COMENTARIOS SOBRE UN ESTUDIO CLINICO-PREVENTIVO EN REDUCIDOS NUCLEOS DE POBLACION*

Dr. E. BOSCH MONEGAL

El conocimiento del medio ambiente —tanto lo que se refiere a su aspecto físico como a la personalidad humana—, es necesario para poder desarrollar correctamente los planes de asistencia médica y, sobre todo, de una profilaxis adecuada.

Desde luego, la situación más favorable para ello sería el conocimiento de la totalidad de la población, y de sus circunstancias ambientales, sobre las que se pretende actuar. Pero esto es raramente posible por la dificultad que implica, y entonces el interés puede centrarse sobre grupos específicos buscando en ellos, sea la existencia de enfermedades concretas o, más excepcionalmente, haciendo un examen amplio de cada sujeto siguiendo un patrón determinado. Pero en general, también haciendo una exploración o cribaje «monofásico», es decir, especializado en un sentido, salen a relucir diversos procesos concomitantes.

La primera de las comunicaciones de hoy se refiere a uno de estos tipos de exploración practicada en uno de los medios más deficitarios de nuestra ciudad con el objeto primario de conocer su índice de tuberculización que, «a priori», se conceptúa elevado.

Los resultados de este examen colectivo, que viene a constituir una verdadera «biopsia social-sanitaria», serán expuestos por el Dr. Bosch Monegal, con el que he compartido en tiempos pasados amplias actuaciones en la asistencia de enfermos infecciosos y que, actualmente, desempeña la Dirección de la Entidad a cuyo cargo ha corrido el reconocimiento colectivo en cuestión.

La segunda comunicación es, en realidad, la consecuencia, ya que no el término, de una gestión iniciada hace más de siete años en esta misma Academia encaminada a la eliminación, en lo posible, de los accidentes post-vacuno-rábicos. Lo expuesto ha sido llevado a cabo en estrecha colaboración con el Departamento anti-rábico del Laboratorio Municipal de Barcelona, a cuyo frente se encuentra el Dr. Vives Sabater.

Los comunicantes, el Dr. B. Rodríguez Alonso-Cuevillas y el Dr. J. Juvant Sort han sido los constantes colaboradores y realizadores de ambas investigaciones llevadas a cabo con inteligencia y continuidad.

El principal instrumento de este trabajo —en el que ha habido otras valiosas aportaciones personales— ha sido la simbiosis de dos Instituciones: el Instituto Neurológico Municipal y el Instituto Municipal de Medicina Preventiva y, conjuntamente, como se ha dicho, el Departamento anti-rábico del Laboratorio Municipal. Todo ello ha constituido un ejemplo de trabajo en equipo y colaboración entre organismos y personas según un plan preestablecido como es siempre de desear.

C. SOLER DOPFF
Académico Numerario

SIGUIENDO las pautas del doctor Soler Dopff, se procuró orientar el Instituto de Medicina Preventiva en dos direcciones complementarias: una *estática*, hospitalaria, donde con la colaboración de diferentes servicios de Especialidades, es norma apurar al máximo los medios diagnósticos para detectar, con el menor número de erro-

* Comunicación presentada en la Sesión del día 12-I-65.

res culpables, pequeñas anomalías que permiten orientar unas normas o un consejo de tipo preventivo, otra *dinámica*, móvil, transportable, que pretende tamizar, aunque sea a «grano grueso», procesos patológicos tan evidentes que normalmente no deberían pasar desapercibidos.

* * *

En Barcelona, como en la mayoría de las grandes urbes, existe un aflujo constante de personal de aluvión proveniente de regiones más pobres de la península, que se adhiere primero y se implanta después en extensas zonas suburbanas, ya en la clásica barraca, ya en estos extensos e inhóspitos bloques periféricos de viviendas.

Esta población flotante, de importación, constituye, a nuestro entender, un grupo social casi totalmente abandonado y al que la Sanidad, la Medicina Preventiva, debe dirigir gran parte de su atención, en beneficio de estos preciadanos por una parte y de la propia ciudad por otra.

* * *

Por ser esta Real Academia la Institución idónea en la promoción de campañas que redunden en un bien social común, nos dirigimos a ella aportando un estudio médico-preventivo realizado en una pequeña colectividad suburbial de Barcelona, colectividad que por sus especiales circunstancias puede ser

motivo, si interesa, de estudios sanitarios y sociales prácticamente exhaustivos y de la que nuestro examen de tipo preliminar permite deducir ya una serie de consecuencias susceptibles de poder extrapolarse a otros estamentos ciudadanos similares.

El contingente de sujetos explorados es reducido: 255 en total. Los medios exploratorios y los exámenes complementarios también han sido mínimos. Sin embargo, los resultados son aleccionadores.

La revisión ha tenido lugar en un grupo integrado por 215 gitanos y 40 payos, o no gitanos (perdonen el término, pero es para irnos situando en ambiente), ubicados en los habitáculos, para designarlos de alguna manera, de las instalaciones deportivas del Estadio de Montjuich y procedentes en su mayoría del Distrito V y del Campo de la Bota.

El reconocimiento se efectuó a instancias de la Delegación de Servicios de Sanidad y Asistencia Social del Ayuntamiento.

La revisión ha comprendido el 100 % del total de los residentes. Ello ha sido posible gracias a la *improba* labor de las visitadoras sociales señoritas Segalá, Roca y Castells, entre otras.

Desde el primer momento llamaron la atención varios hechos, en apariencia marginales:

El 90 % de los explorados es extraordinariamente joven. Hay más de 100 niños de menos de 10 años

de edad. Prácticamente no existen viejos.

La mayoría de familias gitanas tienen los mismos apellidos, estando o no emparentadas y siendo o no sus apellidos verdaderos, que a veces desconoce el propio interesado. Ahora están de moda los apellidos Amaya y Flores. En el Estadio hay 50 gitanos que dicen llamarse Amaya Flores y 30 Flores Amaya.

El Ayuntamiento les ha brindado vivienda provisional, pero no sustento; éste deben ganarlo con el sudor de su frente. Sin embargo, la mayoría de adultos no trabajan, por lo menos no tienen profesión fija. Pasan la mayor parte del día tumbados al sol en unos bloques de piedra situados en la parte sur del Estadio. Muchos viven de lo que ganan sus mujeres e hijos, que suelen ser vendedores ambulantes, guitarristas, «bailaores» o modelos de pintor. Algunos son limpiabotas, paragueros (aún hay) y peones.

Es difícil para ellos encontrar trabajo (a veces los rechazan por ser gitanos), pero generalmente no lo buscan.

La *promiscuidad* origina muchas reyertas, a pesar de que en la puerta de acceso a las viviendas constantemente hay una pareja de policía armada de vigilancia.

Una de nuestras primeras actuaciones, que facilitó nuestra labor posterior, fue dirigir a Cirugía Estética a una joven de 23 años, casada, con cuatro hijos, tres del ma-

rado, a la que éste, en un arrebato de celos, al parecer justificados, le cortó prácticamente todo el apéndice nasal.

La *alimentación* es a base de pan e hidratos de carbono. Proteínas casi nulas, leche poca y carne un promedio por familia que no llega a las 35 pesetas semanales.

En todos los niños existe un gran retraso ponderal y estatural y raquitismo florido a pesar de una insolación prácticamente constante.

Parásitos: Al inicio de la revisión un 30 % de niños estaba parasitado por pediculis capitis, y seis niños tenían en la región dorsal o en la retroauricular, garrapatas muy difíciles de desprender.

Había 10 niños con tiñas tonsurantes y un joven afecto de lepra en fase de brote.

Vacunaciones: Incluso la antivariólica, nulas. Únicamente los niños menores de siete años estaban vacunados contra la polio (última campaña). Nuestro colaborador, el doctor Quinzaños, realizó, previos tests cutáneos, una vacunación con BCG.

Tuberculosis: El problema es tan importante que preferimos relatarlo con detalle:

Vivienda núm. 1: Varón de 25 años. Tuberculosis fibrocáseosa bilateral. Ingresado hace dos años y tratado durante dos meses en Infecciosos, después tratamiento ambulatorio durante medio año. Nada

más. Actualmente, dos cavidades en vértice derecho. Baciloscopia positiva, etc. Se negaba a internarse.

Vivienda núm. 2: Varón de 23 años. Lepra tratada en el Hospital Clínico. Imagen sospechosa en hemitórax derecho. Un hijo de un año normal.

Vivienda núm. 3: Mujer de 32 años. Infiltrado parahiliar derecho. Dos hijos de 3 y 2 años, sanos en el momento de la revisión.

Vivienda núm. 5: Raquitismo florido en niños de 8, 6, 4 y 1 años.

Vivienda núm. 6: Infiltrado izquierdo, Koch neativo en esputos, en padre de 32 años. Desconocía lesión. Dos niños de 6 y 4 años, sanos.

Vivienda núm. 7: Niña de nueve años. Imagen parahiliar izquierda ignorada.

Vivienda núm. 9: Varón de 20 años. Infiltrado subclavicular izquierdo. Se trata a intervalos en el S. O. E.

Vivienda núm. 17: Antonio Ortiz, 17 años. Imagen sospechosa en base izquierda.

Vivienda núm. 20: Niño de siete años. Infiltración en pulmón derecho. Se trata correctamente en el Clínico.

Vivienda núm. 21: Niño de un año con gruesa adenopatía parahiliar derecha.

Vivienda núm. 22: Niño de 4 años con empastamiento hilar sospechoso.

Vivienda núm. 25: Padre de 45 años, lúes. Madre de 33 años, lúes. Niña de 4 años, adenopatía izquierda calcificada.

Vivienda núm. 27: Padre epiléptico. Niño de 14 años, imagen parahiliar sospechosa.

Vivienda núm. 28: Niña de 15 años, encefalopatía congénita.

Vivienda núm. 33: Madre antigua T.P., tratada y dada de alta prematuramente. Hijos de 8, 6, 2 años y 3 meses con gran retraso ponderal y estatural.

Vivienda núm. 37: Antigua T. P. tratada y al parecer curada.

Vivienda núms. 39-42: Padre 36 años T. P. curado. Tres años en Sanatorio. Madre 33 años. Imagen parahiliar bilateral sospechosa. Hijos de 15 años y de 8 meses normales a rayos X. Niño de 12 años con adenopatías calcificadas. Niños de 9 y 5 años con infiltrados recientes y no tratados.

Vivienda núm. 45: Abuela de 51 años con abundantes calificaciones en ambos hemitórax.

Vivienda núm. 48: Niño de 7 meses. Infiltración parahiliar derecha.

Vivienda núm. 51: Niña de 4 años con imagen sospechosa. Hermanitos de 7, 2 años y 7 meses con raquitismo florido.

Vivienda núm. 53: 14 años, 12 años adenopatía izquierda. 3 hermanos menores con gran raquitismo.

Vivienda núm. 57: Niña de 5 años con infiltración derecha reciente.

Vivienda núm. 59: Imágenes antiguas calificadas.

Vivienda núm. 66: Lues tratada con unas inyecciones de penicilina anual a capricho del enfermo. Cuatro hijos con gran depauperación.

Vivienda núm. 67: Niña de 6 años con infiltración parahiliar derecha.

Vivienda núm. 69: Padre 32 años T. P. Se trata en S. O. E. Madre 28 años con imágenes fibrosas difusas ignoradas y sin tratar. Niño de 4 años normal

* * *

Estas cifras tan desoladoras, quizás corresponden a un último eslabón social: se trata de una colectividad de gitanos en la que se conjugan pobreza, incultura, conceptos de vida especiales, etc., pero con una diferencia de moral, con un nivel de vida ligeramente superior, existen en Barcelona grandes grupos de población con problemas sanitarios parecidos, que requieren una actuación urgentísima.

* * *

En el caso particular del Estadio ¿cómo hemos procedido?

I. Los tuberculosos con lesiones cavitarias, dos, convencerlos, tras largas discusiones, para que se internaran en Sanatorio.

II. Los tuberculosos ambulatorios, dirigirlos a dispensarios y procurarles medicación.

III. Los remisos y con lesiones en vía de curación, proporcionarles tuberculostáticos y educarlos en el sentido de la necesidad de que los tratamientos sean continuados, masivos y múltiples.

IV. Los niños con gran retraso ponderal y estatural han sido remitidos al Centro Municipal de Crecimiento Infantil.

V. Eliminación de los parásitos, gracias a haber suministrado a la Maestra de la Escuela del Estadio, DDT líquido para que lo aplicara «manu militaris», a los parasitados dos veces por semana.

VI. Conexión con el grupo móvil del Instituto Municipal de Higiene para que vacune a todos los niños.

VII. Requerir y lograr de la Sanidad Municipal, la habilitación de un Dispensario asistencial y preventivo en el Estadio, ahora absolutamente necesario, sobre todo tras los últimos temporales que aportaron procedentes de Somorrostro otros 730 habitantes. Procurar que se encargue del Dispensario un médico que tenga un concepto claro de su misión preventiva.

VIII y último, alertar a esta Real Academia, para que promueva campañas cerca de las autoridades sanitarias y estimule a nuestros compañeros para que en su lucha contra la enfermedad, nunca olviden esta dimensión preventiva, sanitaria, colectiva, social, de la Medicina.

Discusión. — El doctor C. Soler Dopff quiere destacar la importancia que, tanto epidemiológica como geográficamente y a efectos de los medios preventivos urbanos, debemos otorgar a la investigación realizada.

El doctor J. Quinzaños de la Torre prefiere llevar a cabo cuti-reacciones con BCG, ya que las otras, las tuberculínicas, en sus manos, resultan mucho menos sensibles. El índice de contagiosidad, a su juicio, es alto y el ambiente muy desfavorable, en el núcleo de población examinado, por lo que las manifestaciones pretuberculosas tendrían que tratarse con dosis fuertes de hidracidas.

El doctor L. Sayé considera de gran valor lo hecho, y que a gran escala es lo que habría de hacerse. Y como España pertenece a los países en fase de destuberculización relativa, necesitaríamos replanear la lucha desde el principio, ocupándonos, por ejemplo, de vigilar la tuberculosis bovina.

El doctor P. Domingo señala el valor de la anécdota clínico-preventiva expuesta, que nuestro Organismo —tras una glosa cabal— podría denunciar a las autoridades sanitarias en su día, para su corrección.

El profesor A. Pedro Pons (Presidente) cree que el movimiento inmigratorio registrado entre nosotros, muy difícil de frenar, por su carácter de problema nacional, es una de las causas más positivas del alto índice de contagiosidad observado.