

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
y J. P. TORROBA (h)

¿ES POSIBLE PRESENTAR EN EL MOMENTO ACTUAL UNA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA CALCULOSIS RENAL EN LA REPUBLICA ARGENTINA?

INTRODUCCION

Al solicitarnos la Mesa Directiva del VI Congreso Nacional de Medicina, la elección de un tema para la subcomisión de Urología, escogimos el que sirve de epígrafe a este trabajo teniendo en cuenta un doble motivo: 1° Tratar un tema de carácter nacional; 2° Intentar, por primera vez en nuestro país, un estudio del mismo solicitando la cooperación del cuerpo de directores de nosocomios del interior de la República.

Respecto al primer punto hemos luchado siempre para que los congresos de urología —nacionales o internacionales— tratasen temas que se justificaran en el ambiente americano. Desgraciadamente la mayoría de las veces se abordan tópicos tratados con anterioridad y casi siempre en congresos extranjeros, es decir, que reflejan el trabajo personal del disertante y no consideraciones tomadas desde un punto de vista general. Así, por ejemplo, si en nuestro medio hay más, existe menos o igual número de tuberculosis urinaria o genital que en otros lugares. También si los individuos que en nuestro país trabajan en los derivados de la hulla padecen de más o menos cánceres de la vejiga que los que laboran esos mismos productos en otras naciones. Lo mismo podríamos decir respecto a la calculosis urinaria en el sentido de si existe en igual número que otros países sudamericanos o del resto del mundo. Una finalidad nos ha llevado a citar los ejemplos antes mencionados: que las autoridades pudieran interesarse en una campaña profiláctica conociendo, si fuera posible, las causas que originan dichas afecciones. De tal suerte, justificariase —como debe ser— la ayuda económicas que las autoridades nacionales o provincia-

les aportan a la realización de estos Congresos, sin perjuicio de que en la sesión de clausura se llegaría a valorar sus conclusiones para hacerlas llegar a quien correspondiera, teniendo en cuenta la ejecución de medidas que coadyuvaran a elevar el estado sanitario de la población. En una palabra lograr que estas reuniones científicas, a veces onerosas al erario público, produjeran resultados beneficiosos para el conglomerado social.

En cuanto al segundo punto antedicho, observamos que existe una marcada tendencia a limitarse a observaciones de lo que sucede en la Capital Federal, dejando así muchas veces de lado el aspecto atingente al resto del país. Teniendo en cuenta tal motivo creímos menester conocer el movimiento de enfermos en los hospitales; cómo se realizan las historias clínicas de los mismos, para sacar en conclusión, si la Capital Federal está aún dentro de un terreno en que, a nuestro juicio no debería hallarse, vale decir, resultar el centro científico exclusivo de la república. Decimos todo esto porque es preciso, hoy más que nunca, educar al habitante del interior, haciéndole saber que en sus respectivas provincias o territorios existen hospitales completos, bien dotados de camas; que sus cuerpos médicos son competentes y que sus instalaciones son muy buenas; que además, la administración está exenta de intervenciones ajenas a su fin, o en otros términos, que si la Capital Federal tiene que ser indiscutiblemente el centro médico por excelencia, no por ser eso ha dejado de irradiar hacia el resto de la república, todo lo que ha podido y cuanto le ha correspondido.

Deseábamos conocer también, en qué forma el médico del interior podía contribuir o colaborar a un llamado que se le hiciera desde el Distrito Federal, ateniéndose a las consideraciones antedichas. Tal circunstancia motivaba el interrogante puesto al título del presente trabajo. Hoy, al final de nuestra inconclusa e ímproba tarea, podemos asegurar más que nunca, que el interrogante del epígrafe estaba ampliamente justificado: sobre 472 circulares enviadas a los directores de hospitales y otras dependencias afines de la república hemos recibido solamente 75 contestaciones, lo que representa el 15.8 %. Es penoso llegar a la conclusión de que un crecido porcentaje de directores de hospitales provinciales o territoriales desconocen al parecer, elementales reglas de

urbanidad, al dejar sin respuesta, correspondencia cuya misma índole debiera determinar la contestación pertinente. Desgraciadamente, para descargo de aquellos nos encontramos con que *Holmes y Coplan*, de Miami, Florida, en su trabajo "Mis estudios de la incidencia geográfica de la urolitiasis en relación con los factores etiológicos" expresan: "nuestros estudios ofrecieron dificultades porque los informes eran incompletos para un gran número de hospitales, unido a la mala voluntad por parte de algunos urólogos para contestar unas pocas y simples preguntas...".

Nuestro trabajo tiene por finalidad conocer el número de enfermos que existen en los distintos puntos de la república afectados de litiasis renal. Los datos pueden obtenerse, como en toda estadística de carácter médico, teniendo en cuenta dos circunstancias: a) número de enfermos fallecidos a consecuencia de tal afección en cada lugar; b) número de enfermos que padecen o han padecido de dicha dolencia. Pues bien; analicemos cada uno de estos puntos: la confección de una estadística, ateniéndonos a lo primero, realizase conociendo la cantidad de enfermos fallecidos por litiasis renal por cada mil defunciones generales. Ahora bien; tal forma estadigráfica presenta un serio inconveniente: en muchos casos en los certificados de defunción no figura como causa del mismo la litiasis en sí, y vemos que, en cambio, figura como consecuencia de una anuria o por una afección incurrente (neumonía insuficiencia cardíaca o renal, etc.).

Si se quiere una prueba evidente acerca de lo que venimos diciendo, la tenemos en la estadística de la Municipalidad de la Capital correspondiente al año próximo pasado, en la que aparecen muertos por litiasis renal, en el primer semestre, sólo 4 personas, lo que representa el 0.20 ‰; y en el segundo, 7 personas, o sea el 0.56 ‰. Como es fácil inferirlo, dicha cifra no representa ni remotamente la realidad. Entendemos que las razones adolecen de la deficiencia antes mencionada. Si tal ocurre en la primera ciudad argentina, cuyas estadísticas municipales están al día y los diagnósticos son precisos, cabe preguntarse ¿qué podemos esperar —lato sensu— de los datos suministrados por el interior de la Nación, cuyos medios de diagnóstico, instrumental y parte radiológica son más deficientes a la par de la escasez de medios económicos para el sostenimiento de oficinas técnico-estadigráficas?

La preparación de estadísticas de acuerdo al punto segundo, vale decir, conociendo el número de enfermos que han padecido o padecen de litiasis renal es sin duda la más racional, bien que resulte más engorrosa y pueda también aparecer viciada por defectos que apuntaremos después. A pesar de ello hemos adoptado esta última ateniéndonos a que habrían dos caminos para su realización: a) dirigirnos a cada uno de los médicos que están fuera de la capital de la república, solicitándoles datos al respecto. b) Dirigirnos a los directores de hospitales y demás dependencias sanitarias existentes en todo el territorio con igual fin.

En cuanto al primer punto hubiera sido prácticamente irrealizable por un doble motivo: dificultad de conocer el nombre y lugar de residencia de los facultativos, cuyo número es elevadísimo, sin perjuicio, de que existe la casi absoluta certidumbre de que carecen de estadística de su clientela. Es así que resultaba más factible lo segundo, precisamente por circunstancias contrarias a las anteriores o en otros términos, existencia de un menor número de médicos a quienes dirigirse y porque poseen éstos un mayor número de enfermos tratados e inscriptos en sus registros. Esta tesis es la que hemos adoptado, o en otros términos, preparar las estadísticas sobre la base de enfermos afectados de litiasis renal, cuyos casos hállanse referidos por los directores de los diferentes nosocomios y dependencia afines. En párrafos "ut supra" dijimos que señalaríamos los defectos de que adolecen tales tipos de estadísticas no obstante ser las mejores. En efecto, tratándose de un país de inmigración como el nuestro, resulta difícil saber —porque en las historias clínicas no se consigna— si la afección que aqueja el enfermo se ha iniciado acá o en su país de origen. Tal situación solucionaría si en las historias clínicas figuraran los años de residencia en nuestro país. Por otra parte, los cambios relativamente frecuentes de domicilio de los enfermos determina que no pueda especificarse el lugar real de origen de la enfermedad, lo cual facilitaría conocer los focos de calculosis que pudieran existir en la república. Por otra parte, se ha observado que los enfermos que llegan del interior del país para hospitalizarse acá (que en nuestra estadística representa el 22 %), así como los provenientes de pueblos o aldeas de provincias, que se internan en centros qui-

rúrgicos de la misma, dan con frecuencia como domicilios el lugar donde se hospedan accidentalmente, cuando no el nombre de la provincia o territorio de que provienen sin especificar el departamento o localidad. Así, sobre 817 enfermos, 33 de ellos lo dieron en esa forma.

Semejantes deficiencias subsanaríanse recordando al que levanta la historia clínica, su obligación de averiguar en forma exacta el lugar real de residencia del enfermo, o en otros términos, lo que denominase en la ciencia de la estadística, residencia "de facto" y no de "jure". Existe asimismo dificultad en precisar exactamente el diagnóstico, dado que en muchos casos falta un complemento indispensable para su confirmación: el examen radiológico, pese a que en nuestra estadística hospitalaria encontramos para el interior del país más instalaciones de rayos X de lo que es posible imaginar. Debe considerarse también el importante factor de que se desconoce en el momento actual la población exacta de la República Argentina, cuyo último censo data según es sabido, del año 1914. Lo único que existe es un censo municipal de la Capital Federal realizado el año próximo pasado que arrojó un total de 2.317.755 habitantes: asimismo algunas provincias y territorios han realizado operaciones semejantes.

Llegamos finalmente a la fase más desagradable de la cuestión: refiriéndose a la falta casi absoluta de cooperación negada por la mayoría de los directores de los hospitales del interior del país. Tan ingrata circunstancia ha redundado en cierto modo, en desmedro de nuestro estudio, causas desde luego, ajenas a nuestra voluntad, de suerte que nuestro trabajo no tiene otra pretensión que el de un simple "ensayo" de distribución geográfica de la litiasis renal. Esperamos poder completarlo en el futuro si los colegas tienen en cuenta la crítica justiciera que formulamos.

Para dirigirnos a los directores de hospitales y dependencias sanitarias difundidas por todo el país era menester conocer el nombre de aquellos así como también el número y ubicación de éstos. Supusimos, en el primer momento, que todo esto sería naturalmente conocido por la correspondiente dependencia nacional y a ella nos dirigimos en demanda de informes. Empero, grande fué nuestra sorpresa cuando nos enteramos que allí desconocíase completamente todo lo que solicitábamos. Pensamos entonces que el

Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, por intermedio de esta última subsecretaría, tendría tales datos; pero tampoco resultó ser así. Ante tantos tropiezos optamos por confeccionar personalmente lo que hemos llamado "distribución geográfica de los hospitales y dependencias afines de la República Argentina". Dicha tarea inicióse en el transcurso del año 1935, al regresar uno de nosotros del 1er. Congreso Americano de Urología que acababa de realizarse en Río de Janeiro. Deseábamos presentar al Primer Congreso de la Confederación Americana de Urología —que debía realizarse en la ciudad de Buenos Aires— un trabajo de índole netamente regional. En su oportunidad nos dirigimos al señor Presidente del Departamento Nacional de Higiene Dr. Miguel Sussini, a fin de que investido de tal carácter remitiera a los gobernadores de provincias y territorios nacionales una circular, redactada por nosotros, solicitándoles dichos informes. Transcurridos dos años más o menos obtuviéronse respuesta de todos los territorios y de diez provincias. Conviene destacar que hicieron caso omiso a dicho requerimiento los mandatarios de Catamarca, Santiago del Estero, Córdoba y Corrientes.

A esta altura del trabajo y con la anuencia del funcionario antes mencionado —a quien agradecemos nueva y vivamente su colaboración— reiniciamos esta tarea con el objeto de completarla, y para la consecución de tal fin, enviamos a los gobernadores cuyos informes habían llegado, las planillas correspondientes a fin de que se ratificaran o rectificaran los informes; igualmente requerimos la colaboración de aquellos que se habían mostrado remisos. Con el objeto de dar a conocer, sintéticamente, el número de notas cambiadas con las provincias y territorios consignaremos que su número alcanza a 118. Además, han cooperado los Ministerios de Guerra, Marina, Relaciones Exteriores y Culto; la Inspección de Territorios Nacionales; la Dirección General de Estadística, dependiente del Departamento de Hacienda y la Municipalidad de la Capital por intermedio de la Asistencia Pública.

En forma que compromete nuestro reconocimiento y máxima gratitud recibimos contestación adecuada de todas las provincias, gobernaciones y dependencias antes mencionadas, cuyos altos funcionarios son: el señor Ministro de Guerra, General D. Carlos Márquez; el señor Ministro de Marina, Contralmirante León Scas-

so; Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, D. José M. Cantilo, y el señor subsecretario de este último departamento, Dr. V. Mario Ungaro; Inspector General de Territorios Nacionales; Director de Estadística, Dr. Lucadamo y Director de la Asistencia Pública, Dr. José W. Tobías. Además, los señores gobernadores, Dr. Manuel A. Fresco, Dr. Manuel I. de Iriondo, Dr. Amadeo Sabattini, Dr. Eduardo Tibiletti, Dr. Manuel Campero, Sr. Pío Montenegro, Dr. Guillermo Cano, Dr. Corominas Segura, Dr. Luis Patrón Costa, Dr. Ricardo Rodríguez Saá, Sr. Pedro Buitrago, Dr. Cerezo, Interventor en San Juan Vicealmirante Enrique Fliess y gobernador de La Rioja General Fernández Valdés, Sr. José Casteli, A. Pagano, Dr. Evaristo Pérez Virasoro, Dr. Vanasco, Sr. Baños, Coronel Enrique Pilotto, Tte. Coronel Federico Zambianchi, Capitán de Navío Carlos Monetta y Capitán de Navío, José Gregores.

Nos resulta doloroso que tan sólo una provincia, la de Corrientes, resultó una triste excepción. En efecto; al Sr. Gobernador de ese Estado Dr. Torrent, remitímosle nada menos que 8 notas y sólo recibimos contestación a una de ellas en el mes de marzo, prometiéndonos el envío de los informes solicitados; pero hasta la fecha tales datos no han llegado, tal vez por las hondas preocupaciones y múltiples tareas que pesan, sin duda, sobre él, dada su doble condición de digno mandatario y distinguido colega.

Con los guarismos e informes recibidos confeccionóse el cuadro hospitalario de nuestro país. Tales informaciones sirvieron para levantar un mapa cuya exactitud y esmerada presentación débese al Inst. Geográfico Militar cuyo director, General de División D. Julio Costa, ha coadyuvado eficazmente así como el personal a sus órdenes (sección cartografía), en la tarea que nos habíamos impuesto. Aprovechamos la oportunidad para expresarle ahora nuestra gratitud.

Este mapa de singular valor por tratarse de una obra única, no puede insertarse en la presente publicación por la imposibilidad técnica de reducirlo.

Terminada esta primera parte del trabajo que es de suyo la base del que corresponde a la distribución geográfica de la calculosis renal en la Argentina, correspondíanos dirigirnos a los directores de hospitales y dependencias sanitarias con el objeto de que nos devolvieran, una vez completados, los datos siguientes:

CUESTIONARIO

Provincia de

Departamento de

Hospital (nombre)

Director (nombre y apellido)

Número de observaciones desde la fundación del hospital

Sexto (cantidad de cada uno)

Nacionalidad (cantidad de cada una)

Edad (cantidad de cada una)

Procedencia de cada enfermo

Calculosis aséptica. ¿Cuántas?

Calculosis séptica. ¿Cuántas?

Base de alimentación de los enfermos. ¿Carnívora? ¿Vegeteriana? ¿Mixta?

Agua que beben los enfermos de esa región. ¿De río? ¿Cómo se llama?

De pozo? ¿Primera napa? ¿Segunda napa? ¿Algibe?

¿Es región frutícola? ¿Se alimentan de ella los enfermos?

En total se han cambiado en pedidos de informes y sus correspondientes respuestas 662 notas, referidas a esta segunda parte del trabajo. En lo que respecta a los hospitales militares y navales añadiremos que no nos dirigimos a los mismos dado que se nos informó en las respectivas direcciones generales, que no existe ningún caso de calculosis renal, determinado este fenómeno por el elevado número de individuos que arroja cada conscripción, lo que permite una rigurosa selección del personal que se incorpora a las filas.

En lo concerniente a los hospitales de la Capital Federal correspondenos expresar que todos los informes han sido recogidos personalmente por nosotros, siendo rigurosamente controlados. Así sólo se han anotado aquellas observaciones en que la afección se ha confirmado, sea por el estudio radiográfico, por la intervención quirúrgica o por la expulsión espontánea del cálculo. Las 2.010 observaciones de la Capital han sido recogidas en los servicios de los Dres.: *Acuña, Ahumada, Athalbe, Arce, Astraldi, Bengolea, Bosch, Arana, Cacciatore, Castaño (E.), Castex, Diez, Domínguez, Donovan, Elizalde, Fox, Giola, Gutiérrez (A.), Iriarte, Jorge, Kenny, Lenzi, Mariani, Marini, Marotta, Massini, Merlo, Monteverde, Padilla, Pagliere, Pini, Pozzi, Priano, Rivarola, Rodríguez Villegas, Rosasco, Ruiz Moreno, Sacco, Salleras, Serantes, Solé, Spurr, Vila y Zavala*. A todos ellos hacemos llegar esta nueva oportunidad, nuestro agradecimiento, por la valiosa cooperación prestada a nuestro trabajo.

Las observaciones recogidas por nosotros tienen dos procedencias: el grupo a) constituido por el material que proviene del interior, es decir, resultado de la encuesta enviada a los respectivos directores de hospitales; su número alcanza a 831; b) las recogidas en los hospitales de la Capital Federal cuyo número alcanza a 2010 observaciones. De éstas, 843 son enfermos que se han internado en nosocomios de la Capital, pero cuyo domicilio por derecho corresponde al interior del país. La cantidad restante de 1167 son de la Capital Federal. Tenemos en total 2841 casos que por cierto, están muy lejos de trasuntar la realidad de la cuestión de la calculosis en nuestro país.

Tanto en la una como en la otra de las cuestiones, nos hemos referido, como se ha dicho, a la procedencia que el enfermo ha suministrado respecto a la ciudad o pueblo de donde provenía, para luego nosotros, referirlos a los partidos y luego a la provincia o gobernación respectiva. Queda para la Capital Federal un conjunto de enfermos en cuyas historias clínicas no figuran la procedencia, alcanzando este número a 58. Asimismo hay observaciones en que por la misma causa anterior no figuran la edad, 75, 2.6 % y nacionalidad 201: 7.07 %.

Por cierto que no nos hemos preocupado en este trabajo, que no constituye sino un "ensayo", en recoger las observaciones de todos los hospitales de la Capital ni tampoco hemos reiterado a los directores de nosocomios del interior del país, que fueron remisos, el aporte de los datos solicitados oportunamente.

De encontrar focos calculosos endémicos, entonces así procederemos en un trabajo ulterior.

Para todo lo que presentamos en materia de franca distribución geográfica, sólo nos hemos preocupado de la edad, nacionalidad, procedencia y sexo, con el objeto de establecer más adelante las deducciones que cuadren al respecto; en cuanto a la fase etiopatogénica y lo concerniente al principio de la alimentación así como del agua que beben esos enfermos también será motivo de estudios posteriores, en detalle.

En cuanto a la certidumbre del diagnóstico lo hemos realizado en base al radiológico, expulsión espontánea del cálculo o bien a la fase operatoria. En posesión de todos los elementos necesarios para dar comienzo al trabajo a que se refiere el epígrafe del mismo,

creemos conveniente —a título de ilustración general— dar a conocer lo que con respecto a este tema se ha escrito en las diferentes partes del mundo, considerándolo ya sea como estudio de conjunto, ya considerándolo en su aspecto regional o parte del mismo, lo que tendrá por finalidad darse una idea aproximada de la importancia de los temas de esta naturaleza.

ANTECEDENTES SOBRE LA REPARTICION DE LA CALCULOSIS
A TRAVES DE LA BIBLIOGRAFIA MUNDIAL

A tal fin nada mejor que recorrer la bibliografía mundial y observar qué es lo que se dice al respecto. En este sentido, nos permitimos transcribir las partes esenciales, glosándolas, del trabajo de *Teposu, Danicio y Bruda* sobre "*La repartición geográfica de la calculosis urinaria en Rumanía*" (año 1937). A dicho trabajo y a fin de completarlo, intercalaremos lo que nos es personal en materia de búsqueda bibliográfica.

Veamos: *Civiale*, en el año 1837, según los autores mencionados realiza la primera estadística sobre calculosis urinaria. Más tarde, *Mastin*, en América del Norte y *Rey y Mahe*, en Francia, siguiendo el ejemplo del maestro francés, han buscado datos para completar aquélla. En el año 1902, *Sequicewski* publicó en los "Anales de las enfermedades de los órganos genitourinarios" un estudio muy documentado, apoyado en parte sobre sus investigaciones llevadas a cabo personalmente en Suiza sin perjuicio de los estudios practicados por otros autores en Rusia, Alemania, Grecia, Bohemia, Bostnia, etc. Sobre la base de estos trabajos, y sin que ellos significaran o expusieran el reflejo real de la situación hánse compaginado distribuciones geográficas por continentes, que es precisamente aquello que nosotros pretendemos completar dentro de la medida de lo posible, aportando datos bibliográficos publicados posteriormente y que han sido hallados en nuestros medios bibliotecarios. Debe tenerse en cuenta esta circunstancia, puesto que habrá marcadas transiciones cronológicas unas veces, porque así es en realidad, y otras, porque hemos carecido de la consiguiente fuente de informaciones. Para establecer esta frecuencia, la mayoría de los autores, han tomado por base la proporción de los fallecidos de litiasis urinaria en proporción a los fallecimientos generales. En Europa la calculosis urinaria es frecuente pero está irre-

gularmente repartida. Esta afección, al decir de *Walter Grosmann* era común en Europa en la primera y segunda infancia, característica que se conserva aún en regiones poco civilizadas, verbigracia, en los Balcanes. En general, el carácter de la litiasis ha variado en la última centuria presentándose dicha enfermedad, la renal, en la edad mediana de la vida, y la vesical, en la senil.

Al parecer, el país de Europa que ocupa el primer puesto es Holanda, que ha sido y parece ser la patria por excelencia de la calculosis del aparato urinario. Entre Rotterdam y Genda, según *Camper*, hállase la verdadera región endémica de la calculosis urinaria. En Amsterdam las estadísticas arrojan un porcentaje de 12 personas por cada 10.000 fallecimientos generales. Según *Schuttens* el porcentaje en los Países Bajos sería de 3.3 por 10.000 habitantes.

Escocia parece ser el segundo país en el cual la calculosis urinaria es más frecuente. En la ciudad de Aberdeen se han hallado 43 casos de dicha afección sobre 2.352 enfermos tratados en el hospital local en cinco años. Francia sigue a Escocia, existiendo 10 por 10.000 fallecimientos, creyéndose en la actualidad que hasta antes del año 1918, tal como lo veremos a continuación, las estadísticas han mejorado en atención al perfeccionamiento de los elementos de diagnosis, así como a la elevación del nivel sanitario en las respectivas poblaciones. En lo que a Francia se refiere, según los autores rumanos, no habiendo estadísticas nuevas, determina que recurramos a los datos de *Civiale*, de acuerdo al cual y sin que podamos asegurarlo, la calculosis es más frecuente en los departamentos del Este, así como en las provincias de la Champagne y de la Lorene, para seguir por la región Sudeste hasta la Gironde. La calculosis es más rara en la Normandie y en la Bretagne, es decir, en el Norte y en los departamentos del centro. *Denis* y *Dumont* dicen que en Sur de Normandie la calculosis es una enfermedad desconocida. Respecto al Sur de Francia, *Chevalier* ha encontrado en las calculosis urinarias que el 58.6 % corresponde a los menores de cinco años, de las clases proletarias. Pensamos nosotros, a pesar de desconocer cifras exactas, que la post-guerra le ha hecho sufrir a Francia al igual que a otros países de Europa un aumento en el número de la afección a que nos estamos refiriendo. En Alemania anterior a la guerra, dábase una proporción pequeña de calculosis comparada con el número de sus habitantes. Según *Mahe*, en

Frankfort en el término de 10 años sólo se ha encontrado un deceso por calculosis urinaria, y así sucesivamente. En Berlín, dos en el término de 7 años y en Hamburgo, 2.4 por cada 10.000 defunciones generales. Según *Civiale*, Bavaria ha pagado un pesado tributo a esta afección; pero según *Lombard* ésta ha mejorado extraordinariamente. *Heyfelder* en la provincia de Hohenzollern encuentra una proporción del 19 por cada 10.000 habitantes. Es rara en la Selva Negra y alrededor de Nerker. En Hannover, Hamburgo y Altona la afección es más frecuente.

En lo que se refiere a la calculosis renal en los niños, *Nicolas* ha encontrado en Jena, entre los años 1838-94, 10 casos; en 1919, tres y en 1925, 30. *Grosman* refiere que a partir del período 1924 - 25, Alemania al igual que todas las naciones de la Europa Central sufre un aumento considerable de la calculosis urinaria con predominio oxálico en una proporción que estima del 500 al 1000 %. Un estudio de *Nicolas*, antes mencionado, sobre sus observaciones de la litiasis en Turingia, a propósito de los últimos estudios sobre las zonas geográficas litiásicas, hace figurar en lo que respecta a Alemania ciertas regiones de Bavaria entre Munich y Landshut, así como en la Silesia superior y en una pequeña zona del ducado de Altenburg, donde hay focos endémicos. Vuelve a repetirse en estos últimos años, la frecuencia de la calculosis en Hannover. *Lichtenberg* recoge 2.500 casos, en 7 años; *Joseph* en 6 años 335 observaciones; *Schionilder* en 3 años más de cien y en 6 años 361, sin decir en cuantos enfermos. Parece ser que Gran Bretaña se encuentra en la misma escala que Francia, en lo que a la afección se refiere, repartiéndose esta desigualdad, así como *W. Prout*, expone que en algunos distritos de Hereford la calculosis es casi desconocida, mientras que en Norwich es muy elevada. Según *Lombard*, en el Norte de Gales la frecuencia es de 6.6 por cada 10.000 habitantes generales; en Westmoreland 2.8: por cada 10.000; en Middlessex 2.6 por cada 10.000, tornándose rara en Nolfork. En Cambridge tenemos 0.3 por cada 10.000 y los mismos en Chesire y Sommerts. No existe ningún estudio respecto al incremento o no, de la afección en el Reino Unido durante el período de post-guerra.

Siempre ateniéndonos a la estadística de *Civiale*, en Hungría se encuentra 197 casos en 10 años. *Bokay*, que se ocupó de la repar-

tación geográfica en Hungría manifiesta que parece más frecuente en los alrededores del curso bañado por el Danubio y en la región de Tisei, siendo rara en las regiones montañosas. Hungría paga gran tributo a la post-guerra, aumentando lo mismo que los estados de la Europa Central, en una proporción del 500 a 1000 %.

Austria, actualmente dominio alemán, es un país calculoso. En efecto: Austria del Sur, sobre el Adriático, la vieja Austria-Hungría, Bohemia, Austria del Norte, Moravia, Silesia, Galitzia y Corintia son regiones donde es frecuente. Según *Ottokar*, donde más abunda es en Bohemia y especialmente en Praga, su capital. *Blum*, durante el año 1931 anota un marcado aumento en Viena como consecuencia del régimen alimenticio de la post-guerra. En 10 años reúne 159 casos.

En cuanto a Bélgica y Dinamarca los datos estadigráficos son escasos: 2 por cada 10.000 defunciones para la primera y 11.4 por cada 10.000 para la segunda en Odena.

Siempre según *Lombard* la calculosis en Suiza es muy rara, no recordó este autor ningún caso en Berna ni en Basilea, aseveraciones éstas ratificadas por *Sequicewski*, quien durante el tiempo que permaneció en Lausana pudo estudiar detenidamente el problema. No obstante, existe un aumento franco a partir del período posterior a la guerra, predominando en los cantones norteños de Suiza. En Suecia y Noruega, países escandinavos, es igualmente rara. Cítase el caso de *Hellström* que en su larga carrera médica sólo ha observado 50 casos, por otra parte, en una estadística en la que han participado 78 facultativos, sólo se encuentran 39 casos, y esto sin especificar el número de enfermos globales. En Gotemburgo en 50 años no ha habido un solo caso internado en un hospital cuyo nombre no se especifica, donde se ha hecho la búsqueda. Como prueba pertinente cítase el caso del hospital de Cristianía que sobre un total de 3.211 enfermos tratados en 4 años no se halló un solo caso de litiasis renal. A partir de 1918, *Hellström*, en Suecia, realiza investigaciones referidas a los últimos 20 años para concluir manifestando que la afección ha aumentado extraordinariamente, tal como lo demuestra la proporción del 70 % hallada entre las edades de 30 a 50 años en la mayoría.

En España parece ser rara. *Hirsch* nos dice que la calculosis es frecuente en Extremadura y Mérida, siendo rara en Castilla y en

Madrid. Es menester decir que estos datos son suministrados por *Civiale*, y que es de imaginar, que desde entonces a la fecha, las cifras deben haber cambiado. Así lo suponemos ya que en concreto no existen estudios sobre el tema con referencia a dicha nación. Como referencia interesante cabe agregar, que entre nosotros, sobre un total de 2841 casos, los españoles ocupan el 2° lugar, ya que los argentinos están en primero con 1151: 40.51 %, siguiéndole aquellos con 672: 23,65 %. Pasemos ahora a Italia. De esta nación se poseen datos demasiado antiguos. No sabemos hasta qué punto pueden tomarse como tales con respecto al momento actual, pues la cifra que poseemos que son, como ya hemos dicho, de larga data hacen figurar a Turín con 54 fallecidos de esa afección sobre 10.000 defunciones generales. En Lombardía y Venecia el guarismo cae rápidamente a 2.35 por cada 10.000 habitantes. En Sicilia y Cerdeña la calculosis es más frecuente. En cuanto a Yugoslavia y Bulgaria parecería que hay estudios detenidos realizados por *Preindleberger* y *Racic*; según estos autores la mayor parte de los casos corresponden a la provincias de Bostonia y Herzogovia donde la calculosis hállase en proporción de 0.11 por cada 1.000 habitantes. *Racic*, que se ha ocupado de la cuestión sobre todo en la primera de las regiones mencionadas así como en la Dalmacia, considérala como una enfermedad endémica en los niños de pecho y en los de primera infancia, sobre todo en la parte pobre de la población. Supone que tal fenómeno débese a la alimentación artificial inadecuada; pan negro masticado primero por la madre. En la ciudad de Spilt dicho autor encontró el 62.6 % por debajo de los 12 años y aún en edades menores a ésta. Los trabajos sobre este importante tópico, en la Dalmacia, son frecuentes en los últimos años puesto que se los considera como un problema que alarma por su frecuencia endémica, predominando en la edad mediana. Son causas patogénicas como ya se ha dicho, la mala y escasa alimentación en las clases pobres, marcando este fenómeno aún más en las paupérrimas, traducándose todo ello en un mal endémico de carácter social.

En Rusia, la litiasis urinaria es frecuente, tan es así que *Wenedictoff* refiere que en el siglo XVIII operan en el término de 40 años, 3.040 casos. *Saguicewski* ha llegado a la conclusión de que el mal incide hondamente en las provincias de la cuenca del Volga.

mientras que en la Rusia occidental ella es menos frecuente. *Feodorow* ha advertido un aumento marcado en la planta urbana de las poblaciones. Debemos expresar que nosotros no tenemos noticias a pesar de nuestra búsqueda bibliográfica sobre estas regiones referidas a estos últimos años.

Según antiguas estadísticas en la Turquía europea la afección es rara. *Rigler* dícenos que los habitantes de la vieja Constantinopla (Estambul) hállanse indemnes, atribuyéndolo al régimen vegetal de la alimentación. En cambio en la parte asiática de dicha nación es más frecuente. Con respecto a dicho país, podremos, debido a los estudios de estos últimos años ocuparnos de la afección tratada en los niños que se encuentran en una proporción de 50 %, según *Alí Achref Gursel*, en su estudio sobre la litiasis urinaria en Turquía (año 1936). Dicho autor manifiesta, que, según *Civiale*, a mediados del siglo pasado, sobre un total de 5.383 enfermos, el 31.36 % eran niños cuya edad no sobrepasaba los 10 años. Dado los actuales medios y progresos de la higiene así como los regímenes alimenticios, las cosas han cambiado de aspecto tanto en la Europa Central como en la Occidental. Para demostrar la persistencia de la calculosis renal en los niños, añade: *Guyon*, sobre 4.000 operados encuentra pocos párvulos; *Broca*, en 20 años sólo vió 10 casos análogos. En Francia *Lesne-Comby* y *Hale*, dicen que esta afección ha desaparecido en la niñez. *Rautemberg* expone que tanto en Alemania como en Austria adviértese una franca disminución de la calculosis referida siempre a la infancia. En cambio *Sahim-Ahmed* expresa que en Turquía, por debajo de la edad de 10 años, existe un 60 % de calculosis vesical.

En Rumanía *Teposu*, *Danicio* y *Bruda*, en el interesante trabajo antes mencionado sobre la calculosis urinaria en ese país dicen: "La calculosis urinaria en Rumanía es una afección frecuente tanto en el medio urbano como en el rural. La frecuencia en relación a 100.000 habitantes es de 17.2 en el medio urbano y sólo de 6.2 en el medio rural. Han comprobado estos autores que las regiones de Crisania, Ardealul, etc., pueden ser consideradas como zonas de carácter verdaderamente litogénico. La frecuencia de la calculosis urinaria referida a la edad nos da el siguiente orden: 21-30 años, 61-70, 31-40, 51-60 y recién el quinto siguen las calculosis entre 0-10 años. Referente a la localización de la calculosis urinaria.

observan que los cálculos de la vejiga dan el mayor número, seguidos de los renoureterales.

Veamos ahora que es lo que nos representa Asia. Respecto a la distribución geográfica de la calculosis urinaria en este continente no hay datos de valor, tal como es fácil suponerlo por razones obvias. Con todo, parece ser que en la parte del Este esta afección adquiere ciertos caracteres de importancia, como sucede, verbi gratia, en la ciudad de Cantón. En Persia, según *Polack* y *Tholosan*, y tal como lo refieren los autores rumanos, la calculosis urinaria es frecuente sobre todo en las provincias del Este y Noreste y en la de los lagos de la orilla bañada por el Mar Caspio. Según *Mahe* la afección es escasa en el Turquestán y en el Afganistán.

Entre tanto, en China es muy rara. *Dudgeau* y *Morache* no han encontrado ningún caso en la antigua capital del Celeste Imperio: Pekín. Corrobora este acerto *Kerr*, que nunca ha encontrado ningún caso de calculosis urinaria en los enfermos tratados en los diferentes hospitales. En cambio, en Shantung, durante un período de 10 años *Weischer* ha encontrado el 33.5 por mil.

La India, al decir de los autores, es el país más calculoso del mundo. *Currau* y *Freyer* refiérennos que en el transcurso de 6 meses del año 1863, en las provincias centrales operaron 554 enfermos. *Harris* añade que esta frecuencia débese sin duda a los vientos fríos que vienen del Himalaya y a la utilización en gran escala, por parte de la población, de un pan no fermentado, difícil de digerir. Observación interesante es la de *Huillet* y *Lombard*, que han observado que los soldados ingleses acantonados en la India, arrojan un contingente doble comparado con los que viven en su propia patria. *Carrinson* en un trabajo del año 1931 titulado "Causa de la calculosis urinaria en la India", refiriéndose a un estudio practicado en el período 1926 - 28 y sobre un total que por cierto está en relación con la inmensa cifra de los 320.000.000 de seres humanos que habitan la India, ha hallado 34.325 casos, lo que representa 1 por cada 10.000 de la población total existente en ese país y han sido operados 16.364, que representan aproximadamente el 1:20.000. Existen indudablemente algunas áreas más calculosas que otras y no obstante tan fantásticos guarismos, resulta que la India no es una región calculosa tan marcada como lo expresaban los autores que ya hemos citado.

En la Palestina representa el 1.6 % sobre todas las enfermedades, predominando entre los 20 y los 40 años, siendo el 90 % de carácter renal y ureteral.

Pasando al continente africano las opiniones, son por cierto contradictorias. Así *Ferrin* considérala rara, y *Bertherand* encuéntrala frecuente en Marruecos y en Túnez.

En lo concerniente al Egipto las opiniones son unánimes de que esta afección es frecuente. En una estadística realizada en cinco hospitales egipcios aparecen 448 calculosos sobre 4.167 enfermos hospitalizados, llamando la atención que los extranjeros presentan una inmunidad marcada debido a que sólo toman el agua del Nilo después de filtrarla, cosa que no ocurre con los nativos. No hay que olvidar en este sentido, la causa patogénica de la calculosis vesical producida por el parásito endémico de la región: *Bilharzia Hematobea*.

En Oceanía la calculosis urinaria es una afección casi desconocida, según así lo expresan los autores que se han ocupado de la cuestión en aquellas lejanas regiones. En Australia recién ahora han sido hallados unos pocos casos y en Nueva Zelandia no se ha encontrado ninguno. Respetando la tesis de estos autores, nosotros tenemos motivo para expresar una discreta duda al respecto.

Finalmente nos toca examinar el aspecto del asunto en América. En la Central nada tenemos que merezca ser consignado puesto que parece ser que es un asunto que no debe interesar por no existir o no ocuparse, ya que inútilmente hemos buscado antecedentes bibliográficos sin encontrarlos.

En cuanto a la América del Sud es ciertamente preferible no recordar las cifras estadísticas expuestas por autores europeos, dado que todas éstas se refieren a las de *Civiale*, cuya época es conocida, y arrojan cifras ridículamente bajas por su proporción mal calculada.

En la América del Norte, principalmente en los Estados Unidos, existen trabajos interesantes llevados a cabo con métodos y casi diríamos que estudiado Estado por Estado. Más aún es interesante considerar que como los individuos de raza negra en los Estados Unidos alcanza a 25.000.000, ha permitido a los autores de este país, abordar el tema de la cuestión racial en la calculosis.

Según *Lombard* y *Rey*, parece ser que la calculosis renal en la República del Norte es rara. *Mastin* dice que la frecuencia mayor

encuéntrese en los Estados Ohio, Indiana, Pensilvania y Virginia. *Holmes y Coplan*, de Miami, en su "Estudio de la incidencia geográfica de la urolitiasis en relación con los factores etiológicos" (año 1930), exponen: que se han debido ocupar de este asunto en la región Sud de Florida, debido a la circunstancia de que los médicos regionales creían que esta afección era allí más frecuente que en otras parte del país. Con tal fin remitieron cuestionarios a 71 hospitales y de éstos sólo 42 contestaron. De esta última cifra sólo pudieron sacarse informes útiles de 30, es decir el 42 %. Los referidos facultativos han encontrado un marcado paralelismo entre el Sud de la Florida y el Sud de California, y en ambas regiones existe una evidente superioridad, en lo que se refiere a esta afección, considerada comparativamente con otros lugares de la República aludida.

Mc. Carthy, sostiene que la calculosis urinaria es en extremo rara entre los negros. El autor presenta cifras de 3.5 a 5. La mezcla de sangre en la negra aumenta la calculosis.

En conclusión de todo lo expuesto, réstanos añadir que los trabajos son incompletos y que falta aún mucho por hacer para llegar a conclusiones definitivas. Con excepción del trabajo de los autores rumanos antes mencionados —y referidos a su propia patria— no creemos que haya nada todavía que adquiriera el valor de algo definitivo. A título ilustrativo queremos consignar que de realizarse convenciones médicas ya sea en la Sociedad Internacional de Urología, en lo que atañe a América, podriase confeccionar una verdadera enciclopedia geográfica de urolitiasis. No cabe la menor duda, que esta empresa proporcionaría excelentes resultados considerándola desde el punto de vista de un sistema para una lucha de orden etiopatogénico que, haría disminuir, según así lo entendemos, esta plaga que de continuar sin vallas como hasta ahora podría llegar a contituir un azote de la humanidad. Indudablemente, nos asisten poderosas razones que justifican estas aseveraciones: tenemosla en un hecho común de la post-guerra, donde causas ya existentes, han hecho que la calculosis haya aumentado en Alemania, Austria, Checoeslovaquia, Hungría, Suecia, Dinamarca, Rumanía y Rusia. En contraposición, en los países escandinavos, según se advierte, esta frecuencia es 4 veces mayor en el período 1910 - 30. *Lichtemberg* y *Blum* confirman otro tanto para Ale-

mania y Austria, hoy dependiente de aquel Estado. *Suter y Clairmont*, otro tanto aseveran respecto a las naciones de la Europa Central, así lo manifiestan *Moexand*, para Italia y España y *Popescu, Dunicico y Bruda*, para Rumanía.

EL PROBLEMA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Referida como acabamos de ver, la historia de la calculosis urinaria en el panorama mundial y considerándola hasta nuestros días, tócanos ver ahora en qué situación se encuentra la República Argentina, teniendo en cuenta para ello el estado actual de la cuestión, así como las deducciones que pueden surgir para el porvenir. Debe tenerse en cuenta para todo esto, cuál ha sido nuestra ímprobable tarea de búsqueda bibliográfica. Advertimos desde ya, dadas las circunstancias, que por lo demás hemos expuesto, que tan sólo pretendemos realizar un ensayo, un bosquejo si se quiere, teniendo en cuenta que éste será el primer trabajo realizado en nuestro país sobre tan compleja cuestión. En toda esta materia nos guiará el interés de conocer si se trata de una afección general o endémica para concatenar sus resultados en forma adecuada. Llegará el momento, no lejano, en que daremos cifras exactas así como una exposición de motivos, que al resultar una suerte, digamos así, de metameria justifique las medidas sanitarias que hayan de proveerse en oportunidad.

Sobre un total de 2.841 observaciones, referidas a hombres y mujeres; 831 (incluso 106 sin especificar domicilio) corresponden al interior, a las cuales hay que agregar 843 (incluso también 112 sin especificar domicilio) porque así se consignan en las historias clínicas de estos enfermos internados en los nosocomios de la Capital Federal. Todo esto incluye un total de 1.674, que corresponde a una proporción del 68 %, ya que el 42 % restante surge de 1.167 observaciones que proceden de la capital de la República, de tal manera que los enfermos del interior de la Nación, están en mayor número que los del Distrito Federal. Tal proporción guarda relación lógica con la población de una y otra parte.

Realizaremos entonces, una discriminación acerca de lo antedicho: Cap. Federal, 1.167 enfermos; provincias de: Buenos Aires, 797; Santa Fe, 257; Córdoba, 195; Entre Ríos, 52; gobernación

de La Pampa, 37; provincia de Mendoza, 19; Jujuy, 17; Corrientes, 15; Tucumán, 13; gobernación del Río Negro, 11; Santa Cruz, 9; Chaco, 7; provincia de Santiago del Estero, 7; gobernación del Chubut, 6; provincia de San Luis, 6; Catamarca, 2; San Juan, 2; gobernación de Misiones, 2; provincia de Salta, 1; gobernación de Formosa, 1; Neuquén, 1; provincia de La Rioja, 0; gobernación de Los Andes, 0, y Tierra del Fuego, 0.

De los 2.841 enfermos, 2.073 corresponden a hombres, en una proporción del 73 %; las mujeres 768, vale decir, el 27 %. Tales proporciones nos demuestra que la calculosis renal dentro de los límites argentinos, resulta una afección con predominio del sexo masculino, en proporción "grosso modo" de 4 a 1 que coincide con la estadística rumana que es de uno a cinco, visto que *Teposu*, *Dunicico* y *Bruda* dan para el hombre 79.9 % y 20 %, respectivamente, sobre un total de 1.793 casos. En términos generales, pero ateniéndose a una marcada diferencia de proporción este es el aspecto más o menos de lo que se encuentra en el resto del mundo. Dejamos constancia que tales comparaciones no obstante su similitud son relativas, desde que nosotros nos referimos a la calculosis renoureteral, que al final de cuenta son renales; en cambio, en las otras estadísticas interviene el factor de la calculosis urinaria donde aparece la calculosis vesical lógicamente mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, todo lo cual justifica las proporciones de 4 a 1 para nosotros y de 5 a 1 para los autores rumanos. Entendemos que sería lógico que expresáramos los motivos del predominio de la calculosis renal o urinaria en el hombre; pero esto saldría de los límites de nuestro trabajo. Valga esta explicación la justificación de la laguna que presenta a esta altura y en esta pequeña fase nuestro estudio.

Total: 2.841	{	Mujeres	768 = 27 %
		Hombres	2.073 = 73 %

En materia de edad, diremos que la hemos consignado de década en década, a excepción de los 10 primeros años incluidos entre 0 a 20 años, debido a la circunstancia de no haber hallado sobre la cifra total, arriba de 10 observaciones correspondientes a los recién nacidos comprendidos hasta los diez años de edad.

Cuadro proporcional de edades

0 a 20 años	99	enfermos	3.40 %
21 .. 30 ..	582	„	20.10 %
31 .. 40 ..	993	„	34.87 %
41 .. 50 ..	697	„	24.50 %
51 .. 60 ..	328	„	11.50 %
61 .. 70 ..	77	„	2.70 %
71 .. 80 ..	9	„	0.30 %
81 .. 90 ..	1	„	0.03 %
Sin especificar edad	75	„	2.60 %

El cotejo de semejantes cifras nos lleva a la conclusión, de que en el territorio de nuestra patria, es franco el predominio de esta afección entre los 21 y 50 años, alcanzando su máxima escala entre los 31 y 40, es decir durante la edad mediana de la vida. En orden de frecuencia tenemos: entre los 31 y 40 años, 993 observaciones; entre 41 y 50 años, 697 observaciones; y entre los 21 y 30 años, 582 observaciones. Todo ello representa en proporción respectiva las siguientes cifras: 34, 87 %; 24, 50 %; 20, 1 % y así, hasta encontrarse un solo caso entre los 81 y 90 años de edad, la que representa el 0.03 %. Adviértase que a pesar de no tener cifras exactas entre hombres y mujeres, en edades comprendidas entre 21 y 30 años, el mayor porcentaje en enfermos calculosos corresponde a mujeres.

Aunque lo repitamos hasta la saciedad, pero ateniéndonos a los materiales vernáculos, lo que hemos recogido en materia de edad incide en nuestra atención referido a este aspecto del problema considerado principalmente en Turquía y los países Balcánicos, demostrándonos la marcada frecuencia de la calculosis en la niñez como lo deja entrever el caso de haberse hallado alrededor de 10 observaciones en edades comprendidas entre los 0 años y los 10. Tanto mayor es nuestra sorpresa si la referimos al factor etiopatogénico, mencionados por los autores extranjeros como causa determinante de la calculosis en los niños. Cabe tener presente, considerado el problema en este aspecto que las condiciones alimenticias en algunas provincias, principalmente las norteñas constituye uno de los problemas del pauperismo que, según se ha dicho, asume a veces proporciones muy grandes. Si se tiene en cuenta todo lo antedicho se verá que estaremos exentos de culpa si en momento

determinado nos encontraríamos rectificadas: en tal caso podríamos escudarnos en el famoso porcentaje del 15.8 % de contestaciones a nuestra inquisición en esta materia, cifra que ya hemos calificado de ridícula, pero que, desgraciadamente, tiene por origen esa especie de mal mundial de restarle importancia a la contestación de preguntas formuladas con respecto a problemas inherentes al bienestar nacional. El acápite correspondiente a la niñez podrá ser uno de los tantos temas cuya naturaleza valdría la pena señalarse por algún facultativo que desee tratarlo.

Veamos ahora lo que concierne a las nacionalidades:

Argentinos	1.151	igual al	40.51 %
Espanoles	672	23.65 %
Italianos	481	16.42 %
Rusos	44	1.54 %
Bolivianos	41	1.44 %
Polacos	36	1.26 %
Alemanes	31	1.09 %
Arabes	31	1.09 %
Sirios	22	0.77 %
Uruguayos	21	0.73 %
Franceses	14	0.49 %
Portugueses	13	0.46 %
Turcos	12	0.42 %
Yugoeslavos	11	0.38 %
Rumanos	11	0.38 %
Brasileños	8	0.28 %
Lituanos	7	0.24 %
Griegos	7	0.24 %
Ucranianos	6	0.21 %
Checo-slovacos	5	0.17 %
Chilenos	5	0.17 %
Paraguayos	4	0.13 %
Suizos	3	0.10 %
Británicos	3	0.10 %
Dinamarqueses	3	0.10 %
Egipcios	2	0.07 %
Belgas	2	0.07 %
Húngaros	1	0.03 %
Persas	1	0.03 %
Croatas	1	0.03 %
Albaneses	1	0.03 %

Lo que representa 40.51 % para los argentinos y 59.49 % para los extranjeros. Si se echa un vistazo a los guarismos que anteceden nos llama inmediatamente la atención el predominio que existe por parte de la población extranjera con relación a la nativa, tanto más cuanto que todos estos enfermos son de origen hospitalario, y aunque es exacto que hemos recogido los datos en hospitales extranjeros, el predominio de los nosocomios autóctonos es indudablemente superior. Sobre los 2.841 casos, el 59.46 % corresponde a los extranjeros y el 40.51 % a los argentinos tal como se ha dicho más arriba. El análisis de estas dos agrupaciones de cifras nos lleva a considerar que las dos colectividades extranjeras cuyas cifras son mayores son precisamente las que predominan en el medio ambiente de la Nación. Los españoles representan el 23.65 por ciento y los italianos el 16.72 %. Como es de imaginar vamos a limitarnos a considerar las proporciones de estas dos nacionalidades, puesto que las demás figuran en el cuadro adjunto y numéricamente no tiene mayor interés. En materia de nacionalidad hay hechos que revisten importancia especialmente en lo que se refiere a los extranjeros. La primera pregunta que cabe es la siguiente: ¿estos extranjeros adquirieron su enfermedad en su país de origen o en nuestro medio? La respuesta es, infortunadamente, imposible por la única circunstancia que en ninguna historia clínica consignanse los años de residencia de esta masa inmigratoria. No pretendemos llegar a la exégesis de lo que venimos diciendo. Empero; sea lo fuere, la desproporción entre argentinos y extranjeros, siendo el número de estos últimos tan grande en nuestro país obliga a pensar que debe existir alguna causa que los predisponga a esta afección, porque de no ser así no encontraríamos, por el momento, explicación satisfactoria para justificar el predominio de esta afección en lo que a los extranjeros se refiere. Si hemos de referirnos a la predisposición, es el caso de considerarlos en lo que tiene atinencia con los españoles e italianos, puesto que si las diferencias entre unos y otros es muy poco marcada (grosso modo) hay 1.200.000 españoles y 1.050.000 italianos y en cambio, nos encontramos que en lo que respecta a la calculosis las cifras arrojan el 23.65 % y 16.72 % para éstos y aquéllos. Si observamos el cuadro deducimos que en nuestro medio repítase lo que acontece en Europa, vale decir, que allí donde la calculosis es una afección que puede sorprender,

sus habitantes emigrados acá, presentan también la afección, lo que nos conduce necesariamente a plantear esta opinión bien lógica: vienen ya con la enfermedad o su idiosincrasia los predispone para el desarrollo de la misma. Sin perjuicio de ello nosotros opinamos que la calculosis no resulta afección autóctona.

Dejando los extranjeros de lado, estudiemos ahora el fenómeno dentro de los límites de la República. Hemos visto antes como se presentan los enfermos calculosos en cada provincia y gobernación. Si bien nuestra estadística, considerada intrínsecamente es exacta, no revela en cambio, la realidad absoluta de los hechos, principalmente en lo que a las contestaciones se refiere si es que tenemos presente la cantidad no despreciable de enfermos que han llegado del interior a la capital. Entendemos que si de otros lugares ajenos al Distrito Federal no han llegado más enfermos creemos que la razón es bien sencilla: que no los hay atacados de esta dolencia. De acuerdo a este principio al que debe dársele el valor relativo que nosotros le asignamos, no deja de ser remarcable que la gobernación de La Pampa, que ocupa el 6° lugar haya mandado a la capital 31 calculosos y San Luis 5, teniendo la primera 175.000 habitantes y 190.000 la segunda; cuatro hospitales ésta y cinco aquélla, hallándose más o menos ambos Estados equidistantes a la Capital Federal. Tales hechos nos llevan a la evidencia de que no ha sido la distancia ni la falta de camas las que pudieron motivar la carencia de puntanos y la afluencia de pampeanos; creemos entonces que si tal acaece es porque en La Pampa hay más calculosos que en San Luis. Tales consideraciones corroboran a nuestro entender lo que decíamos respecto a las nacionalidades; en La Pampa hay mayor elemento extranjero que en San Luis, cumpliéndose así parcialmente lo dicho respecto al extranjero, vale decir, que hállese más propenso a padecer la enfermedad que estudiamos que el argentino.

Respecto a las proporciones de acuerdo a la cantidad de habitantes, los guarismos cambian diariamente (cuadro B), y así vemos que del 5 por 10.000 que le corresponde a la Capital Federal, pasamos al 3.7 por 10.000 en Santa Cruz, pasando por La Pampa con 2.10 por 10.000, precediéndole la provincia de Buenos Aires con 2.30 por 10.000 y así sucesivamente.

Capital Federal	calculosos p.	10.000	hab.	5.
Santa Cruz	" "	10.000	"	3.70
Buenos Aires	" "	10.000	"	2.30
Jujuy	" "	10.000	"	2.10
Santa Fe	" "	10.000	"	1.60
Córdoba	" "	10.000	"	1.50
Chubut	" "	10.000	"	1.00
Río Negro	" "	10.000	"	0.80
Entre Ríos	" "	10.000	"	0.60
Salta	" "	10.000	"	0.50
Mendoza	" "	10.000	"	0.30
San Luis	" "	10.000	"	0.30
Tucumán	" "	10.000	"	0.20
Formosa	" "	10.000	"	0.20
Chaco	" "	10.000	"	0.20
Catamarca	" "	10.000	"	0.20
Corrientes	" "	10.000	"	0.20
Neuquén	" "	10.000	"	0.10
Misiones	" "	10.000	"	0.10
Santiago del Estero	" "	10.000	"	0.10
San Juan	" "	10.000	"	0.09
Tierra del Fuego, no hay observaciones.				
La Rioja, no hay observaciones.				
Los Andes, no hay observaciones.				

Ateniéndonos a estas cifras, podemos dividir a la República Argentina en tres zonas: la primera corresponde a isothermas climáticas influenciadas por el Océano Atlántico, directa o indirectamente: Capital Federal, prov. de Buenos Aires y gobernaciones de La Pampa, Río Negro, Chubut y Santa Cruz, es decir lato-sensu zona fría. Una segunda zona que comprende a las provincias de Santa Fe y Córdoba incluídas en la zona templada y una tercera zona compuesta por las provincias del Norte, vale decir, semitropicales. Con respecto a este último punto es menester tener presente lo que pasa en Jujuy: es calcuosa según nuestra estadística pero de acuerdo a las contestaciones recibidas resulta que el 75 % de los enfermos eran bolivianos.

Si examinamos desde otro punto de vista la primera y segunda zona, vale decir, en la que hemos encontrado más calculosos encontramos que son casualmente aquellas en las que existen mayor número de extranjeros, y por otra parte, las provincias del Norte arrojando asimismo mayor número de estos enfermos tiene a su

vez más elevada cantidad de extranjeros (bolivianos), todo lo cual acrece el porcentaje.

Conocidas las regiones que presentan más cantidad de afectados por este mal, sería el caso considerar aquellos motivos por los cuales esta enfermedad ataca a los habitantes de esos parajes, lo que significaría penetrar en el terreno de la etiopatogenia.

Si tendemos a discriminar sobre los múltiples conceptos actuales que explican el por qué una región es más calculosa que otra, entraríamos francamente en una zona vaga y abstrusa, porque las causas que señaláanse para algunos países de Europa y Asia no servirían para considerarlas justificadas en el medio vernáculo. Ejemplos: Hay quienes han pretendido ciertas partes calculosas de la India lo son por razones climatológicas, y así, manifiéstase que los vientos fríos del Himalaya determinarían el mal; sin embargo, tal afirmación dista mucho de la realidad, puesto que otras regiones de la India padecen de calculosis sin estar por ello azotadas por corrientes frías. Tenemos que en el Norte de Europa hay regiones donde abunda la afección que venimos considerando, como los Países Bajos, empero, Inglaterra, los países escandinavos y Alemania no se sienten afligidos por la difusión de la calculosis. Dichas consideraciones llévannos necesariamente a deducir que si nuestra Patagonia es calculosa no debe buscarse la razón en influencias climatéricas.

No hay duda que la alimentación desempeña un papel preponderante: la prueba más evidente hallámosla en la Europa Central que en el período de la post-guerra ha soportado una verdadera ola de calculosis urinaria, y no debe olvidarse porque está aún fresco el recuerdo, cómo bajó el nivel alimenticio en las naciones mencionadas. Tales asertos deben considerarse con tacto, puesto que las razones valederas para Turquía y para los países balcánicos asolados por la calculosis urinaria en los niños, que ha llegado a constituir un verdadero flagelo con proyecciones sociales no podemos aceptarlas aplicadas para nuestro país. El motivo surge de este enunciado: en las provincias argentinas del Norte existe, en cierto modo un pauperismo atenuado tal como lo revelan las cifras periódicas de sujetos inaptos para el servicio militar y sin embargo no encontramos casi calculosis en los niños. Los norteamericanos en sus extraordinarios estudios sobre la calculosis no descuidan el fac-

tor racial, tan interesante para ellos debido a los millones de individuos de raza negra que pueblan su vastísimo territorio. Expresan que no hay muchos afectados por este mal entre los descendientes de los africanos porque su alimentación tiene como base la carne y el pan, pero, acá nos encontramos casualmente con el siguiente hecho sintomático: la alimentación del criollo tiene igual base, con la única excepción que en vez de pan, comen galleta, que en el fondo, es lo mismo puesto que en uno y otro alimento predomina el hidrato de carbono. Precisamente nuestro habitante autóctono está poco afectado por los cálculos renales. La eterna cuestión de las vitaminas a la que tanto se la ha hecho entrar en juego en la etiología de la calculosis renal, considerada en su fase experimental, parece que no debe tomarse tan al pie de la letra considerada en su aspecto clínico, si se tiene en cuenta que en las regiones africanas los blancos son más propensos al mal que los negros, no obstante ser la base de la alimentación más o menos parecida. Sea como fuere, anotamos a título de observación pertinente que hay un hecho que llama la atención: en nuestro país el extranjero hállase más predispuesto que el argentino. Si tal acontece por predisposición o por otra causa, lo ignoramos.

Dados los límites de este estudio y sus características, entendemos que se nos excusará sino nos extendemos en ulteriores consideraciones sobre la etiopatogenia.

CONCLUSIONES

1° De 2.841 observaciones recogidas, tenemos que el 58 % corresponde a habitantes del interior y el 42 % restante a la Capital Federal. De éstas, cuyo número elevanse a 2.010 el 41.94 % corresponde a personas provenientes del interior.

2° Hay uno franco predominio masculino: 4 a 1.

3° Es una afección predominante en la edad mediana de la vida, llegando a su fase máxima entre los 31 y 40 años. Entre los 21 y 30 años su nivel elevase en la mujer.

4° Sobre las cifras generales de 2.841 observaciones, el 59.9 por ciento corresponde a los extranjeros y el 40.51 % a los argentinos. Entre los primeros predominan los españoles con 23.65 % siguiéndoles los italianos con 16.72 %. Dada la escasa diferencia

demográfica que existe entre ambas colectividades llama la atención la diferencia marcada en las proporciones de calculosos existentes entre ambas nacionalidades. Dada la circunstancia de que los países de Europa que se consideran calculosos en sus habitantes, trasladados éstos a nuestro medio, también aparecen calculosos en gran porcentaje, determina la posibilidad de estas circunstancias: o bien vienen ya afectados por esta enfermedad o existe una evidente predisposición para adquirirla acá.

5° Hemos visto ya que en lo que se refiere a la República Argentina hay dos zonas bien calculosas: la cálida, correspondiente al Norte del país y la fría inherente al Sur, tomadas ambas afirmaciones climatéricas desde un punto de vista general.

6° No insistiremos en la parte etiopatogénica, porque como ya lo hemos dicho antes, entrañaría penetrar en una región por demás ajena al principio de nuestro estudio, que es por sobre todo racional y objetivo.
