

EDITORIALES

HIGIENE PÚBLICA E INDIVIDUAL

De la unión nace la fuerza, dice un proverbio. En un reflexivo estudio, el órgano del Departamento de Sanidad Pública del Estado de Illinois, E. U. A., ha hecho notar la diferencia observada entre el curso de las enfermedades que son objeto de un ataque comunal, y el de las meramente sometidas a medidas individuales, tomando para comparación, ciertos pares de estados de los más comunes. El primero está constituido por la tifoidea y la diabetes, enfermedades ambas que pueden ser dominadas casi perfectamente por medidas específicas conocidas, mas con la diferencia de que contra la tifoidea se ejerce el control público con vigilancia sanitaria de los abastos de agua y leche y la disposición de las inmundicias, mientras que en lo tocante a la diabetes cada individuo pone en práctica a su antojo un régimen dietético y quizás terapéutico. El resultado es que la mortalidad por tifoidea ha disminuído en el Estado de Illinois en 80 por ciento, en tanto que la diabética ha aumentado en 40 por ciento desde 1918. Tenemos otro ejemplo de lo mismo en la difteria y la apendicitis, pues la mortalidad de la primera ha disminuído en 40 por ciento, comparado con un aumento de 35 por ciento en la de la última. En lo relativo a difteria, a los departamentos de sanidad les corresponde iniciar y realizar las medidas profilácticas y aconsejar las terapéuticas, en tanto que la apendicitis queda a discreción del médico y del enfermo. Otro caso a propósito es el de las diarreas y los accidentes automovilísticos. Las primeras (gracias al control sanitario de los abastos de agua y de leche, y a los mejores medios de refrigeración) han descendido en 64 por ciento, en tanto que los últimos, abandonados al discernimiento de cada automovilista, han subido en 28 por ciento. La tuberculosis ha disminuído en Illinois de 128.7 en 1918 a 70.1 en 1929, o sea un 45 por ciento; en tanto que el cáncer se ha elevado de 82.2 a 108.9, o sea un aumento de 30 por ciento. La gran diferencia, que salta a la vista, es que contra la primera se ha librado una gran campaña desde hace años, en tanto que el cáncer hasta fecha bien reciente ha sido considerado como algo puramente individual. Por fin, la mortalidad infantil ha disminuído de 206.5 a 112.6, en tanto que la producida por las enfermedades del corazón ha subido de 163.8 a 221.7. En pro de la higiene infantil se ha requerido la cooperación de las masas, y en particular de la madres, en tanto que las cardiopatías pasaban por pertenecer puramente a la esfera individual.

Confirman lo mismo, pero en mayor escala, los datos relativos a esas enfermedades en los Estados Unidos. Allá por los 80, la mortalidad tuberculosa en ese país ascendía a más de 300 y en 1900 a 200 por 100,000; en 1928 no llegó a 80; en 1892, en 61 de las principales poblaciones la mortalidad diftérica representaba 72 por 100,000; en 1927 sólo 9, y en algunas de ellas 0. En el área de registro de 1900, la baja ha sido de 40.4 a 8.5 en 1927. En 1910 la mortalidad por tifoidea era de 20.6 en un grupo que comprende las principales ciudades del país; en 1928 sólo de 1.56 por 1,000, y en el territorio comprendido en el área de registro de 1900, ha disminuído de 30.8 en dicho año a 2 en 1927. En la Guerra Hispanoamericana (1898) hubo 20,738 casos con 1,580 defunciones de tifoidea en el Ejército Estadounidense, en la Guerra Mundial (1917-1919), en un grupo 40 veces mayor, sólo 1,242 casos con 155 muertes. La mortalidad infantil ha disminuído de 162.2 en 1900 a 64.3 en 1927, y la diarrea-enteritis de 150.8 a 22.2. No es mucho decir que la mortalidad debida al grupo infecto-contagioso representa hoy día menos de la tercera parte que a principios de siglo.

Frente a esas cifras consoladoras, a las que pueden unirse las relativas a la viruela (descenso de 1.9 en 1900 y 6.6 en 1902 a 0.1 en 1927), el paludismo (de 7.9 en 1900 baja a 2.7 en 1927), y otras más, pónganse las empinadas estadísticas correspondientes, para no enumerar otras causas, a la diabetes (2.1 en 1870, 10.4 en 1900 y 20.1 en 1927), el cáncer (de 60.7 en 1900 a 102.2 en 1927), las cardiopatías (aumento de 132 en 1900 a más de 200 en 1928), la apendicitis (8.8 en 1900 y 15.2 en 1920) y los accidentes automovilísticos (salto de 0.4 en 1906 a 19.5 en 1927 y aun mucho más en 1929).

Claro está que el problema dista mucho de ser tan sencillo, como parece indicar el análisis de la revista illinoiana. Dejando a un lado la posibilidad y cuasiprobabilidad de que muchas de la cifras citadas se resientan de errores dimanantes de varias causas, además del control público, en el descenso de las dolencias enumeradas han intervenido otros factores, como mejor conocimiento de su frecuencia, causa y prevención, mayor ilustración de las masas y más prosperidad general. Tampoco acaban de ser de buena ley todas las comparaciones trazadas. Por ejemplo, los conocimientos referentes al cáncer y la apendicitis no poseen toda la precisión necesaria para realizar labor de la mayor eficacia. De nuevo, contra los accidentes automovilísticos aplícase cada vez con mayor fuerza el control público, pero luchando con el obstáculo del creciente número de automóviles, el descuido humano y el loco afán de ir de prisa que a todos asedia.

Por encima, sin embargo, de esa salvedad, destácase el hecho imponente de que millones de vidas han sido salvadas merced a las grandes adquisiciones de la medicina, la bacteriología, la química y la ingeniería sanitaria, y que éstas sólo rinden su plena utilidad, cuando

las implanta con firmeza y perseverancia una organización compuesta de peritos y provista de los recursos necesarios, es decir, un departamento de sanidad moderno y eficaz.

EPIDEMIOLOGÍA DE SUDAMÉRICA

La enorme extensión de los países sudamericanos y su diversa situación geográfica condicionan en algunos un clima tropical y en otros subtropical y moderado. Esa diversidad de climas explica la aparición de enfermedades tropicales y subtropicales al lado de otras de naturaleza cosmopolita. Las últimas se encuentran tan en general más o menos difundidas como en los países europeos, revistiendo los mismos caracteres generales, por ejemplo, con respecto a la benignidad de la difteria y la escarlatina en algunas regiones, salvo ciertas excepciones, debidas tal vez al clima, condiciones higiénicas, raza, etc.

Tras un viaje por el Brasil y Argentina, Kraus,¹ el actual director del Instituto Bacteriológico de Chile y previo incumbente de un puesto semejante en la Argentina, analiza la epidemiología reinante. El *carbunco* humano es una de las enfermedades más propagadas en la Argentina, donde alcanza proporciones no igualadas ni en el Brasil, ni otros países sudamericanos, debido a su frecuencia en los bovinos. La *peste* bubónica, desconocida en Sudamérica hasta 1899, es endémica desde aquella fecha, y de tiempo en tiempo suelen aparecer epidemias. La fuente de infección para el hombre es también en Sudamérica, la rata, es decir la pulga de ésta. En Brasil y Argentina, existe el llamado *granuloma venéreo*, hasta hoy no observado en Chile. Otra enfermedad, considerada venérea, es la poradenitis o *linfogranulomatosis* cuya etiología no ha sido aún completamente resuelta. La *lepra* está hoy muy difundida en las Repúblicas de América del Sur; sin embargo, no se encuentra en Chile, fuera de la Isla de Pascua.

Esporotricosis, actinomicosis, micetomas son frecuentes, especialmente en el Brasil. Una *micosis* descrita por primera vez en São Paulo, por Pedroso es la dermatitis verrucosa, también conocida en Norteamérica. Otra afección, descrita y estudiada en el Brasil, es la blastomicosis coccidioidea. La *amibiasis* es endémica en Sudamérica, incluso Chile. La *malaria* también lo es en el Brasil, en el norte de Argentina y en todos los demás países sudamericanos, mas limitándose en Chile a los valles del norte. La *leishmaniasis* sudamericana debe su nombre a localizarse, no solamente, como botón de Alepo, en la piel, sino en la mucosa bucal y laringe, y está muy difundida en el Brasil y en las Provincias del norte de Argentina, Paraguay y Perú (Uta). Ciertas observaciones de Chagas condujeron al descubrimiento de la enfermedad que ostenta su nombre: la *trípanosomiasis* sudamericana. Como esas observaciones se refieren

¹ Kraus, R.: Rev. Ins. Bact. Chile. 1:37-46 (mzo. 1930).