

LA GRAN MODA DE LA CLOROFILA

Estimuladas por una publicidad excepcionalmente activa, las ventas de productos con clorofila han dado en los Estados Unidos un salto de los 6.000 dólares en 1945 hasta los 50 millones de dólares en 1953. Al comienzo, la producción norteamericana se encontró incapaz de satisfacer las demandas, y la clorofila bruta durante un cierto tiempo fué un producto que venía de Inglaterra, siendo para esta nación una buena fuente de dólares. Cuando la moda de la clorofila se extendió también a este país, a principios de 1952, los fabricantes ingleses se vieron obligados a hacer trabajar sus fábricas veinticuatro horas por día y siete días por semana, para satisfacer una avalancha de pedidos aparentemente insaciable. Sin embargo, en el transcurso de los últimos nueve meses, la situación se ha modificado profundamente. La producción ha sobrepasado a las demandas.

La producción ha aumentado en 500 por 100 desde 1950, siendo la de Inglaterra de un ritmo constante. Las nuevas fábricas en construcción en Estados Unidos, Francia, Italia y Dinamarca doblarán la capacidad mundial. Pero este crecimiento fenomenal de las disponibilidades de clorofila se produce justamente en un momento en que el mercado muestra signos visibles de contracción. Una mayor producción de los Estados Unidos, mayores derechos aduaneros y una demanda de las materias primas usadas hacen que Inglaterra casi encuentre cerrado el mercado de los Estados Unidos para su clorofila. Sin embargo, Gran Bretaña continúa exportando más de la mitad de su producción, principalmente a los mercados del continente europeo y a las naciones del Commonwealth.

El nivel más bajo de las compras, que se nota tanto en Gran Bretaña como en los Estados Unidos, se debe, en su mayor parte, a una reacción natural contra las aseveraciones de una publicidad excesiva. Una gran parte de esta demanda desmesurada provenía, el año 1952, de fabricantes de *shampooings*, de filtros para cigarrillos, productos para acondicionar el aire, rollos de papel higiénico, plantillas para zapatos, etc. No era raro ver, por ejemplo, empresas que desde hacía muchísimo tiempo se dedicaban a emplear la clorofila, sencillamente, como colorante, siguiendo las inclinaciones de la moda, hacerla figu-

rar ahora como un ingrediente activo de sus preparados. En el transcurso del año 1953, muchos de estos pedidos han desaparecido, y parece poco probable que puedan reaparecer. La situación se ha complicado, a su vez, con motivo de una controversia científica sobre los méritos reales de la clorofila, así como por la decisión, muy encuadrada en la ética, de la Asociación de Agentes de Publicidad de asegurarse de lo bien fundado de las aserciones de los anunciadores a este propósito. Todo esto, sin duda, ha sembrado la desconfianza y ha influido sobre las ventas de la clorofila. Ciertamente es que hasta ahora no se ha hecho conocer en qué fecha la Asociación mentada publicará las conclusiones de sus investigaciones.

Mientras que en todas partes se está de acuerdo en asegurar que la *clorofila desodoriza en ciertas condiciones*, no se ve casi ninguna solución a la disputa sobre las cantidades necesarias para obtener una acción eficaz. La imposibilidad de medir olfativamente la fuerza de los olores hace extremadamente difícil la evaluación científica de la desodorización. Algunos críticos, además, pretenden que la clorofila hace desaparecer tanto los olores desagradables como los agradables; la atrofia completa del sentido del olfato en un individuo podría, según ellos, ser una fuente de daños al privarnos de un placer y de un sentido útil. Otra materia en discusión es la eficacia de la clorofila como reparador de los tejidos cutáneos dislacerados. En Estados Unidos, los centros profesionales médicos han admitido el empleo de la clorofila en apósitos quirúrgicos y en ungüentos, pero en Gran Bretaña la opinión médica es escéptica al respecto.

En el presente, las ventas de clorofila se reducen, en su mayor parte, a los dentífricos, a los comprimidos o pastillas y a las aguas dentífricas. Desde septiembre de 1952 a junio de 1953—el último mes del cual se tienen datos estadísticos—, los gastos de publicidad sobre los dentífricos con clorofila fueron, en Inglaterra, de 28.000 libras esterlinas, y constituyen una proporción casi constante de alrededor de un tercio de los gastos publicitarios totales para los dentífricos. Los fabricantes declaran que las ventas de pastas dentífricas con clorofila, que generalmente son más costosas que las demás, se mantienen en una proporción constante, sin declinar. Sin embargo, han llegado señales de alarma del otro lado del Atlántico. Unos químicos norteamericanos pretenden haber descubierto los medios para utilizar industrialmente como ingredientes para dentífricos, “inhibidores de enzimas”, los que automáticamente detienen y eliminan toda descompo-

sición. Se conocen, por lo menos, dos empresas americanas que fabrican dentífricos con estas "anti-enzimas". Esto, de tener éxito, podría ser una gran competencia para los preparados a base de clorofila. Con todo, como la halitosis no es necesariamente debida a las caries dentarias, el papel de la clorofila como ingrediente de pastas dentífricas puede aún ser defendido.

En cuanto al empleo de la clorofila como desodorante para los animales domésticos, que en otros tiempos constituía una fuente sustancial de pedidos, está en vía de abandono en los Estados Unidos.

El producto "milagroso" de ayer, en el mejor de los casos, se encuentra ante la perspectiva de un mercado estacionario, siendo un negocio prosaico, pero no es improbable que la decadencia continúe, y frente a una producción exagerada, el negocio resultará precario. De cualquier manera, como el atractivo de la novedad ha desaparecido, el precio tiene una importancia capital para las ventas. El Laboratorio de Fisiología Aplicada de la Universidad de Yale (Estados Unidos) ha puesto en marcha un programa de investigaciones escalonadas a través de dos años para estudiar las propiedades fisiológicas de la clorofila. ("Chim. Ind", 140, 1955.)

MODALIDADES TERAPEUTICAS EN GERIATRIA

LORENZO VELAZQUEZ, B.: "Revista de Sanidad e Higiene Pública".
5. 6. 243. Mayo-junio, 1955.

AGENTES TERAPEUTICOS Y MEDIDAS HIGIENICAS.—Son de interés algunas hormonas y vitaminas. La testosterona mitiga las manifestaciones seniles ya instauradas y mejora las funciones psíquicas en tanto dura su administración. Conviene usarla en formas de depósito (50 a 250 mg. cada quince a treinta días). El ACTH y la cortisona en dosis de 10 a 15 mg. pueden hacer desaparecer pequeñas molestias articulares, alérgicas, etc., pero no se usarán en hipertensos. La Rauwolfia serpentina va bien en el isomnio de los viejos con hipertensión. En esta edad las vitaminas B₁, A, PP, E, B₁₂ y B₆ tienen gran importancia. Los antibióticos de amplio espectro se emplearán profilácticamente en enfermedades y épocas del año peligrosas. El cardiazol o metrazol (10 cen-

tigramos por boca cuatro veces al día) está indicado en casos de aterosclerosis avanzadas; mejora los impulsos nerviosos y provoca sensación de bienestar. Los climas cálidos son los más útiles y la balneación será de 33° a 36° en habitación caliente.

Ejercicios físicos y respiratorios.—Lo fundamental es huir de la ociosidad. La cultura física moderada es un excelente factor profiláctico y terapéutico. Durante el reposo en cama se aconseja cambios posturales y movimientos de piernas.

Alimentación.—Debe ser parca, bien equilibrada y adaptada al estado de la dentadura. El café no es conveniente, sobre todo concentrado. El alcohol, sólo en dosis moderadas y en las comidas. El tabaco influye en el acortamiento de la vida.

TERAPEUTICA PROPIAMENTE DICHA EN GERIATRIA.—1.° En el viejo suele ser tan eficaz como en personas jóvenes.

2.° Las enfermedades generalmente son iguales en el viejo y en el joven; únicamente se dan en terreno orgánico diferente.

3.° Cuando las terapéuticas sean etiológicas y, por ende, eficaces, la curación es casi siempre rápida, pero el tratamiento debe ser más precoz que en el joven.

4.° La medicación que exija una reacción fuerte por parte del organismo se manejará con prudencia y con un estudio previo de los órganos de los que cabe esperar esta reacción (riñón, corazón, vasos, próstata, etc.). Los fármacos que lesionen parénquimas (metales pesados, cuerpos clorados, etc.) o que posean acciones coapsantes (histamina, nicotamida, ácido nicotínico) son de corta tolerancia.

5.° En las enfermedades crónicas, la terapéutica, tras conseguir algunos resultados satisfactorios, no puede esperar esa elasticidad de los órganos en virtud de la cual cabría obtenerse una recuperación funcional propia.

6.° Hay que contar con que la absorción digestiva está generalmente disminuída y que la eliminación de los medicamentos también está retrasada.

7.° No hay que tratar a los viejos con los esquemas terapéuticos que a los jóvenes, pues influyen en aquéllos la enfermedad, el terreno geriátrico y la medicación.

Terapéutica quirúrgica.—Por muy viejo que sea el enfermo se le puede operar, empleando una cirugía eficaz, sencilla y conservadora.

PRACTICAS DE REJUVENECIMIENTO.—Los sueros ortobióticos o citotóxicos reticulares (Suero de Bogomoletz) tienden a revitalizar pasajeramente.

EL DIAGNOSTICO EN ORTODONCIA

por el DR. ROGER VILLAIN

Podemos descomponer la marcha de un diagnóstico ortodóncico en tres fases:

- 1.^a Saber si el sujeto es normal o no.
- 2.^a Buscar los síntomas si el anormal.
- 3.^a La conclusión que se desprende del conjunto de síntomas.

1.^a Juzgar un paciente normal o anormal debe desprenderse de un examen superficial, en realidad esta distinción es muy elemental. Nosotros hemos atribuido seguramente demasiada importancia al definir lo normal, la cabeza humana pudiendo presentar innumerables variaciones sin salir de lo normal; las simples nociones de anatomía deben bastarnos.

Todas las mediciones de los ortodoncistas americanos nos han traído nociones muy importantes sobre el resultado de los tratamientos en particular, pero nada de muy positivos referente al diagnóstico.

2.^a En cuanto el paciente es declarado anormal, tendríamos que abandonar las nociones de antropología, pues nos encontramos entonces en el dominio de la patología, y es perjudicial para nuestro razonamiento el mezclar dos nociones perteneciendo a dos ramas muy diferentes, uno a la antropología, otro a la patología.

Así, los síntomas basados en los índices antropológicos (Pont o Izard) deberían ser abandonados en sintomatología; los índices deben servir únicamente para separar los individuos normales y anormales. Una anomalía puede ser descrita por sí misma sin retroceder continuamente a compararla con un tipo normal. La sintomatología podrá tener cuenta ante todo de los desequilibrios (de volumen, muscular o articular orgánico y glandular). Así compararemos las distintas partes de un mismo individuo y no las relaciones entre una misma región considerada en el paciente y en el sujeto normal.

3.^a En fin, el descubrimiento de los síntomas no constituye un diagnóstico; estos síntomas tienen que encontrarse reunidos de tal forma que se pueda sacar una conclusión, exactamente como en Medicina podemos terminar diciendo se trata de esta o aquella enfermedad. Sola, esta conclusión representa un diagnóstico, y no debemos olvidar que un diagnóstico es muchas veces imposible.

La expresión de este diagnóstico ortodóncico podrá ser, ya sea el síntoma, ya sea el tipo clínico; nosotros hemos adoptado el tipo clínico con el número exactamente como para las enfermedades contagiosas en los servicios sociales.

(per "Rev. Fran. Odn. Stm.", 2, 1953, 1956.)