

EDITORIALES

LA SANIDAD PANAMERICANA DURANTE EL AÑO 1931

Oficina Sanitaria Panamericana.—Durante el año 1931 la Oficina Sanitaria Panamericana mantuvo su íntima cooperación con los departamentos de sanidad de todas las Repúblicas Americanas. El hecho de más relieve desde el punto de vista del panamericanismo sanitario, consistió sin duda en la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad y la II Reunión del Consejo Directivo de la Oficina, celebradas en Wáshington del 16 al 25 de abril, y en las cuales se discutieron asuntos de la mayor importancia, y en particular la propuesta reglamentación internacional de la navegación aérea desde el punto de vista sanitario.

Continuaron los viajes de estudio y cooperación del Comisionado Viajero, Dr. J. D. Long, quien visitara los siguientes países: Argentina, Cuba, Chile, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay. Las investigaciones cooperativas de la peste fueron proseguidas en el Ecuador y el Perú, y hacia el final del año fueron extendidas a Chile.

Ratificación del Código Sanitario Panamericano.—La República de Colombia ratificó el Código Sanitario Panamericano, y lo ha puesto en vigencia por resolución gubernamental la República de Guatemala. De los 21 Estados americanos, el Código se halla, pues, en vigor en 20 (por ratificación en 18), y en el restante ha sido recomendado para ratificación.

Reorganización.—En el Uruguay, el antiguo Consejo Nacional de Higiene y la Dirección de la Asistencia Pública Nacional han sido consolidados en un solo departamento, que llevará el nombre de Consejo de Salud Pública. En la República de El Salvador, se anexó a la Secretaría de Gobernación el ramo de Beneficencia, formando con la misma y la Sanidad una Subsecretaría. Comisiones para reorganizar los departamentos nacionales de sanidad fueron designadas en Bolivia, Chile y Perú. En Colombia la Dirección pasó a ser departamento independiente.

Cambios de directores.—En el curso del año cesaron en sus puestos los jefes nacionales de sanidad de: la Argentina, Dr. G. Aráoz Alfaro; Bolivia, Dr. Daniel Bilbao R.; Colombia, Dr. Pablo García Medina (jubilado); Cuba, Dr. Francisco María Fernández; Chile, Dr. R. Kraus; Guatemala, Dr. Luis Gaitán; Haití, Dr. Montgomery A. Stuart; Honduras, Dr. José Ramón Durón; Nicaragua, Dr. Jacinto Pérez h.; Panamá, Dr. Guillermo G. de Paredes; Perú, Dr. Pablo Ernesto Sánchez Cerro; República Dominicana, Dr. Aristides Fiallo Cabral (fallecido); Uruguay, Dr. José Scoseria; y Venezuela, Dr. H. Toledo Trujillo; siendo suplantados respectivamente por los Dres.

Tiburcio Padilla h., Renato A. Riverín, Enrique Enciso, Victoriano Rodríguez Barahona, Naciánceno Romero, Carlos Padilla y Padilla, Rulx León, Aristides Girón Aguilar, Víctor Manuel Román, Sergio González R., Mariano Pagador Blondet, Sr. Agustín Aristy, Eduardo Blanco Acevedo, y Sr. Juan E. París.

Enfermedades pestilenciales.—Casos de *peste* fueron denunciados en la República Argentina, Chile, Ecuador y Perú; en tanto que en la costa del Pacífico de los Estados Unidos comprobáronse unos cuantos casos en ardillas. Continúa favorable en el Brasil la situación de la *fiebre amarilla*, pues no se han presentado más casos en la ciudad de Río de Janeiro desde septiembre de 1929, y en 1931 sólo hubo casos esporádicos en los siguientes Estados: Alagôas (Utinga, nbre.), Bahía (São Salvador, mzo.), Ceará (interior, mzo. y junio; Sobral, obre.), Minas Geraes (interior, mzo. y mayo), Pernambuco (Recife, sbre.; y Pauí d'Alho, nbre.), Río de Janeiro (interior, mzo. y mayo), y Sergipe (interior, junio). De *tifo* fueron comunicados casos de Colombia, Chile, Estados Unidos, Guatemala, México, Panamá y Paraguay. También se denunciaron casos de *viruela* en Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, y Uruguay, siendo en particular notable un pequeño brote importado que tuvo lugar en un distrito de Uruguay, país ése donde no había habido casos por varios años, y las epidemias, bastante considerables, de Honduras y Bolivia. En los Estados Unidos, la enfermedad siguió revistiendo una forma leve y reveló una baja considerable

Endemias y epidemias.—El *paludismo*, las *helmintiasis*, la *tifoidea* y la *tuberculosis* retienen todavía su puesto de grandes endemias en muchas partes de América, revistiendo el primero a veces índole epidémica. La *lepra*, y en Haití las *treponematosis* continúan motivando preocupaciones. En México y Guatemala han dedicado últimamente mucha atención a la *oncocerciasis*, a fin de poner coto a su difusión. Una epidemia de bastante gravedad fué la de *poliomielitis* que prevaleció en los Estados Unidos, y en particular en la Ciudad de Nueva York en la segunda mitad del año, ocasionando allí 4,138 casos con 505 defunciones, y 15,693 casos en todo el país con 914 defunciones sólo en nueve Estados y el Distrito de Columbia. La *fiebre ondulante* ha revelado últimamente difusión insospechada.

Demografía.—Los últimos datos demográficos para los países americanos aparecen en la tabla adjunta. Desde luego, como se hace siempre en el BOLETÍN cada vez que publicamos información de esta naturaleza, débese advertir y recalcar que, aunque estas cifras han sido obtenidas de informes oficiales y considerados fidedignos, varían tanto las circunstancias de la inscripción y recopilación, según las mismas autoridades interesadas, que sólo pueden ser consideradas como aproximadas, sin tomarse nunca como base de comparación entre distintos países o regiones, por no haber seguridad de que sean uniformes los

métodos empleados ni las bases en las cuales se asientan. La falta de censos recientes o de adecuados sistemas de inscripción y comparación, naturalmente vician a menudo las estadísticas disponibles, y las cifras ofrecidas a veces no sólo desdichan de la realidad, sino que parecen absurdas e indignas de cita a la luz de otros datos y del testimonio mismo de los directores de sanidad y de los médicos más al tanto de la situación en la región dada. Por otro lado, la aglomeración de los enfermos de todas partes del país en busca de tratamiento hace subir en algunas grandes ciudades los coeficientes de mortalidad general y de ciertas enfermedades a guarismos que de otro modo no serían alcanzados.

Legislación.—Entre las principales disposiciones legislativas de orden sanitario dictadas en los países americanos, figuran éstas: alimentos, Costa Rica, Cuba, Chile y Brasil; asistencia social, Colombia; certificado prenupcial, Perú; edificación obrera, Chile; ejercicio de la medicina, Argentina, Brasil, y Nicaragua; enfermeras, Brasil; especialidades farmacéuticas, Colombia; farmacias, Argentina, Brasil; fumigación, Venezuela; herbolerías asiáticas, Perú; leche, Chile, El Salvador, Guatemala, México y República Dominicana; lepra, Ecuador; maternidades, Chile; médicos oficiales, Costa Rica; narcóticos, Colombia, Cuba, El Salvador y Estados Unidos (compilación); navegación aérea, Bolivia y Perú; odontología, Colombia; paludismo, Costa Rica; patentes de sanidad, México; piscinas, Chile; policía sanitaria, Colombia; preparados para el cabello, México y Nueva York; productos biológicos, Chile y Perú; productos farmacéuticos, Cuba y México; protección a la infancia, Costa Rica; protección obrera, Colombia; rabia, Venezuela; sanidad marítima, Venezuela; trabajo de mujeres, Perú; y vacunación antivariólica, Chile. Además, Chile y El Salvador promulgaron nuevos códigos sanitarios, y en Venezuela entró en vigor la nueva Ley de Sanidad Nacional. Compilaciones de disposiciones sanitarias fueron publicadas en Chile (beneficencia y asistencia social); Haití (sanidad); y Venezuela (sanidad y farmacia).

Congresos.—De los más importantes congresos celebrados en América en 1931, fueron: el III Congreso Médico Panamericano en México, del 26 al 31 de julio; Primer Congreso Latinoamericano de Oftalmología en Santiago de Chile, del 2 al 4 de febrero; y la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública en Montreal, Canadá, del 14 al 17 de septiembre.

Memorias anuales.—Memorias descriptivas de los trabajos sanitarios realizados fueron publicadas por las autoridades de Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; así como de varios Estados del Brasil y Departamentos de Colombia.

TABLA I.—*Demografía de los países americanos*

[Datos para 1930 a menos que se indique otro año]

Países y ciudades	Natalidad	Mortinatalidad	Mortalidad				
			General	Infantil	Tuberculosa	Tifoidea	Cancerosa
Argentina.....	30.11 (1929)	35 (1919-1923)	13.64 (1929)	106.6 (1924)	225	2.8	121
Buenos Aires.....	22.66	39.9	12.83	70.2	176		
Rosario.....	22.5 (1929)	40 (1929)	14 (1929)	127.7 (1925)			
Santa Fe.....	28.5 (1929)	38.7 (1929)	15.9 (1929)	144.7 (1925)		15.18 (1926)	
Bolivia.....							
La Paz.....	35	8.9	21.8	297.2 (1928)	89	20.2	30
Brasil.....							
Recife.....			23.46		433	7.85	41.4
Río de Janeiro.....	20.27	79	14.42	162.5	272	7.75	43.6
Santos.....	25.16	75.68	17.09	204.57	250	3.1	42.2
São Paulo.....	25.95	52.62	12.68	152.62	132	7.9	65
Canadá.....	24.5	31	11	89.3	81	5	93
Colombia.....	30.42 (1929)	16.7 (1929)	13.11 (1929)	123 (1929)	41 (1929)	37.2 (1928)	160 (1929)
Bogotá.....	27.15	66.59	19.56	222.3	137	38	102
Costa Rica.....	45.8	39 (1927)	21.7	160.1	95.9	13	60
San José, Cantón.....	41 (1929)	53 (1929)	20.9 (1929)	157 (1929)	166 (1929)	30 (1929)	116 (1929)
Cuba.....	19.7 (1929)	98.1 (1929)	10.4	165.6 (1929)	105 (1926)	21.1 (1926)	40.8 (1929)
Habana.....	18.23 (1929)	111 (1929)	17.2	132.2 (1929)	200.3	7.9	115 (1929)
Chile.....	39.8	33.5	24.7	234	264	17	60
Concepción.....	40.5	89.6	32.9	297	500	9	115
Santiago.....	36.8	33	27.4	241	460	9	100
Valparaíso.....	40.3	47.4	23.4	185	582	3.9	109
Ecuador.....	38.94	14.7	17.75	142.5	76	17.3 (1929)	15
Guayaquil.....	62.9	56.4	33.8	179	615	14.2	40
Quito.....	43.8		24.4	240 (1921)		9	
El Salvador.....	46.6	14.22	22	134	95.9	3.2	13 (1928)
San Salvador.....	44	22.8	31.8	178.6 (1929)	300	15.9 (1929)	
Estados Unidos.....	18.9	39 (1929)	11.3	64.2	68.5	4.3 (1929)	95.9 (1929)
Chicago.....	17.1	36 (1929)	10.4	53.6	65.9	0.5	114
Detroit.....	20.8	41 (1929)	9.3	64.5	87.5 (1929)	0.9 (1929)	74.5 (1929)
Filadelfia.....	18.3	35 (1929)	12.5	59	86 (1929)	0.9	135.8 (1929)
Nueva York.....	17.64	47.2	10.76	57.24	73	0.9	116.5
Washington.....	19.2	48 (1929)	15.4	70.7	118.2 (1929)	3.3	132.8 (1929)
Guatemala.....	50.7 (1928)	21.8 (1928)	26 (1929)	92.1 (1928)	163 (1928)	16 (1928)	26 (1928)
Guatemala.....	49 (1928)	48.7 (1926)		152.4 (1926)		3	
Haití.....	29.2 (1928)		15.52 (1929)		121 (1929)	1.45 (1928)	11.9 (1929)
Port-au-Prince.....	30.9 (1929)	32 (1929)	19.1 (1929)		250 (1929)	3.7 (1929)	31 (1929)

TABLA I.—*Demografía de los países americanos*—Continúa

[Datos para 1930 a menos que se indique otro año]

Países y ciudades	Natalidad	Mortinatalidad	Mortalidad				
			General	Infantil	Tuberculosa	Tifoidea	Cancerosa
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>
Honduras.....	41.24 (1929)	13.73 (1929)	21 (1929)	117.3 (1929)	21 (1929)	8.8 (1928-29)	-----
Tegucigalpa, Dpto.....	41.4 (1928-29)	111.2 (1928-29)	-----	149 (1928-29)	-----	-----	-----
Islas Vírgenes.....	22.3 (1929)	87 (1929)	24.2 (1929)	145.2 (1929)	109 (1929)	-----	99.9 (1929)
México.....	38.7 (1929)	31 (1927)	26.5 (1929)	166 (1929)	77 (1929)	23.9 (1929)	14.2 (1929)
México, D. F.....	48.4	-----	26.5	148 (1929)	161	15.2	54
Veracruz.....	53.8	-----	25.4	177	378	34	60
Nicaragua.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Managua.....	49.4 (1929)	-----	22.7 (1929-30)	141 (1929-30)	76	-----	-----
Panamá.....	29.4	19.62 (1928)	12.2	177 (1914-1920)	171	2.7	23.5
Colón.....	29.46	38	17.4	108	239	6.4	34
Panamá.....	35.29	48	17.5	121	280	4.3 (1928)	79
Paraguay.....	-----	-----	-----	-----	46 (1929)	-----	-----
Asunción.....	25.2 (1929)	38.5 (1929)	11.6 (1929)	166 (1929)	230 (1929)	32	58 (1928)
Perú.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Callao.....	38.6	-----	20.85	140	572	16	-----
Lima.....	44	30.6 (1929)	24.22	156.8	539	30	-----
Puerto Rico.....	38.4 (1928-29)	87.4 (1928-29)	18.6	126	263	11 (1929-30)	38 (1928-27)
República Dominicana.....	34.7	67 (1920)	1.8	279 (1928)	1.60 (1928)	17.7	1.7 (1927)
Santo Domingo.....	22 (1927)	-----	14 (1927)	-----	128 (1927)	25	-----
Uruguay.....	24.18 (1929)	36 (1929)	10.75 (1929)	92 (1929)	133 (1929)	9.4 (1929)	76 (1929)
Montevideo.....	29.7 (1929)	36 (1926)	18.4 (1929)	95.5 (1929)	327 (1929)	10 (1929)	157 (1929)
Venezuela.....	29.8	16.8	17.2	149	121	22.7	15
Caracas.....	30.3	-----	22.5	124	432	10.7	8 (1929)

1 Cifras reconocidamente inconformes con la realidad.

TABLA II.—*Colonias europeas en América*

[Datos para 1930 a menos que se indique otro año]

Países y ciudades	Natalidad	Mortinatalidad	Mortalidad				
			General	Infantil	Tuberculosa	Tifoidea	Cancerosa
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>	<i>Por cien mil habitantes</i>
Bahamas.....	27.6		17			23	
Barbados.....	32.7	27	23	251	80	20	75
Bermuda.....	25.38	33	9.89	77.2	34	3.2	40
Curazao.....	35.4 (1929)	58 (1929)	16 (1929)	122.8 (1929)		11.9 (1929)	
Granada.....	32.63	56.4	15.8	119	72	23	26
Guadalupe.....	18.7 (1929)		20.6 (1929)				
Point-à-Pitre.....	29.5 (1927-28)	158 (1929)		135 (1927-28)			
Guayana Francesa.....	11.3 (1928)	111 (1928)	15.4 (1928)	130.2 (1928)			
Guayana Holandesa.....	30.3 (1923)			76 (1923)		20 (1928)	
Paramaribo.....						17	24
Guayana Inglesa.....	33.4	67	23	146	96	17	24
Georgetown.....	32	93	22.2	134	160	26.3	7.9
Honduras Británica.....	39.3 (1929)		20.9 (1929)	129.5 (1929)	99 (1929)	0.5 (1929)	
Belice.....	39 (1929)		17.7 (1929)				
Jamaica.....	37		17	141	126	27	24
Kingston.....	41.7		21.2	118	249.1	111	67
Montserrat.....	39		19.8		168		128
San Cristóbal (St. Kitts).....	43.9	71.6	37.2	186	142	22.3	156
Saint-Pierre et Miquelon.....	29.5 (1927)		18 (1926)				
Santa Lúcia.....	34.5	60.4	16.1	85.6	94	12	20.5
San Vicente.....	35.34	58.5	15.07	93	93	5.6	32
Terranova.....	24.28	20.8	13.91	114.3	207	2.2	87
St. Johns.....	26.2	34.4	17.64	148.04	174	7	86
Trinidad y Tobago.....	31.19	74	18.91	127.02	107.5	23.2	34
Port of Spain.....	27.8	77	24.1	128	306	53.2	53

¹ St. Kitts y Nevis.

Defunciones.—Durante el año la medicina y la sanidad americana perdieron algunas de sus lumbreras mayores, como patentizan los nombres de: Aberastury, Cantón, Castaño y Llambías en la Argentina; Santos, Pacheco, Leão y Esposel en el Brasil; Fonseca Calvo en Costa Rica; Agramonte y Lebreo en Cuba; Ducci Kallens y Cora Mayers en Chile; Deaver, Deeks, Dercum, Fisk, Frankel, Hare, Kober, Mills y Warthin en Estados Unidos; Toledo Herrarte en Guatemala; Arce y Lavorería en el Perú; Fiallo Cabral en la República Dominicana; Puig y Quintela en el Uruguay; y Delgado Palacios y Pérez Díaz en Venezuela.

VALOR RELATIVO DE LAS OBRAS SANITARIAS: BIODEMOGRAFÍA

En ninguna reseña de los trabajos de administración sanitaria cabe omitir una de sus ramas más importantes, y a menudo indispensables. Nos referimos a la llamada estadística vital, o biodemografía. Dos recientes conferencias internacionales del continente han nuevamente proclamado su valor, recomendándose en una de las resoluciones del VI Congreso Panamericano del Niño en Lima:

Registrar todo el trabajo social y sanitario, para así analizar experiencias, probar métodos, demostrar adelantos, y sentar las bases de investigación social. Los datos del censo de la población, junto con otros registros sociales, constituyen las bases de toda administración social y cooperativa

en tanto que declara en su Acta Final la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad:

Establecido de manera indiscutible el valor cada vez mayor de los datos demográfico-sanitarios para los servicios de salud pública, aconseja que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana discuta el asunto, con miras a que se creen tales servicios en los países que no los posean todavía, y se amplíen en los que ya los tengan.

La biodemografía comprende dos formas: enumeración, e inscripción o registro; en otras palabras, censos y denuncias, o quizás sea mejor decir notificaciones, para evitar el empleo de una palabra que a muchos se les antoja tiene un viso policiaco algo repelente.

La experiencia ha revelado que en lo tocante a establecer un sistema eficiente de biodemografía, lo primero es implantarlo y luego ir corrigiendo poco a poco las deficiencias de que sin duda adolecerá todo método, sobre todo al principio de su instalación. Claro está que la base amplia y sólida en que reposa la biodemografía, es el conocimiento, lo más exacto posible, del número de habitantes de la zona dada, pues sobre ese dato es que se calculan casi todos los coeficientes, y de faltar la información, la falta viciará en mayor o menor grado todos los cálculos subsecuentes. Para poder utilizar debidamente la biodemografía es, pues, esencial poseer estadísticas aproximadamente exactas acerca de la población y de la división de ésta por edades, sexo, natalidad, raza y oficio. Todos estos pormenores también resultan del mayor valor, pues permiten dictaminar, con mejor conocimiento

de causa, sobre problemas tales como despoblación o sobrepoblación, emigración, desocupación, etc., con mira a anticipar las eventualidades del futuro.

Entre las varias casillas biodemográficas, tiene un puesto reservado la nupcialidad, y poca duda cabe que la inscripción de los matrimonios tiene importancia, si bien es ésta más bien moral, jurídica y social.

La estadística de los nacimientos con respecto a número, sexo, raza, legitimidad, etc., además, posee un valor más fundamental, pues ayuda a establecer el crecimiento vegetativo de la población, y permite calcular uno de los factores más importantes en la vida de un pueblo, o sea la mortalidad infantil. Igualmente, permite instaurar a tiempo medidas tales como la prevención de la oftalmía neonatal, asistencia postnatal, profilaxia puerperal, etc.

La estadística de mortalidad no sólo patentiza, combinada con la de natalidad, los cambios de población, sino que, debidamente recopilada, lanza luz sobre la frecuencia de las enfermedades y las pérdidas ocasionadas por ésta; y de no haber, como acontece muchas veces, buenas estadísticas de morbilidad, constituye el único dato disponible para calcular el papel correspondiente a cada enfermedad en la nosografía regional. Sin embargo, como ha apuntado más de un estadístico, entre ellos Newsholme, "el registro de defunciones ofrece una idea imperfecta de la frecuencia de las enfermedades," pues, por ejemplo, la mortalidad correspondiente a una dolencia dada varía mucho en diferentes brotes, y hasta a veces, a mayor morbilidad, menor mortalidad. En cambio, las estadísticas de morbilidad revelan la extensión y marcha de las diversas enfermedades, con su relativa prevalencia en diversos sitios en distintas épocas, y más comprensivas y de valor más inmediato que las de mortalidad, abarcan todos los casos, no sólo los letales, en el momento en que más lo desea el higienista, es decir, a tiempo de hacer algo todavía para combatir oportunamente el avance del mal. ¿Quién, por ejemplo, querría tratar de yugular un brote de fiebre amarilla, peste, escarlatina, difteria, viruela, etc., sin recibir información pronta acerca de cada caso, y a medida que se presenten? ¡Bien malo sería el general que, antes de librar batalla, no tratara de averiguar las posiciones, efectivos y armamento del enemigo!

Otros datos biodemográficos que también poseen mucha utilidad para el higienista, son los correspondientes a la mortalidad infantil (menores de un año) y mortinatalidad, calculados por mil nacimientos viables. Esta información, propiamente analizada por causas, permite descubrir los factores que socavan la vitalidad regional, para poner en planta el remedio correspondiente. En los Estados Unidos la gran campaña contra la mortalidad infantil sólo tomó vuelo cuando las estadísticas del censo permitieron formarse una idea exacta de la situación y comparar unas regiones con otras.

La dificultad es casi siempre mayor en lo tocante a lograr una inscripción exacta de los nacimientos que de las defunciones, pues un jefe enérgico de sanidad puede casi siempre impedir, con la colaboración de los funcionarios judiciales y las autoridades eclesiásticas y municipales, el entierro sin el certificado de rigor, mientras que para nacer no se necesita partida ni autorización, ni siquiera médico y a veces ni comadrona.

En los Estados Unidos sólo reciben en el "área de registro" de la natalidad y la mortalidad Estados o ciudades cuyas inscripciones de nacimientos o defunciones respectivamente representan por lo menos 90 por ciento del total comprendido.

Al tratar de instalar o de perfeccionar un sistema biodemográfico en cualquier sitio, claro está que es de la mayor importancia, y casi de rigor, conseguir la cooperación de la clase médica, pues sin ella poco podría obtenerse en una empresa de este carácter. Así lo comprendió muy bien el Director de Salubridad Pública de Guatemala, al dirigirse, hace poco, a los facultativos del país, solicitando su colaboración en sus esfuerzos para dotar a la nación de una de las piedras angulares de la sanidad pública, como es la biodemografía, comenzando con la inscripción de los nacimientos y las muertes. En semejante criterio abunda un atinado artículo publicado en un número reciente (sbre., 1931) del *Boletín del Servicio Nacional de Salubridad*. No ha mucho tiempo, el Jefe del Departamento de Salubridad de México proclamó la necesidad de que los médicos de toda la República ayudaran al Departamento en el conocimiento exacto de la geografía y de la estadística médica, pues de ahí derivan los necesarios medios de profilaxia. Contestando, al parecer, a esa indicación, la Asociación Médica apuntó que tal vez ayudara una relación mejor entre el Departamento de Salubridad y el cuerpo médico. Con respecto al secreto profesional, no tiene aplicación, pues en estos casos es el Estado el que impone la obligación de divulgar sin responsabilidades un dato, de cuyo conocimiento beneficiase la sociedad, y esa obligación rige no sólo con el médico, sino con toda persona conocedora del caso. A fin de colaborar en el asunto, la Asociación Médica Mexicana ofreció las páginas de su revista a la propaganda sanitaria del Departamento de Salubridad Pública. Con una cooperación tan cordial, y que redundará en crédito de ambas instituciones, poca duda cabe de que se obtendrá un marcado mejoramiento en las estadísticas del país. Con respecto al vocablo "denunciar," la revista *Salubridad* (jul.-sbre., 1930) del Departamento de Salubridad Pública de México, hace notar que significa noticiar y avisar, a la vez que delatar en sentido forense, y si el médico lo prefiere, puede emplear el eufemismo "declarar" o "avisar" en vez de "denunciar," pero no dejar incumplidas las prescrip-

ciones del Código Sanitario que obligan a avisar la existencia de ciertas enfermedades peligrosas.¹

Hablando de estadística, conviene recordar que uno de los artículos del Código Sanitario Panamericano, ya en vigor en casi todas las Repúblicas Americanas, se expresa así:

ART. XIV. Cada uno de los Gobiernos signatarios se obliga a poner en práctica, tan pronto como sea posible, un sistema adecuado para recoger y consignar en debida forma los datos estadísticos demográficos, sistema que ha de incluir:

1. Una oficina central de estadística que estará bajo la dirección de un funcionario competente en la recolección y redacción de estadística.

2. Oficinas de estadística regionales.

3. La promulgación de leyes, decretos, o reglamentos que exijan la pronta notificación de nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles por parte de los funcionarios de sanidad, médicos, parteras y hospitales y para imponer penas siempre que se dejen de hacer oportunamente dichos informes.

A PRIORIDADE DE SÃO PAULO NA SUPRESSÃO DAS DESINFECÇÕES TERMINAIS

Numa amavel carta recebida nesta Repartição, o Dr. F. Borges Vieira, distincto investigador brasileiro e Director do Instituto de Hygiene de São Paulo, ao comentar o recente editorial do BOLETÍN sobre o "Valor relativo de las obras sanitarias: la desinfección terminal," faz notar a primazia do Estado de São Paulo na America do Sul (e provavelmente na America Latina) em revogar as desinfeções terminais.

A Direcção de Saude Publica do Estado de São Paulo em julho, 1923, extinguiu a pratica por inutil, seguindo os ensinamentos de Chapin, em Providence. E como era de se esperar, essa medida não trouxe maior recorrencia de casos secundarios, como alguns septicos queriam supôr.

Num trabalho publicado em 1923, o mesmo Borges Vieira se expôs em particular assim com referencia ás experiencias paulistas:

Os resultados que pode trazer a desinfeção terminal, isto é, a desinfeção do quarto e objectos praticada após terminação do caso pela remoção, cura ou morte do doente, não compensam os gastos requeridos, os eu valor sendo insignificante, para não dizer nullo, na prophylaxia das doenças infectuosas. Ella deve

¹ El Departamento de Salubridad Pública había llegado al convencimiento de que en los Estados de la Federación casi nunca se hacían las declaraciones de rigor. Por ejemplo, en el mes de enero de 1930, ciudades tan importantes como Cuernavaca, Iguala y Manzanillo, rindieron aviso negativo de enfermedades transmisibles, y otras ciudades como Guaymas y Zacatecas, sólo registraron un caso de tifoidea cada una. Los cuadros de casos y defunciones por enfermedades transmisibles para la Ciudad de México, de 1926 a 1929, patentizan que las cifras expuestas no reflejan la verdadera situación, ni aun en los casos en que el número de declaraciones supera al de defunciones, y en la fiebre puerperal en 1926 y 1928, influenza en 1928, y tuberculosis en 1926, puede observarse una notable inversión. Además, en el año 1926, las notificaciones apenas superan en poco más de 50 por ciento a las defunciones, lo cual sería inaudito. De todos modos, el aumento de casos denunciados, de 2,715 en 1926, a 4,196 en 1927, 3,034 en 1928 y 4,308 en 1929, sin aumento en las defunciones, prueba que por lo menos en la Ciudad de México, los médicos van adquiriendo el hábito de la declaración obligatoria.

ser substituída pela aplicação de agentes naturais, como a ventilação e luz solar e uma boa lavagem, com água e sabão, do soalho e paredes, até a altura de um homem. A prática do expurgo ou fumigação para desinfestação imediata de aposentos onde houve casos de doenças transmitidas por insectos ou outras sevandijas, deve continuar a ser feita, como medida de valor.

Postas estas conclusões em votação ao Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene, que se reuniu no Rio de Janeiro em 1923 mesmo, obtiveram aprovação unanime, sendo imediatamente endereçada ao Director do Departamento Nacional de Saude Publica uma moção em favor da supresão das desinfecções terminais no serviço daquele Departamento. O assunto já havia sido objeto dum bem elaborado estudo da lavra do Dr. Lessa, do Departamento Nacional de Saude Publica, a quem se referera tambem a moção do Congresso. A esse tempo, em 1923, raras eram as administrações sanitarias que haviam aderido a nova pratica. No Rio de Janeiro a pratica das desinfecções terminais só foi abolida muito posteriormente, e isso mesmo em caracter facultativo.

O tema foi abordado ante o Terceiro Congresso Brasileiro de Hygiene em São Paulo a 4 a 12 de novembro de 1926, numa conferencia do Prof G. de Paula Sousa, então Director do Serviço Sanitario do Estado de São Paulo, quem declarou:

Hoje, abolidas as desinfecções terminais e centralizada a vigilancia dos contactos, na Inspectoria de Molestias Infecciosas, orgam com funcões proprias e definidas, notou-se que a porcentagem de casos repetidos nos mesmos domicilios, pelo menos não se alterou para mais, mostrando claramente que os nossos esforços se devem dirigir para combater os perigos do contacto directo pelos doentes e portadores de germens, os perigos da ignorancia, e não contra o infundado e problematico perigo da casa dita contaminada. Como se ve, pois, dos numeros referidos, nada autorizava o dispendio de esforços e dinheiro na applicação de medida de resultado tão inutil. Essa mesma energia e dinheiro desejamos sejam applicados no apuro das vigilancias dos contactos, na educação sanitaria destes e da população em geral, na execução das desinfecções concorrentes e na indispensavel preparação de pessoal capaz de prover por ellas, tanto medicos quanto, sobretudo, enfermeiras de saude publica, perfeitamente habilitados.

É justo lembrar tambem algumas das phrases de Lessa ja em maio de 1923, no mesmo Rio:

A desinfecção por meio de agentes chimicos dos aposentos em que estiveram doentes de molestias infectuosas, que era considerada, até alguns annos atraz, como uma das armas mais poderosas da prophylaxia dessas molestias, passou a ter uma importancia mesquinha aos olhos dos melhores technicos de saude publica. . . . Em vista das considerações acima, e em vista das grandes despezas trazidas pelas desinfecções chimicas dos aposentos, cumpre divulgar o mais possivel o exemplo dado por algumas cidades norte-americanas da substituição dessas desinfecções pelos processos mais simples e menos dispendiosos das lavagens com água e sabão, da insolação e arejamento prolongados.