que la hayan padecido, y quienes presenten una cardiopatía de tipo reumático, aun cuando no exista dato alguno de que hayan sufrido fiebre reumática previa.

No reumáticos: Son los que no tienen ni han tenido fiebre reumática y los que no presentan una cardiopatía de tipo reumático.

Reumáticos dudosos: son los que tienen alteraciones cardiológicas de tipo no precisado, padecimientos cuyas características hagan suponer razonablemente que pueden ser de índole de fiebre reumática y quienes sin presentar en el momento del estudio ninguna de las eventualidades dichas, tengan historia de situaciones patológicas con alta probabilidad de haber correspondido a fiebre reumática.

TRATAMIENTO

1. Quienes tengan "Fiebre Reumática Activa" deberán hospitalizarse y, además del tratamiento con los medicamentos que el caso reclame como esteroides, antiinflamatorios, salicilados, pirazolónicos, diuréticos, digitálicos, etc., recibirán por vía intramuscular el siguiente tratamiento de erradicación estreptocócica:
 - a) Los tres primeros días, 400.000 U. D. de penicilina G sódica cristalina, cada 4 horas.
 - b) Del 4º al 13 días inclusive, 400.000 U. D. de penicilina G procaínica, cada 12 horas.
 - c) El 14º día 600.000 U. D. de penicilina benzatina.
 - d) La aplicación de esta última se repetirá cada 10 días mientras estén hospitalizados.
 2. Los "reumáticos inactivos" recibirán tratamiento antiestreptocócico sostenido. Este consistirá en la aplicación por vía intramuscular, cada 15 días, de 600.000 U. D. de penicilina benzatina.
 3. Cualquier antecedente de intolerancia previa a la penicilina, se investigará cuidadosamente en cada caso y excluye automáticamente al niño de la profilaxis con tal anti-
-

biótico, que en su lugar, recibirá diariamente, sulfadimetoxina o sulfametoxipiridazina.

4. Los niños sin antecedentes de intolerancia a la penicilina y que después del estudio clínico inicial resultan reumáticos, o en quienes se aísla estreptococo hemolítico del exudado nasofaríngeo, recibirán por vía intramuscular 50.000 U. O. de penicilina G cristalina en solución acuosa cuando ocurran a la revisión final; si no existe reacción inmediata de intolerancia en el curso de la primera hora, antes de abandonar la consulta recibirán la primera dosis de penicilina benzatina que ese caso amerite.
5. Posteriormente la aplicación de penicilina benzatina se hará en el Departamento por una enfermera.
6. Los reumáticos tratados con "sulfas" las recibirán por la mañana, si es posible de manos del maestro en los días de labores escolares y de manos de sus allegados los días de asueto o en los períodos de vacaciones.
7. Durante el primer mes de "sulfamidoterapia" se hará un estudio hemocitológico y examen de orina a cada paciente. Si no encuentran anomalías en ese lapso quedarán sujetos en forma permanente a recibir tal profilaxis. En caso de registrarse alteraciones hemáticas o urinarias se excluirá al caso definitivamente de toda profilaxis antistreptocócica y se le estudiará periódicamente cada 3 meses, haciendo revisión inicial completa.
8. El tratamiento profiláctico de los reumáticos tendrá una duración no menor de 5 años después del último ataque de la enfermedad y no será interrumpido antes de que el paciente cumpla los 18 años.
9. Los reumáticos que han sido dados de baja en el programa continuarán asistiendo a la consulta externa de Cardiología de alguna de las Instituciones Nacionales (Hospital San Juan de Dios o en caso de ser asegurados al Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social).

EDUCACION HIGIENICA

1. Objetivos.

- a) Mediatos: Facilitar el logro de los objetivos que se han fijado para el programa.

- b) Inmediato: Obtener la participación activa de los siguientes grupos en la zona donde se va a trabajar: Maestros — Personal Médico y de Enfermería — Padres y tutores — Niños.

FINANCIAMIENTO

El programa será financiado en su totalidad por el Ministerio de Salubridad Pública y se hará una evaluación de los costos anuales del mismo, en función de la protección lograda en forma colectiva y por cada reumático beneficiado.

EVALUACION

La evaluación será periódica y abarcará el adelanto alcanzado en cada uno de los objetivos, los principales métodos utilizados en cada una de las actividades, la labor personal (horas - médico), (horas enfermera) por reumático descubierto y atendido; los costos y la actitud del público hacia el programa.

ESPECIFICACIONES DE FUNCIONES DEL PERSONAL

1. Del Jefe:

- a) Determinación de la política general del programa.
- b) Coordinación de las actividades.
- c) Administración de las actividades.
- d) Promoción de programas similares.
- e) Supervisión de las actividades.
- f) Cooperación en la revisión diagnóstica y en el tratamiento de los casos.
- g) Participación en las actividades educativas del programa (conferencias, instrucciones, etc.)
- h) Evaluación del programa.
- i) Información al Ministro de Salubridad.

2. Del Epidemiólogo:

- a) Asesoría en Salud Pública y en particular en Epidemiología.
 - b) Estudios epidemiológicos en Fiebre Reumática.
-

- c) Coordinación del registro de las actividades.
- d) Elaboración, análisis e interpretación de los datos recogidos durante el desarrollo del programa.
- c) Participación en las actividades educativas del programa
- a) Información al Jefe del Programa.

3. De los Médicos escolares:

- a) Revisión de los niños de las escuelas.
- b) Instrucciones a los maestros para tratamiento de los casos ambulantes no activos.
- e) Participación en las actividades educativas del programa.
- f) Información al Jefe del programa.

4. De las Enfermeras:

- a) Colaboración con los médicos en los exámenes.
- b) Entrevistas a domicilio con los familiares de los niños encontrados sospechosos en la pesquisa para enviarlos al Departamento de Prevención de Fiebre Reumática.
- c) Toma de muestras de exudado naso-faríngeo.
- d) Aplicación profiláctica de la penicilina.
- e) Registro de las actividades de enfermería.
- f) Participación en las actividades educativas del programa.
- g) Información al Departamento de Enfermeras y al Jefe del Programa.

5. De los Bacteriólogos:

- a) Coordinación de las actividades de laboratorio.
- b) Participación en la ejecución de los exámenes de laboratorio
- c) De ser posible participación en las actividades educativas del programa.
- d) Información al Jefe del Programa.

6. De la Secretaría Taquimecanógrafa:

- a) Recepción, despacho y archivo de la correspondencia.
- b) Escritura a máquinas de los informes, trabajos y publicaciones elaborados por el Personal de la campaña en relación con ésta.
- c) De ser posible, elaboración a máquina de las versiones taquigráficas, por ella tomadas, de las reuniones oficiales del personal de la campaña.
- d) Llenado a máquina de los expedientes clínicos de la campaña.
- e) Colaboración en el registro de actividades del personal médico y de enfermería.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

A. Para obtener la participación de los maestros:

- 1. Entrevista con el señor Ministro de Educación Pública para informarle acerca del Programa y solicitar su apoyo a fin de que colaboren en su desarrollo los Inspectores Escolares y los maestros.
- 2. Reunión con los Inspectores Escolares para darles a conocer el programa e instarlos a que informen a los maestros de su jurisdicción y los organicen con este propósito.
- 3. Reuniones mensuales, en las que deberá estar presente el Inspector Escolar, con grupos de maestros no mayores de 50 miembros para:
 - a) Informarles acerca del Programa (sus bases y utilidad del mismo).
 - b) Hacer destacar la importancia que tiene para su éxito la completa colaboración del profesorado, de los niños, padres y tutores.
 - c) Pedirles que expliquen el Programa a padres y niños.

B. Para obtener la participación del personal médico y de enfermería se les dividirá en los siguientes grupos:

1. Personal del Departamento de Prevención de Fiebre Reumática.
2. Médicos Escolares.
3. Personal de Enfermería.
4. Personal de Unidades Sanitarias.
5. Médicos Privados.

CONTENIDO EDUCATIVO

Será el siguiente:

1. Magnitud del problema y la importancia que tiene para su mejor conocimiento y control, el programa que se desea desarrollar.
2. Las actividades que se desarrollarán al respecto.
3. Indicar que la Fiebre Reumática es "prevenible".
4. La importancia que tiene para el éxito del programa, el que los padres participen activamente en la siguiente forma:
 - a) Permitiendo que se hagan a sus hijos los estudios médicos correspondientes.
 - b) Cumpliendo las instrucciones del personal del programa.
 - c) Permitiendo que se haga el estudio médico-social de la familia.
 - d) Discutiendo con los maestros, médicos y enfermeras, todos los aspectos necesarios en relación con el Programa.

El Programa educativo formará parte del Programa General y el Jefe de éste será el responsable de su ejecución, supervisión y evaluación.

Por el momento no se considera indispensable la designación de alguna persona encargada especialmente de estas actividades educativas, por lo que las mismas estarán a cargo de todo el personal. Las actividades que cada uno desarrolla, deberán registrarlas y turnarlas al Epidemiólogo para su concentración y análisis, quien a su vez informará; mensualmente al Jefe del Programa y al resto del personal.

El Jefe del Programa será responsable directo del programa educativo para lo cual fungirá como coordinador de dichas actividades, y debe asistir cuando sea necesario a las reuniones

con los padres y maestros, y debe informar de estas actividades al Ministerio de Salubridad Pública.

Las funciones del Epidemiólogo a este respecto serán muy similares (asistir a reuniones, dar conferencias, etc.)

El trabajo educativo de las enfermeras debe ser supervisado por el Departamento de Enfermeras.

Por último, el personal de laboratorio que participe en la campaña, adiestrará personal si esto se hace necesario, pero no participará directamente en las actividades de educación higiénica.

En espera de tener con el señor Ministro y con los otros Jefes Departamentales un intercambio de impresiones respecto a este programa, reciba usted las muestras de mi más distinguida consideración.

Informaciones Médicas

Capítulo Costarricense del Colegio Internacional de Cirujanos

El 20 de agosto de 1962 se cumplieron 20 años de la Fundación del Capítulo Costarricense del Colegio Internacional de Cirujanos.

Con ese motivo tuvo lugar en el Club Unión una sesión-comida, convocada por el actual presidente Dr. José María Ortiz C., quien fungió como Secretario durante ese largo período.

A ella asistieron además de los miembros que componen la actual Directiva, alguno de los miembros fundadores y otros "Fellows" del Capítulo.

Luego de la lectura del acta fueron inscritos al capítulo de nuevos socios los Doctores Guido Casorta Pereira y Juan Gmo. Ortiz Guier.

A continuación el Dr. Ortiz Céspedes, hizo un ligero resumen del génesis y actividades desarrolladas durante esos 20 años. Sus palabras fueron las siguientes:

Señores Colegas:
"Fellows" del Capítulo Costarricense del Colegio Internacional de Cirujanos.

En enero de 1942, fui llamado por el entonces Presidente de la República Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, para hacerme cargo de la correspondencia en calidad de Secretario a. i., ante el Colegio de Internacional de Cirujanos, y él, para formación de un capítulo en Costa Rica.

Con cariño y entusiasmo comencé a desempeñar la Secretaría y esto nos llevó más adelante a la fundación de dicho Capítulo.

Desde entonces hasta hace pocos meses he desempeñado dicho cargo, que se trató de servir con entusiasmo, simpatía y cada año con mayor cariño.

En el curso de ese año de 1942 vino a Costa Rica en calidad de Delegado Personal del Colegio Internacional el Dr. William Bainbridge.

Venia a hacer formal y especial ofrecimiento para la fundación del Capítulo Costarricense y al Dr. Calderón Guardia como Regente Nacional.

A estos puntos y a los hechos más sobresalientes durante estos 20 años en los cuales he servido el cargo de Secretario, es a los que quiero referirme en las siguientes líneas, de la manera más resumida posible.

El 20 de agosto de 1942, a las 21 horas, en el local del Colegio de Médicos y Cirujanos, se celebró la Sesión Solemne Inaugural del Capítulo C. R., bajo la presidencia del Sr. Regente Nacional Dr. don Rafael Angel Calderón.

Dicha inauguración se hizo de acuerdo con la nota oficial que la autorizó, que emanaba del Secretario General del Consejo Ejecutivo Dr. Max Thorek, quien lo notificó a los demás organismos internacionales, según orden del entonces Presidente del Colegio Internacional de Cirujanos Dr. Fred H. Albee. Según instrucciones recibidas del Sr. Srio. General debieron ser socios fundadores los Dres. Jefes del Servicio, Jefes de Clínica y Cirujanos de Consulta del Hospital San Juan de Dios: estos eran veintinueve

Esa misma noche se procedió a la elección de la primera Directiva, habiendo resultado como presidente Dr. Vicente Castro C., Vice-Presidente, Dr. Benjamín Hernández V., Tesorero: Dr. Antonio Pacio. Secretario Dr. J. M. Ortiz C. y Pro.Secretario: Dr. Rafael A. Grillo O.

Se acordó fungiera ésta por dos años y así las siguientes, como ha venido haciendo. Desde entonces se ha venido sesionando irregular pero constantemente todos los años, cada 2, 3 o 4 meses durante estos veinte años.

En Junio de 1943 tuvo lugar la 4ª Asamblea Internacional en Nueva York, a la cual asistieron como Delegados de nuestro Capítulos los Doctores:

Roberto Quesada J.
Alexis Agüero S.
Rafael A. Grillo O. y
el suscrito.

Todos vinimos muy agradecidos de las finezas y atenciones para nuestra Delegación.

En la memorable sesión del 1º de octubre de 1943 en el Colegio de Médicos en San José, el Dr. Grillo hizo relación de dicha Asamblea. Finalmente el Regente Nacional del Capítulo Dr. Rafael Angel Calderón Guardia procedió a entregar personalmente a cada uno de los miembros las medallas y Diplomas en el grado de "Fellows". Esta fue una de las sesiones más interesantes.

A la Asamblea General del Capítulo Internacional celebrada en Lima, Perú, en 1946 asistieron como Delegados de nuestro Capítulo los Dres. Mariano Urpi y Manuel Alvarez Iraeta; presentaron algunos trabajos sobre Ginecología y Obstetricia que les merecieron felicitaciones. Trajeron dos sugerencias muy importantes de este Congreso que nos presentaron y fueron acogidas; la creación, en nuestro Capítulo, como lo acababan de acordar en ese Congreso de las especialidades de Cancerología y Radiología.

Aprobadas estas mociones por unanimidad, fueron propuestas y luego aceptadas como "Fellows" en esas especialidades, los Dres. Rafael A. Núñez H., José Cabezas D. y Carlos De Céspedes V.

Dos becas ofrecidas por C. Int., fueron aceptadas; una se le otorgó al Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier y otra al Dr. Carlos Cordero Chaverri.

Duración ambas de un año prorrogable en el American Hospital de Chicago. Las dos becas fueron muy bien aprovechadas. El Dr. Cordero Ch., que es uno de nuestros más capacitados Radiólogos y el Dr. Ortiz Guier ha venido fungiendo como Jefe de Cirugía desde hace varios años en el Hospital de San Ramón.

En mayo de 1955 fueron investidos como Representantes de nuestro Capítulo al XXº Aniversario de la Fundación del Colegio Internacional de Cirujanos, en Ginebra, Suiza, de los Fellows doctores José Angel Coto G., y Gonzalo Cubero Otoyá, embajadores en ese entonces, en Italia y Alemania respectivamente.

En agosto de 1956, fueron nombrados Delegados del Capítulo C. R., a la Xª Asamblea Internacional de Chicago los doctores Enrique Berrocal U., y Longino Soto.

Homenaje a los Médicos y Cirujanos que han dejado su servicio activo en la Junta de Protección Social, por su edad de retiro.

Esta sugerencia del Capítulo fue muy bien acogida no sólo por la Junta de Protección Social, sino también por la Unión Médica. Esto fue en febrero de 1958; meses después era homenajeado un selecto grupo de Médicos y Cirujanos en una simpática recepción en el Colegio de Médicos; se les entregó además, un pergamino a cada uno de ellos por sus valiosos servicios prestados a la Institución por muchas décadas.

A la Xª Asamblea Internacional llevada a cabo en México, llevó la Representación del Capítulo C. R. al Dr. Ramiro Brenes Gutiérrez, la que desempeñó a cabalidad.

Por nota de octubre de 1957 el suscrito fue nombrado miembro de la "Junta de Gobernadores del C. I. de C."

Honor inmerecido que agradecí en mi nombre y el del Capítulo C. R.

Esto nos ha permitido estar al corriente de los movimientos científicos y culturales de los restantes Capítulos Internacionales. Fuí reelecto en la Asamblea Internacional de 1960, verificada en Roma, Italia.

En 1958 el suscrito tuvo el honor de presentar sus credenciales como Representante del Capítulo del Congreso en Lima, Perú. Eleva a la sazón, Presidente del Capítulo Peruano. Agradecí en nombre propio y del Capítulo sus finas atenciones.

El Capítulo Costarricense y el Congreso Centroamericano de 1961

El Dr. Alvarez I., presentó un trabajo original sobre "Cesárea extra-peritoneal" y el Dr. López Varela uno sobre "Cirugía del Colon en Costa Rica". El Congreso agradeció mucho su aporte científico a este evento y el Capítulo va a enviar trabajos al "Journal" para su publicación.

El Dr. J. P. Vidal Médico-Cirujano de París y miembro del C. I., de C., me comunicó personalmente a mi paso por París en mayo de 1961 su próxima llegada y colaboración al IV Congreso C. A. de San José.

En efecto el distinguido profesional dictó 2 conferencias en dicho Congreso sobre "Patología Renal", como aporte científico del Capítulo Francés del C. I. de C. al Capítulo C. R.

Incorporaciones:

Durante el ejercicio nuestro, tuvimos la satisfacción de ver aumentadas nuestras filas con la incorporación de los Doctores. Alberto Oreamuno Flores y Guillermo E. Aragón López, cuyos Diplomas de "Fellows" esperamos de un momento a otro ya que nuestra aprobación preliminar fue favorablemente resuelta por el Consejo Internacional dados los atestados indiscutibles de los prestigiados colegas de la Cirugía de Costa Rica.

También hemos recibido las promesas de gestiones de Incorporación como Fellows los colegas Doctores: Rodrigo Ramírez Segura, Guido Casoria Pereira, Oscar Hidalgo Murillo, Carlos Cordero Chaves. Los dos últimos, como lo dije anteriormente, fueron favorecidos con sendas becas, en nuestra Organización Internacional en el American Hospital de Chicago.

Delegados del Capítulo C. R. al XIII Congreso del C. I. de C., que se celebrará del 8 al 14 de setiembre de 1962 en Nueva York en el Waldorf-Astoria.

Se nombró Delegado del Capit. al Dr. Jorge Vega R., y como Delegado Representante del suscrito en la Reunión Internacional de Gobernadores, al Dr. Horace E. Turner, Secretario Efectivo Internacional, a quien ya le envié mis credenciales.

Miembros Honorarios:

Por sus años de servicio y cualidades profesionales, se acordó, en diferentes sesiones, por unanimidad, nombrar Miembros Honorarios a los siguientes Fellows: Doctores: Luis Paulino Jiménez Ortiz, Benjamín Hernández Valverde, Vicente Castro Cervantes, Roberto Quesada Jiménez y Antonio Facio Ulloa.

Este último funge actualmente como Regente Nacional del Capítulo C. R. a. i., mientras toma posición oficial próximamente.

Hago moción desde ahora para que el próximo Miembro Honorario sea el doctor Francisco Cordero Quirós, con quien estamos en deuda desde hace muchos años; además de ser socio Fundador del Capítulo, sus méritos profesionales, cívicos y personales lo hacen acreedor a esta justa nominación.

"Fellows" que han presentado trabajos y films:

Doctores: Enrique Aguilar Alfaro, Andrés V. Guzmán C., (Esperamos su incorporación), Esteban López Varela, Oscar Pacheco Ch., Fernando Saborío E., Manuel Álvarez I.

Quiero dejar la inquietud, para las futuras Directivas, el tratar de conseguir un local aunque modesto sea, en el nuevo edificio del Colegio de Médicos y Cirujanos, donde tener nuestra Biblioteca, nuestros archivos y desde luego, Sala para Sesiones y Conferencias.

Unificación de Asociaciones Médico-Quirúrgicas:

Por ser el Capítulo C. R., dependiente de un organismo internacional (El Colegio), no podemos dejar perder nuestra autonomía, es además, el nuestro el único que permite agrupar en su seno a todas las especialidades quirúrgicas y afines: Radiología, Anatomía Patológica, Anestesiología, etc.

Nos comprometimos a ayudar a las demás agrupaciones, sin perder nuestra personalidad. Prueba de ellos es que a pesar de nuestras exiguas condiciones económicas aportamos como modesta contribución la suma de ₡ 1.000.00 al pasado Congreso C. A., verificado en San José el año pasado.

Así esperamos se nos ayude respecto a local y demás en el futuro.

¿EL FUTURO?

Estamos en el siguiente plan:

1º—Mayor colaboración de nuestros colegas nacionales: inscripción de nuevos socios "Fellows", comprometiéndose a darnos su ayuda científica, ya sea en conferencias, films o demostraciones.

2º—Conseguir, si las circunstancias lo permiten, la traída de especialistas de nuestra organización internacional, para lo cual esperamos contar con la ayuda de las demás asociaciones: Co-

legio de Médicos y Cirujanos, Unión Médica Nacional, Escuela de Medicina. "La Ciencia no tiene fronteras".

Consecución de becas para médicos y enfermeras.

Lista de Presidentes desde la fundación del Capítulo Costa Rica

Doctores: Vicente Castro C., Oscar Pacheco Ch., Alfonso Acosta G., Jorge Vega R., José A. Coto G., Enrique Berracal U., Oscar Pacheco C., Edwin Zamora S.

Y para terminar, después de 20 años de fungir como Secretario fui nombrado por mis colegas "Fellows" Presidente del Capítulo; honor inmerecido pero que acepté con júbilo para seguir sirviéndole si no con capacidad, sí con mucho cariño y entusiasmo y que siga vibrando en nuestro ambiente el lema del Colegio: "La Ciencia no tiene Fronteras".
