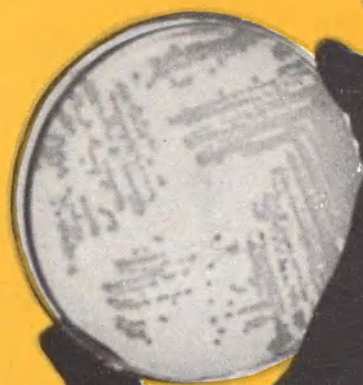




UNA VENTANA ABIERTA SOBRE EL MUNDO

El Correo



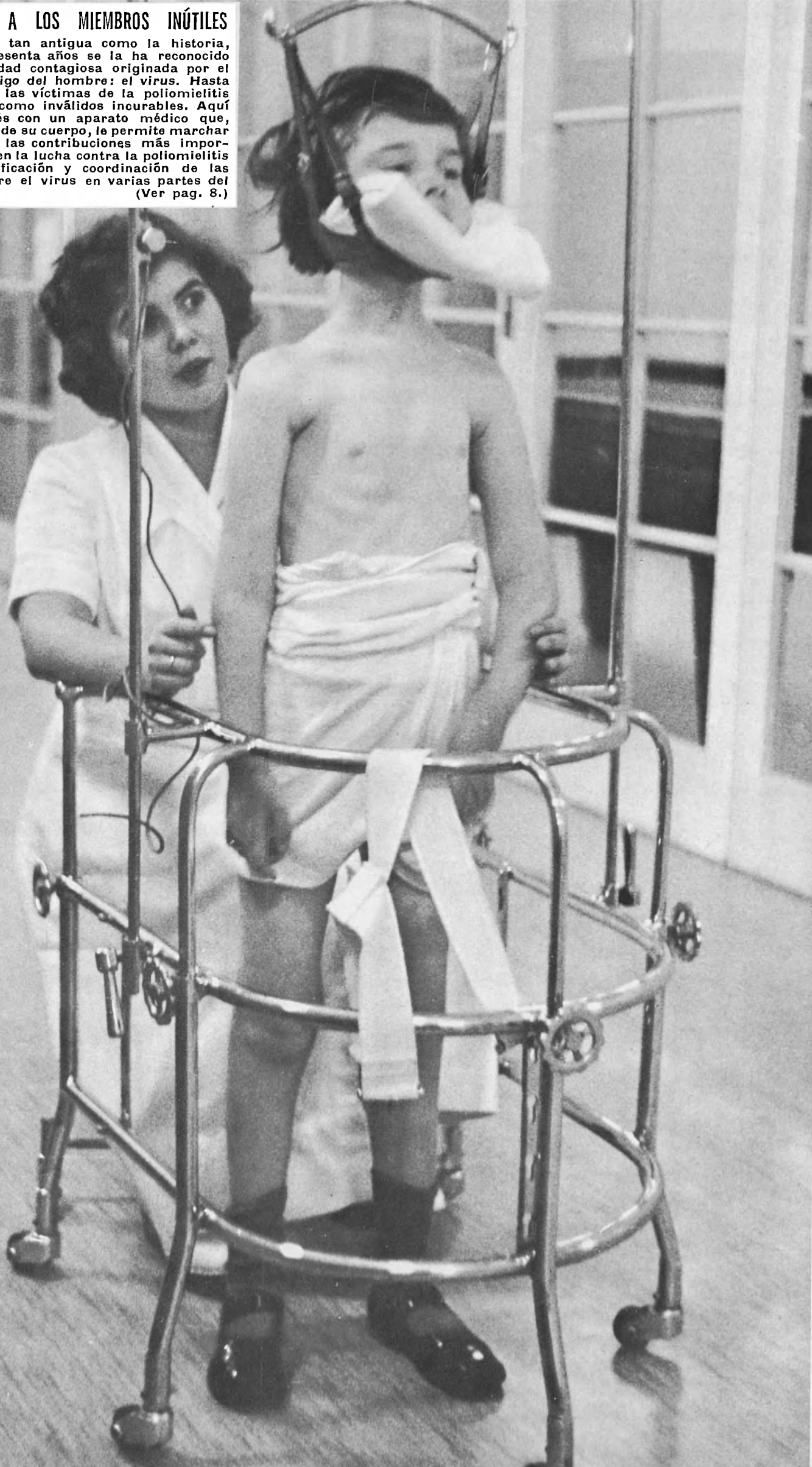
MAYO
1958
(Año XI)

Precio: 50 f. (Francia)
o su equivalente en
moneda nacional.

LA SALUD DEL HOMBRE
DIEZ AÑOS DE PROGRESO

LA VIDA VUELVE A LOS MIEMBROS INÚTILES

La poliomielitis es tan antigua como la historia, aunque sólo hace sesenta años se la ha reconocido como una enfermedad contagiosa originada por el más pequeño enemigo del hombre: el virus. Hasta hace algunos años, las víctimas de la poliomielitis eran consideradas como inválidos incurables. Aquí se ve un niño danés con un aparato médico que, aliviándole del peso de su cuerpo, le permite marchar lentamente. Una de las contribuciones más importantes de la O.M.S. en la lucha contra la poliomielitis ha sido la intensificación y coordinación de las investigaciones sobre el virus en varias partes del mundo. (Ver pag. 8.)





PAGINAS

- 3 EDITORIAL
Por el Dr. M. G. Candau
- 4 DIEZ AÑOS DE PROGRESO
en la lucha contra los grandes azotes
- 6 ENFERMEDADES QUE SE EXTINGUEN
y otras que no capitulan
- 8 EL MÁS PEQUEÑO ENEMIGO
del hombre, por el Dr. A. M. M. Payne
- 12 LA GRIPE ASIÁTICA
ha dado la vuelta al mundo en cinco meses
- 15 EL DR. MALARIA
y sus tres millones de clientes, por Jean Manevy
- 18 NUEVO SEMBLANTE DE LA LEPROA
una enfermedad como otra cualquiera
- 22 EL HOMBRE PACÍFICO
y la píldora que tranquiliza, por Ritchie Calder
- 24 LA PESADILLA DE LOS TRÓPICOS
desterrada por la penicilina
- 26 LA POLICÍA DE LAS EPIDEMIAS
y el boletín de la salud mundial.
- 28 LOS MEDICAMENTOS MILAGROS
y sus peligros
- 31 EL SIGNIFICADO DE LAS LETRAS O.M.S.
Organización Mundial de la Salud
- 33 LOS LECTORES NOS ESCRIBEN
- 34 LATITUDES Y LONGITUDES
Noticias de la Unesco y de todo el mundo.



Publicación mensual
de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la
Ciencia y la Cultura

Director y Jefe de Redacción
Sandy Koffler

Redactores

Español : Jorge Carrera Andrade

Francés : Alexandre Leventis

Inglés : Ronald Fenton

Ruso : Veniamín Matchavariani

Composición gráfica

Robert Jacquemin

Redacción y Administración

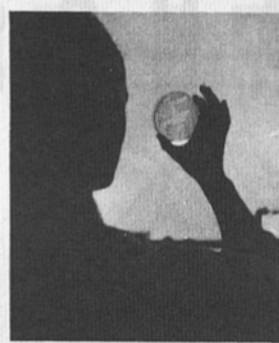
Unesco, 19, Avenue Kléber, Paris, 16, Francia



MC 58.1.123 E

Los artículos y fotografías de este número que llevan la mención Copyright no pueden ser reproducidos. Todos los demás textos e ilustraciones pueden reproducirse siempre que se mencione su origen de la siguiente manera : "De EL CORREO DE LA UNESCO". Al reproducir los artículos deberá constar el nombre del autor.

Los artículos firmados expresan la opinión de sus autores y no representan forzosamente el punto de vista de la Unesco o de los Editores de la revista. Tarifa de suscripción anual de EL CORREO DE LA UNESCO : 10 chelines - \$ 3,00 - 500 francos franceses o su equivalente en la moneda de cada país.



NUESTRA PORTADA

Para luchar contra la gripe asiática y las complicaciones pulmonares que provoca ha sido emprendida una verdadera movilización internacional de laboratorios, que ha permitido identificar rápidamente el virus y producir su vacuna en cantidades considerables. Esta fotografía representa el examen de un cultivo de bacterias en el Centro Internacional de la Gripe, en Londres. (Ver pág. 12.)

Foto © OMS

El Día Mundial de la Salud coincide este año con el décimo aniversario de la fecha en que entró en vigor la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Es, en consecuencia, una buena ocasión para que examinemos los adelantos obtenidos durante la última década, en el mundo entero, en lo que se refiere al mejoramiento del estado de salud de la humanidad.

Grandes conquistas científicas se han logrado : drogas nuevas, nuevas vacunas, insecticidas nuevos o perfeccionados, y mejores métodos tanto para combatir las enfermedades como para su prevención. Estos nuevos conocimientos se están aplicando rápidamente allí donde se necesitan. En los últimos diez años, el volumen y el intercambio de información científica y de experiencias han sido tal vez mayores que en cualquier época anterior. Hombres de ciencia y trabajadores sanitarios han ido en mayor número que nunca, de país en país a aprender, enseñar y demostrar los nuevos métodos y técnicas.

Más importante todavía es el hecho de que un número creciente de personas, en todas partes, se dan cuenta de que la salud es una manera de vivir y de pensar, y no solamente la ausencia de enfermedades y afecciones. Los gobiernos han acabado por reconocer su responsabilidad por la salud de sus pueblos, y la obligación que tienen de proporcionar, además de los hospitales, instituciones tradicionales, mejores condiciones del medio, cuidados sanitarios para las madres y los niños y salvaguardias respecto a los alimentos y la nutrición.

Nada de esto es nuevo. Por espacio de cien años o más, todos los países han compartido libremente los adelantos realizados en la ciencia de curar ; los precursores en el campo de la salud han venido insistiendo en la importancia del saneamiento, y, poco a poco, los gobiernos han ido promulgando legislaciones sanitarias al mismo tiempo que establecían servicios de salud pública. Los últimos diez años son notables por la aceleración general y la extensión del avance sanitario por el camino ya trazado. Ese progreso se debe, fundamentalmente, a un cambio profundo en ideas y métodos.

En una conferencia sanitaria internacional celebrada en Nueva York en 1946, sesenta y un gobiernos afirmaron que los bajos niveles de salud, en cualquier parte del mundo, constituyen un peligro común, y que, por lo tanto, la salud ha de ser objeto de la preocupación mundial y no sólo nacional. La salud, como la paz, es «una e indivisible». Esas naciones establecieron los nuevos principios en que debía basarse la colaboración sanitaria internacional, y les dieron forma legal en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que entró en vigor dos años más tarde. La OMS tiene en la actualidad 88 miembros.

La actividad de estos países ha redundado ya en beneficio para todos. Los sistemas de compartir con rapidez informaciones y experiencias permiten una acción eficaz en «cuatro frentes» : luchar contra enfermedades tales como la influenza y la poliomielitis, hacer frente a las amenazas para la salud mental que entraña la vida moderna, adaptar la educación médica a las necesidades en constante variación, y estudiar los problemas nuevos, como el de los efectos hereditarios de las radiaciones.

Lo que hace diez años era sólo un conjunto de bellas frases, se ha convertido en una realidad viva. Lo que era una visión, percibida sólo por unos cuantos hombres clarividentes se ha convertido, con todas sus imperfecciones, en un instrumento al servicio de todos los países, en el cual todos confían. Y me atrevo a creer que los historiadores del futuro considerarán esto como uno de los factores más importantes del progreso sanitario alcanzado en este período de diez años.

Dr. M. G. Candau

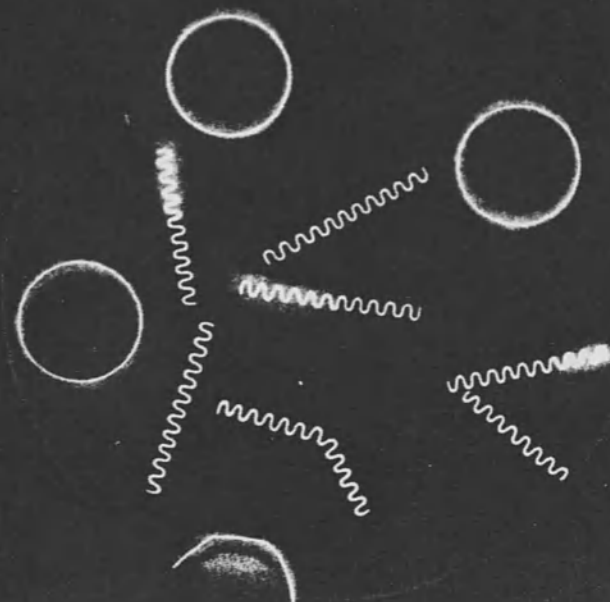
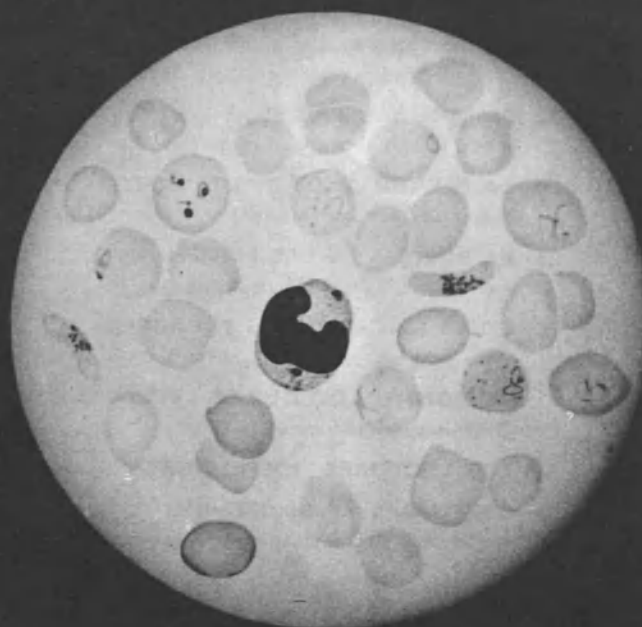
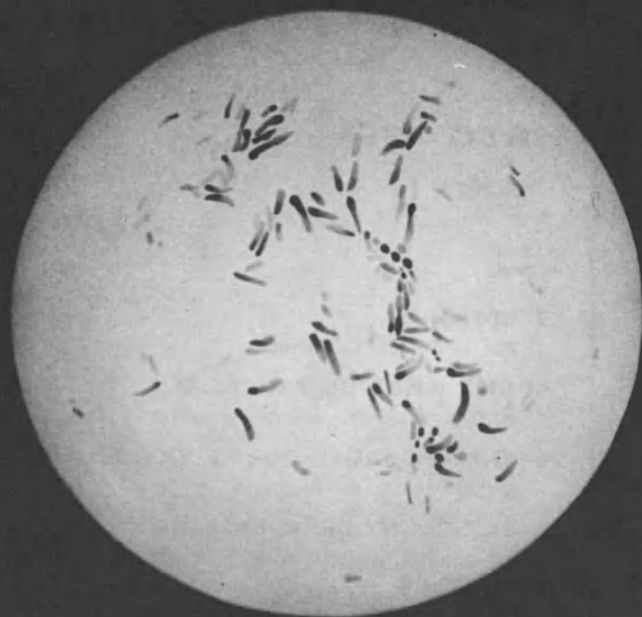
Director General, Organización Mundial de la Salud.

DIEZ AÑOS

LA TUBERCULOSIS hace un número relativamente menos importante de víctimas cada año. Este resultado se debe a la mayor campaña de vacunación de la historia y a la creación de centros de formación de personal médico. Un programa general de lucha antituberculosa basado sobre una farmacopea practicada a domicilio se estudia en gran escala. Sin embargo, la tuberculosis es la más mortífera de las enfermedades infecciosas y parasitarias. (Ver pág. 6).

EL PALUDISMO es un azote que recula; esta enfermedad no exige ya su diezmo ancestral sobre la existencia de los pueblos, y en muchos países gracias al D.D.T. se la está venciendo. Se espera la desaparición de esta enfermedad aunque ciertos insectos adquieren una resistencia especial a los insecticidas y los médicos tienen que acabar con los focos de paludismo antes que los insectos inmunizados proliferen en gran cantidad. (Ver pág. 15).

EL PIAN se cura actualmente con una sola inyección de penicilina. Desde el comienzo de las campañas mundiales contra él, más de 15 millones de víctimas se han salvado de este mal. El tratamiento colectivo de poblaciones enteras ha permitido resultados extraordinarios, aunque la penicilina cura, pero no inmuniza, y un nuevo contagio es de temer, a menos que en un sector dado todos los casos hayan sido localizados y tratados debidamente. (Ver pág. 24).



DE PROGRESO



LA POLIOMIELITIS es la más p rfida de las enfermedades causadas por virus. Desde la última guerra, los estragos de la polio se han multiplicado en todo el mundo, pero las técnicas de laboratorio han progresado por su parte en este dominio. Han sido preparadas nuevas vacunas y se han inmunizado millones de niños y adultos sin que podamos cantar victoria antes de hacer nuevas experiencias en la lucha contra esta terrible enfermedad. (Ver pág. 8).

LA GRIPE es un enemigo que hay que matar varias veces. Existen muchos virus de la gripe y cada uno crea una epidemia diferente, que puede manifestarse diversamente. La epidemia de "gripe asiática" de 1957 demostró la complejidad del problema. Gracias a la acción de los investigadores, coordinada internacionalmente, la ciencia de los virus progresa a ritmo acelerado. Una recaída es posible siempre, pero el contraataque será más rápido. (Ver pág. 8).

LA LEPROA ha perdido su carácter terrorífico y si los casos parecen haber aumentado es simplemente porque hoy los enfermos no ocultan la enfermedad. Gracias a nuevos medicamentos, como las sulfamidas, se logran curas parciales si no definitivas. El enfermo sólo queda aislado durante el período de contagio. De todas formas, el progreso no aumentará más que en proporción a la cantidad de enfermos que se hayan tratado antes del período contagioso. (Ver pág. 18).

ENFERMEDADES QUE SE EXTINGUEN



A extraordinaria reducción de la mortalidad constituye el acontecimiento demográfico más importante de este último decenio, según el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas. Las tasas de mortalidad mundial correspondientes a los años 1950-1954 (las últimas de que se dispone) fueron menores que las de 1945-1949, y los países que en este período presentaban la tasa de mortalidad más elevada (los de África y Asia) son los que experimentaron la mayor reducción.

Esta disminución puede atribuirse principalmente a los adelantos efectuados en el saneamiento del medio y en el control de las enfermedades, lo cual se refleja en una mayor expectativa de vida en casi todo el mundo. Las niñas que nacen ahora en los países más desarrollados tienen probabilidades de vivir 4 ó 5 años más que hace 10 años, y los niños, 3 ó 4 años más; y en algunos países que han realizado un rápido desarrollo, la expectativa de vida al nacer ha aumentado hasta 11 años en relación a las niñas y 10 años en cuanto a los niños.

Con la disminución de la tasa de mortalidad y al permanecer casi invariable la tasa de natalidad, la población del mundo, que actualmente asciende a unos 2.700.000.000 de habitantes, está aumentando rápidamente: a esta cifra se agregan cada hora unas 5.000 personas, es decir, 120.000 por día, o sea, 43.000.000 al año, aumento que se calcula que duplicará la población mundial a fin de siglo.

Retroceso de las enfermedades pestilenciales

En los últimos diez años se ha producido una espectacular disminución en la extensión y gravedad de las enfermedades pestilenciales cuyos nombres aterraron a nuestros abuelos, tales como el cólera, el tifo, la viruela, la peste, la fiebre recurrente y la fiebre amarilla.

La importancia del cólera, por ejemplo, se ha reducido a tal punto que sólo constituye un problema en su foco epidémico de la India y del Pakistán, y aun allí se ha experimentado una notable mejora: en el período comprendido entre 1945 y 1949 se notificaron 824.000 defunciones, mientras que las correspondientes a los años 1950-1954 no llegaron a 385.000.

El tifo endémico va desapareciendo de Europa y de Norteamérica, al mismo tiempo que se observa una notable disminución de la enfermedad en otros continentes. El número de víctimas de la viruela es cada vez menor; el promedio anual mundial en el período de 1945-1949 fué de 193.000 casos, en tanto que el de los años 1950-1954 se redujo a 178.000. También en la fiebre amarilla se ha producido una disminución de un 50 por ciento, entre 1950 y 1955.

Aumento de las defunciones por accidente

La proporción de defunciones debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias se ha reducido a la mitad de la cifra de hace diez años; en cambio, los accidentes se han convertido en una importante causa de defunción, que a veces ocupa el primer lugar, especialmente entre los niños y adolescentes.

En Norteamérica y ciertos lugares de Europa, casi la mitad de las defunciones de los niños entre 5 y 9 años de edad se debe a accidentes. Los accidentes de carretera son los que destruyen más vidas entre los jóvenes; a éstos les siguen las caídas, que en algunos países llegan a constituir hasta la tercera parte de los accidentes mortales; luego vienen los ahogamientos, los incendios y explosiones y los envenenamientos.

Disminución de muertes de parturientas

Cada vez es menor el número de mujeres que fallecen de parto, al mismo tiempo que la proporción de recién nacidos que sobreviven va siendo mayor.

En el curso de los últimos 20 años, se ha producido en algunos países una reducción de un 90 por ciento de la mortalidad materna. En 1955, la tasa de mortalidad materna menor calculada por 1000 nacidos vivos, se registró en Nueva Zelandia, que sólo fue de 0,4; mientras que hace 20 años ascendía a 3,8. La reducción más espectacular ha tenido lugar en los países en que se está produciendo un rápido desarrollo, por ejemplo, Ceilán, en donde la proporción se redujo de 20,5 en 1936-38, a 4,1 en 1955.

En cuanto a la mortalidad infantil, la tasa menor se ha registrado en Suecia, país en el que, en 1951, las defunciones infantiles ascendían a 22 por mil nacidos vivos, mientras que en 1956 esta cifra se redujo a 17.

El paludismo está derrotado

Por lo menos las tres cuartas partes de la población mundial se encuentran en zonas palúdicas. Hasta 1948, las personas afectadas de malaria ascendían todos los años a 300 millones más o menos, de las cuales fallecían 3 millones. Durante los diez últimos años de campañas contra la malaria, estas cifras se han reducido en un 30 por ciento, pese a lo cual la enfermedad constituye todavía un enorme problema sanitario internacional.

No obstante, gracias a los insecticidas y drogas de que actualmente se dispone, es posible erradicar esta enfermedad de casi todo el mundo, siempre que estas campañas reciban el necesario impulso antes de que los mosquitos desarrollen resistencia a los insecticidas.

Algunas regiones se acercan ya al objetivo. Por ejemplo, en Europa meridional se notificaban 4.000.000 de casos nuevos todos los años, pero después de la introducción de los rociamientos con DDT, la cifra se ha reducido a menos de 10.000 al año. En la Unión Soviética se produjeron 4.330.000 casos de malaria inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial; en 1956, se registraron menos de 13.000 casos nuevos, y se espera que a partir de 1960 no ocurrirá ninguna nueva infección. En las Américas, la malaria amenazó, en el pasado, hasta 135.000.000 de personas. Hoy día, han recibido protección contra esta enfermedad 105.000.000 y gracias a las vigorosas campañas que se vienen llevando a cabo, se espera completar esta protección dentro de pocos años.

Incluso en los países del Mediterráneo Oriental, que han constituido un foco endémico de malaria, se han logrado resultados asombrosos en el curso de los diez años de labor antimalárica; los 40.000.000 de personas que sufrían regularmente ataques de la enfermedad han quedado reducidos a menos de 14.000.000.

En África, al sur del Sahara, la malaria constituye el problema más grave y difícil con que se enfrentan los especialistas. Sin embargo, a fines de 1955, 14.000.000 de los 116.000.000 de habitantes de las regiones palúdicas de África habían ya recibido protección contra la enfermedad.

Las enfermedades modernas

Las enfermedades cardíacas y el cáncer no sólo son las principales causas de defunción en la mayoría de los países muy desarrollados, sino que van en aumento.

En Inglaterra y Gales, por ejemplo, las defunciones debidas al cáncer, en 1947, representaron un 15,1 por ciento del total de ellas. En 1955, el porcentaje ascendió a 17,6. En Dinamarca se observó un aumento de 16,2 en 1947, a 21,8 en 1955, y en los Estados Unidos este aumento fué de 4,7 a 15,7.

En la mayoría de los países muy desarrollados, las defunciones debidas al cáncer del sistema respiratorio representan un creciente porcentaje en relación a todas las defunciones por causa de cáncer.

Igualmente se observa un aumento en las defunciones debidas a enfermedades degenerativas del corazón y de las arterias, la causa más frecuente de defunción en Norteamérica y en la mayor parte de Europa. Entre los posibles motivos de este fenómeno figura el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento del grupo de edad de 40-80 años en el que más predominan estas enfermedades. Asimismo, al mejorar las técnicas de diagnóstico se ha reducido el número de defunciones que antiguamente se atribuían a «senilidad» o a «causas desconocidas».

Armas nuevas contra la polio

El descubrimiento, en 1949, de un método de desarrollar virus de poliomielititis en cultivos en tejido revolucionó el estudio de esta enfermedad y tuvo por resultado, más adelante, las campañas de vacunación en gran escala con vacuna de virus muerto del tipo de la vacuna Salk.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, a fines de 1956 habían sido vacunados 70 millones de personas. En ese año, el número de casos de poliomielititis notificados fué el más reducido desde 1947, 15.400, en comparación con 57.879 en 1952, año en que esta enfermedad acusó las cifras máximas.

Sin embargo, no ha sido posible atribuir totalmente a la vacuna la baja incidencia correspondiente a 1956.

En 1957, la OMS recomendó experimentos en gran escala con una nueva vacuna de virus vivo, que puede administrarse por vía oral, en lugar de ser inyectada.

El número de personas que mueren anualmente de tuberculosis es relativamente reducido. Entre 1950 y 1955 las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes descendieron de 58,1 a 31,1, en Francia; de 13,8 a 6,3, en Dinamarca, y de 143,6 a 63,0 en Portugal.

Sin embargo, la tuberculosis es la enfermedad que destruye más vidas entre todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, y en Norteamérica, Europa y Australia, tres cuartas partes de las defunciones por causa de enfermedades que ocurren después de los 15 años de edad se deben a esa dolencia.

La lucha contra la tuberculosis

En los últimos años se ha producido un considerable cambio en la distribución por edades de las defunciones debidas a tuberculosis del sistema respiratorio; antes de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de las víctimas eran mujeres entre 20 y 30 años y hombres entre 40 y 55 años. Hoy, las defunciones son más numerosas entre hombres y mujeres, indistintamente, mayores de 60 años.

En 1955, se llegó a un punto decisivo en lo referente a la tuberculosis, con el descubrimiento de nuevas drogas que representaron una revolución en el tratamiento de la enfermedad. La OMS viene patrocinando estudios experimentales para determinar si las nuevas drogas se pueden utilizar eficazmente para el tratamiento domiciliario en gran escala de las víctimas de la tuberculosis.

Desde la aparición de la penicilina y otros antibióticos, se ha experimentado una notable disminución en el número de defunciones debidas a pulmonía.

La neumonía retrocede sin capitular

Han sido muchas las vidas salvadas en Nueva Zelanda, Suiza, Italia, Países Bajos, Estados Unidos y Suecia, en donde las defunciones por neumonía se han reducido entre el 62,1 y el 53,1 por ciento. A estos países les siguen Noruega, Dinamarca, Canadá, Finlandia, Austria, Escocia, Irlanda, Alemania y Japón, con una reducción entre el 43 y el 32,6 por ciento. Las cifras correspondientes a Sudáfrica, Irlanda del Norte, Inglaterra y Gales y Portugal han experimentado un descenso del 26,2 al 14,1 por ciento.

Sin embargo, la neumonía todavía figura entre las 10 enfermedades que originan el mayor número de defunciones en los países más desarrollados. Continúa siendo una de las tres principales causas de defunción de los lactantes y adquiere todavía más gravedad en las personas de edad.

Actualmente, la tasa de defunción debida a neumonía experimenta muy poca variación de un año a otro y cabe suponer que se mantendrá en el nivel presente durante varios años.

Escasez de lechos para enfermos mentales

En Europa y en los Estados Unidos, los pacientes mentales ocupan entre el 40 y el 50 por ciento de las camas de los hospitales. No se dispone de suficientes camas para otros miles de personas que necesitan hospitalización. ¿Cómo remediar esta situación apremiante?

Los nuevos métodos de tratamiento mental que actualmente se aplican en varios países pueden responder a esta pregunta. Hace diez años, en Ville-Evrard, Francia, por ejemplo, el promedio de tiempo que los pacientes permanecían en el hospital era de un año; ahora se ha reducido a cuatro meses. Este hospital, que en 1948 disponía de 550 camas y admitía 100 pacientes nuevos todos los años, ahora cuenta únicamente con 270 camas, pero presta atención médica a 600 nuevos pacientes al año, habiéndose reducido del 50 por ciento al 7 por ciento la proporción de pacientes que debían permanecer indefinidamente en la institución.

La difteria capitula

La difteria, que a principios del siglo actual era una enfermedad prevaleciente, está en plena retirada en todo el mundo, particularmente en Europa, que ha sido el Continente más gravemente afectado por ella. En varios países, entre ellos el Reino Unido y Dinamarca, la enfermedad prácticamente ha desaparecido gracias a las campañas de vacunación.

En 1948, se notificaron 119.000 casos en toda Europa. Hoy día, el número anual de ellos no alcanza a la mitad de esa cifra y en 28 países de Asia, América y Europa, el número de defunciones debidas a esta enfermedad se redujo de 5.148, en 1950, a 2.824, en 1955.

La tos ferina ataca aun

Esta enfermedad, aunque todavía constituye una importante causa de defunción entre los niños, se va reduciendo considerablemente. En 28 países, las defunciones por causa de tos ferina se redujeron de 26.325, en 1950, a 10.376, en 1955. La tasa más elevada de mortalidad se registra entre los niños menores de un año, pero es también este grupo el que acusa la reducción más marcada de la enfermedad: el número de casos que en 1950 ascendió a 7.874, en 1955 descendió a 1.623.

Entre las enfermedades de la infancia, la tos ferina presenta una característica muy peculiar, que ataca normalmente más a las niñas que a los niños, causando entre las primeras mayor número de defunciones que entre los segundos.

En el curso de la mayor campaña de inmunización que registra la historia, fueron sometidos a la prueba de la tuberculina 192 millones de personas y 74 millones recibieron la vacuna BCG (Bacilo Calmette-Guérin), entre los años 1948 y 1957.

Esta labor fue iniciada por las organizaciones de socorro escandinavas en la devastada Europa de la posguerra, y más tarde se extendió a otros continentes con la ayuda de la OMS y del UNICEF. Desde 1951, esta campaña está siendo sostenida por estos dos organismos internacionales en estrecha colaboración con los gobiernos interesados.

La mayor parte del programa, tanto en lo que se refiere al número de países como al de las personas comprendidas en él, se ha llevado a cabo en Asia.

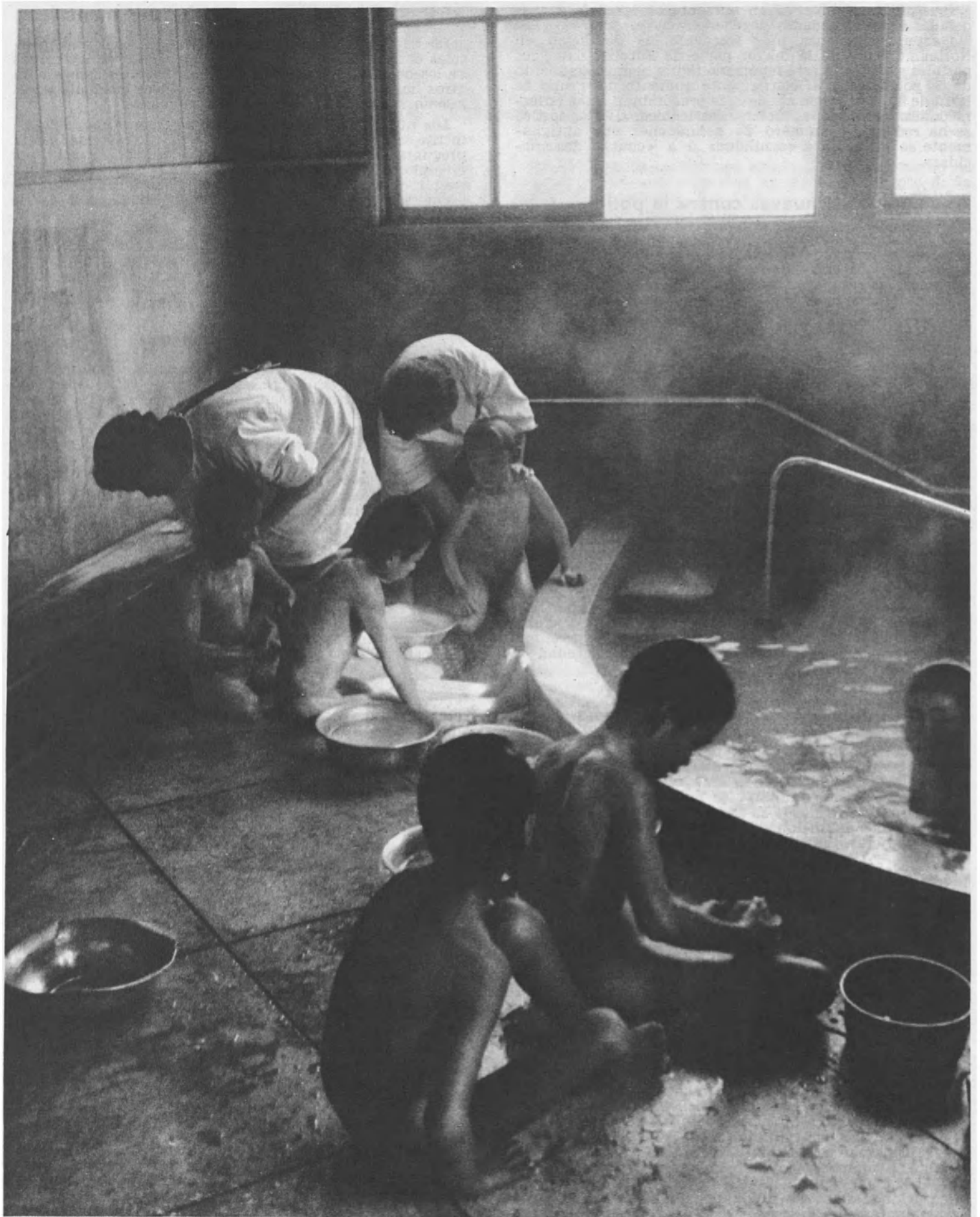
¿A quién benefician los cuidados médicos?

Actualmente, hay 1.236.000 médicos para atender a las 2.700.000.000 de personas que constituyen la población del mundo. Asimismo, se gradúan anualmente 67.000 médicos en las 638 escuelas de medicina existentes en 85 países.

Los países que tienen la fortuna de disponer como mínimo de un médico por mil habitantes, son sólo catorce. Otros 22, en cambio, sólo cuentan con un médico por cada 20.000 personas o más. Entre estos extremos, el resto del mundo presenta una situación muy diversa.

Por lo general, se observa escasez de médicos en las zonas rurales, mientras que las ciudades se caracterizan por una superabundancia de ellos.

Nueve países cuentan con una escuela de medicina por menos de un millón de habitantes, mientras que en otros trece la proporción de estas escuelas es de una por 9 a 17 millones de personas.



OMS - Dominique Darbois

SHIGENORI VUELVE A APRENDER A VIVIR

El hospital Seishi Ryogo En, situado en Tokio, es a la vez una clínica, una escuela y un hogar, ya que los niños lisiados reciben allí cuidados médicos, siguen cursos de instrucción general y profesional y disfrutan de la atención solícita y afectuosa de los enfermeros. Desde 1950, este establecimiento se ha transformado, con ayuda del UNICEF, en centro nacional donde se forma el personal especializado que va luego

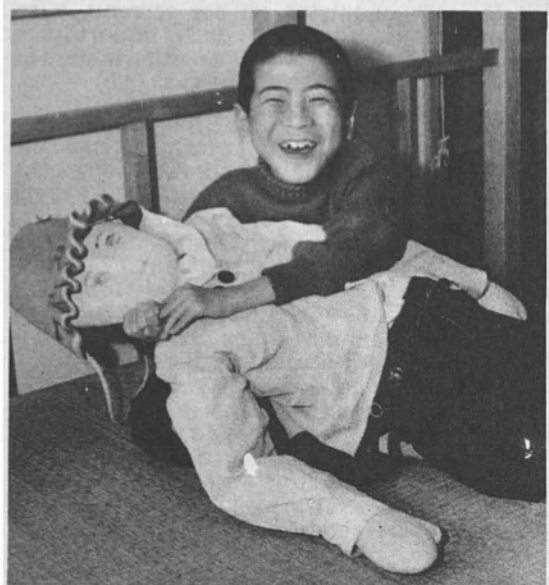
a prestar sus servicios en las instituciones creadas en varios lugares del Japón para la reeducación de los niños lisiados. Durante tres años vivió en este hospital Shigenori Kameyama, un rapaz atacado por la poliomielitis desde la edad de un año. Después de varios años de angustia y tres años de ejercicios físicos y terapéuticos, Shigenori salió del hospital-hogar en marzo de 1957. No está completamente

El misterioso virus

EL MÁS PEQUEÑO ENEMIGO DEL HOMBRE

por el Dr. A.M.M. Payne

Jefe de la Sección de Enfermedades Endemo-epidémicas
de la Organización Mundial de la Salud



sano; pero puede valerse de sí mismo para lavarse, vestirse, salir a la calle, ir a la escuela y lanzarse al agua. Las fotos muestran : a la izquierda, los baños del hospital, y, arriba, Shigemori aprendiendo a caminar con muletas y a vestir muñecas de tamaño natural, dos habilidades de que necesitará todos los días en la vida normal.

Si la era de Pasteur, Koch y Lister, ha sido llamada —con razón— la era de la revolución bacteriológica, el período que corresponde a los últimos veinte años merece ser conocido como la era de la revolución de la virología. Las conquistas técnicas logradas en el dominio de las ciencias fundamentales han brindado nuevos elementos de trabajo, que han sido utilizados con resultado notable, en el estudio de los virus. Los nuevos métodos y técnicas han abierto nuevas perspectivas para la comprensión de la ecología de los microorganismos en general, y de los virus en particular.

El término *ecología* merece ser definido, ya que encierra conceptos que resultan fundamentales para una interpretación moderna de múltiples aspectos de la medicina, no sólo en lo que se refiere a las enfermedades contagiosas, sino también a los diferentes problemas relacionados con la vida del hombre: enfermedades mentales, complicaciones, enfermedades degenerativas, etc. La ecología es la ciencia que estudia las influencias recíprocas que existen entre los organismos y el medio ambiente. Ningún ser viviente, tratándose de un ser humano o de un virus, puede ser estudiado por separado sin tener en cuenta su medio ambiente. En este trabajo me referiré exclusivamente a la influencia recíproca que existe entre los virus y el organismo animal (en particular el ser humano), y el medio ambiente en el que se produce este hecho. Se puede pensar que se trata de una interpretación excesivamente amplia del panorama del progreso realizado en la comprensión de las enfermedades causadas por los virus en el hombre. Sin embargo no es así. En verdad se trata de un problema de tal magnitud, que por ello mismo el progreso logrado ha sido tan rápido, y aún subsisten las perspectivas de seguir en esa misma vía. Distintos especialistas han estudiado los diferentes aspectos de la ecología de las enfermedades de virus: virólogos, bioquímicos, genéticos, inmunólogos, epidemiólogos, anatomopatólogos, clínicos, veterinarios, higienistas, antropólogos, zoólogos, entomólogos, especialistas en biología vegetal, etc. A menudo, se ha logrado completar un cuadro de conjunto, mediante las diferentes contribuciones de cada especialidad. Con ello se ha llegado a la comprensión y solución del problema planteado. Debemos admitir que aun no hemos logrado tal meta en ninguna enfermedad de virus. Sin embargo, en algunos casos no parece estar tan lejana.

Si consideramos que la capacidad de reproducción es la calidad esencial de la materia viva, podemos decir que los virus son los elementos vivos más pequeños que conoce el hombre. Sin embargo, los virus no pueden multiplicarse sin la ayuda de otras células vivas. Este y otros factores, inclusive el hecho de que ciertos virus, cuando están muy purificados, puedan ser preparados en forma cristalina, ha llevado a pensar si realmente tratase de elementos vivos.

Durante los últimos diez años, una gran cantidad de datos respecto a la naturaleza de los virus, su forma, dimensiones, densidad, existencia autónoma, origen, reproducción, actividad metabólica, composición química, calidad de antígeno capaz de provocar una verdadera reacción de defensa en el huésped, y otros datos más, se han acumulado de manera que hoy el problema de saber si se trata realmente de elementos vivos, parece ser una cuestión práctica-

Sigue
a la
vuelta



El misterioso virus (Sigue)

La polio no es solamente la “enfermedad de los países ricos”

mente bizantina. La ecología de los virus es la misma de los seres vivos.

Para que un virus pueda sobrevivir debe estar en contacto con un huésped, o más concretamente, con una célula apropiada. El virus debe ser capaz de multiplicarse en el organismo que ocupa, ser transmitido a otro huésped, y por fin ser capaz de sobrevivir fuera del huésped, hasta encontrar un nuevo organismo que lo reciba. Esas diferentes etapas de la vida de los virus han sido calificadas, como “penetración”, “multiplicación”, “salida” y “circulación” del virus.

Este cuadro ha sido modificado a medida que los conocimientos evolucionaban. La mayor parte de las infecciones de virus son realmente asintomáticas y resulta bastante rara una relación entre el virus y el huésped, de carácter mortal o lesional.

Como consecuencia de las conquistas técnicas logradas en los últimos diez años, este hecho nunca ha sido tan claro como en la actualidad. Quizá lo más importante en este terreno sea el desarrollo logrado en la técnica de cultivo de tejidos.

El cultivo de tejidos no es reciente. Ha sido practicado, aunque con cierta dificultad, durante treinta o cuarenta años. El descubrimiento de los antibióticos ha solucionado uno de los mayores problemas al asegurar la esterilidad de los cultivos y ello, sumado a la mejora de la composición de los medios de cultivo, a la elección y métodos de preparación de las células, al conocimiento de los efectos destructivos de los virus sobre las células —llamado *efecto citopatogénico*— ha permitido que los cultivos de tejidos se efectúen con más facilidad y se utilicen como métodos usuales de laboratorio, para observar el desarrollo de los virus. La aplicación de esas nuevas técnicas ha dado como resultado el aislamiento e identificación de muchos virus que hasta ese momento eran desconocidos, algunos de los cuales han sido ya demostrados como causa de ciertas enfermedades, mientras otros parecen ser no patógenos. La mayor parte han sido descubiertos utilizando los productos de excreción del intestino, o de la parte superior del árbol respiratorio. Otros han sido descubiertos en las células del organismo humano, o de animales, al implantarlas y cultivarlas en un medio apropiado. Otros han sido descubiertos en el momento en que el virus se encuentra separado del huésped, por ejemplo, en ciertos insectos que actúan como huésped intermediario y transmiten el virus de un animal a otro. En los últimos diez años se han descubierto decenas de nuevos virus y nadie sabe aún cuántos quedan por descubrir.

El cultivo de tejidos se hacía mucho antes de haber antibióticos

En términos generales, los virus que tienen importancia desde el punto de vista médico, pueden ser divididos en tres tipos, de acuerdo con sus orígenes: (a) virus aislados a partir del tubo digestivo, llamados a menudo *enterovirus*; (b) virus aislados a partir del árbol respiratorio, que incluyen los llamados *adenovirus* y los *virus gripales*; y por último (c) los virus aislados a partir de los insectos, llamados *virus de artrópodos* o *virus “arbor”*.

Los enterovirus comprenden los bien conocidos *poliovirus*, responsables de la poliomielitis, y otros virus menos conocidos, como los virus *Coxsackie* y los llamados virus *ECHO*. Los virus *Coxsackie*, llamados así por la pequeña ciudad del Estado de Nueva York en que fueron aislados por primera vez, se dividen en dos grupos: el *grupo A* y

el *grupo B*. Dentro de esos virus se han identificado veinticuatro tipos diferentes. La mayoría pueden aislarse a partir de las heces o de los exsudados del rinofarinx, y cultivados en cultivo de tejido, pero su característica más importante es la capacidad que tienen de infectar a los ratones jóvenes, sin afectar a los ratones adultos. Se han mostrado responsables de varias enfermedades, entre las que mencionaremos la meningitis aséptica (es decir, no bacteriana), la herpangina (afección de la garganta) la faringitis, la pleurodinia (afección dolorosa del tórax, generalmente de carácter epidémico) y por último una forma grave de encefalomiocarditis infantil (enfermedad del corazón y del cerebro).

La palabra *ECHO* es una sigla de *Enteric Cystopathogenic Human Orphan Viruses*, que en inglés significa virus entéricos, citopatogénicos, que no dependen del hombre. Fueron aislados de las heces humanas mediante cultivo de tejidos, en los que causaban la destrucción de las células (efecto citopatogénico). Al principio, la enfermedad que producían era desconocida, por eso fueron llamados *orphan*, que, en inglés, significa “huérfano”. Grupos similares han sido aislados a partir de los animales, tales como el virus *ECMO*, y *ECBO*, virus de los monos, y de los bovinos, respectivamente.

Algunos de los diecinueve virus que pertenecen al grupo de los virus *ECHO*, han sido identificados como causa de ciertas epidemias de meningitis asépticas.

Un tercio de las víctimas tenía más de 15 años

Los virus más importantes, dentro del tipo de los enterovirus, son los *poliovirus*, que consideraré con cierta atención, en parte porque durante los últimos diez años se han logrado dramáticas conquistas en ese terreno, y en parte por que es un ejemplo admirable de la importancia de la comprensión de la ecología de ciertas enfermedades, para lograr éxito en las medidas terapéuticas.

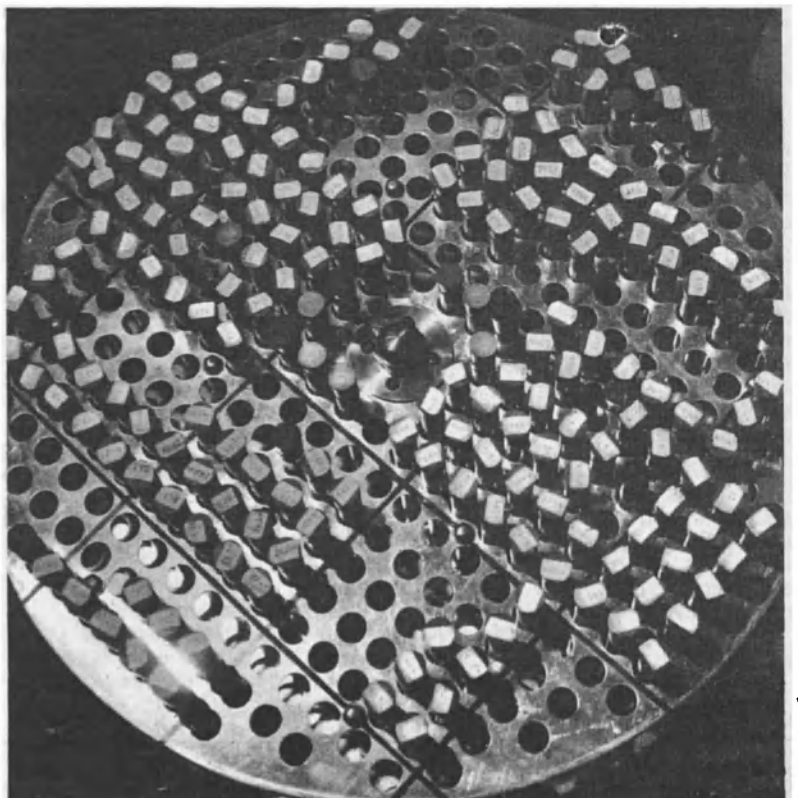
Antes de la Segunda Guerra Mundial, la poliomielitis (parálisis infantil) era considerada como un problema que existía sólo en algunos países. Se la consideraba como una enfermedad bastante rara, en los países restantes. Se creía que era una enfermedad que se manifestaba originariamente en el sistema nervioso central, transmitida por vía respiratoria, y que el virus llegaba al sistema nervioso siguiendo los nervios, a partir de la nariz y del rinofarinx (virus neurotrópos). Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, hubo un aumento alarmante de la poliomielitis, no sólo en los países ya afectados, sino en otros, que empezaban a sufrir epidemias, cada vez más severas y frecuentes. Además, en algunos países la enfermedad no se manifestaba ya bajo la forma de una parálisis infantil, sino que empezaba a lesionar cada vez mayor cantidad de sujetos adultos, hasta que en algunas regiones, un tercio o más de los sujetos infectados, tenían más de quince años, y los adultos parecían atacados en forma más intensa que los niños. Hace diez años, las posibilidades de tratamiento de esa enfermedad, parecía lejana. El primer paso que se realizó en tal sentido, fué el saber que la infección existía en zonas donde la enfermedad, desde el punto de vista clínico, era rara, es decir, que las infecciones asintomáticas eran mucho más comunes de lo que se había pensado; cientos de veces más comunes que los casos clínicos, con mani-



Fotos OMS

EL ALFILER DE CABEZA BLANCA

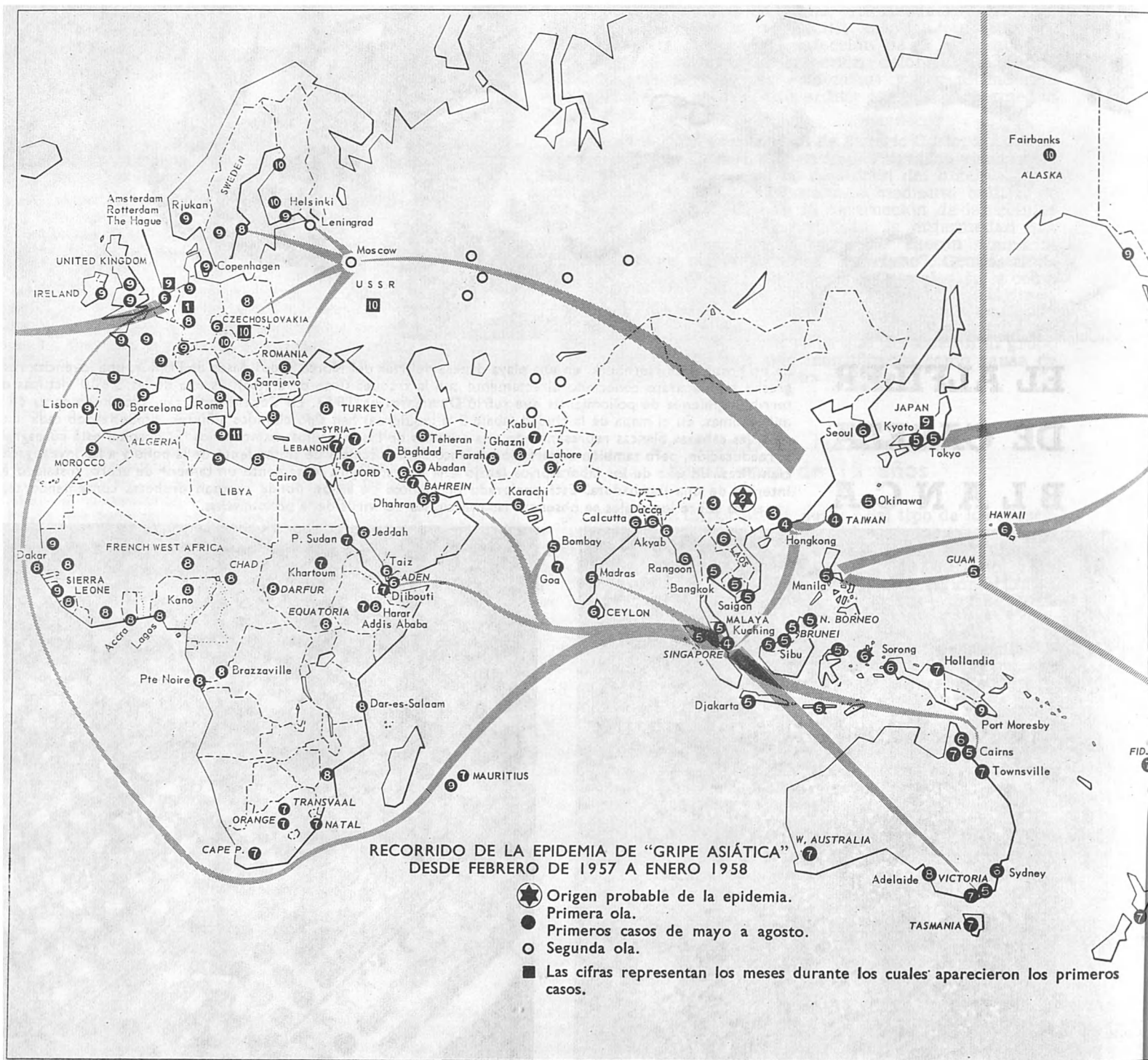
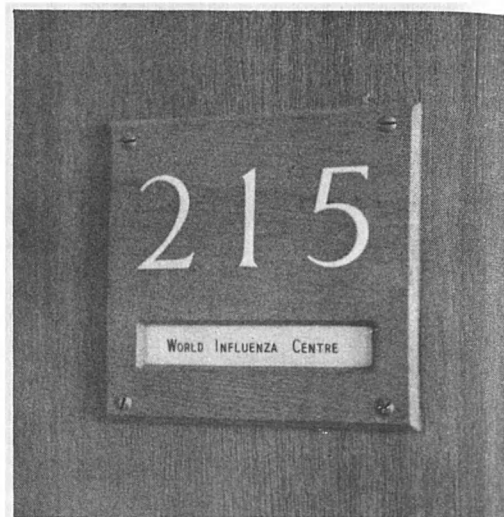
En un hospital de Hornbeck, en una playa danesa del Mar del Norte, a dos pasos de Elsinor, una jovencita respira gracias a un aparato conectado directamente con la tráquea (foto de arriba). Es una de las 5.600 víctimas de la terrible epidemia de poliomiélitis que sufrió Dinamarca en 1952. En Copenhague, tan sólo, hubo cerca de tres mil víctimas. En el mapa de la ciudad (abajo a la izquierda) han sido clavados alfileres, simbolizando cada uno un caso, las cabezas blancas representando una parálisis de los músculos respiratorios. El hospital está consagrado a la reeducación, pero también al perfeccionamiento de las técnicas de tratamiento de la polio y a las investigaciones científicas. En uno de los laboratorios (abajo a la derecha) gira lentamente un tambor de acero, instalado en el interior de una incubadora. Está perforado en cientos de sitios, donde reposan probetas conteniendo tejidos vivientes sobre los cuales se observan las reacciones del virus de la poliomiélitis.



LA VUELTA AL MUNDO DE LA GRIPE ASIÁTICA

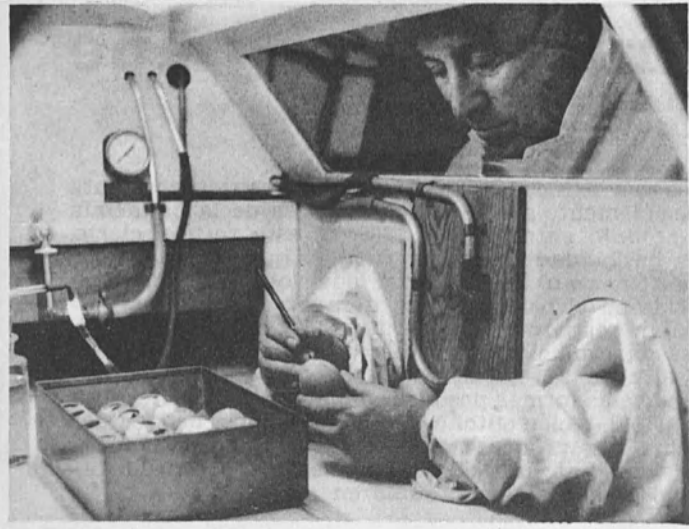
La nueva gripe, de la que el sudeste asiático ha conocido vastas epidemias desde la primavera de 1957, ha dado prácticamente en unos meses la vuelta al mundo (ver el mapa de abajo). Para luchar contra el responsable, es decir el "virus A/Asia/57", identificado en Singapur, la colaboración internacional ha actuado eficazmente, aportando su importante contribución a los trabajos de la OMS. El Centro Mundial de la Gripe, en Londres, ha coordinado los trabajos de laboratorio de unos 50 países. He aquí, en el Centro de Londres, huevos inoculados con el virus asiático. Para evitar toda contaminación bacteriológica, se recoge en luz ultravioleta el contenido de los huevos así infectados. El material extraído, después de un breve lapso de tiempo en la heladora, se convierte en la vacuna.

Fotos OMS



Virus inestable, virus peligroso

(Viene de la página 10)



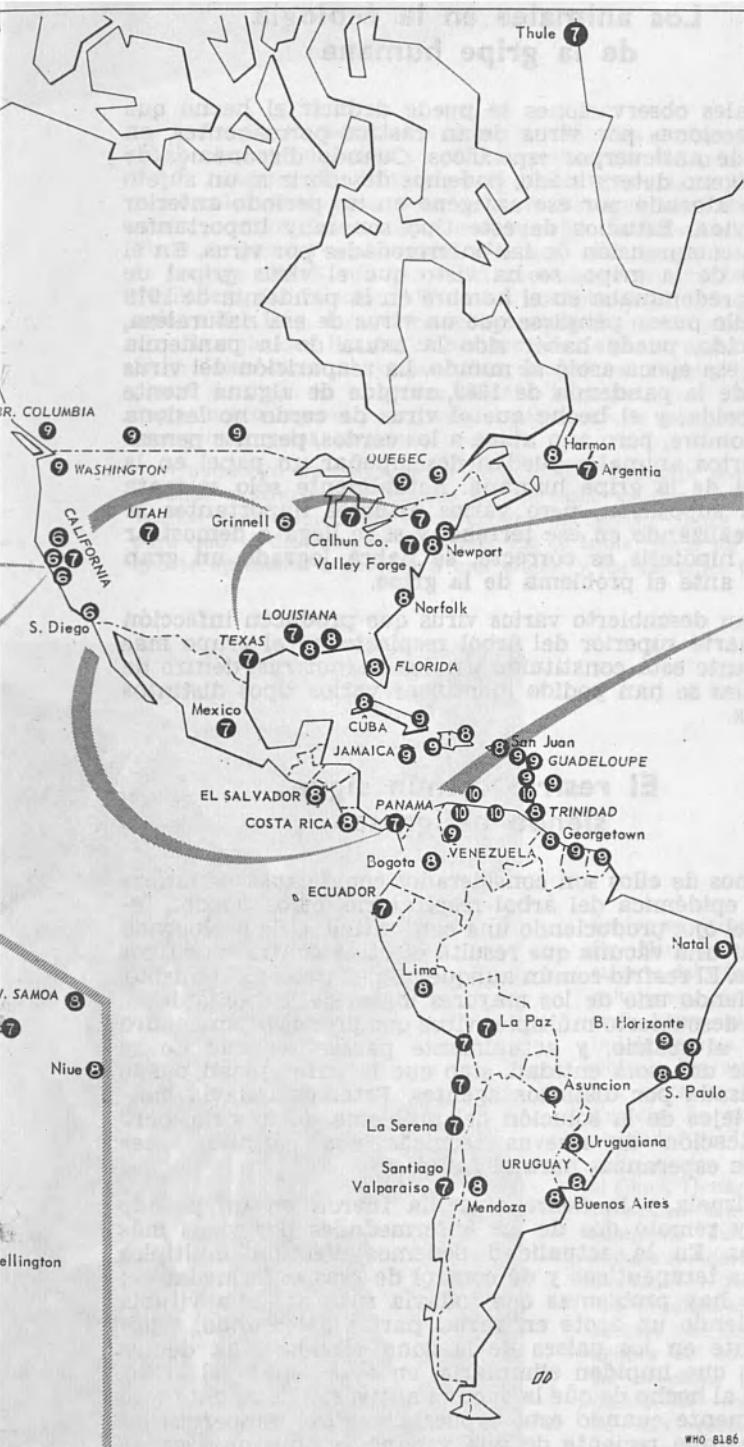
festacion definida. Esas infecciones benignas, no parecían lesionar el sistema nervioso central.

Se sabía ya que el tubo digestivo de ciertos monos podía ser infectado por el virus, de manera que esto hizo pensar en la posibilidad que existía de que se tratara de una infección de tipo digestivo, que sólo ocasionalmente producía lesiones del sistema nervioso central. El otro paso importante fué el saber que existía, no sólo un virus, sino que había tres tipos de virus, y que todos ellos podían causar, indistintamente, la enfermedad. Por otra parte, esos tres tipos no daban inmunidad cruzada. Después se produjo el gran descubrimiento de que los virus podían multiplicarse en cultivos de tejidos que no fueran tejido nervioso. Esto no sólo modificó las concepciones previas sobre la ecología de la infección, sino que hizo posible el realizar estudios epidemiológicos extensos, que resultaba imposible hacer, cuando era necesario utilizar para el cultivo de los virus exclusivamente a los monos. Esto permitió producir virus en cantidades suficientes para efectuar una vacuna. Se tuvieron grandes esperanzas cuando se supo que el sitio inicial de la infección, en verdad era el tracto gastrointestinal, y que el virus parecía dirigirse al sistema nervioso central, por vía hemática. Esto hizo pensar que los anticuerpos podían producirse en la sangre, mediante una vacuna. Estos anticuerpos actuarían como una barrera, evitando que el virus alcanzara el sistema nervioso central. De este modo se evitaría que se produjera la enfermedad. Si los virus hubieran lesionado directamente el sistema nervioso central, dirigiéndose a través de los nervios esto hubiera sido imposible de lograr. El desarrollo de las técnicas de cultivo de tejidos, especialmente el descubrimiento de un medio sintético, para el cultivo de células, aceleró el progreso, que culminó, como es bien sabido, en la fabricación de una vacuna que en la actualidad parece ser segura y efectiva para prevenir la parálisis, aun después de que se haya producido una infección con poliovirus.

Sin embargo, además de los problemas que aun quedan por resolver, respecto a la producción, aprobación y utilización de la vacuna, ella misma no fué considerada por muchos investigadores como una solución definitiva del problema de la poliomielititis. La vacuna era efectiva, pero no completamente. Además se había visto que si bien es cierto que evitaba la parálisis, no impedía la infección en sí misma, y era probable que la inmunidad lograda después de la vacunación fuera de sólo una duración relativamente corta; es decir, que en tal caso, sería necesario repetir la vacunación durante toda la vida, para lograr una inmunidad definitiva del sujeto.

La vacuna era incapaz de influenciar la diseminación de los virus en la naturaleza de manera que con ella no se lograría la eliminación definitiva de la enfermedad misma. A partir de ese momento, toda la atención se dirigió hacia la ecología de la enfermedad, y se vió que en varias partes del mundo, el equilibrio entre la infección, inmunidad y enfermedad era tan favorable como el logrado, mediante medios terapéuticos usuales en otras enfermedades infecto-contagiosas. Esta situación óptima parecía estar asociada a la gran diseminación de los virus en las zonas donde las condiciones de higiene resultan deficientes. Algunos de esos virus parecen tener poca virulencia, de manera que los lactantes y los pequeños no logran la inmunidad natural producida por la infección en una edad en que la sintomatología resulta menos llamativa.

La primoinfección retardada, asociada a una mejoría de las condiciones de higiene, sería uno de los factores que aumentan la incidencia de la enfermedad. Considerables progresos se han hecho para reproducir y mejorar este proceso natural. En el laboratorio se han efectuado cultivos de virus, relativamente pocos patógenos, es decir, de poca virulencia. Las experiencias realizadas en el hombre muestran que tales virus pueden producir una infección digestiva, y estimular la formación de anticuerpos, sin llegar a producir la enfermedad. Hay múltiples razones para creer que esa inmunidad dura bastante; posiblemente durante toda la vida del su-



Sigue a la vuelta

Se toman las "huellas digitales" de los diferentes virus de la gripe

(Sigue)

jeto. Además, la inmunidad se produce mediante la reinfección del tubo digestivo, de manera que el control de la evolución de los virus, naturalmente virulentos, resulta teóricamente posible. Sin embargo, es necesario efectuar más investigaciones antes de estar en condiciones de afirmar que esos virus atenuados no son peligrosos si son utilizados en gran escala en el hombre. Este es el problema esencial, dado que esos virus salen del organismo con las heces, y pueden llegar a infectar otras personas, como ocurre con los virus que normalmente se encuentran en el tubo digestivo. Esto no se produciría si los virus no evolucionan, pero aun no sabemos exactamente lo que sucede con la vacunación.

En el terreno de las enfermedades de virus del árbol respiratorio, se han producido hechos similares. Se han descubierto muchos nuevos virus, y se ha progresado en el estudio de los virus ya conocidos.

La gripe (influenza) sigue siendo una de las enfermedades epidémicas más importantes del árbol respiratorio. Durante la última década, se han descubierto dos tipos nuevos de virus gripales, llamados virus gripales C y D. Los progresos logrados en el estudio de los virus gripales más importantes, *virus A*, y *virus B*, especialmente del primero, han sido notables. Los estudios de la evolución de los virus gripales han sido intensificados a partir de 1947 y ciertos conocimientos nos permiten suponer que está próxima la posibilidad de eliminar tal enfermedad. De nuevo es muy importante el poder establecer la relación que existe entre el virus y el medio ambiente, tanto en el huésped, como fuera de él.

Los anticuerpos transforman el virus gripal

Los anticuerpos se producen en el organismo como una respuesta a un estímulo causado por una sustancia conocida bajo el nombre de *antígeno*, sustancia que forma parte de los microorganismos. Los *anticuerpos* son unos de los más importantes medios de defensa de que dispone el organismo, en su lucha contra la enfermedad. Generalmente son muy específicos, es decir que reaccionan sólo ante un antígeno determinado, el que a su vez, anteriormente, ha estimulado la formación del anticuerpo. El virus gripal actúa como si modificara sus antígenos dominantes, de manera que los anticuerpos que ya existían en el organismo por una infección previa, no lo atacan, y en consecuencia permiten la producción de una nueva enfermedad. Parece ser que uno de los factores que posibilita esta modificación del virus gripal, es la presencia de anticuerpos en los diferentes sujetos. Un virus gripal A, muy diseminado, encuentra cierta dificultad para infectar nuevos huéspedes, dado que todos tienen ya anticuerpos que se le oponen. También le resulta difícil multiplicarse y transmitirse a otros organismos. El virus corre el peligro de desaparecer. En esas circunstancias algunos virus desaparecen realmente. El caso de la desaparición de los virus del sarampión, en las Islas del Pacífico, luego de una epidemia muy grave, es quizá el caso mejor conocido. Pero el virus gripal es inestable, desde el punto de vista de los antígenos. El antígeno dominante, que existe en su superficie, y que está expuesto a los anticuerpos, puede llegar a modificarse. Cuando esto se produce, el nuevo virus tiene mayores posibilidades de sobrevivir y encontrar huéspedes susceptibles de ser infectados.

Esto puede compararse con la evolución que se produce en la selección natural. Cambios de este tipo se producen cada dos o tres años, y los nuevos virus producen las epidemias que nos son tan conocidas. Sin embargo, a intervalos más largos, aproximadamente cada diez o quince años, se produce un cambio más grande, de manera que el virus no encuentra ya anticuerpos que se opongan a su multiplicación y diseminación. Esto motiva una pandemia como la que se produjo en el año 1957. A primera vista parece que el virus de 1957 era totalmente nuevo, pero luego se descubrió que algunas personas de edad avanzada tenían anticuerpos que mostraban que un virus

similar había existido en el mundo hace más de setenta años. Posiblemente ese virus fué la causa de la pandemia que se produjo entre 1889 y 1890. Si esto resulta cierto, existe la posibilidad de que los cambios que el virus gripal puede sufrir sean limitados, y que los virus que han prevalecido en el pasado y han desaparecido en apariencia, puedan reaparecer en el futuro. El proceso no sería entonces de evolución sino de revolución, en el sentido de que el ciclo se cerraría nuevamente. Cuando conozcamos todas las formas posibles en que puede manifestarse el virus gripal, recién entonces seremos capaces de efectuar una vacuna que produzca anticuerpos para todas las formas de virus. Entonces el virus no será ya capaz de sorprendernos, como nos sorprendió en 1957.

Los animales en la ecología de la gripe humana

De tales observaciones se puede deducir el hecho que las infecciones por virus dejan rastros permanentes, en forma de anticuerpos específicos. Cuando disponemos de un antígeno determinado, podemos descubrir si un sujeto ha sido atacado por ese antígeno en un periodo anterior de su vida. Estudios de este tipo son muy importantes para la comprensión de las enfermedades por virus. En el terreno de la gripe, se ha visto que el virus gripal de cerda, predominaba en el hombre en la pandemia de 1918 y por ello puede pensarse que un virus de esa naturaleza, o parecido, puede haber sido la causa de la pandemia que en esa época asoló al mundo. La reaparición del virus gripal de la pandemia de 1889, surgido de alguna fuente desconocida, y el hecho que el virus de cerdo no lesiona ya al hombre, pero aun ataca a los cerdos, permite pensar que ciertos animales puedan desempeñar un papel en la ecología de la gripe humana. Actualmente sólo se trata de una suposición, pero varios estudios importantes se están realizando en ese terreno, y si se llega a demostrar que la hipótesis es correcta, se habrá logrado un gran avance ante el problema de la gripe.

Se han descubierto varios virus que producen infección de la parte superior del árbol respiratorio; el grupo más importante está constituido por los *adenovirus*, dentro de los cuales se han podido identificar varios tipos distintos de virus.

El resfrío común sigue siendo peligroso

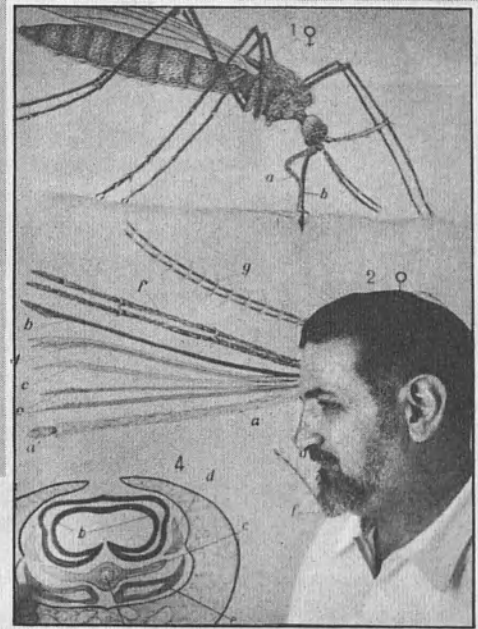
Algunos de ellos son considerados como causa de enfermedad epidémica del árbol respiratorio, otros pueden lesionar el ojo, produciendo una conjuntivitis. Se ha logrado efectuar una vacuna que resulta efectiva contra esos tipos de virus. El resfrío común aunque no peligroso en sí mismo, sigue siendo uno de los mayores males de la humanidad. Se han descubierto múltiples virus que producen un cuadro similar al resfrío, y actualmente parece ser que no se trata de una sola entidad, sino que la enfermedad puede ser causada por distintos agentes. Estamos todavía bastante lejos de la solución del problema del resfrío, pero la aplicación de nuevas técnicas nos permite tener mayores esperanzas para el futuro.

La viruela y la fiebre amarilla fueron en un pasado no muy remoto dos de las enfermedades por virus más terribles. En la actualidad podemos efectuar múltiples medidas terapéuticas y de control de esas enfermedades; aunque hay problemas que todavía subsisten. La viruela sigue siendo un azote en varias partes del mundo, especialmente en los países de la zona tórrida. Una de las razones que impiden eliminarla, en esas zonas del globo, se debe al hecho de que la vacuna antivariólica se deteriora rápidamente cuando está expuesta a altas temperaturas. El desarrollo reciente de una vacuna estable, que resista a las temperaturas del trópico, facilitará considerablemente el control de la viruela en las zonas mencionadas.

EL DOCTOR MALARIA

Tres millones de clientes en un territorio más grande que Francia

por Jean Manevy



Más que un hombre, el docteur «Malaria» es una fuerza de la naturaleza. Es corpulento y tiene un metro ochenta de estatura. Se diría que está hecho enteramente de huesos y músculos. Suele salir resoplando de las aguas glaciales del torrente, con los dedos crispados sosteniendo una trucha de cuatro libras de peso, y exclamando: «He aquí para nuestra cena». En el corazón del Kurdistán, en el caos de rocas que bordean el desfiladero del Príncipe Alí, en los confines del Irak, de la Turquía y del Irán, las gentes se ven obligadas a «rejuvenecer», a vivir la vida que llevaba el hombre hace algunos miles de años. Si se desea comer, hay que saber atrapar los peces y abatir las piezas de caza. Si se quiere dormir, hay que saber escoger un campamento seguro y no amedrentarse con la presencia de los escorpiones y las serpientes.

«Cuando yo era un rapaz en Túnez —dice el doctor «Malaria»— aprendí a atrapar las víboras por la cola y, después de darlas vueltas rápidamente sobre mi cabeza, arrojarlas contra las rocas para que se destrozaran el cuello. En la India, maté un leopardo que se aprestaba a devorar a una mujer, y los elefantes trituraron

mi automóvil. En Dankalia, mi campamento fué atacado por los onagros, y tres de mis camellos murieron de sed. Me apresaron los bandidos... para que yo les prestara mis cuidados médicos, y acampamos en el desierto, en las selvas, sobre los volcanes. Por poco, nace mi hija bajo un toldo de nómada. Un día, mi hijo mayor cayó por accidente en la hoguera del campamento. Mi vida es así desde hace quince años.»

En efecto, desde hace tres lustros, el doctor «Malaria» ha atravesado Eritrea, la India, Suiza, Liberia, Sierra Leona, Gambia, Sudán e Irak, primero por encargo de las autoridades sanitarias de Italia, luego en calidad de experto de la Organización Mundial de la Salud. Italiano, nacido en Túnez, de padre sardo, el distinguido médico se llama en realidad Luigi Mara; pero en toda la extensión del Kurdistán y del Irak —donde dirige la campaña contra el paludismo— se le da el nombre de Doctor «Malaria» o de «El Mudir Malaria» —o sea el Jefe Malaria— lo que es más sencillo para todo el mundo en el momento de las genuflexiones y de las charlas. Y cuando se hace referencia a la familia del doctor, se dice asimismo «la tribu malaria», con la cual el médico ha hecho la mayor parte de sus viajes. La «tribu» comprende su esposa Tina y sus hijos Gian Paolo, Enrico, de 15 y 13 años de edad respectivamente —separados de modo temporal de la familia por sus estudios— y Jordana, apenas de 8 años.

Hace cuatro años, cuando el Irak, advertido del peligro que representaba para su desarrollo económico la presencia del paludismo sobre la mayor parte de su territorio —tres millones de enfermos sobre cinco millones de habitantes—, pidió la ayuda de la Organización Mundial de la Salud, fué escogido el doctor Luigi Mara para ocuparse de la zona más gravemente amenazada, el Kurdistán, que se extiende al oriente del río Tigris hasta los Montes Zagros y la Anatolia. Esa región es el país de origen de los Kurdos, pueblo de rudos montañeses y nómadas que han dado lugar a varias leyendas por sus costumbres y vestimenta: pesados turbantes de lana negra, anchos pantalones ajustados al tobillo y ceñidos por gruesos cinturones, túnicas de algodón de color verde, negro o encarnado. Las mujeres se adornan con monedas de oro y de plata, llevan aretes en sus orejas y, en ocasiones en sus narices. Los hombres lucen un perfil de reyes de Asiria y se dicen descendientes de Sargón y Azurbanípal, tiranos de Korsabad y de Nínive. Pretenden ser uno de los más antiguos pueblos del mundo, instalados sobre esas tierras desde hace cerca de 5.000 años. Pero, el año 612 antes de nuestra Era, Nínive fué destruída y se derrumbó el imperio asirio. Desde entonces, sus habitantes cesaron de ser un pueblo para convertirse en tribus dispersas que vagan de valle en valle y que, hasta hace pocos años vivían de asaltos y rapiñas.

Ciertos investigadores afirman que los Kurdos forman una población de tres millones. Pero ¿quién puede contar las tribus errantes entre la Turquía, Irak, Irán y Siria? ¿Quién puede decir con certeza cuántos Kurdos sedentarios viven en las aldeas construídas de arcilla seca, que aparecen vacías cuando se presentan las autoridades del censo, pues sus propietarios han decidido abandonar los cultivos y emigrar? Pero, esos tres millones de hombres que no parecen obedecer a otra ley que a la de su humor tornadizo, dependen de una organización social sólida: la tribu o la familia. Las tierras pertenecen

En los territorios que el Dr. Mara se encarga de salvar del flagelo del paludismo, vive una extraña secta religiosa, de índole secreta e inaccesible a los extranjeros. Esa secta es la de los Yezidis. Se calcula que alrededor de 70.000 Yezidis rinden obediencia al Cheik Thassy, a quien se ve en esta foto, en compañía del «Doctor Malaria». Adoradores del Diablo, los Yezidis tienen predilección por los colores que suponen el agrado del monarca de las tinieblas, particularmente el rojo, color de sus turbantes. El color azulestá á proscrito.

OMS

Sigue a la vuelta

MALARIA (Continuación)



OMS

EL DESFILADERO DEL PRÍNCIPE ALÍ es el lugar tradicional de paso de las tribus nómadas de los Kurdos, en el momento de las grandes migraciones entre el Irak y el norte del Irán. Esas migraciones se efectúan dos veces por año : en la primavera, para escapar del calor extremo de las planicies iraquesas (50° centígrados a la sombra) y en otoño para huir de los fríos glaciales de las mesetas iraníes. Los nómadas se abrigan en las grutas que abundan en el desfiladero. Los Kurdos sedentarios habitan en cabañas de barro seco, mientras únicamente el Cheik local tiene derecho a una casa de piedra. A la entrada de este desfiladero se aposta el "Doctor Malaria" para esperar el regreso de los nómadas, quienes tienen autorización para franquear ese paso tan sólo durante la noche, ya que su presencia —numerosa en hombres y rebaños— vuelve imposible cualquier otra clase de circulación. La foto muestra algunos Kurdos sedentarios de esa región que pasan de día el puente-frontera.

al «cheik», la arcilla con la que se construyen las casas es la propiedad de ese mismo jefe, así como las cosechas y otras cosas más. En cada aldea el «cheik» tiene un hombre de confianza que se llama «mokhtar» en Irak y en Siria, y «chadkodea» en Irán, palabras que significan literalmente, «el brazo de Dios». Ciertos «cheiks» sedentarios comprenden el árabe, pero cuando se trata de nómadas no hablan otra cosa que la lengua kurda. Así, generalmente estos jefes necesitan un intérprete, y, en la actualidad, desempeña esas funciones la hija del doctor Mara, ya que, a pesar de que toda la «tribu malaria» habla italiano, francés, inglés, árabe y algunos dialectos de la India y de Liberia, sólo Jordana habla el kurdo.

El doctor «Malaria» aplicó su tratamiento primeramente a los habitantes sedentarios de la aldea. En compañía de un entomólogo —el hombre «que espía la vida secreta de los mosquitos»— de un inspector de sanidad —quien se encargó en 1955 de la pulverización de 25 toneladas de DDT— y de 800 hombres que formaban su equipo, el activo médico emprendió la campaña contra el paludismo, a la cadencia de 5.000 aldeas por año, lo que significaba recorrer en su totalidad 150.000 kilómetros de malos caminos y de senderos para cabras. La lucha contra la malaria es sencilla, ya que el parásito se encuentra en la sangre del enfermo. La hembra de ciertos mosquitos se nutre de sangre humana —los machos prefieren el polen de las flores— y transmite de un individuo enfermo a un individuo sano el parásito de la terrible dolencia. Insectos noctámbulos, los mosquitos reposan durante el día sobre las paredes interiores de las casas. El polvo DDT sobre los muros y los techos aniquila a los mosquitos durante su sueño diurno, como los mosquitos infectan a los hom-

bres durante su sueño nocturno. Mortal frecuentemente en los niños de poca edad, la malaria se cura generalmente en tres años si no vuelve a haber una infección. En el caso desventurado de que un viajero enfermo llegue a una aldea de donde ha sido extirpada la malaria, pero donde existen aún los mosquitos —puesto que no es posible aniquilar una especie entera se volverán a producir nuevas manifestaciones de la enfermedad entre los habitantes y, esta vez, el paludismo matará a niños y adultos que no poseerán ya para defenderse la inmunidad natural que su organismo había adquirido de generación en generación.

Esta es la razón por la cual el doctor «Malaria» se vió obligado a extender su radio de acción a las tribus nómadas que llevaban en la sangre el parásito de la enfermedad. Pero el médico disponía para ello de un tiempo sumamente limitado, ya que, durante el verano, los Kurdos vagan por las altas mesetas del Irán y, solamente en otoño vuelven a bajar hacia las llanuras del Irak resquebrajadas por el calor. Había que aprovechar el momento en que los nómadas franquean los desfiladeros fronterizos antes de dispersarse por las tierras bajas. La «cacería» del nómada duró cerca de quince días y se desarrolló en 2.000 kilómetros de pista polvorosa, entre las rocas de la montaña. El doctor «Malaria» permaneció más de cien horas guiando su jeep, acompañado de su esposa y de su hija, seguido de un camión con diez hombres.

Al fin llegó al atardecer, a la desembocadura del desfiladero del Príncipe Alí, en donde esperó que cayera la noche, acechando el paso de las tribus kurdas. Según una disposición especial, las tribus pueden franquear el desfiladero únicamente al final del día. Mientras los viajeros montan sus toldos, cae la noche oriental, enteramente azul, súbitamente como un telón de

teatro. Sólo se escuchan los gritos de las perdices rojas de la montaña que se llaman unas a otras bajo la luz acerada de la luna. El frío de la altitud —más de 2.000 metros sobre el nivel del mar— se siente dolorosamente en las orejas. De pronto, se escucha una voz baja, mientras un hombre corre hacia las tiendas de campaña: «Doctor «Malaria», ya llega...» En la noche se expande el olor acre y sofocante del polvo, de la lana grasosa, del sudor animal y de la fatiga rancia que se insinúa en medio de la frescura delicada del desfiladero. Las perdices callan como por encanto. Y, entonces, sube del oriente un rumor profundo: los nómadas avanzan hacia la última curva del camino, precedidos por un pastor de cabeza de pájaro, cubierto con una capa de cuero. Detrás de él vienen los rebaños de cabras negras y rojizas, corderos testarudos y de paso nervioso, asnos doblegados por el peso de su enorme carga, mulos que llevan todo un corral sobre el lomo.

A la salida del Desfiladero del Príncipe Alí, cada tribu enciende su hoguera y se levantan los toldos de cuero o de tela negra mientras los rebaños se dispersan entre los arbustos y las rocas. Las mujeres van en busca del agua fresca, y los hombres, sentados en cuclillas alrededor del samovar, fuman sus largas pipas, en medio de un silencio apacible.

Ya amanece, doctor «Malaria», es hora de comenzar el trabajo... El infatigable médico toma a penas un poco de té negro, a la usanza de los kurdos, y un huevo duro asado sobre las brasas después de lavar su semblante con el agua glacial del torrente, y ya está dispuesto a platicar con el cheik Salim, a quien no le da tiempo de descansar de la caminata nocturna a través del Desfiladero del Príncipe Alí, y de todas las fatigas acumuladas durante veinte días de marcha. Se diría que teme que el jefe prosiga su éxodo y se desvanezca para siempre en la inmensidad de las planicies del Irak. Sentado en cuclillas, bajo el toldo de cuero de cabra, Salim, rodeado de sus 2 esposas y de sus 15 hijos, con sus respectivas mujeres y niños —en total 50 vidas humanas— representa un grave peligro no sólo para las aldeas del Kurdistán sino para todo el Irak y, probablemente, el Cercano Oriente.

La razón de ese peligro es que varias personas de la familia y del séquito del Cheik Salim están enfermas de malaria. El mismo jefe ha perdido 2 de sus hijos al final del primer año de su nacimiento. El doctor «Malaria» sabe, al sentarse frente al Cheik Salim, que su entrevista salvará millares de vidas humanas. Así, cuando el jefe kurdo le ofrece el queso blanco tradicional, el intrépido embajador de la Organización Mundial de la Salud hace gala de elocuencia y obtiene la respuesta afirmativa de su interlocutor a la propuesta de someter las tiendas y los rebaños a la aplicación de DDT en polvo. Por primera vez en la historia, un médico occidental triunfa de la desconfianza del indómito pueblo kurdo y le hace aceptar sus métodos de curación. El Cheik Salim se apresta a descansar satisfecho, en esa alba que es la de la resurrección de su país.

En momentos en que el Irak invierte 70% de los ingresos que le produce el petróleo (65 millones de libras esterlinas —o sea 13 libras por habitante en 1955) en el desarrollo económico del país, la acción del Doctor «Malaria» reviste una gran importancia. Numerosas aldeas renacen: Nao Gurdan, que era un desierto hace 4 años, cuenta hoy con veinte casas reconstruidas y ve jugar a sus niños en las callejuelas. En Nizara, la cosecha de arroz ha aumentado en un tercio, en relación con los años anteriores.



Cargadoras de zurrones

Las mujeres kurdas están encargadas de la provisión de agua. No es raro que se vean obligadas a caminar varios kilómetros llevando sobre la espalda zurrones de cuero de cabra cuyo peso puede alcanzar 30 kilos. Por otra parte el agua es peligrosa en extremo a causa de las infecciones que transmiten: tifoidea, disenteria y cólera.



© Pierre-André Pittet

Una guerra que salva vidas humanas

Hay que acabar con el paludismo —o sea la malaria— sobre el haz de toda la tierra. Esta necesidad imperiosa impulsó a la Quinta Asamblea Mundial de la Salud a tomar esta decisión en 1955. Los mosquitos, amenazaban recomenzar la conquista del mundo, desafiando todos los insecticidas, y había el peligro de que la mortífera enfermedad volviera a emprender su marcha hacia adelante. No había sino un arma eficaz y única: la erradicación del mal mediante los insecticidas, medicinas y técnicas modernas. Hay dos medios de atacar el paludismo: destruir los mosquitos que lo transmiten y combatir el parásito en la sangre misma de sus víctimas. De este modo, se reduce el número de pacientes en una proporción que permite curarlos individualmente. Entonces los mosquitos —a pesar de haberse vuelto más resistentes a los insecticidas— no tendrán ninguna infección que transmitir.

En la estrategia mundial contra el paludismo, Africa es un importante campo de batalla. En ese continente, la enfermedad está con seguridad más extendida que en otros lugares; pero los africanos adultos le oponen una notable inmunidad. En la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Kempala, en 1950, —en donde se proclamó el principio de la lucha contra el paludismo— se reconoció que, a pesar de la inmunidad natural de los adultos, sucumbían a esa dolencia numerosos niños. Había necesidad de que la campaña antipalúdica se llevara a cabo con la mayor energía. En Yaoundé, capital del Camerún, se fijaron carteles en donde estrellas multicolores pintadas sobre un mapa indicaban las aldeas que debían recibir la pulverización de insecticidas. De esta manera, para los nómadas vestidos de blanco, los hombres semidesnudos de la broza y los agricultores, el azote secular de la malaria, aunque aceptado con fatalismo, ya no constituye un mal sin esperanza. Las tribus africanas se han convertido en los mejores aliados de los médicos.

En México reina la guerra. Pero, en esta guerra no se sacrifican las vidas humanas sino que, más bien, se las salva. Todo el país se encuentra en estado de campaña, ya que ha decidido eliminar el paludismo de su territorio y librar a 30 millones de habitantes de la tiranía de esta enfermedad, que, a lo largo de la historia ha paralizado imperios y destruido civilizaciones. Desde su cuartel general, oficiales superiores de sanidad dirigen la campaña, y movilizan los equipos dotados de pulverizadores, como si se tratara de tropas aguerridas. El gran cuartel general es la Oficina sanitaria Panamericana, sede regional de la Organización Mundial de la Salud que considera a México uno de los mayores frentes de la gran batalla contra la malaria en la América Latina. La UNICEF suministra el material. Existen en el frente columnas motorizadas, así como también «caballería del paludismo» para dar el asalto a las sierras. Hombres vestidos de uniformes de color kaki, calzados con botas de paracaidistas y cubiertos de cascos amarillos, llevan las insignias y las banderas de la CNEP.

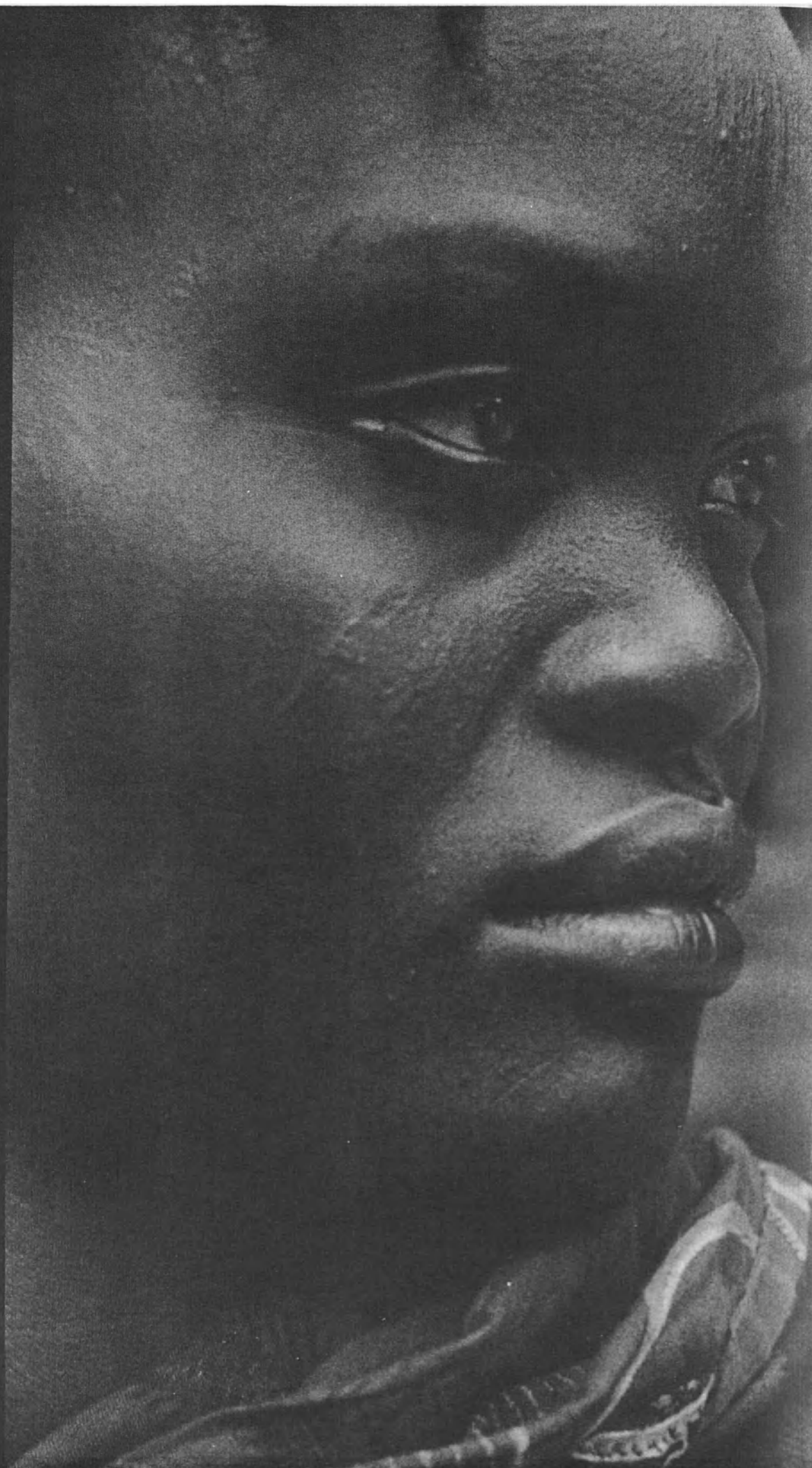
Para la extirpación total del paludismo es menester perseguir a los mosquitos en sus refugios más secretos. Ocultos en los rincones más sombríos de las habitaciones, durante el día, los mosquitos no comienzan generalmente su actividad sino en la noche para alimentarse con la sangre de las personas que duermen.

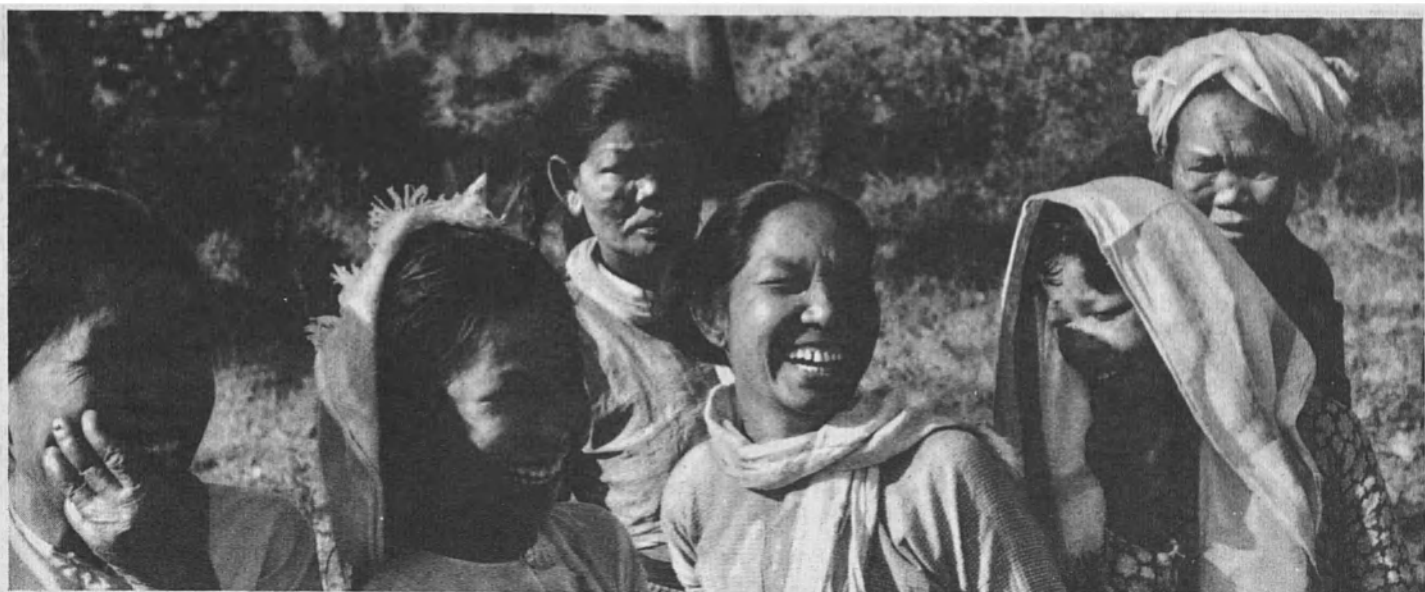
NUEVO SEMBLANTE DE LA LEPRA

YA PUEDEN REIR LOS LEPROSOS

Adama, la joven africana (derecha) acaba de saber que padece de lepra. Su situación es trágica, pero no desesperada. La ciencia médica dispone hoy de nuevas drogas para detener y, en algunos casos, curar la lepra. Durante siglos, esta dolencia había sido temida como la más espantosa que puede aquejar al ser humano; pero, en el presente, se la trata cada vez con más éxito en leprocomios y colonias como la de Schwebo, en Birmania (página opuesta) en donde existe una vida de comunidad y en donde los pacientes, después de la labor del día, pueden cantar, danzar... y reír.

Fotos © por Pierre · Pittet y Ernest Scheidegger





Un cálido y húmedo día del mes de julio de 1950 la niña Ma Boke Sone —de ocho años de edad— fué conducida a la Institución Misional de Kemmendine, suburbio de Rangún. No parecía posible que la pequeña pudiese vivir largo tiempo porque se encontraba en una etapa avanzada de la lepra. Pero, con gran sorpresa, después de tres años de tratamiento, Ma Boke Sone había mejorado notablemente gracias a los antibióticos. En 1955 habían desaparecido los síntomas de la enfermedad, así como el aspecto deforme de la paciente. Dos años más tarde, se encontraba de nuevo en medio de su familia, viviendo una existencia dichosa. Otro ejemplo de la eficacia de este tratamiento es Maung Bone, un joven de veinte años de edad, quien entró al sanatorio de Htaukyen, cerca de Rangún, en 1953. Además de los terribles síntomas que presentaba, su semblante no era sino un amasijo de tumores bulbosos. Este desventurado enfermo tiene también la esperanza de unirse con su familia en el año que corre. Y, un tercer caso, Tun Mynt, niño birmano que recibe tratamiento en la Misión de Kemmendine, ha sido salvado asimismo de una vida de dolor, desdicha y ostracismo por el tratamiento de los antibióticos.

Birmania es un ejemplo de varios países, en particular del Lejano Oriente, que se han apresurado a adoptar las nuevas técnicas debidas a los adelantos de las ciencias médicas para la cura de la lepra. En 1952, con ayuda de la Organización Mundial de la Salud, Birmania inició una campaña rural contra la lepra mediante el empleo de los antibióticos. Las ciencias médicas no sólo han suministrado un nuevo tratamiento para detener y —en varios casos— curar la lepra, sino que han estimulado un nuevo concepto del público frente al leproso: la idea de que la lepra no es contagiosa en mayor grado, por ejemplo, que la tuberculosis, y constituye una dolencia para la cual existe un tratamiento normal. Este concepto se fué formando gradualmente; pero llevarlo a la práctica fué cosa más difícil. A través de los siglos, los pueblos han odiado y temido este flagelo, el más espantoso de los que afligen al hombre, y el leproso ha sido rudamente separado de la sociedad humana. Así, el paciente se ha visto obligado a ocultar su dolencia, considerándola una desgracia. Cuando las marcas fatales no han podido

Sigue
a la
vuelta



Una enfermedad corriente

disimularse por más tiempo, la víctima ha sido expulsada de la compañía de los humanos o ha vivido «voluntariamente» en el aislamiento, escondida de la vista de los curiosos, o, en último caso se le ha dejado incorporarse a las bandas de mendigos que recorrían las ciudades y los campos.

A comienzos de la campaña, había alrededor de 6.000 casos solamente en Rangún, y los cálculos preliminares señalaban un número total de cien mil leproso en Birmania. En el presente, debido al hecho de que acuden más gentes para su tratamiento, los cálculos se han elevado a 200.000 casos. Esto significa que la proporción de leproso en Birmania —más de diez casos por cada mil habitantes— es dos veces mayor que en la India o en Tailandia y es, en consecuencia, el porcentaje más alto que existe entre los grandes países del Asia sudoriental.



La campaña se fundó sobre la nueva teoría de que los leproso solo en pequeña proporción representan un peligro de contagio para su familia o la comunidad. A la mayor parte de ellos se les puede dar un tratamiento «ambulante» en las nuevas clínicas establecidas al aire libre, sin que por eso se vean obligados a dejar sus ocupaciones normales y su vida de hogar. A esos pacientes se les da, sin embargo, instrucciones elementales para prevenir el contagio y se les trata por medio de los antibióticos modernos que no sólo detienen la enfermedad, sino que reducen los riesgos de infección.

La campaña requiere cinco fases de aplicación: formación, publicidad, investigación de los casos, tratamiento colectivo en las ciudades y tratamiento colectivo en los campos. Primeramente se necesitaron inspectores especializados en el examen de la lepra, quienes podían viajar a través del país, descubriendo y tratando los diversos casos, visitando las colonias de leproso y los sanatorios y organizando el mayor número posible de centros de tratamiento. Asimismo, se impartieron instrucciones y formación sobre el diagnóstico y tratamiento de la lepra a 250 asistentes sociales y empleados rurales de sanidad, instalados en zonas donde se desconocían los médicos. En la actualidad hay alrededor de 30 inspectores de lepra que trabajan en Birmania, y durante el año próximo se espera aumentar ese número a 36. También es importante la participación de estos asistentes e inspectores de la lepra en el programa de publicidad. Por todos los lugares por donde viajan, dirigen la palabra a la población, explicando que «no hay que tener vergüenza de la lepra y que actualmente se posee un tratamiento eficaz». La colaboración de los dirigentes religiosos de las aldeas ha contribuido mayormente al éxito de la campaña.

La formación de practicantes se llevó a cabo principalmente en Ran-

gún, en donde se abrieron las primeras clínicas para el llamado tratamiento «ambulante». Con el fin de hacer resaltar que la lepra es una enfermedad como cualquiera otra, se escogió como centro principal para su tratamiento un lugar que se encuentra junto a la clínica del Hospital General de Rangún. El primer Ministro de Birmania, U. Nu, interesado profundamente en esta campaña humanitaria, recomendó la ubicación del centro en ese lugar, y, para evitar el estigma que la superstición había dado a las palabras «lepra» y «leproso», se denominó el Centro con el nombre de «Clínica Especial para la Piel». Poco después se inauguraron clínicas auxiliares en los arrabales de la ciudad y se renovó el antiguo asilo de leproso para convertirlo en clínica moderna, de acuerdo con el nuevo programa. En 1954 recibían el tratamiento ambulante 24.000 personas, y



Foto OMS por Ernst Scheidegger

UNA VASTA CAMPAÑA contra la lepra fué emprendida en 1952 en Birmania con la asistencia de la OMS. Se estima en 200.000 el número de casos de lepra que hay en el territorio birmano, lo que representa un porcentaje mayor que el de cualquier otro país del Asia del Sudeste. En la colonia de Schwebo se distribuyeron comprimidos a base de sulfamidas a los enfermos.

más de 3.000 pacientes que habitaban en Rangún acudían regularmente a la clínica.

No obstante, todavía se necesitan colonias especiales y sanatorios de aislamiento temporal para aquéllos que sufren de la enfermedad en su etapa contagiosa. Pero, ya ha desaparecido para siempre la atmósfera del antiguo asilo, en cuya puerta se podía exclamar como en el verso dantesco. «Tú que entras aquí, abandona toda esperanza». La colonia de Schwebo es característica de las que se encuentran en la zona rural. Allí, se estimula a los pacientes para que realicen trabajos productivos y vivan en

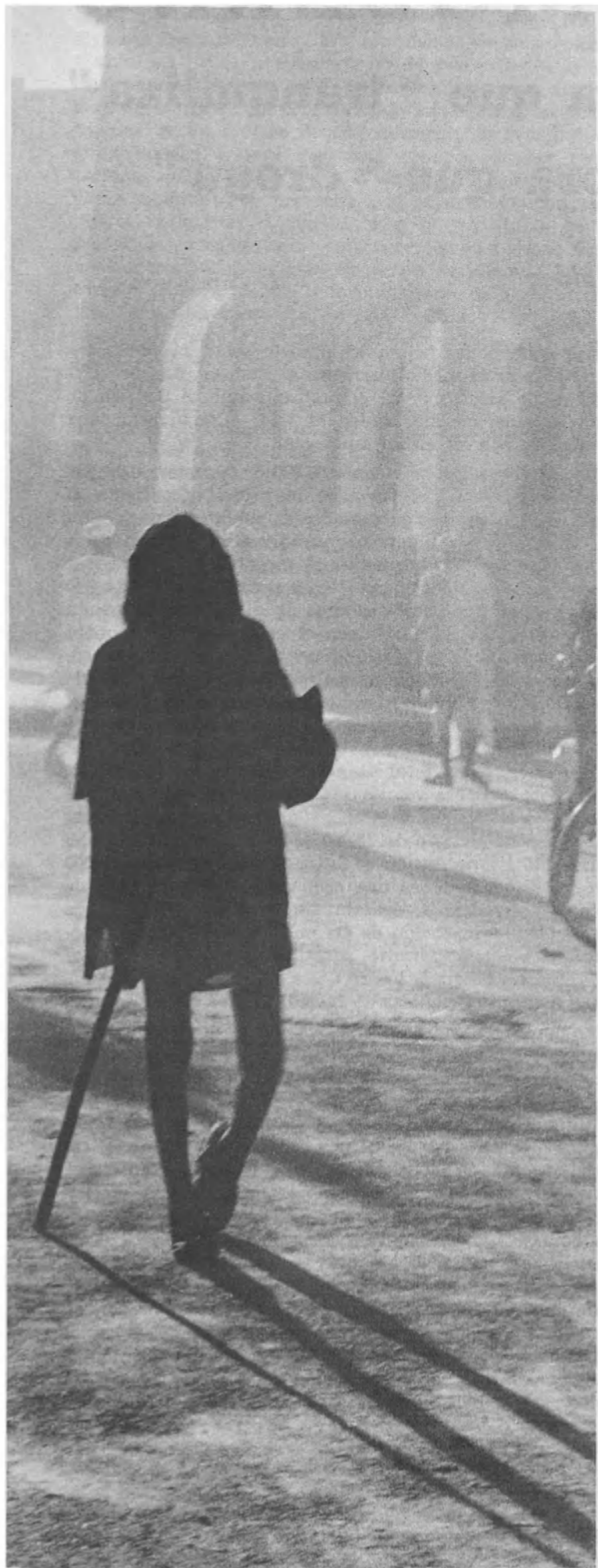
comunidad, con el convencimiento de que volverán a incorporarse a la vida normal como miembros útiles de la sociedad cuando se termine el periodo de contagio. Cerca de Rangún, se ha construido el Sanatorio gubernamental de Htaukkyan que contiene instalaciones para 500 pacientes en la etapa avanzada de la enfermedad. El frente del sanatorio da sobre una carretera muy frecuentada y muestra sobre la fachada un letrero, donde los viandantes pueden leer: «Sanatorio del Estado para Enfermedades Especiales de la Piel».



Esencial parte de la campaña es no sólo arrancar de la mente popular la idea arraigada de que la lepra es una enfermedad que no se parece a ninguna otra y cuyo desenlace es siempre fatal, sino también estimular al público para que ayude a los pacientes, después de que han dejado las instituciones de asistencia médica, y presten todo auxilio a las familias de los enfermos hospitalizados o que no pueden conseguir trabajo por causa de su dolencia. En las zonas rurales, se han fundado asociaciones de ayuda a las víctimas de la lepra, bajo los más amplios auspicios.

A fines de junio de 1957 se registraron 42.000 casos de lepra, mientras 33.500 personas recibían tratamiento. En 1954, el médico holandés enviado por la Organización Mundial de la Salud para ayudar al Gobierno de Birmania en la aplicación de su programa iniciado dos años antes, hizo adoptar un nuevo proyecto que se puso en práctica mediante los esfuerzos del Ministro de Sanidad birmano. Este año, con ayuda de la Organización Mundial de la Salud y del Unicef, se espera que el número de enfermos sujetos a tratamiento se elevará a 40.000, y, probablemente a 50.000 en las postrimerías del año 1959.

Entre los millares de birmanos que han encontrado un nuevo motivo de esperanza y que en los años pasados habían sido condenados a vivir como proscritos de la sociedad, se encuentran innumerables historias en que palpitan los sentimientos humanitarios. Maung Tun, por ejemplo, antiguo funcionario del Gobierno, sin poder soportar más la desventura de constituir una carga para su esposa y sus hijos, abandonó su hogar para convertirse en un mendigo, hasta que fué detenido por la policía y encerrado en un sanatorio para su tratamiento. Entre los casos felices se encuentra el de Ma Khin Nyunt, niña de diez años de edad, quien fué abandonada por su madrastra hace algunos años cuando los vecinos se dieron cuenta de que la pequeña padecía de lepra. Amedrentada, la niña acudió con su pequeño atado de ropas a la «Clínica Especial para la Piel», en Rangún, pidiendo con lágrimas que le concedieran únicamente un rincón donde dormir. En el presente, se ha convertido en una enfermera del «Sanatorio del Estado para Enfermedades Especiales de la Piel».



© Pierre-André Pittet

MILLONES DE LEPROSOS SALEN DE SU NOCHE ETERNA

En la bruma de la mañana, un leproso sale de la estación de una pequeña ciudad de Bengala, donde ha pasado la noche. Marcha difícilmente, ayudándose con un bastón. Uno de sus tobillos está completamente atrofiado por la enfermedad; comienza su largo día de mendigo. Como este desgraciado, millones de leprosos no han recibido las sulfamidias que les permitirán mejorar su condición. El número de casos de lepra en el mundo no fué nunca tan elevado, (diez a doce millones) porque los que antes sufrían en secreto salen cada vez más de su noche eterna para hacerse curar. En Tirumani, en el Estado de Madrás, ha sido creado por el Ministerio de la Salud de la India un Centro Medical Móvil, que visita cada año 53 pueblos y cura 14.500 enfermos. Los equipos medicales volantes están dirigidos por el gran leprólogo belga Franz Hemerijckx. Esta fotografía muestra una enfermera a la cabecera del lecho de un leproso, muy gravemente enfermo, que acaban de hospitalizar en el sanatorio de Tirumani. El equipo médico del Dr. Hemerijckx se compone de una doctora belga y de tres enfermeras, una belga, una francesa y una canadiense. Todos colaboran en la formación de enfermeros reclutados en la misma localidad. En Tirumani, como en otros centros creados por el Gobierno de la India, se organizan clases para que los enfermos no interrumpan sus estudios.

EL HOMBRE MODERNO

En un bolsillo la píldora que "tranquiliza"
y en el otro la píldora que "droga"

por Ritchie Calder

El 19 de julio de 1957, la sección de salud mental de la OMS invitó a eminentes expertos de Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Francia, India, Nigeria, Reino Unido, Suecia y Suiza, a que se reunieran en Ginebra para estudiar el uso y el abuso de las drogas en el tratamiento de las enfermedades mentales. La carta de invitación decía: «No escapan a la atención de la Organización los problemas que puede presentar, o incluso crear, el empleo creciente de «agentes psicotrópicos...» ¡«Agentes psicotrópicos»! El «calmante» en un bolsillo; la píldora «excitante» en el otro; drogas para disipar las pesadillas; drogas para los sueños; drogas para evadirse de la realidad y buscar refugio en la fantasía o, al contrario, para escapar al ensueño y volver a la realidad. Drogas que devuelven a los adultos el paraíso de la infancia, el mundo de «Alicia en el país de las maravillas».

Tal es la caricatura de un tipo de Hombre Moderno, acuciado por la prensa sensacionalista; torturado por una agitación febril; atormentado por el teléfono; alternativamente exaltado o deprimido por los gráficos de venta; en vigilia cuando debería dormir y soñoliento cuando debería estar despierto; inquieto por su presión sanguínea y mimando su úlcera del duodeno; conduciendo su vida como un automóvil de carreras a través de un tráfico intenso, frenando, acelerando, huyendo de sí mismo en su propia compañía. Tiene 2 500 millones de vecinos en el ancho mundo y vive solitario en su universo particular.



Este tipo no es único. Hay otros: los que viven sujetos a las tensiones intolerables del «trabajo en cadena»; los «oficinistas» agobiados por preocupaciones económicas y disensiones conyugales, los campesinos hambrientos y miserables que recurren al haxix o mastican hojas de coca para olvidar sus pesares.

¿Exageración? Quizá; pero símbolo también de las ansiedades, tensiones y presiones que roban a millones de seres humanos el «completo bienestar físico, mental y social» que es sinónimo de la salud, según la definición de la OMS.

Al luchar contra las enfermedades y tratar de esta-

Este artículo forma parte del Libro «Diez años de progreso», consagrado a la lucha en pro de la salud del mundo, llevada a cabo entre 1948 y 1958 y fué escrito por el científico británico Ritchie Calder. «Diez años de progreso» acaba de ser publicado por la División de Información de la OMS en Ginebra. (Precio : 0.50 de dólar; 1.50 francos suizos; 2 chelines, 6 peniques de libra esterlina.) Otros dos capítulos de la misma obra aparecen en las páginas 26 y 28 del presente número.

blecer condiciones favorables para la salud, la OMS procura adaptar el medio ambiente al Hombre. En sus actividades de salud mental el problema que se plantea de manera cada vez más aguda es éste: ¿Cómo reconciliar al hombre con su medio ambiente?

En los diez años de vida de la OMS, las nuevas drogas han revolucionado el tratamiento psiquiátrico hasta el punto de que algunas autoridades en la materia no vacilan en afirmar que la práctica, antaño corriente, de mandar a los enfermos directamente al hospital psiquiátrico es «contraria a una buena terapéutica». Convendría, al contrario, tratar a los enfermos en el hogar, con ayuda de las drogas que constituyen el primer remedio contra las psicosis agudas o, si las circunstancias no lo permiten, mandarlos a hospitales generales o a los dispensarios de esos hospitales para enfermos externos. En los Estados Unidos, donde la asistencia a los enfermos mentales cuesta 1.000 millones de dólares al año, se registró en 1956 una disminución en el total de casos psiquiátricos hospitalizados, por primera vez en 184 años, es decir, desde que existen instituciones especializadas en el país. En lugar del aumento previsto de 12.000 casos en los hospitales se registró una disminución de 8.000. Eso significa unos 20.000 enfermos menos, o sea una economía de 200 millones de dólares en gastos de tratamiento y de construcción de hospitales. La aparición de las nuevas drogas en la práctica psiquiátrica permite substituir algunas veces por sedantes y calmantes los recursos físicos: electrochoques, coma insulínico, camisas de fuerza, duchas frías, etc.

En manos de los psiquiatras, las nuevas drogas encierran un potencial benéfico, no sólo para el tratamiento clínico de enfermos psicópatas, sino también desde otros puntos de vista. Es ahora posible, por ejemplo, establecer una relación entre las teorías psicoanalíticas y ciertos fenómenos mentales debidos al uso de drogas y examinar sus repercusiones en la psicoterapia individual o colectiva. Es preciso, por otra parte, conocer las formas de acción de las drogas o, como dirían los especialistas, sus «correspondencias psicofisiológicas» y clasificarlas. Con la experiencia cada vez mayor que se tiene de su empleo podrá intentarse una evaluación tanto de sus efectos en los enfermos así tratados, como de lo que hayan de ser, en el futuro, el ambiente general y el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. Se plantea también la cuestión de saber hasta qué punto se pueden administrar sin peligro como regla general y, sobre todo, si es razonable autorizar la «automedicación».



El grupo de estudios de la OMS, reunido en Ginebra en noviembre de 1957, examinó todos esos problemas. Formaban parte del grupo personas que, por pertenecer a civilizaciones que aún no están «bajo presión», podían analizar la cuestión desde puntos de vista distintos del

farmacológico, del clínico y del psicoanalítico. Uno de los puntos del orden del día era el siguiente: «Diferencias entre los efectos de las drogas psicotrópicas según las diversas civilizaciones» y la conveniencia de su empleo.

En cierto modo, la colaboración de esos expertos es una especie de contrapartida de la asistencia técnica. La farmacología moderna, en un mundo empequeñecido por la rapidez de los medios de comunicación, se reflejará sin duda en las nuevas prácticas médicas de las civilizaciones más antiguas; pero la experiencia puede muchas veces substituir con provecho a la experimentación; esas drogas calmantes o alucinatorias no son hijas de los modernos procedimientos sintéticos; existen desde tiempo inmemorial. Siguiendo su rastro se remonta la historia y se llega incluso a la prehistoria de pasadas civilizaciones. La rauwolfia, —basa natural de calmantes sintéticos como la reserpina, la rescinamina y la deserpidina,— es una planta originaria de las faldas del Himalaya, que figuraba en la medicina ariodrauidiana y en el antiguo *Ayurveda* de la península índica. Sólo ahora empiezan los historiadores de la medicina a enterarse de la amplitud de los antiguos conocimientos de micología y de sus relaciones con las drogas alucinatorias empleadas por los sacerdotes-médicos de remotos tiempos. Además, las «condiciones de civilización» pueden producir reacciones psiquiátricas que, por su diversidad insospechada revelan, como otras actividades de la OMS, los peligros inherentes a los procesos de transplatación. Esas incógnitas son tema de reflexión para el hombre de ciencia y los problemas que plantean sólo podrán resolverse por la colaboración entre especialistas e investigadores del mundo entero.

Aparte los adelantos realizados en el tratamiento clínico de las enfermedades mentales, se ha modificado también en los últimos años la actitud del público hacia esas enfermos y hacia las personas «inadaptadas» en general. Poco a poco se ha llegado a admitir, y la OMS ha hecho todo lo posible para que así sea, que las enfermedades mentales son una realidad tan normal como puedan serlo las enfermedades físicas, y no hechos antinaturales o sobrenaturales que convenga tratar en secreto y de los que sólo pueda hablarse a media voz y vergonzosamente. Se ha llegado a comprender que para ciertos individuos las formas actuales de vida social pueden representar un peso abrumador y provocar en ellos un desequilibrio. Desde este punto de vista el enfermo mental es comparable a la víctima de un accidente de la circulación.



Ha subrayado la OMS una y otra vez que para abordar los problemas de la salud mental es preciso tener en cuenta los factores sociales tanto como los factores médicos y se ha preocupado, por consiguiente, en analizar las causas arraigadas en la estructura social. Los estudios realizados bajo sus auspicios sobre los «niños frustrados», que se convierten en inadaptados sociales, han favorecido la aparición de nuevas formas de pensamiento y de

acción. El psiquiatra clínico ve el resultado final, pero el psicólogo social concentra sus observaciones en la familia, en los grupos humanos y en los relaciones sociales que han conducido a ese resultado. La salud mental ha de ser objeto de medidas preventivas más bien que curativas.

En los estudios sobre el alcoholismo y en las campañas antialcohólicas la OMS sostiene, de igual modo, que el alcohólico crónico no es un borracho despreciable, sino un enfermo que ha de ser considerado con simpatía y tratado según ciertos principios médicos. Beber una copa en compañía, cuando no se oponen a ello las conveniencias sociales, puede ser para algunos una agradable distracción; para otros, al contrario, es la puerta de escape de la intrincada red de emociones, frustraciones y desequilibrios psicológicos que les aprisiona, primer paso hacia el alcoholismo crónico. La OMS no pretende disculpar excesos ni aprobar el alcoholismo, pero sí considera que el estudio de ese problema, cada día más grave, ha de basarse en principios racionales: el aumento del alcoholismo crónico es un síntoma de las enfermedades debidas a las tensiones del mundo moderno.



La salud no depende solamente de la medicina, sino de un estado de completo bienestar físico, mental y social

La incidencia creciente de las enfermedades mentales en los países más adelantados es un problema de salud pública de primera magnitud; la OMS, responsable ante todos los pueblos y gobiernos, debe prever la extensión del problema, puesto que las constantes transformaciones y la difusión de la tecnología imponen nuevas tensiones a pueblos que asisten a una transformación radical de sus normas culturales. La industrialización, la automatización, la energía atómica, el aumento de la productividad, que pueden ser otros tantos factores de bienestar y de prosperidad material, presentan al propio tiempo riesgos psicológicos que la OMS trata de analizar. Incluso la prolongación del período medio de vida, fruto de los progresos

de la medicina, plantea problemas preciosos y la OMS tampoco descuida, por la tanto, la asistencia a los ancianos desde el punto de vista de la salud mental.

Así, pues, en su décimo aniversario, la Organización Mundial de la Salud abre nuevos horizontes para el estudio de problemas que invitan a la acción y que muy pocos años antes el público no hubiese considerado que pudieran ser de su incumbencia, aunque en realidad lo hayan sido desde el primer día, de hecho y de derecho. Se trata, en efecto, de una organización de la *salud* y la salud no es cosa que interese únicamente a los médicos. Está relacionada con todo el proceso social y con cada uno de los individuos que participan en ese proceso. Ningún organismo internacional, ningún gobierno, ninguna sociedad puede dispensar la salud; sólo puede dar a cada uno la oportunidad de gozar de ella.

La medicina moderna acepta el hecho de que el cuerpo ejerce una acción sobre la mente y la mente sobre el cuerpo, que las tensiones mentales y psíquicas producen desórdenes orgánicos y que éstos, a su vez, producen tensiones mentales y psíquicas; de igual modo, en el concepto de salud mundial se reconoce la reciprocidad entre el individuo y el medio en que vive y se proclama el ideal del hombre completo en un mundo unido.



EDE Y LA FIESTA DE LA LUNA

El pequeño Ede Nwaegbo, de cinco años de edad, habita con sus padres en la aldea de Owo, en medio de la broza del distrito de Udi, en la Nigeria oriental. Hace algunos meses, el niño sufría de una enfermedad dolorosa y de aspecto repugnante: el pian.

La aldea de Owo es un rincón áspero y aislado. Muy pocos son los viajeros que, sin ser de la aldea, abandonan la gran carretera que enlaza Enugu con Bamenda y se aventuran por el estrecho sendero de tierra, a través de la selva tupida, franquean algunos torrentes sobre troncos groseramente trabajados y llegan a las cuarenta o cincuenta cabañas de tierra con techumbres cónicas que forman la aldea de Owo.

Los padres de Ede poseen un sembrado de yuca y algunas gallinas. Ede es el único hijo que les queda, después de haber perdido cuatro por enfermedades originadas por la mala alimentación. Cuando Ede cayó enfermo, su madre suprimió casi por completo sus salidas al mercado, para no dejarle solo, y tanto ella como su marido se apartaron de la vida de la aldea.

Los niños de Owo, siempre ocupados en ayudar a sus padres, juegan raramente en grupos. Sus únicos juegos consisten en cazar algunos gozquecillos, en halar unos

carros de madera o en arrastrar algunos tarros de conservas. Pero, Ede estaba demasiado enfermo para participar en esos juegos y, sentado en actitud melancólica, no hacía otra cosa que mirar a su alrededor. Sin embargo, no era la única persona en sufrir de esa manera. Muchos aldeanos — niños y adultos — estaban aquejados de la misma dolencia, y su cuerpo estaba cubierto de las mismas lesiones dolorosas. En esas condiciones, el trabajo rural no avanzaba y —lo que es más grave— desde hacía algún tiempo no se había celebrado la fiesta anual de la Luna.

Un día, llegó un mensajero con la noticia de que muy pronto Owo recibiría la visita de un médico que deseaba curar a los enfermos de ese lugar. La noticia no causó mayor impresión, pues los aldeanos nunca habían visto un médico y no se imaginaban que éste pudiera cambiar las cosas. Cinco días más tarde, llegó a Owo el doctor Ohicha, médico de Nigeria, miembro del grupo antipianico de la Organización Mundial de la Salud en la región de Enugu. No salió a recibirle mucha gente; pero el hombre de ciencia explicó el propósito de su visita y habló sobre la ayuda que podía prestar a los enfermos. Algunos de los vecinos más osados de Owo consintieron en someterse al tratamiento. El pequeño Ede,

acompañado de su madre, formaba parte del grupo de voluntarios que recibieron una inyección de penicilina, de efectos prolongados. Ese tratamiento hizo desaparecer la enfermedad en ocho días. Todos los aldeanos pidieron entonces ser sometidos a un examen médico: El doctor Ohicha había ganado la partida.

La fiesta de la Luna, se celebró con un júbilo extraordinario que no venía a enturbiar ninguna preocupación. De acuerdo con la tradición —de origen muy antiguo, tal vez anterior a la época de la aparición del pian en la aldea— los habitantes de Owo se pintan la piel con manchas rojas y negras. Así, la madre de Ede pintó cuidadosamente el cuerpo de su hijo con los colores rituales, extraídos de la corteza exterior de la nuez; pero, en esta ocasión las manchas más bien le proporcionaban al niño una sana alegría.

No es excepcional el caso de Ede. Se trata sólo de un ejemplo de las innumerables curaciones efectuadas, en un tiempo reducido, por los grupos ambulantes que emprenden, con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud, el tratamiento colectivo de las poblaciones africanas que sufren del terrible mal que se conoce con el nombre de pian.

“LA PESADILLA DE LOS TRÓPICOS”

La cosa comienza por una pequeña llaga insignificante en el pie o en la pierna, que se agranda, se desarrolla, se desplaza, se multiplica. Las lesiones se abren, supuran, atacan al hueso, roen como el comején, destruyendo a los seres mejor constituidos. Los pies y las manos se atrofian, las falanjes se caen. Las caras pierden todo aspecto humano para aparecer como una masa informe de carnes tumefactas, formando máscaras de pesadilla dignas de las leyendas de la Edad Media.

Esos son los efectos del pian, bautizado también « framboesia », que asola las regiones tropicales de Asia, Africa, América, Asia y Oceanía.

El pian, enfermedad contagiosa, se confundió durante mucho tiempo con la sífilis, aunque nada tiene de común con ella. La sífilis la propaga el treponema *T. pallidum*, y el pian el treponema *T. pertenue*. El ambiente predilecto del pian es el clima tropical y húmedo, en que los fuertes calores alternan con las lluvias torrenciales provocando sobre el suelo poco permeable una vegetación lujuriente. Se ha remarcado que la enfermedad disminuye durante la estación seca y aumenta durante la húmeda. Enfermedad principalmente rural, el pian se transmite por contacto con la ropa de cama o de uso interior y otros objetos tocados por los enfermos. La cuestión de saber si existen insectos que como las moscas y los mosquitos sirven de vehículo para la enfermedad, no ha sido resuelta.

Los individuos mal alimentados que viven en regiones superpobladas son mejores receptores que los otros; los campesinos que circulan con los pies descalzos en las zonas tropicales se infectan fácilmente y presentan con frecuencia lesiones en los pies; el mismo fenómeno se repitió durante la guerra entre los soldados europeos cuyo equipo de zapatos era deficiente.

Es muy difícil saber antes de la aparición de las lesiones

características si un enfermo es sifilítico o sufre del pian. El pian no es hereditario, pero un niño que nace sano de padres contaminados será contagiado desde muy jovencito sólo por vivir en contacto con sus padres.

Uno de los principales obstáculos que encuentran los médicos es la superstición. En ciertas regiones, la creencia popular supone que los hombres no pueden ser fuertes y capaces de defenderse en la lucha por la vida si no han contraído un pian muy espectacular. Los sujetos contaminados adoptan a veces terapéuticas raras, como por ejemplo tragarse una poción de serpientes, cuya piel presenta dibujos parecidos a los que deja el pian sobre la epidermis de los hombres, remedio ineficaz naturalmente. Los niños están contaminados sistemáticamente desde muy pequeños sufriendo grandes mutilaciones.

La mayoría de los enfermos prefiere las inyecciones, a veces dolorosas, antes que tragar remedios, incluso píldoras, justificando así su teoría de que « lo que no hace daño no puede ser bueno ». Hoy podemos evitar las desastrosas consecuencias del pian con un tratamiento casi milagroso: una sola inyección de una dosis específica de penicilina cura en ocho o diez días las lesiones más espantosas y su precio apenas pasa de un dólar.

La aplicación masiva de este tratamiento está asegurada gracias a las campañas lanzadas desde diversas regiones del mundo por organizaciones sanitarias nacionales con la ayuda de la OMS. En Africa, donde hay más de veinticinco millones de personas enfermas, se necesitará una decena de años para acabar con el pian, aunque los resultados obtenidos son ya remarcables. En Asia, donde la ofensiva fué lanzada hace ocho años, y donde unos quince millones de individuos sufren del pian, la obra se ha realizado ya a medias. En el Pacífico se han conseguido resultados análogos. Así, pronto habrá desaparecido esta enfermedad que llaman « la pesadilla de los trópicos ».



Fotos OMS por Eric Schwab

Estas fotos representan —a la izquierda— tres fases de la terrible enfermedad cuya cura casi milagrosa se debe a una sola inyección de penicilina. La segunda foto fué tomada cinco días después de la inyección. En la última, casi curado, Ede ha encontrado su sonrisa. A la derecha, Ede está completamente curado. El día de la “Fiesta de la Luna”, su madre le pintó manchas en el cuerpo, según una vieja tradición. La foto de la página de la derecha representa la fila de espera de los enfermos, convencidos al fin, deseosos de seguir el tratamiento.

LA POLICÍA DE LAS EPIDEMIAS difunde cada día por la radio el boletín de la salud mundial

El 18 de febrero de 1948 se transmitió desde Ginebra a las autoridades sanitarias del mundo el siguiente aviso : Egipto acaba de notificar que el cólera ha sido vencido en todo el país — *Epidnations*. Los médicos de las administraciones sanitarias podían tranquilizarse, después de cuatro meses de ansiedad; para ellos, era como si se hubiese evitado una guerra terrible. Había resistido una vez más, como desde hacía treinta años, el “muro occidental” de las fortificaciones contra el cólera asiático; pero no sin graves pérdidas. La lista de las víctimas en Egipto ascendía a 20.472.

La epidemia comenzó en El Korein el 22 de septiembre de 1947. Precedentes de todas las provincias egipcias, los mercaderes se habían congregado en la feria anual de ese centro situado en las márgenes orientales del delta del Nilo, cerca del canal de agua dulce que abastece en agua potable las ciudades y poblados de Suez. Además de esos negociantes; en las cernanías trabajaban 6.000 obreros en obras de construcción.

Tres trabajadores contrajeron el cólera; el origen de la infección nunca pudo determinarse oficialmente, pero debía situarse en una de las zonas de Oriente donde persiste esa plaga. Los enfermos contaminaron a sus compañeros que vivían hacinados en barracones y, antes de que pudieran imponerse medidas de cuarentena, viajeros, trabajadores y mercaderes fueron presa del pánico. Tan grande es el terror al cólera que huyeron de El Korein, como secularmente hicieron sus antepasados.

En vez de escapar a la plaga la llevaron con ellos. Tres días después se declararon casos en el Cairo; un día más, y la epidemia se extendía a Ismailia. En octubre, atacaba en todas las regiones del país, y eran 33.000 los casos descubiertos. La infección había atravesado la potente barrera sanitaria del Mar Rojo y del canal de Suez y, verdadera epidemia, amenazaba de nuevo al resto del mundo.

Pocas horas después de haberse reconocido la presencia del cólera en El Korein, *Epidnations* había anunciado al mundo que la enfermedad estaba en marcha. *Epidnations* es un nombre de clave, singularmente familiar desde 1923 a los administradores sanitarios de todos los países. Durante la existencia de la Sociedad de las Naciones; a través de la guerra, con el concurso de todos los beligerantes; desde que la OMS sucedió por conducto de las Naciones Unidas a la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, hasta nuestros días, *Epidnations* ha sido el santo y seña de los centinelas que velan en el frente de la enfermedad y la firma de la Sección de Cuarentena Internacional.

Cuando el cólera estalló en Egipto, la Organización Mundial de la Salud no existía aún oficialmente; todavía era una « Comisión Interina ». Ello no impidió la acción en trance de tan urgente gravedad. En aquellas primeras horas agitadas los laboratorios que preparan vacunas en diferentes países, entre ellos el Laboratorio Pasteur de París, el Instituto Lister de Londres y el Instituto Haffkine de Bombay, recibieron de Ginebra telegramas preguntándoles la cantidad disponible de vacuna contra el cólera, la cantidad que podrían producir en una semana y con qué

rapidez podrían mandarla al Cairo. La respuesta fué inmediata y eficaz. La respuesta fué el « puente aéreo contra el cólera » que marca una fecha en la historia de la medicina. En América, las reservas de vacuna se enviaron a toda prisa a los aeropuertos, al son de las sirenas de los motociclistas que abrían el camino. Los rusos enviaron también vacuna. La India, donde persiste el cólera, acudió en auxilio de Egipto. Los envíos convergían en el Cairo, hasta que se recibieron 20.000.000 dosis; lo bastante para vacunar a todos los hombres, mujeres y niños de Egipto. La tercera parte de esos envíos se componía de donativos.



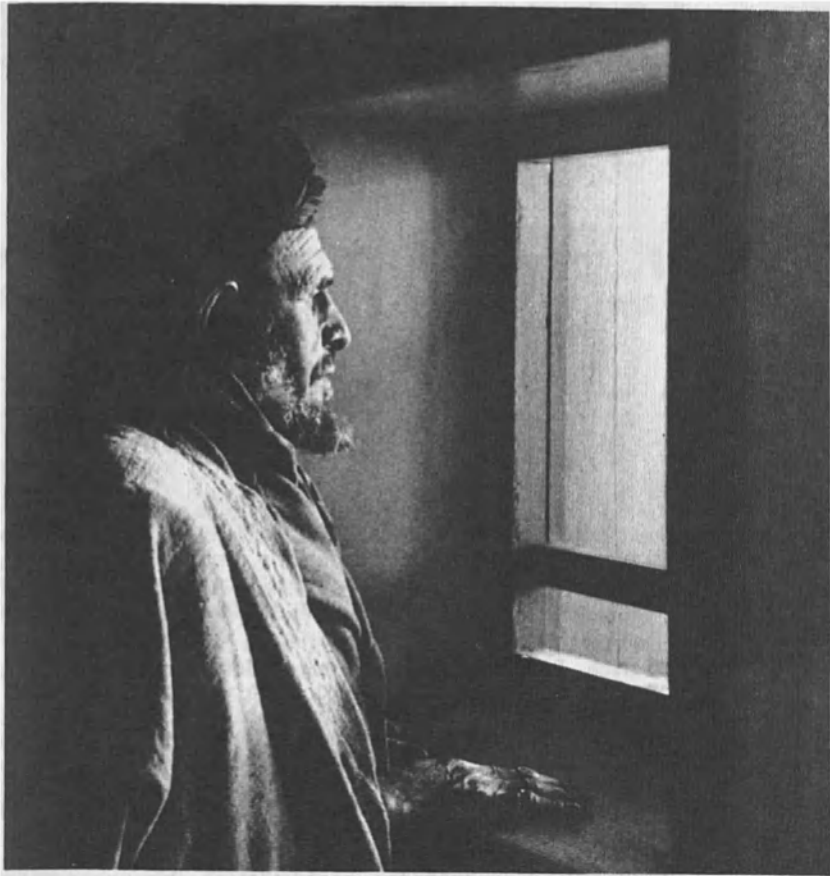
En la primera quincena de la epidemia se reunió en Ginebra un grupo de expertos, que comprendía especialistas del cólera y de los métodos de cuarentena, así como el médico que había diagnosticado los primeros casos. Ese grupo examinó de nuevo el reglamento de cuarentena, establecido 20 años antes, y estimó que permitía hacer frente a la situación; de este modo se tranquilizó a las autoridades sanitarias de algunos países que habían prohibido sin necesidad la importación de mercancías procedentes de Egipto. Un gobierno había prohibido la entrada en su territorio de cualquier persona que viniese de Egipto y fué preciso advertirle con firmeza que esa medida excedía lo dispuesto en los convenios sanitarios internacionales y equivalía a un retroceso de cien años.

Cien años antes, en 1848, se descubrieron en efecto casos de cólera a bordo del *Matto Bruzzo*, que navegaba a la altura de Génova con 200 pasajeros. Los países de ambas costas del Atlántico, uno después de otro, prohibieron que el buque atracara en sus puertos y que los viajeros desembarcaran. Durante cuatro meses tuvieron que permanecer en alta mar, hasta que por fin pudieron desembarcar en Livorno, a 18 millas del punto de partida. A consecuencia de este y otros muchos incidentes, en los que el terror del cólera había impulsado a las autoridades a aplicar medidas excesivas de cuarentena, las naciones mercantiles del mundo establecieron una cooperación internacional. Se ha dicho, con referencia a esa época, que el cólera fué el fundador de los servicios de salud pública, y es indudable que esa afirmación corresponde a la realidad en muchos países.

Cuando Egipto logró dominar el cólera, con la ayuda material del extranjero y los prodigiosos esfuerzos de sus médicos, la epidemia había dado, una vez más, saludable lección. En septiembre, cuando hizo su aparición la epidemia, sólo 19 países habían ratificado su adhesión a la Organización Mundial de la Salud, que no podía constituirse oficialmente mientras no contara con 26 Estados Miembros. Antes de sonar la señal de « fin de alerta », diez países más habían enviado su ratificación y todo estaba preparado para la Primera Asamblea Mundial de la Salud, que se reunió el 24 junio de 1948.

Para todos los fines prácticos y a pesar de las dilaciones de los gobiernos, la OMS

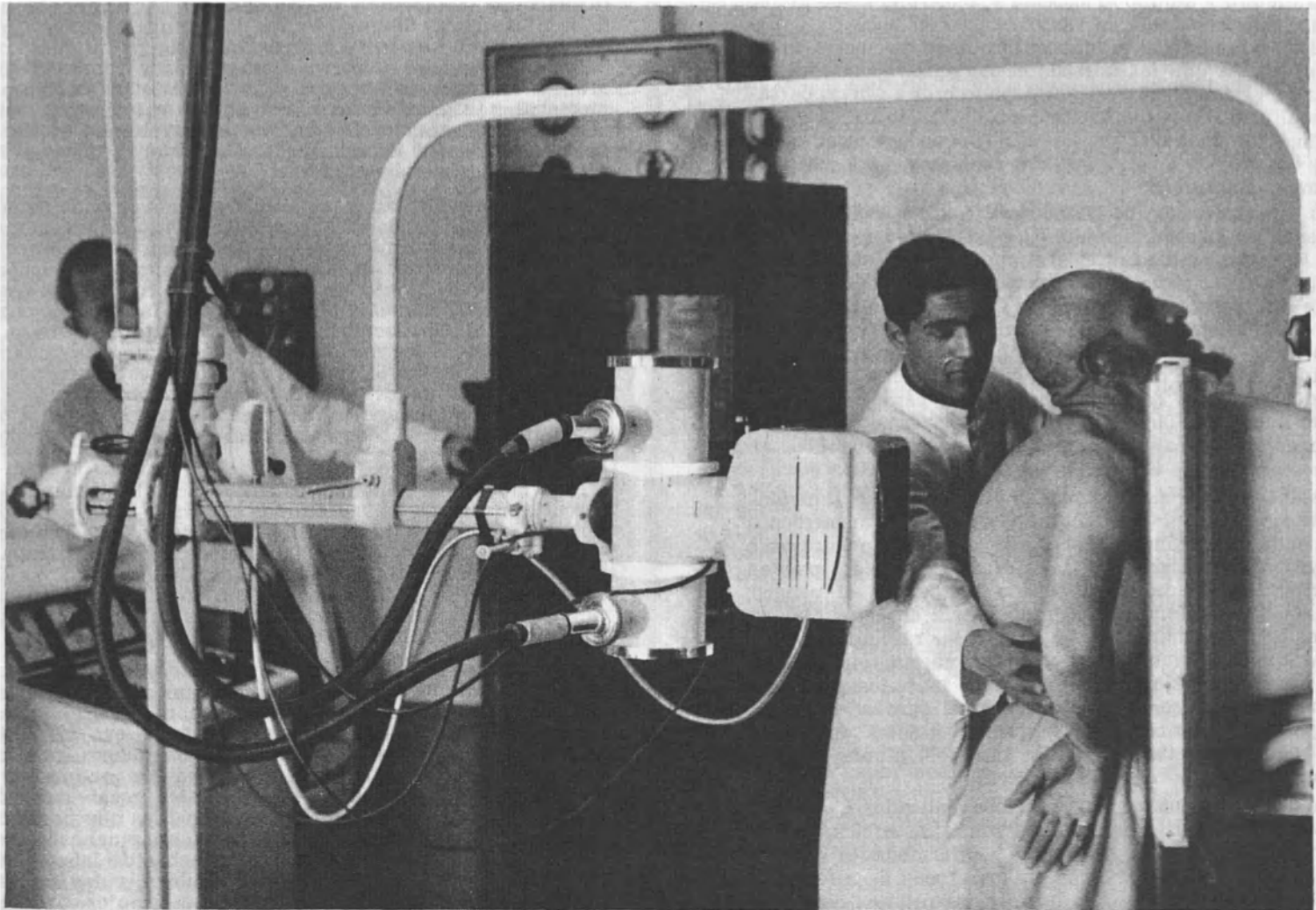
Sigue
en la
pág. 28



DE LAS SOLEDADES DEL HINDU-KUCH A LOS RAYOS X DE KABUL

Este hombre es un sacerdote musulmán (Mullah) que ha recorrido más de 300 kms. en las altas soledades del macizo del Hindu-Kuch, en Afganistán, para ir a la capital, Kabul, y curar su tos y su fiebre crónicas en el nuevo centro antituberculoso de esta ciudad. Este Centro, creado en 1953, con la ayuda de la OMS, forma también personal médico. Durante su primera visita al Centro, el Mullah recibió una carta con todas las indicaciones relativas a su tratamiento. Aquí (foto de la izquierda), espera que llenen la carta los servicios competentes. La foto de abajo representa el Mullah en el departamento de radiografía. Hay unos cinco millones de tuberculosos contagiosos en Asia. En este continente, el problema es mucho más arduo que en los otros, la enfermedad es tenaz y las nuevas medicinas, aunque remarcables, no logran vencerla. Se espera una victoria decisiva de aquí a 25 años.

Fotos OMS, por Marc Riboud



La policía de las epidemias

(Viene de la página 26)

existía sin embargo desde 1946. Las Naciones Unidas habían heredado la misión de la Sociedad de las Naciones, que incluía *Epidnations*, o sea, la lucha contra las epidemias; se había celebrado una Conferencia Internacional de la Salud y se había reconocido sin reservas la necesidad de crear la OMS. La Comisión Interina, entonces fundada, comenzó su labor con fondos anticipados por las Naciones Unidas y la UNRRA (Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas), a fin de guarnecer las líneas de defensa de la salud en un mundo devastado por la guerra y amenazado por las epidemias, siniestras secuaces de la guerra.

Epidnations, que tan rápida y eficazmente intervino cuando el cólera apareció en Egipto, era a su vez una consecuencia de las enfermedades que se desencadenaron a raíz de la primera guerra mundial.

En aquel período, había en Europa oriental por lo menos 12 millones y medio de casos de tifo, propagado por los parásitos que infestaban los ejércitos deshechos y los refugiados errantes. Para impedir la extensión de la enfermedad hacia el oeste se estableció un «cordón sanitario», verdadera frontera de la salud, entre el Mar Báltico y el Mar Negro. La Sociedad de las Naciones colaboró en la lucha y, en enero de 1922, creó centros epidemiológicos en Moscú y Varsovia. Esos centros reunieron y difundieron las informaciones con tanta eficacia que en 1923 se extendió el sistema al mundo entero.

A partir de entonces, a pesar de los trastornos políticos y de la guerra total, los servicios epidemiológicos han proseguido su labor sin interrupción: las plagas son apolíticas e incluso los beligerantes son capaces de reconocer al enemigo común. En 1948, la Organización Mundial de la Salud mejoró y amplió el sistema y aceleró el intercambio de informaciones. Su red radiofónica, con base en Ginebra, fué extendida al mundo entero, medida necesaria en una época en que los portadores de enfermedad pueden viajar en el avión más veloz. Un piojo o una pulga, portadores de tifo o de cólera, sacudido de los andrajos de un mendigo en un bazar de Oriente, puede aparecer pocas horas después en Tokio o en Oslo, en Nueva York o Moscú, Londres o Sidney.

Los transmisores de Ginebra-Prangins emiten diariamente una parte epidemiológica en ocho longitudes de onda. Emisoras situadas en el mundo entero retransmiten esas partes. Las autoridades sanitarias, los servicios médicos de puertos y aeropuertos, así como los buques en alta mar, están a la escucha de esas informaciones, como parte de su labor diaria. Se presta el mayor interés a las enfermedades sujetas a cuarentena —viruela, cólera, tifo, peste, fiebre amañilla y fiebres recurrentes— pero también se transmiten informaciones sobre otras enfermedades como ha sucedido al aparecer bruscamente la gripe asiática en 1957.

Las autoridades así informadas pueden aplicar inmediatamente medidas de cuarentena o de inspección médica a todo buque o aeronave procedente de zonas peligrosas o susceptibles de transportar enfermos. También pueden levantar esas medidas en cuanto ha pasado el peligro, lo cual no deja de tener su importancia en estos días en que los hombres de negocios deben viajar rápidamente, sin contar que un buque en cuarentena cuesta una fortuna cada día. Por asentimiento unánime de todos los gobiernos, esta red de defensas se ha extendido al mundo entero. Es indispensable mantener la vigilancia mientras perduren esas enfermedades en cualquier zona; el mundo aún no ha logrado extirparlas por completo.

Con todo, muchos son los progresos realizados. La viruela todavía es frecuente en muchas zonas de África, Asia y América del Sur, pero las demás «enfermedades cuarentenales» están atrincheradas en los «focos de infección». En 1958 puede decirse que durante los últimos diez años ningún buque o avión ha introducido en un país un solo caso de enfermedad cuarentenal —con excepción de la viruela— que haya producido infecciones secundarias.

R. C.

LOS "MEDICAMENTOS-MILAGRO" Y SUS PELIGROS

El 19 de mayo de 1950, la Tercera Asamblea Mundial de la Salud aprobó oficialmente la publicación de la *Pharmacopoea Internationalis*, cuyo primer volumen estaba ya preparado para la imprenta. Nadie prestó gran atención a esa noticia, que es inútil buscar en la primera plana de los periódicos de entonces; los historiadores no consultarán la obra para descubrir, en la página 11, que el *Acidum acetylsalicylicum* podía ser el remedio contra las jaquecas políticas de aquella época.

La noticia, sin embargo, era a la vez de actualidad e histórica. Los médicos, más enterados, comprendieron su importancia. Las ciencias médicas progresaban sin cesar y los farmacólogos adelantaban con más rapidez aún que los médicos. Los enfermos, alentados por una Prensa que hablaba de «drogas milagrosas» —compuestos de sulfamidas, como el sulfatiazol; antibióticos, como la penicilina; hormonas, como la cortisona— estaban a la espera de la «magia blanca» de los facultativos, y eso en el mundo entero. La situación era completamente nueva. Todas las civilizaciones, incluso las prehistóricas, han tenido sus drogas tradicionales. Muchos países han contado con una farmacopea, compendio de combinaciones y pruebas de diferentes drogas. Hace mil años, los chinos elaboraron el *Neiching*, canon de la medicina. Los antiguos hindúes, los babilonios, egipcios y persas, los griegos y romanos, los árabes, los indios americanos y los boticarios de la Europa medieval, han aportado al acervo común sus hierbas y sus metales. A fuerza de observación, aprovechando el fruto de la experiencia, habían medido su valor y dispensado los beneficios de sus virtudes.

En la primera mitad de este siglo, cuando se pudo determinar con más precisión el comportamiento de los microbios en el organismo humano, se elaboraron vacunas, sueros y antitoxinas que ayudan a repeler la infección. El mejor conocimiento de las glándulas endocrinas permitió producir extractos biológicos, como la insulina para los diabéticos. El descubrimiento de las vitaminas puso a la disposición de los médicos una nueva gama de sustancias. Ehrlich descubrió que ciertos colorantes tienen afinidad por determinados organismos y su *salvarsan*, remedio contra la sífilis, inauguró una nueva era en la historia de la quimioterapia: las drogas podían «hacerse a medida» en los laboratorios.

Pero la brecha principal se abrió hacia 1935 cuando el descubrimiento de las sulfamidas confirmó el principio de Ehrlich, según el cual es posible luchar contra los microbios en el organismo humano; los médicos se encontraban ya en condiciones de atacar las causas del mal en vez de tener que limitarse a aliviar sus síntomas. A estos medicamentos siguieron la penicilina y otros antibióticos, todos ellos destinados a luchar contra causas específicas.

Al terminarse la segunda guerra mundial, las ciencias médicas y químicas habían producido un arsenal de nuevas armas farmacológicas. La dominación, por fin lograda, del hombre sobre sus enemigos invisibles, era un éxito indudable, pero la multiplicación y el uso generalizado de las nuevas drogas entrañaba un peligro. La producción y el empleo de los remedios tradicionales gozaban de la garantía de una larga experiencia; no así los nuevos medicamentos, administrados y fabricados en muchos países diferentes, donde las normas y las pruebas de laboratorio no siempre eran las mismas. Los médicos y los farmacéuticos tenían que aceptar su valor con los ojos cerrados, no por experiencia propia.



Fotos OMS

Muchas farmacias quieren conservar una parte del aspecto tradicional que guardan desde hace decenas de años (foto del centro). Sin embargo, entre el arte del farmacéutico de hoy y el de hace dos siglos hay la misma diferencia que entre la reciente publicación de la "Pharmacopoea Internationalis", de la OMS (a la izquierda, edición francesa) y la primera obra de este género, el "Codex Medicamentarius seu Pharmacopoea Parisiensis", edición de 1768.

Una farmacopea internacional era indispensable. Varios fueron los intentos de preparar una obra semejante durante el siglo anterior. Se había llegado a acuerdos limitados sobre algunas drogas muy activas y sobre los métodos de ensayarlas y administrarlas, pero a ninguno de carácter general. Verdad es que se disponía de excelentes farmacopeas nacionales, pero las especificaciones podían variar según los países; en un mundo en que los viajes eran cada vez más rápidos, una receta podía significar cosas muy distintas de un país a otro y las drogas aceptadas por un país quizás estuvieran prohibidas en el vecino. La nomenclatura también variaba y las marcas registradas aumentaban la confusión.

La Organización Mundial de la Salud se aventuró en tan difícil terreno. Aparte la cuestión de las susceptibilidades nacionales, la farmacología se había convertido en una poderosa industria y las grandes firmas miraban con desconfianza, como es natural, toda intervención que pudiese redundar en perjuicio de sus productos o limitar su libertad de acción. Incluso desde el punto de vista del trabajo de laboratorio, era una singular empresa querer determinar, comprobar, verificar y definir las sustancias básicas y aplicar normas uniformes relativas a la inocuidad, pureza y grado de actividad de productos biológicos, farmacéuticos o de otra clase.

Desde un principio, la OMS precisó repetidas veces que no tenía ni la facultad ni la intención de imponer su farmacopea, destinada únicamente a ser un documento de base; los gobiernos o las comisiones farmacológicas nacionales son libres de aceptar o de rechazar las recomendaciones que contiene.

En el primer volumen figura un mayor número de drogas tradicionales que de medicamentos nuevos; en el segundo se invierte la proporción y el suplemento general trata sobre todo de las innovaciones más recientes. La popularidad de las drogas modernas entre los médicos puede ser de corta duración; un nuevo descubrimiento, o una variante, resultará más eficaz, o de efectos más persistentes, o más inocua, y en poco tiempo sustituirá a sus predecesores.

Otra causa de incertidumbre residía en el empleo de marcas registradas que se añadían a los nombres comerciales. No tardó en advertirse que, en el plano internacional, era preciso emplear denominaciones comunes que pudieran tener validez universal; en la actualidad se trata de proponer de antemano una denominación común para cada nuevo producto. Se trata, una vez más, de decisiones sin fuerza legal. A pesar de ello, en la práctica este procedimiento da resultados satisfactorios, gracias a la buena voluntad de los gobiernos, de los farmacólogos y de las empresas industriales. Las dudas y desconfianzas de hace diez años han desaparecido por completo. Más de 40 far-

macólogos éminentes de diversos países han puesto libremente sus laboratorios y sus servicios personales a la disposición de la OMS, y los temores de las empresas comerciales han cedido el paso a una colaboración plena y confiada.

Como protección suplementaria, en mayo de 1957 la OMS estableció en Estocolmo un centro de sustancias químicas de referencia. En ese centro, la *Apotekarsocieteten* conserva sustancias químicas auténticas que distribuye a los gobiernos o fabricantes que desean proceder a pruebas comparativas.

Este establecimiento se añade a la lista de los centros de la OMS que tratan de normas biológicas, grupos sanguíneos, y los virus de salmonella, shigella, escherichia e influenza. Esos centros forman sólo una parte de una red de laboratorios que colaboran entre sí. Se cuenta actualmente con seis laboratorios regionales sobre la poliomielitis; distribuidos entre 46 países, dedicados a comprobaciones constantes sobre el virus de la influenza.

En 1957, cuando quedó terminado el Suplemento a los dos volúmenes de la primera edición de la Farmacopea Internacional, la Organización Mundial de la Salud tuvo que estudiar un nuevo método para resolver el problema planteado por la multiplicación de las drogas. La preparación de un volumen impreso dura mucho tiempo, sobre todo cuando cada detalle ha de ser comprobado una y otra vez por 40 expertos diseminados por el mundo entero. El grupo de estudios de 1956 señaló con razón que, en ciertos casos, cuando llega el momento de la publicación, es posible que el producto se emplee mucho menos o incluso que ya no se emplee. Para evitar esos retrasos, se propuso que la Organización publicara, en hojas sueltas, las informaciones disponibles sobre los nuevos productos, basándose en las fuentes más seguras, a fin de facilitar a los médicos y farmacéuticos de todos los países un análisis exacto de las nuevas preparaciones y de los métodos de ensayo.

Los resultados han sido únicamente posibles gracias al concurso sin reservas que los expertos de todos los países han prestado a la Organización. Hoy en día la OMS mantiene una colaboración estrecha y activa con cerca de 1800 instituciones y laboratorios científicos. La colaboración de la gran mayoría de ellas es voluntaria, al servicio exclusivo del progreso científico y del bienestar de la humanidad. El mismo espíritu inspira al millar de hombres de ciencia que están siempre dispuestos a prestar sus servicios en los comités de expertos.

Durante los diez primeros años de su existencia, la Organización Mundial de la Salud ha establecido, una confianza mutua entre cuantos se dedican a esta labor común. En los servicios que la Organización presta reside la justificación de los concursos desinteresados que encuentra

R. C.

HECHOS Y CIFRAS

Un molusco amenaza a 150 millones de personas

Con ayuda de la Organización Mundial de la Salud, se ha emprendido en varios países la lucha contra una de las enfermedades más mortíferas y tenaces. Se trata de una fiebre transmitida por ciertos moluscos —en términos médicos, esquistosomiasis o bilharziasis— y se calcula en 150 millones el número de las personas atacadas por esta enfermedad en Asia, África y América Latina. La causa de la bilharziasis es la presencia en el cuerpo humano de gusanos parasitarios que se alimentan de la sangre. Los moluscos de agua dulce contribuyen a transmitir la enfermedad, ya que en ellos los gusanos depositan sus huevos y sirven como receptáculo de los embriones y llegan a contener hasta 200.000 larvas que atacan al cuerpo humano penetrándolo por la epidermis. Durante siglos, esta fiebre ha sido un azote. Se han encontrado huevos de este gusano en momias egipcias que datan de 2.000 años antes de Cristo. Las autoridades médicas de Egipto afirman que la bilharziasis es «la más grave y ruinosa de las enfermedades» en su país y que afecta a más de la mitad de la población de 19 millones, lo que cuesta a la nación ochenta millones de libras por año.

Carreteras ávidas de sangre

El riesgo de muerte en las carreteras de Europa es 10 veces mayor en automóvil que en ferrocarril o en avión. En 1955, el número total de accidentes mortales, en 14 países de la Europa occidental fué de 35.000 y el de las personas lesionadas en esos accidentes llegó a más de 600.000. Desde entonces, el número de vehículos que circulan por las carreteras de Europa ha aumentado un 12% cada año. Cifras recientes de casos mortales, por cada cien millones de kilómetros de carretera, recorridos por vehículos, indican: 18 personas en Europa occidental, 10 en la Gran Bretaña y menos de 5 en los Estados Unidos de América. Las causas de los accidentes en las carreteras europeas han sido principalmente: faltas de los conductores (20 %); faltas de los



Foto OMS - Incap

UN CÍRCULO : BOCIO. Las investigaciones emprendidas por el Instituto de Nutrición de la América Central y de Panamá (Incap), el impulso, que le han dado a los esfuerzos realizados en materia de nutrición por los países de esta región y, en fin, la enseñanza que han dispensado son un precioso instrumento al servicio de la OMS. El beneficio de esas actividades se hace sentir también en otras regiones del mundo aún insuficientemente desarrolladas, en las que los problemas de nutrición se presentan en términos análogos. Este clisé (el círculo señala el bocio) fué tomado durante una encuesta que mostró que este tumor constituye un grave problema para la salud pública en cada uno de los seis países miembros de la Incap. Entre otras medidas, echar todo en la sal de cocina debe permitir vencer radicalmente esta endemia.

ciclistas y peatones (5%); vehículos defectuosos (5%); malas carreteras (70%).

¿ De qué mueren los médicos ?

La duración de la vida de los médicos corresponde a la de la población en general, según un estudio último efectuado en los Estados Unidos de América. No obstante, es algo sorprendente la frecuencia, entre los médicos, de las enfermedades cardiovasculares. Esta clase de dolencias causan la muerte de dos facultativos, de cada tres, mientras la proporción para los varones en general es de uno por cada tres. Según el mismo estudio el cáncer es la segunda enfermedad que origina la desaparición de los médicos norteamericanos, causando la muerte de uno de cada seis.

En guardia contra la viruela

El año 1957 fué un mal año de viruela. Ascendieron a 120.000 los casos notificados (el 70 por ciento de ellos en Asia) mientras en 1956 sólo se registraron 85.000. El mundo ha conocido, por supuesto, brotes epidémicos más vastos y mortíferos, pero la enfermedad no ha perdido sus capacidades para movilizarse y atacar a las personas desprevenidas que no se encuentran protegidas por la vacuna. Hoy la viruela persiste en muchas zonas de Asia, África y América del

Sur. Fuera de esas zonas son varios los países en donde la enfermedad puede considerarse como extinguida, aunque es allí precisamente en donde hay posibilidad de que se manifiesten nuevos brotes. Una de las razones para ello es la dificultad de reconocer inmediatamente los síntomas de la enfermedad; otra causa consiste en que varios países están ahora menos protegidos por la vacuna que en el siglo pasado. La viruela no ha sido derrotada definitivamente, y las autoridades sanitarias de todos los países deben hallarse alerta para combatirla en tanto exista en cualquier lugar del mundo.

Los viajes aéreos y la salud

El año último, noventa millones de personas viajaron por el aire a través del mundo, mientras en 1937 la cifra de viajeros por avión fué únicamente de dos millones y medio. Se espera que en 1958, el total de personas que realicen viajes aéreos llegará a cien millones. Este incremento asombroso en los viajes por avión va a hacer muy pronto insuficientes las instalaciones de varios aeródromos internacionales particularmente en relación con las condiciones sanitarias. Este problema se discutió recientemente, en Ginebra, en la primera reunión del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre la higiene de los aeródromos internacionales. Los

reglamentos internacionales de sanidad ya formulados por la OMS se refieren a enfermedades que requieren cuarentena como la viruela, el cólera, la fiebre amarilla, etc. y sobre asuntos tales como el suministro de agua, destrucción de las basuras, eliminación de los insectos, ratas y otros conductores de microbios.

Dolencias típicas de los directores de empresas

Son frecuentes las úlceras pépticas entre el personal de dirección de más de 50 años de edad. Los casos llegan a un 78,43 por ciento mientras la misma dolencia entre los empleados de otras categorías y de la misma edad alcanza sólo a 23,56 por ciento, según un estudio efectuado en los Estados Unidos de América. Asimismo, una encuesta entre 5.000 miembros del personal director de 30 compañías norteamericanas, grandes y pequeñas, demostró que —entre los 40 y 65 años— 51,3 por ciento de ese personal sufría de hipertensión, cardiopatías orgánicas, obesidad, diabetes, prostatitis, hernia, anemia, etc.

Trampas mortales en el hogar

Las muertes accidentales preocupan cada día más a las autoridades de salud pública, ya que son, a menudo, la causa principal de defunción entre los niños y adolescentes, sobre todo hoy en que la medicina preventiva ha conseguido reducir la pérdida de vidas ocasionada en tiempos anteriores por las enfermedades infecciosas y parasitarias. El cuarenta por ciento de los accidentes mortales entre los niños de uno a cuatro años de edad ocurre en el hogar o en sus inmediaciones. Es frecuente el caso en que se deja al alcance de los niños píldoras que contienen sustancias peligrosas, pero que se encuentran envueltas en una capa de azúcar. En ocasiones, los niños mastican tabaco o cigarrillos imitando a los mayores que fuman, y son víctimas de envenenamiento por la nicotina. Los enchufes eléctricos son tentadores e invitan a jugar con ellos; pero son muy peligrosos y causan a veces accidentes mortales.

Extensión de las enfermedades mentales

El problema de las enfermedades mentales afecta particularmente a los países más desarrollados desde el punto de vista económico. Se ha calculado que en algunos de esos países existe una proporción de 20 por mil, de esa clase de enfermos. No obstante, en la mayoría de los países en Europa, por ejemplo, se dispone de un número muy reducido de lechos en las Clínicas para enfermedades mentales: de uno a cuatro lechos por cada mil habitantes. Hasta hace unas pocas décadas, los enfermos mentales necesitaban de cuidados durante toda su vida. Hoy, los nuevos métodos, la insulina, el tratamiento electroconvulsivo, y las drogas tales como la Chlorpromazine, han conducido a un concepto más optimista en la esfera de la terapéutica y a la afirmación de la posibilidad de una cura permanente para muchos de esos desventurados cuyo caso anteriormente no ofrecía esperanza.

Significado de las letras OMS

La fundación de la Organización Mundial de la Salud, en 1948, coronó una larga serie de esfuerzos emprendidos a través de los siglos para impedir que las epidemias se propagasen de un Continente a otro y mejorar la salud del mundo mediante la cooperación internacional.

Después de la Segunda Guerra Mundial, al aprobarse en San Francisco de California la Carta de las Naciones Unidas, en 1945, el Brasil propuso que se incluyera en la Carta *la Salud*, como uno de los factores indispensables de la estabilidad y el bienestar, esenciales para la paz del mundo.

La Organización Mundial de la Salud se creó durante el año siguiente, en Nueva York, en una conferencia internacional convocada con este propósito por las Naciones Unidas, y fué absorbiendo gradualmente los organismos sanitarios internacionales ya existentes.

En abril de 1948, el número de países que habían ratificado su condición de miembros de la OMS era ya suficiente para que ésta iniciase su vida oficial y, en junio del mismo año, se reunió por primera vez la Asamblea Mundial de la Salud.

En el presente año de 1958 —su décimo aniversario— la OMS puede registrar un extraordinario progreso en su alcance y actividades. De 26 Estados Miembros que la formaban en abril de 1948, el número ha subido a 88 Estados Miembros en la actualidad, mientras que su presupuesto —constituido por las contribuciones de los Estados Miembros— inferior a 5 millones de dólares hace diez años, ha llegado ahora a la cifra de 13.500.000 dólares.

En 1948, la cooperación directa con los Gobiernos en forma de misiones integradas por personal internacional y proyectos para realizarse «sobre el terreno» era una idea nueva y casi revolucionaria. Hoy, la Organización Mundial de la Salud cuenta con 500 profesores, médicos, enfermeras y demás empleados sanitarios sobre el terreno y presta su ayuda, de una u otra manera, a 700 proyectos de sanidad en 120 naciones y territorios.

Con el fin de adaptar su programa a las más variadas necesidades, la OMS ha fundado seis organizaciones regionales con sus respectivas Oficinas: para África, en Brazzaville, África Ecuatorial Francesa; para América, en Washington, Estados Unidos de América; para el Asia Sudoriental, en Nueva Delhi, India; para Europa, en Copenhague, Dinamarca; para el Mediterráneo Oriental, en Alejandría, Egipto; y, para el Pacífico Occidental, en Manila, Filipinas.

En Ginebra —verdadero centro nervioso de la actividad sanitaria internacional— se coordinan los programas regionales en un solo programa de la OMS con su respectivo presupuesto, estudiado y discutido por la Asamblea anual de la Salud Mundial que aprueba en última instancia el programa de la Organización para el año siguiente.

La cooperación que la OMS ha prestado a los Gobiernos durante sus diez primeros años de existencia ha tenido como finalidad: robustecer los servicios nacionales de salud pública; establecer y mantener servicios de epidemiología y de estadística; combatir las enfermedades epidémicas y endémicas; mejorar la salud de la madre y del niño; velar por la salud mental y fomentar la sanidad y la asistencia médica preventiva y curativa.

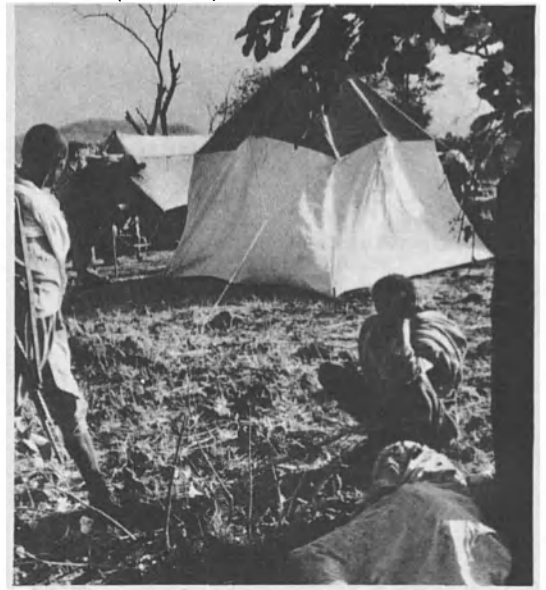
Los Estados Miembros de la OMS benefician de los servicios técnicos de esa organización (información epidemiológica, cuarentena internacional, estadísticas sanitarias mundiales, normalización de las sustancias terapéuticas y publicaciones técnicas) así como de los programas de formación de personal y concesión de becas (6.396 becas otorgadas a personas dedicadas al ramo de la salud pública, originarias de 149 países).

El trabajo cotidiano de la Organización Mundial de la Salud es llevado a cabo por unos 850 funcionarios internacionales de 54 nacionalidades diferentes, asignados ya sea a la Sede, en Ginebra, o ya sea a las Oficinas Regionales o los «programas de campo» que se realizan en todos los Continentes. El primer Director General de la OMS fué el Dr. Brock Chisholm (Canadá). En la actualidad, desempeña las funciones de Director General al Dr. M. G. Candau (Brasil).

EL MÉDICO QUE NO TENÍA MÁS QUE "ENFERMOS DE UN DÍA"



EL EQUIPO SANITARIO móvil de la OMS en los caminos de Etiopía (a la izquierda). Los primeros enfermos esperan los cuidados del doctor antes de que el campamento esté completamente instalado. Una mujer, extenuada, se desvanece. Su marido la vela (a la derecha). La tuberculosis debida a la subalimentación es frecuente en las altiplanicies etíopes. En la foto de debajo, el doctor ausculta una habitante del pueblo.



Fotos OMS

Pocos médicos cumplen una misión tan difícil como la que el Gobierno de Etiopía y la Organización Mundial de la Salud le han dado al doctor Russell, un neozelandés. Es el jefe de un equipo sanitario móvil, que actúa en los confines de Etiopía y el Sudán. El equipo tiene como misión primordial hacer una encuesta para saber, por primera vez, de qué sufren y mueren los campesinos de Etiopía. Los resultados permitirán establecer una sólida organización sanitaria. Por eso los cuidados que prodiga el Dr. Russell son efímeros. Sin poder esperar los resultados del tratamiento que les hace a sus enfermos de un día, tiene que plegar su tienda de campaña y marchar al próximo pueblo, porque su encuesta no tendría valor sin alcanzar un gran número de pacientes.

El material del Dr. Russell se compone de dos Land Rover, un Bedford de 6 toneladas, tiendas de campaña, millares de dosis de penicilina, vacunas contra la viruela, el tifus y la rabia, ampollas de vitaminas, píldoras contra la malaria y los parásitos intestinales, aspirina, leche en polvo, vendajes, etc.

«La dificultad de un equipo móvil —dice el Dr. Russell— es ser móvil.»

En efecto, el Dr. Russell se desplaza por los senderos guijarrosos, a pie muy frecuentemente, seguido de algunos asnos, que llevan el equipo de campo y los medicamentos.

Los resultados del trabajo del Dr. Russell serán de una importancia capital para el porvenir de Etiopía, que tenía el año pasado sólo 7 médicos etíopes y unos 150 médicos extranjeros, de 15 nacionalidades diferentes, que no hablan generalmente más que uno de los 10 dialectos del país. Es decir, no había más que un médico por 100.000 habitantes para todo el país.

Instalado en un pueblo, sentado delante de su verde y blanca tienda de campaña el Dr. Russell llama a sus enfermos. En general son todos los habitantes del pueblo, sus enfermos; enfermos de malaria, de sífilis, de tuberculosis, de tifus, de rabia, de lepra, de toda la gama de las enfermedades intestinales; y anémicos. La mayor parte sufre de varias de estas enfermedades. Impasible, «el Doctor Tran-

quilo» toma notas y fuma su pipa. Sabe que, desgraciadamente, no puede curar por completo a esos desgraciados sino disminuir sus sufrimientos, gracias a los medicamentos modernos que distribuye; pero dentro de unos meses, las conclusiones de su encuesta permitirán que el Gobierno de Etiopía organice, sobre bases sólidas y permanentes, los servicios sanitarios de que tan urgente necesidad tienen los habitantes de estas regiones.



Los lectores nos escriben

TESOROS DE ARTE

Deseamos felicitar al señor Director y a sus colaboradores por el magnífico número de « El Correo de la Unesco », correspondiente al mes de diciembre, dedicado a los « Tesoros del Arte Mundial ». La calidad del material gráfico es excelente, en especial las reproducciones en colores, aunque los artículos no le van en zaga. Merece destacarse por su calidad y minuciosidad la colaboración de Yvonne Tabbush, titulada « Bonampak, los muros pintados de los mayas ». Como instrumento de educación popular, « El Correo de la Unesco » cumple enteramente su cometido, y aun va más allá pues no sólo el profano encuentra en la revista artículos de verdadero interés, sino que también el estudioso halla datos para completar sus conocimientos. Aunque comprendemos que lo más adecuado para una revista de este tipo es presentar la escultura, la pintura y las ciencias para acompañar los artículos con ilustraciones gráficas, que permiten la mejor comprensión de los mismos, lamentamos el poco lugar que en la revista ocupa lo referente a la música.

Luis F. Cigarran

Campana 140
Buenos Aires (Argentina)

PROTECCIÓN A LOS NIÑOS

En el artículo del Sr. Almas sobre « Los derechos de 900 millones de niños » publicado en « El Correo de la Unesco » de Octubre pasado se silencia totalmente cuanto se refiere a España. La Revista de Protección de Menores n°55 contiene gran parte de las referencias a la legislación sobre Tribunales Tutelares de Menores que existen en todas las provincias españolas. Históricamente había que acudir al Fuero Real, Leyes de Partida, Institución de Padres de Huérfanos y especialmente a la Cédula del Consejo de 12 de Julio de 1771 recogida en la Novísima Recopilación para encontrar los antecedentes de nuestra preocupación por la infancia desvalida. La Ley de 1904 creó los organismos de protección a la infancia y la Ley de 1918 creó los Tribunales Tutelares de Menores. Sólo en las Instituciones de esta Obra hay acogidos cerca de sesenta mil niños y niñas en Internados, mediopensionados, guarderías, colegios de reforma, casas de observación, casas de familia, granjas agrícolas, etc. Existen otros organismos oficiales y numerosos centros de la Iglesia que se ocupan de los niños, atendiéndolos desde antes de su nacimiento hasta su mayoría de edad. Están prohibidos todos los castigos corporales y en los centros de menores que requieren educación especial se utilizan los métodos psicopedagógicos más avanzados. La labor que realizan las Juntas de Protección de Menores y el Ministerio de Educación Nacional de carácter preventivo y educativo han reducido el índice de la delincuencia juvenil hasta obligarnos a transformar algún Centro de reforma en protección. La legislación sobre enseñanza es ejemplar.

Desde 1535 existe en España con carácter legislativo la preocupación por lo social. El pasado verano se dictó una nueva disposición sobre el trabajo de la mujer y los menores que es de las más avanzadas de cuanto está legislado en materia laboral en el mundo.

Cándido Martín Álvarez

Ministerio de la Justicia
Consejo Superior de
Protección de Menores.
Madrid (España)

ESCRITORES ESCANDINAVOS

He leído con gran interés el número de « El Correo de la Unesco » dedicado al tema « Grandes Autores de Oriente y Occidente » (junio de 1957) y particularmente el artículo de M. Arrhe « Un programa editorial de más de Cien Obras ». Al leer la lista de libros publicados en inglés, se me ocurren algunas indicaciones que me permito hacer. ¿Por qué no incluir en la Colección de Obras de autores ya desaparecidos los libros de Karl Ijellerup y Henrik Pontoppidan, escritores daneses, ganadores del Premio Nóbel de Literatura en 1917? No se pueden conseguir sus obras en inglés o en francés. Asimismo, el nombre de Juhani Aho es altamente estimado en las letras finlandesas. Infortunadamente, los libros de Nicolay S. Leskov son raros en inglés. Como uno de los clásicos rusos, Leskov, merece la traducción. En la conocida obra de Mirsky sobre la literatura rusa, se afirma que Leskov « es reconocido generalmente por los rusos como el más ruso de sus escritores y el que posee un conocimiento más amplio y profundo de su pueblo ». En la lista de escritores contemporáneos que se ofrece en el mismo número de la revista he reparado en un escritor sueco traducido al inglés, y un noruego traducido al francés, dentro de la Colección de la Unesco. Sin faltar al respeto a la literatura sueca, creó que con Pär Lagerqvist, Peter Nisser, Vilhelm Moberg, Frans Bengtson y Harry Martinson — todos traducidos al inglés — la lengua sueca no podría colocarse entre las de pequeña difusión. Sin embargo, resalta la ausencia de escritores finlandeses. Ninguna de las obras de Frans Emil Sillampaa, ganador del Premio Nóbel en 1939, se halla traducida al inglés. También parece que Heikki Toppila, Toivo Pekanen, Unto Sepänen y Pentti Haanpä están cansados de esperar detrás de la « barrera de la traducción ».

Howard L. Landon

Bedford, Indiana,
Estados Unidos.

N.D.L.R. — *La Unesco reconoce la importancia de las traducciones de las lenguas escandinavas, particularmente el finlandés. No obstante, por cierto tiempo su atención deberá concentrarse en traducciones de las lenguas de Asia. Entre los proyectos futuros se cuenta una traducción del finlandés.*

« El Correo de la Unesco » llena un vacío en las ediciones de revistas internacionales. Sin menoscabar el valor de otras publicaciones, « El Correo de la Unesco » lleva un mensaje cultural científico a todos los pueblos del mundo, sin la propaganda politiquera que por desgracia sufre hoy la humanidad entera. Creo que « El Correo de la Unesco » cumple una función humana : la de acercar los pueblos de la tierra. Mucho me satisfizo cuando leí que sus ediciones se imprimen en cuatro idiomas que abarcan grandes campos lingüísticos.

Salvador Armando Lo. Nigro
Calle Melincue 5246
Buenos Aires (Argentina)

En el número de septiembre de « El Correo de la Unesco » se publica una fotografía de la nave de la expedición de Sir Ernest Shackleton, realizada en 1908-1909. Sin embargo, en opinión mía, la foto no corresponde a esa nave sino a la « Endurance » de la expedición de 1914-1915. La nave « Endurance » fué aprisionada por los hielos en el Mar de Wedell y se hundió, mientras, con muchas dificultades y privaciones, Sir Ernest Shackleton y sus compañeros lograron llegar a « Elephants Islands ». Sir Ernest y cinco expedicionarios hicieron la travesía de la isla « Sanoh Georgia » en una chalupa sobre el océano para llamar en su auxilio a los balleneros noruegos. El relato trágico de esta expedición puede leerse en el libro de Shackleton, en donde figura la fotografía publicada en « El Correo de la Unesco ». El fotógrafo fué Franck Hurley.

K. Abbestee

Prinses Margrietplantsoen, 43
Bussum (Holanda)

« El Correo de la Unesco » se ha convertido en una revista de trascendencia mundial, al mismo tiempo que en un lazo de unión entre todos los pueblos de la tierra, para alcanzar la paz y cooperación internacional que tanto anhelamos. No serán vanos todos los esfuerzos que haga « El Correo de la Unesco » con ese fin Siempre tiene su recompensa todo lo que se hace en bien de la Educación, la Ciencia y la Cultura. Queremos un mundo libre, con paz y bienestar.

Carlos Washington Corti
Nueva York 3460
Buenos Aires (Rép. Argentina)

Por la objetividad con que trata todos los temas, « El Correo de la Unesco » representa para el espíritu una corriente de aire fresco que nos eleva e inculca un ideal superior preparándonos para el buen entendimiento, conocimiento mutuo y comprensión entre todos los países. Esos temas constituyen el programa de la Unesco y harán imposible toda destrucción colectiva, expulsando de nuestros espíritus el fantasma del miedo, despertado por la Ciencia moderna.

Pedro Subirato
Barcelona (España)

Latitudes y Longitudes

LA UNESCO Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO. — Acaba de publicarse la obra *Some applications of Behavioural Researches* (Aplicaciones de la investigación sobre el comportamiento humano) por los sociólogos americanos Rensis Likert y Samuel P. Hayes Jr., dentro de la colección «Ciencia y Sociedad», editada por la Unesco. Aunque limitada desde el punto de vista geográfico, impuesto por las propias condiciones de semejante estudio, la obra abarca una gran variedad de aspectos del comportamiento humano. El material es el fruto de experiencias y estudios efectuados en los Estados Unidos, particularmente en el mundo de las industrias y de las finanzas.

ESCUELA LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA. — En Santiago de Chile, acaba de inaugurarse la Escuela Latinoamericana de Sociología, perteneciente a la Facultad Regional para la enseñanza de las ciencias sociales. Como se recordará, durante la IX Reunión de la Conferencia General de la Unesco se invitó al Director General a participar en la organización y funcionamiento de un Centro latinoamericano para la enseñanza de las ciencias sociales en Santiago de Chile. La actual Escuela Latinoamericana de Sociología es fruto de dicha resolución. La Unesco ha puesto a disposición de la Facultad tres profesores —así como libros y publicaciones sobre la materia— y ha creado doce becas para jóvenes latinoamericanos que deseen especializarse en sociología.

PREMIO «DERECHOS DEL HOMBRE». — Los organismos de la Radiodifusión italiana —creadores del «Premio Italia» que se otorga a la mejor producción radiofónica— han decidido otorgar este año una distinción especial, llamada «Premio de los Derechos del Hombre» al mejor guión en que se exalte el tema de la libertad, la paz y la comprensión mutua entre los pueblos. Tal Premio, que consiste en la suma de mil dólares, se concederá en el mes de octubre de 1958, como una contribución notable a la celebración del X Aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

CONGRESO DE MUSICOLOGÍA. — Con motivo del 150 aniversario del nacimiento de Federico Chopin se celebrará en Polonia un congreso Internacional de Musicología, en febrero de 1960. En este importante certamen se estudiará ampliamente la personalidad del célebre músico, en las diversas facetas de la creación, estilo, historia, ejecución, bibliografía y orígenes de su música. Al mismo tiempo se hará

la historia de la música polaca. Los musicólogos que deseen participar en el Congreso pueden dirigirse al Comité Ejecutivo del Año Chopin. *Société Frédéric Chopin, Okolnik 1, Varsovia.*

TABLA REDONDA EN MOSCÚ. — Trece especialistas de ciencias sociales se han reunido en Moscú, bajo los auspicios de la Unesco para estudiar los obstáculos que se presentan para la comprensión internacional con motivo de la existencia de sistemas sociales diferentes. Organizada por la Asociación Sociológica Internacional, la tabla redonda se dedicó particularmente al examen de los aspectos sociológicos de la cooperación científica.

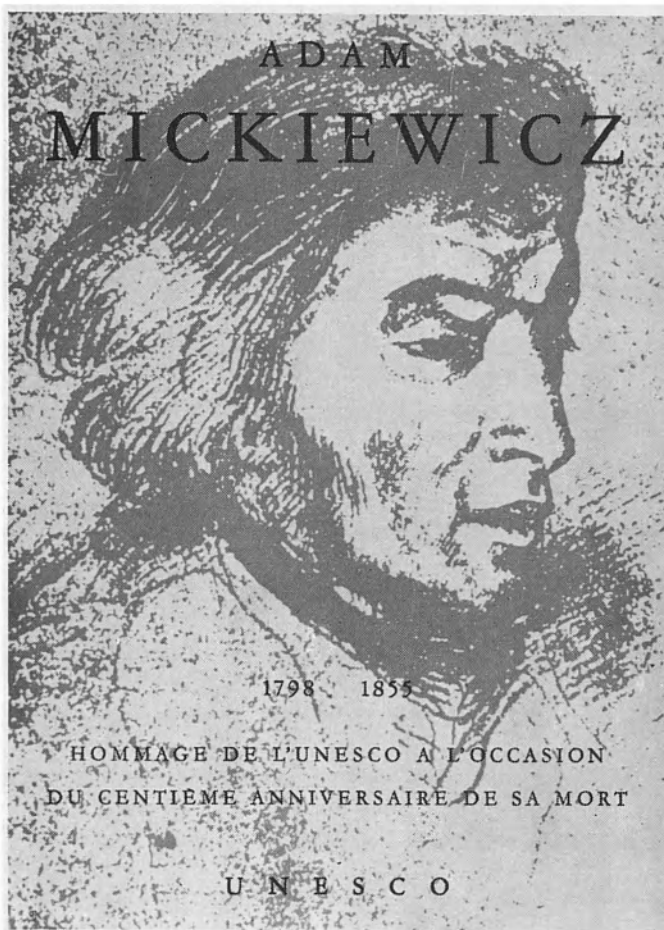
ARTE EN LAS FRONTERAS. — De hoy en adelante se clasificarán las reproducciones de arte en colores en la misma categoría que las pinturas originales, los libros, periódicos, películas educativas y material científico, en lo que se refiere a la franquicia aduanera concedida en 26 países gracias a la Convención Internacional patrocinada por la Unesco. Este es el resultado de una reunión convocada últimamente en Ginebra por la Unesco para discutir la aplicación más amplia de la «libre circulación» de materiales educativos y culturales.

OBRAS MAESTRAS DE LA CIENCIA. — Una colección de ediciones originales de grandes libros desde Aristóteles a Einstein, integrada por el principal bagaje que ha formado el pensamiento científico de la humanidad, ha sido expuesta en Nueva York en el curso de las últimas semanas. Titulada «Cien obras maestras de la ciencia» esta exposición —organizada por el Grolier Club, agrupación privada de coleccionistas de Nueva York— presenta numerosas ediciones originales anotadas por sus autores.

Después de haber hecho una lista de las principales obras de la historia de la ciencia, los organizadores han reunido los ejemplares más notables, de estos libros, logrando así una colección absolutamente única de obras maestras. Entre los libros expuestos citamos un ejemplar dedicado del «De Revolutionibus», de Copérnico; un ejemplar del «Diálogo» de Galileo ofrecido por éste a su protector el Duque de Toscana; la «Cosmografía» de Tolomeo, el más antiguo atlas conocido; y las pruebas de «El origen de las especies», corregidas y anotadas por Darwin. Estos libros han sido reunidos gracias a coleccionistas particulares y a grandes instituciones tales como la Biblioteca del Congreso de Washington y la Biblioteca Científica A.M. Gorki de Moscú.

LA BIBLIOTECA JOSE MARTÍ. — La Biblioteca Nacional José Martí ha abandonado el arsenal de la Habana que ocupaba desde hace años para establecerse en un edificio especialmente construido para ella en la Avenida de Rancho Boyeros. A la inauguración del nuevo local han asistido los directores de los bibliotecas nacionales de la América Latina y el Director de la Biblioteca de Washington. La nueva Biblioteca posee un museo, un teatro, varias salas de exposición, almacenes y cámaras de fumigación de libros, varios garajes directamente conectados con las salas de recepción y expedición, un bar de servicio libre, una sala de reposo y varios talleres. Durante los meses que sigan a la inauguración del nuevo edificio, la Directora de la Biblioteca y su personal, serán asesorados por un experto francés al servicio de la Unesco, el señor E. Reitman, que dirigió la Biblioteca de las Naciones Unidas en Nueva York. La Unesco ha ofrecido también a la Directora de la Biblioteca Nacional José Martí una beca de seis meses para permitirle visitar las grandes bibliotecas del extranjero.

COHETES RECUPERABLES EN LA U.R.S.S. — Dentro del programa del Año Geofísico Internacional los investigadores soviéticos estacionados en la isla de Kheis, en el Artico, y en el navio laboratorio Ob, en el Antártico, lanzan a cien kilómetros de altura cohetes meteorológicos que son recuperados gracias a un sistema de paracaídas, para poder ser utilizados de nuevo. Estos aparatos de unos siete metros de largo son enviados a una altura de unos 70 kilómetros; una carga de pólvora separa la cabeza del cohete del cuerpo del mismo. Los paracaídas se abren encima de los dos pedazos: la cabeza asciende aún 15 ó 20 kilómetros y el paracaídas le sirve de estabilizador y de freno en el descenso manteniendo una velocidad de 4 metros por segundo. Al aterrizaje unas puntas similares a las de las bayonetas lo clavan en el suelo para que los instrumentos científicos queden en buena posición. El cuerpo del cohete se recupera también y puede volver a ser utilizado. Varios cohetes de este género han dado ya a los científicos soviéticos informes preciosos sobre la repartición de las temperaturas y la presión del aire en la estratosfera media. Un lanzamiento en masa de estos cohetes tendrá lugar en junio y julio según los planes de la Conferencia sobre los Cohetes que se reunió en Washington durante el otoño 1957.



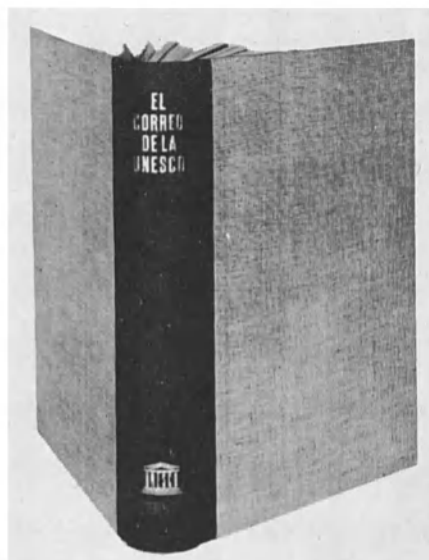
Con ocasión del centenario de la muerte de Adam Mickiewicz (1855), la Unesco publicó un volumen destinado a celebrar a "un gran poeta que honra no solamente a Polonia—su patria— sino a la humanidad entera". Esta obra conmemorativa sigue despertando el mayor interés del público. En sus páginas se encuentra la colaboración de escritores procedentes de países que han ocupado un lugar preeminente en la vida y la obra de Mickiewicz o sobre quienes se ha ejercido de manera más sensible la irradiación de su genio. El escritor Jan Parandowski, Presidente del *Pen Club* polaco, describe la vida y la obra del poeta, mientras Jean Fabre, profesor de la Universidad de París, las examina dentro del cuadro del romanticismo europeo. La irradiación de Mickiewicz en Rusia, Francia e Italia, se estudia en tres ensayos, debidos a Serge Sovietov, de la Universidad de Leningrado, Maxime Leroy, del Instituto de Francia, y Giovanni Maver, de la Universidad de Roma. El sabio checo Karel Krejci revela la influencia de Mickiewicz sobre las literaturas eslavas del Occidente y del Sur. Finalmente, Jules Kleiner, miembro de la Academia de Ciencias de Polonia, analiza la obra más célebre del poeta en un estudio intitulado: "Polonia en Pan Tadosz." Después de esos estudios, una gran parte del libro está consagrada a presentar extractos de las principales obras de Mickiewicz: de los poemas "Konrad Wallenrod", "Pan Tadeusz", "El Libro de los Peregrinos Polacos", y artículos de "La Tribuna de los Pueblos".

Editado por la Unesco, París. Precio: 3 dólares o 750 francos.
En todas las Agencias de Venta de la Unesco, cuya lista figura al pie.

SU COLECCIÓN EMPASTADA

Nuestros suscriptores nos comunican frecuentemente su deseo de conservar una colección empastada de "El Correo de la Unesco". Les recordamos que tenemos a su disposición tapas móviles especiales, muy prácticas para contener los doce números del año. El título de la revista aparece en el lomo en español, en letras doradas.

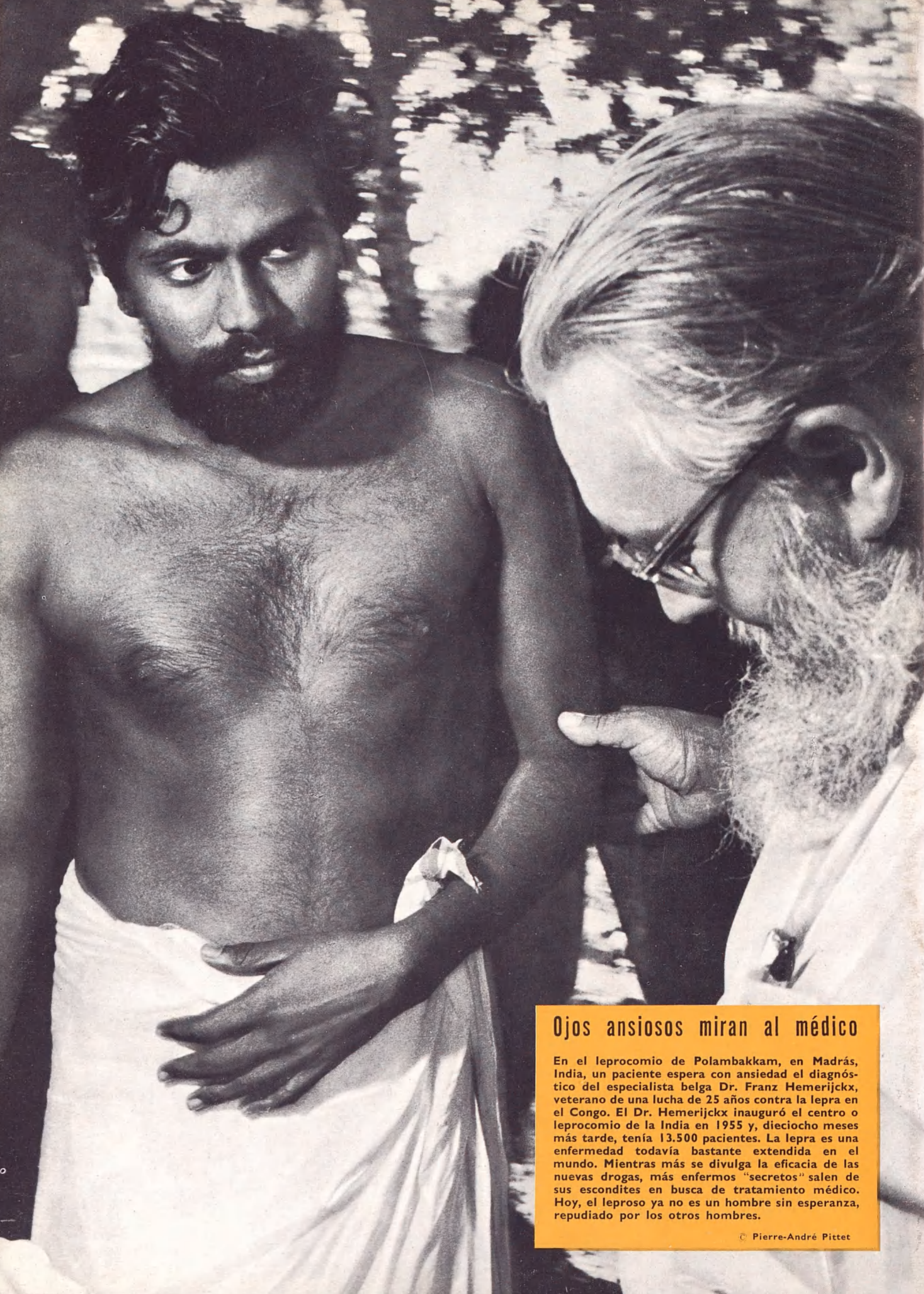
El precio de las tapas es de \$2,50 —600 francos franceses— 12 chelines y 6 peniques. Los pedidos deben hacerse a los agentes de ventas de la Unesco en cada país (ver la lista en la página 35).



DONDE SE PUEDE SUSCRIBIR

PAISES Y PRECIO DE SUSCRIPCIONES

- ARGENTINA.** — Editorial Sudamericana S.A., Alsina 500, Buenos Aires. 40 pesos.
- BELGICA.** — Louis de Lannoy, Editeur Libraire, 15, rue du Tilleul, Genval (Brabant).
- BOLIVIA.** — Librería Selecciones, Avenida Camacho 369, Casilla 972, La Paz.
- BRASIL.** — Livraria Agir Editora, Rua México 98-B, Caixa Postal 3291, Rio de Janeiro.
- CANADA.** — University of Toronto Press Toronto 5.
Periodica Inc., 5090, Avenue Papineau, Montreal 34.
- COLOMBIA.** — Librería Central, Carrera 6-A No 14-32, Bogotá. 12 pesos.
- COSTA RICA.** — Trejos Hermanos, Apartado 1313, San José. 15 colones.
- CUBA.** — Librería Económica, Calle O'Reilly 505, La Habana.
- CHILE.** — Editorial Universitaria, Avenida B. O'Higgins 1058, Santiago. 1.100 pesos.
- DINAMARCA.** — Ejnar Munksgaard Ltd., 6, Nørregade, Copenhagen K. 12 coronas.
- ECUADOR.** — Librería Científica, Luque 233, Casilla 362, Guayaquil. 30 sucres.
- ESPAÑA.** — Librería Científica Medina-celi, Duque de Medinaceli 4, Madrid. Ediciones Iberoamericanas S.A., Pizarro, 19, Madrid. 60 pesetas.
- ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.** — Unesco Publications Center, 152, West 42 nd street Nueva York, 36.
- FILIPINAS.** — Philippine Education Co. Inc., 1104, Castillejos, Quiapo, P.O. Box 620, Manila.
- FRANCIA.** — Al por menor: Librería de la Unesco, 19, Avenue Kléber, Paris, 16*, C.C.P. Paris 12.598-48.
Al por mayor: Unesco, División de ventas, 19, Avenue Kléber, Paris, 16*.
- HAITI.** — Librairie « A la Caravelle », 36, rue Roux, B.P. 111, Puerto Príncipe.
- PORTUGAL.** — Dias & Andrade Ltd. Livraria Portugal. — Rue do Carmo, 70, Lisboa.
- ITALIA.** — Libreria Commissionaria Sansoni Via Gino Capponi 26, Casella Postale 552, Florencia.
- MÉXICO.** — Iberoamericana de Publicaciones, S. A. — Librería de Cristal, Pérgola del Palacio de Bellas Artes. — Apartado Postal 8092. — México I, D. F. 17.60 pesos.
- NICARAGUA.** — A. Lanza o Hizos Co. Ltd., P.O. Box n° 52, Managua.
- PAISES BAJOS.** — N.V. Martinus Nijhoff, Lange Voorhout 9, La Haya. 6 florines.
- PANAMA.** — Agencia Internacional de Publicaciones, Plaza de Arango No 3, Apartado 2052, Panamá R.P.
- PARAGUAY.** — Agencia de Librerías de Salvador Nizza, Calle Pte Franco No 39/43, Asunción.
- PERU.** — Librería Mejía Baca, Jirón Azángaro 722, Lima. 25 soles.
- PUERTO RICO.** — Pan American Book Co P.O. Box 3511, San Juan 17.
- REINO UNIDO.** — H.M. Stationery Office, P.O. Box 569, Londres, S.E. 1.
- REPUBLICA DOMINICANA.** — Librería Dominicana, Mercedes 49, Apartados de Correos 656, Ciudad Trujillo.
- SUECIA.** — A/B. C.E. Fritzes, Kungl. Hovbokhandel, Fredsgatan 2, Estocolmo.
- SUIZA.** — Europa Verlag 5, Rämistrasse, Zurich. Payot, 40, rue du Marché, Ginebra.
- TANGER.** — Paul Fekete, 2, rue Cook, Tánger.
- TUNEZ.** — Victor Boukhors, 4, rue No-card, Túnez.
- URUGUAY.** — Unesco Centro de Cooperación Científica para América Latina, Bulevar Artigas 1320-24, Casilla de Correo 859, Montevideo.
Oficina de Representación de Editoriales, 18 de Julio, 1333, Montevideo. 5 pesos.
- VENEZUELA.** — Librería Villegas Venezolana, Av. Urdaneta - Esq. Calle Norte 17. - Plaza San Bernardino. - Edificio 26-08, Caracas.



Ojos ansiosos miran al médico

En el leprocomio de Polambakkam, en Madrás, India, un paciente espera con ansiedad el diagnóstico del especialista belga Dr. Franz Hemerijckx, veterano de una lucha de 25 años contra la lepra en el Congo. El Dr. Hemerijckx inauguró el centro o leprocomio de la India en 1955 y, dieciocho meses más tarde, tenía 13.500 pacientes. La lepra es una enfermedad todavía bastante extendida en el mundo. Mientras más se divulga la eficacia de las nuevas drogas, más enfermos "secretos" salen de sus escondites en busca de tratamiento médico. Hoy, el leproso ya no es un hombre sin esperanza, repudiado por los otros hombres.