

# CUARTA CONFERENCIA PANAMERICANA DE DIRECTORES NACIONALES DE SANIDAD

## NUTRICIÓN, *Cont.*

Comenzando con presentar las observaciones que sobre nutrición hiciera en las Filipinas en 1914, el Dr. Long, Comisionado Viajero Jefe de la Oficina, convino en que el problema alimenticio de América se halla íntimamente ligado a las costumbres tradicionales de los habitantes y al de la educación dietética, y se mostró partidario del huerto escolar y de la preparación, de parte de la Oficina, de un manual que contenga los principios de la alimentación, los requisitos humanos y los valores nutritivos de los alimentos.

## OBRAS EN CAMPAÑA DE LA OFICINA

El Dr. Long, Comisionado Viajero Jefe de la Oficina, repasó a grandes rasgos las obras realizadas por la Oficina en campaña; presentó algunas de las interesantes observaciones que ha hecho en el curso de los años en misiones sanitarias que le han llevado a casi todos los confines de América, y se expresó con entusiasmo sobre la campaña antipestosa y el terreno ganado en ese sentido: la erradicación del mal en Chile desde 1930; de todos los puertos argentinos desde 1935; de los puertos brasileños; de Guayaquil, y en general de casi todos los puertos importantes del Pacífico, excepto Pacasmayo y Salaverry. Se han constatado asimismo una gran reducción de la morbilidad peñosa en el Brasil; eliminación casi total de la peste urbana, y disminución de su virulencia. Con respecto a organización y obra administrativa, el Dr. Long mencionó el establecimiento de departamentos nacionales de sanidad en todas las Repúblicas de América, y la adopción de los reglamentos pertinentes, advirtiendo, sin embargo, que la obra apenas comienza y que un sinnúmero de poblaciones de Centro y Sud América ni siquiera cuentan con los servicios más básicos de la sanidad moderna, a saber: abastos de agua potable y redes de desagüe.

## PERSONAL SANITARIO

Constituye un verdadero paso en la obra pro-salud del *Brasil*, comunicó el Dr. Barros Barreto, la creación en 1926 de estudios de especialización en sanidad, para médicos, y en 1938 de cursos especiales de menos duración en varias capitales de Estado, en algunos de los cuales han participado funcionarios de la Oficina Sanitaria. En el Dpto. Nacional de Sanidad se dictan además cursos de malariología, estadística, microbiología, parasitología, tracoma e ingeniería sanitaria (uno en 1939). Vista la imposibilidad de crear 5 nuevas escuelas de enfermería sanitaria para la preparación de esas auxiliares, se han establecido cursos rápidos de 5 meses en unos 12 Estados, aunque se reconoce ser esto sólo una medida transitoria de emergencia. Por fin en 1936 se instituyó en debida forma el escalafón sanitario en los servicios federales de sanidad, y varios Estados están implantando el mismo sistema, por lo menos tratándose de médicos higienistas.

El Dr. Bejarano apuntó que en *Colombia* todavía no se ha establecido el escalafón sanitario, quizás debido a lo reciente del servicio, a la descentralización del mismo, y a la falta de recursos y de una legislación previsora. Sin embargo, ya se han dado los primeros pasos en ese sentido, con la expedición de una ley que confiere derechos de inamovilidad y ascenso en la carrera administrativa permanente.

La enseñanza sanitaria en *Cuba*, informó el Dr. Finlay, se remonta, en forma

rudimentaria, a los albores de la República en 1902, tomando verdadera forma en 1934, con la creación del Instituto Finlay y la Escuela Sanitaria Nacional. Hasta hoy se han organizado cursos de 4 meses para médicos, y de 2 meses para inspectores y auxiliares, además de otros de especialización. Al finalizar, la Delegación Cubana abogó por la intensificación de la enseñanza sanitaria de los funcionarios de salubridad, y recomendó la designación de una comisión que estudie y proponga un plan de enseñanza sobre la materia, de aplicación general en las instituciones pertinentes de América.

Notificó el Dr. Garcés que en *Chile* se estableció en 1938 una escuela de higiene, dependiente de la Universidad del Estado y subvencionada por el Ministerio de Salubridad, habiéndose creado además dos nuevas escuelas de visitadoras sociales y asignándose fondos para otra de enfermería sanitaria dependiente de la Universidad de Concepción.

Explicó el Dr. Mountin, Ayudante del Director General del Servicio de Sanidad Pública de los *Estados Unidos*, que antes de dictarse la Ley del Seguro Social en 1935, no existía en el país un plan de carácter nacional para la preparación técnica del personal sanitario, pero que con la aplicación de dicha Ley y los subsidios federales concedidos desde entonces para ese fin, la preparación del personal constituye importante elemento de ayuda federal a los servicios de sanidad estatales y locales, agregando que hasta 1940 los becados ya ascendían a 5,316: 946 médicos, 3,450 enfermeras, y 920 ingenieros, higienistas, dentistas, bacteriólogos, estadísticos, etc. Aunque algo variados, los cursos generalmente se conforman a una de 4 categorías: año escolar en residencia; cursos cortos de introducción; prácticas bajo vigilancia; estudios sin residencia fija. En lo concerniente a mejorar los servicios sanitarios estatales y locales, el Gobierno Federal sólo ejerce cierta influencia persuasiva, radicando la autoridad suprema en los mismos servicios y en sus jefaturas políticas, los que hasta la fecha no se han mostrado muy favorables a la adopción de requisitos profesionales más rigurosos. En parte por tener una escala de salarios relativamente baja y por la inseguridad de los puestos, se han empleado a veces en dichos servicios funcionarios de escasa preparación. La situación, sin embargo, comienza a remediarse. La Dra. Eliot, jefe de la Oficina del Niño, agregó que cada día se patentiza más la necesidad de que el pediatra a cargo de obras de protección maternal e infantil, tenga cierta preparación en administración sanitaria. Citó también la importancia creciente de la visitadora y la nutricionista en la obra pro-infancia, agregando que con respecto a la última, ya 27 departamentos estatales de sanidad en los Estados Unidos utilizan sus servicios. Más o menos otro tanto reza con los dentistas y auxiliares médicosociales.

Repasando lo hecho en *México* en este sentido, el Dr. Siurob convino en que las fases importantes del asunto son: preparación adecuada y seguridad del cargo. En cuanto a preparación, existe en México una Escuela de Salubridad donde se dictan cursos apropiados para todo el personal sanitario, incluso cursos de higiene y perfeccionamiento para médicos y enfermeras. Al preconizar el papel de la enfermera visitadora, el Dr. Siurob apuntó que el número de éstas ha aumentado de 1 por 20,000 habs. a 1 por 10,000, y el próximo año sexenal exige 1 por 5,000. Con respecto al otro punto, la Ley del Estatuto Jurídico divide a los funcionarios en dos clases: de confianza y de base. Los primeros ocupan puestos de cierto realce y pueden ser cambiados; entre los segundos reina el escalafón.

El Dr. Schiaffino recordó que en el *Uruguay* los primeros cursos de visitadoras de higiene datan del 1927, y que más tarde se organizaron otros semejantes con requisitos de admisión más rigurosos. Entre los principales inconvenientes con que tropezaron en la práctica fué la falta de cooperación de ciertos organismos al no emplear de preferencia a esas visitadoras especializadas, desperdiándose así

el fruto de la obra educativa. Hace poco se organizaron cursos de un año para oficiales sanitarios, y recientemente, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, se inició el primer curso de higienistas, que mereció la asistencia de 40 médicos. En el Uruguay existe desde hace 30 años una escuela de enfermería clínica.

En cuanto a personal sanitario especializado, informó el Dr. García Maldonado, en *Venezuela* se ha comenzado por conceder, con la ayuda de la Fundación Rockefeller, becas en el extranjero para médicos e ingenieros sanitarios y otros técnicos. Además, ciertas divisiones cuentan con los servicios de médicos extranjeros que actúan en capacidad asesora y educativa. El problema capital parece radicar en la falta de enfermeras debidamente preparadas, hasta hoy casi todas importadas, pero ya se ha logrado la asignación de una suma para la creación de una Escuela Nacional de Enfermeras. En *Venezuela* no existe el escalafón sanitario, aunque en la práctica las vicisitudes políticas no han alterado la estructura de ciertas divisiones especializadas.

#### PREPARACIÓN DE UN CÓDIGO SANITARIO DE APLICACIÓN GENERAL EN LAS REPÚBLICAS DE AMÉRICA

El debate sobre formulación de un Código Sanitario tipo puso de relieve el interés que en todas partes ha engendrado la modernización del derecho de sanidad. Al abrir el debate, el Dr. Barros Barreto, Vicedirector de la Oficina, presentó una relación de los puntos que considera fundamentales para un Código de Sanidad, señalando minuciosamente las exigencias de la moderna administración y organización sanitaria, y proponiendo que a fin de confeccionar una obra más definitiva, se incluyese este asunto entre los temas de la XI Conferencia Sanitaria que se celebrará en Río de Janeiro.

Del *Uruguay*, a raíz de concluir sus labores una comisión nombrada por el Presidente de la República, y de la cual formaron parte los Dres. John D. Long y Atilio Macchiavello en representación de la Oficina Sanitaria Panamericana, aportó el Dr. Schiaffino el anteproyecto de código sanitario que se espera convertir en ley, y en una exposición verbal de sus motivos señaló que lo más importante del código en su estructuración, consiste en crear el órgano completo para que la sanidad pueda desarrollarse.

El *Lcdo. Márquez*, Oficial Jurídico de la Oficina, describió las actividades que ha desarrollado ésta, en orden a la recopilación de la legislación vigente en los distintos países de América, y después de exponer algunos conceptos sobre estructura del código de sanidad, divulgación y humanización del derecho sanitario, presentó el principio de un trabajo sobre codificación de legislación sanitaria.

De *Cuba*, aportó el Dr. Le-Roy los puntos de vista sometidos a la última Constituyente en materia de fundamento constitucional del derecho de sanidad, hallándose en preparación una compilación ordenada y completa. Terminó proponiendo que la Oficina Sanitaria Panamericana redacte un proyecto de código para ser debatido en la Conferencia de Río de Janeiro.

El Dr. Siurob repasó la historia del Código Sanitario de *México*, y expuso sus fundamentos constitucionales.

El Dr. Bejarano y el Dr. Puente discurrieron sobre algunas de las disposiciones de derecho sanitario, en relación con el matrimonio y las venéreas, puntualizando el primero la necesidad de que esta legislación tenga muy presente el concepto de humanitarismo.

Como resultado del debate, un voto de la Conferencia autorizó al Director de la Oficina para nombrar una Comisión que establezca las bases de un Código Sanitario tipo para presentación a la Conferencia Sanitaria de Río de Janeiro.

## POLIOMIELITIS

El Dr. Barros Barreto presentó las observaciones del Dr. Decio Parreiras con motivo de la epidemia de poliomielitis de Río de Janeiro en 1939, una de las más severas jamás registradas en *Brasil*, habiendo ocasionado 230 casos paralíticos y 20 defunciones, aunque la primera cifra quizás sólo represente una fracción del número total de casos generales. Las principales características epidemiológicas del brote fueron las siguientes: extensión a distritos dispersos; mayor incidencia en domicilios particulares que en arrabales; en centros de escasa población; en niños de 1-2 años; y en el invierno y primavera, temporada que también se caracterizó por una gran sequía; menor morbilidad en zonas de mayor altura; ausencia casi completa del mal en extranjeros; letalidad de 9%; exoneración del agua y leche como agente trasmisor. Aunque apenas se pudo establecer la trasmisión por contacto de casos paralíticos, el A. cree que considerando los casos abortivos y los portadores, se lograría completar la cadena. Con respecto a medidas profilácticas, se insistió en el diagnóstico precoz, y se practicaron la vigilancia de contactos, el aislamiento en hospital u hogar, y alguna instilación nasal con sulfato de zinc, pero no se clausuraron escuelas ni se aplicó vacunación o seroprofilaxia.

El Dr. Leake, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, expuso sus observaciones de la reciente epidemia de poliomielitis ocurrida en *Colombia*, que afectó principalmente el valle del Río Cauca y produjo 138 casos y 6 defunciones, conformándose exactamente al patrón epidemiológico ya observado en otros países y climas. La baja letalidad y escasez de secuelas paralíticas, y la mayor incidencia en edades tempranas hacen sospechar al Dr. Leake una mayor diseminación del mal en Colombia. En cuanto a profilaxia, se mostró dudoso del valor práctico de la instilación nasal, por la dificultad en lograr una aplicación perfecta. En oposición a otros muchos investigadores, que inculpan a varios animales en la trasmisión, el Dr. Leake sostiene que el verdadero responsable es el hombre infectado, a veces asintomático pero portador, mayormente en la infancia o adolescencia, y de preferencia en zonas rurales. En el brote de Colombia se implantaron las siguientes medidas de control: instilación nasal; reducción y vigilancia de los viajes de niños, y prevención, hasta donde fué posible, del agrupamiento de gente; pero no se clausuraron las escuelas. Para evitar la secuela paralítica, se aplicó el descanso y el entrenamiento y fijación muscular, y en general se trató de proteger tempranamente el músculo afectado, manteniendo la circulación lo más libre posible.

## SEROLOGÍA DE LA SÍFILIS Y LUCHA ANTIVENÉREA

El Dr. Spangenberg, de *Argentina*, estima que el serodiagnóstico de la sífilis todavía dista mucho de ser perfecto, pero reconoce que el progreso logrado desde el año 1925 es realmente maravilloso. En la lucha antilulética argentina dos hechos fundamentales le infunden optimismo: el establecimiento del examen serológico prenupcial obligatorio, que protegerá a unas 88,000 personas al año, y la creación de los Centros de Diagnóstico Serológico de la Sífilis. Al discutir la especificidad y sensibilidad de las pruebas, señaló la gran utilidad que aportaría una reacción que permitiera reconocer, entre los enfermos tratados, aquéllos que constituirán el pesado lastre de la parasífilis. Actualmente en Argentina usan de preferencia dos reacciones: la Kahn estándar, y la Wassermann según la técnica particular del Instituto Bacteriológico, la cual resulta menos sensible que la Kahn realizada con el procedimiento empleado en Montevideo, aunque otro método actualmente en estudio le aumenta la sensibilidad. Aunque arma indispensable en la lucha antisifilítica, el Dr. Spangenberg advirtió que la serología debe ser practicada correctamente y bajo vigilancia oficial, y recomendó: su

aplicación gratuita; la implantación de un plan de alcance internacional para la determinación del verdadero valor y significado de los adelantos que continuamente se están realizando sobre la materia; mayor cooperación de parte de las autoridades sanitarias en la distribución y control de antígenos, y la promulgación por la Oficina Sanitaria Panamericana a las Repúblicas de América de los progresos realizados sobre la materia que merezcan reconocimiento oficial en cada una de ellas. Con respecto a los adelantos logrados en Argentina en la lucha antilúética, citó la creación de 7 nuevos centros de tratamiento, lo que da un total de 709 para todo el país, o sea uno para cada 18,000 habitantes, hallándose además casi terminados otros 6 centros regionales. También se ha aumentado la distribución de medicamentos gratuitos; se ha insistido en el tratamiento específico, y logrado interesar a las autoridades provinciales. El Departamento Nacional de Higiene no sólo suministra los medicamentos antisifilíticos a instituciones oficiales, sino a todos los que los soliciten.

El Dr. Herald Maciel, Director del Instituto Naval de Biología de Río de Janeiro, en un trabajo que presentó la Delegación del *Brasil*, ofrece sus experiencias con más de 500 casos de lúes, en los cuales realizó un estudio comparativo de las siguientes reacciones, en particular en cuanto a sensibilidad, precipitación y reductibilidad: Wassermann, técnica de Assis; Kahn estándar; Kline diagnóstica, y Müller. El estudio demostró que no debe confiarse el diagnóstico a una sola reacción, sea ésta de fijación del complemento o de floculación, necesitándose varias pruebas distintas, porque a veces las reacciones que se forman en el suero son más sensibles a los lipoides de otros extractos. En relación con la reductibilidad, estima que en general las pruebas serológicas decrecen en intensidad conjuntamente, sin ser raros los casos en que las reacciones de fijación del complemento caen con más rapidez que las de floculación, observándose también lo contrario, aunque con menos frecuencia; asimismo notó que no siempre la caída de intensidad es gradual, constatándose a veces caídas rápidas y otras oscilaciones variables. El A. comprobó también que la Wassermann es la reacción que más precozmente denuncia la sífilis.

La Delegación de *Colombia* presentó un informe del Jefe de la Sección de Lucha Antivenérea del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en el cual se apunta que el estado actual de la lucha antivenérea en Colombia deja mucho que desear. Para remediar la situación, el A. traza las líneas de una campaña que comprende los siguientes puntos: (1) obra educativa y moral, comenzando con la educación sexual del niño; (2) profilaxia individual, incluso el establecimiento inmediato, y otros a seguir, de 18 puestos semejantes a los 44 que ya existen en la República; (3) reducción de las fuentes de infección mediante la reglamentación de la prostitución, que es responsable de 82% de los contagios; bismutización profiláctica de las prostitutas y la disminución del número de éstas mediante la corrección de las causas responsables; establecimiento del certificado prenupcial; (4) creación de un mayor número de servicios de tratamiento, y abaratamiento de los medicamentos; (5) protección de la mujer. En 1938 existían en Colombia 69 instituciones antivenéreas, o sea 1 para cada 126,113 habitantes. En 1939, entre 56,827 reacciones de Wassermann realizadas, 69.6% resultaron positivas, y entre 59,374 Kahns, 60.9%. En el país se hallan inscritas 19,668 prostitutas, cifra que parece ser inferior a la realidad.

El Dr. Recio, de *Cuba*, describió la microrreacción de Chediak que han venido desarrollando en Cuba desde 1932. Se trata de una prueba de floculación basada en los principios estándar, realizada con el antígeno de Meinicke. Su originalidad consiste en sólo requerir una gota de sangre desecada, la cual puede ser recogida en una moneda, papel o portaobjetos. Sometida a numerosos ensayos y pruebas de comparación con la Wassermann y otras reacciones de floculación, ha

dados resultados bastante concordantes. Ultimamente se ha puesto en práctica en Alemania, aparentemente con buen éxito.

Refiriéndose a los adelantos logrados en Chile en la lucha antisifilítica, el Dr. Garcés manifestó que han sido concedidos los fondos necesarios para ampliar el Instituto Bacteriológico a fin de producir 2,400,000 dosis anuales de nearsolán, o sea 4 veces el rendimiento actual; y que existe un proyecto de ley que establece el delito del contagio venéreo e impone el tratamiento obligatorio. En la actualidad los servicios médicos de la Caja del Seguro Obrero, y los servicios antiveneréos de la Beneficencia Pública y de la Dirección General de Sanidad suministran tratamiento gratuito.

El Dr. Eagle, de la Universidad de Johns Hopkins, manifestó que en su opinión, tanto las pruebas de floculación como las de fijación del complemento son igualmente adecuadas en cuanto a especificidad y sensibilidad, y que en manos de un laboratorista hábil existe poca diferencia entre ellas; tratándose de un técnico incompetente, ninguna resulta satisfactoria. Por lo tanto, más importante que la técnica empleada es el personal que la realiza. Hizo notar que aunque no existen pruebas absolutas que sancionen tal práctica, por años se ha aceptado como indicativa de sífilis una serorreacción positiva comprobada, aun en ausencia de síntomas clínicos o antecedentes luéticos. Una investigación realizada al respecto entre estudiantes universitarios, y la cual comprendió 40,000 muestras, apenas acusó una positividad (incluso reacciones dudosas) de 1 por 4,000 sin infección sifilítica aparente. El Dr. Eagle concluye, por lo tanto, que se puede aceptar como sifilítico a todo reactor positivo comprobado, salvo cuando existen los siguientes estados concomitantes, que se sabe pueden ocasionar positivas: malaria, lepra, frambesia y mononucleosis infecciosa, aunque también quizás existan otros estados no conocidos aun, que acusen positivas. Con respecto a la llamada Wassermann provocativa, parece haberse demostrado en los últimos años que carece de fundamento, y que las variaciones diarias que se observan en las serorreacciones provocativas no se deben a alteraciones del suero mismo sino a peculiaridades de la técnica de laboratorio. En la sífilis tardía, por ejemplo, el contenido de reagina en el suero no aumenta en respuesta al tratamiento. De significativa importancia han sido las observaciones alemanas basadas en la teoría original de Wassermann de que las alteraciones primarias del suero sifilítico representan el desarrollo de anticuerpos al *Treponema pallidum*; y también el cultivo por Reiter, hace unos 10 años, de un espiroqueto que se diferencia morfológicamente del *T. pallidum* y no provoca sífilis en el conejo, pero suficientemente afin para reaccionar específicamente con los anticuerpos en el suero sifilítico, produciendo fijación del complemento. Dicho cultivo no tiene aplicación en la diferenciación de las seudopositivas debidas al paludismo, pero reacciona negativamente a la lepra. Por mostrar una tendencia anticomplementaria y exigir una técnica demasiado cuidadosa, el Dr. Eagle no recomienda, por ahora, su empleo rutinario, aunque le concede inmenso valor en el serodiagnóstico de la sífilis, y gran promesa en el campo de la serología.

El Dr. Reuben L. Kahn, de la Universidad de Michigan, describió el método elaborado por él para el descubrimiento de las seudopositivas, el cual ya ha sido empleado con éxito en el Hospital de dicha Universidad. El procedimiento, denominado prueba de comprobación, tuvo su origen y se basa en las diferencias observadas en los resultados de la Kahn realizada a temperaturas distintas con sueros positivos de personas sifilíticas y de animales inferiores no sifilíticos. Su técnica es semejante a la prueba estándar que lleva su nombre, pero requiere temperaturas de 37° y de 1° C. El Dr. Kahn concluye que esta prueba constituye valiosa ayuda en el diagnóstico de la sífilis frente a casos asintomáticos y dudosos.

En su extensa disertación, el Prof. John A. Kolmer, de la Universidad de

Temple (Filadelfia), comunicó que no se conoce la frecuencia exacta de la sífilis, pero que varía de 0.2 a 0.5% hasta 20 a 30%, según la localidad y esfera social, calculando para *Estados Unidos* un promedio de 8 a 10%, o sea unos 10 millones de sífilíticos. En su opinión 91% de los casos se infectan entre los 16 y 40 años. De los 500,000 a 600,000 casos nuevos que ocurren todos los años en los Estados Unidos, un 90% adquiere la enfermedad por contacto genital, y el otro 10% por contacto extragenital, en particular por la osculación, conviniendo el Prof. Kolmer con otros investigadores en que cada sífilítico trasmite la infección a otros 2 ó 3 individuos. Con respecto a serorreacciones, manifestó que ninguna por sí sola es suficiente, y que para obtener un diagnóstico más exacto deben practicarse sistemáticamente por lo menos dos distintas. Recalcó la importancia de una ejecución exacta en cuanto a técnica, y que por lo tanto ésta se confie solamente a laboratoristas experimentados. Considerando que el antígeno empleado es el factor que más influye sobre la especificidad y sensibilidad de la prueba, recomendó su preparación en laboratorios centrales, y comprobación más rigurosa. Al referirse a sensibilidad, expresó la opinión de que cualquier examen serológico puede dar negativas falsas, en particular tratándose de sífilis en la mujer embarazada, en la forma congénita, y en la maligna de carácter precoz, y recalcó que una serorreacción negativa nunca debe sobreponerse a los hallazgos clínicos. Declaró categóricamente que ninguna prueba es suficientemente sensible para la determinación de la sífilis durante el período de incubación, aunque se obtienen positivas en 80% de los casos al final de la primera etapa y en 100% de los casos en la segunda. Abordando el punto de la especificidad, manifestó que pueden darse positivas, con ausencia de sífilis, en casos de lepra, pian, mal del pinto, fiebre recurrente y mononucleosis infecciosa, y que la relación entre pinto, pian y sífilis requiere investigación. A veces, aunque raramente, se obtienen seudopositivos con sueros de cancerosos, ictericos, casos febriles, o de personas normales, lo que por lo general se debe a errores de laboratorio. El Prof. Kolmer considera el certificado prenupcial obligatorio como una necesidad, pero apuntó al mismo tiempo algunas de las desventajas que acarrea: obtención de reacciones inespecíficas, seudopositivas, y positivas en casos de sífilis crónica debidamente tratados; impotencia de la prueba en descubrir la infección en su período incipiente o de incubación; y la posibilidad de que la medida pueda disminuir la frecuencia del matrimonio y fomentar cierta promiscuidad sexual. Recordando que el embarazo de por sí solo no conduce a reacciones positivas cuando la prueba es realizada correctamente, se mostró partidario del examen de sangre sistemático de toda mujer embarazada, a fin de reducir la mortalidad y la mortalidad infantil.

El Dr. Vonderlehr, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, se refirió a los estudios que se están llevando a cabo para la apreciación de las pruebas serológicas de diagnóstico. Iniciadas en 1935 por el Servicio de Sanidad Pública, con la cooperación de la Sociedad Americana de Patólogos Clínicos, y de 13 serólogos eminentes, estas investigaciones han revelado la eficacia que revisten las serorreacciones en manos de los mismos autores o inventores, y un aumento del número de laboratorios que las realizan satisfactoriamente (de 23% en 1937, a 70% en 1939).

En *México*, comunicó el Dr. Siurob, la lucha antisifilítica ha sido intensa. A raíz de abolirse el reglamento de la prostitución, se dictó la ley del delito del contagio venéreo y se convirtieron en hospitales mixtos los antiguos nosocomios para mujeres. Conjuntamente se ha aumentado el número de dispensarios y preventorios, y destinándose fondos para la instalación de una planta de neoarsfenamina y sulfanilamida.

(Continuará)