

de casos, pareciendo que hay independencia entre la distribución en los meses del año y la intensidad de la endemia.

CUADRO NO. 4.—*Distribución geográfica de las fiebres tifoidea y paratifoideas en la República Mexicana*

Grupo Num.	División para el estudio	Número de ciudades o Estados en el grupo	Población según el censo de 1930	Número de casos de sept. de 1931 a agto. de 1932	Coefficiente por 100,000	Número de defunciones de sept. de 1931 a agto. de 1932	Coefficiente por 100,000
I	Ciudades de la vertiente del Golfo.....	22	652,380	557	85.3	169	25.9
I'	Estados.....	6	2,430,616	-----	-----	456	18.6
II	Ciudades del centro y norte.....	27	2,614,288	1,512	57.8	555	21.22
II'	Estados.....	15	8,560,024	-----	-----	4,800	56.0
III	Ciudades de la vertiente del Pacífico.....	28	402,400	915	22.7	193	47.9
III'	Estados.....	11	5,707,569	-----	-----	3,778	66.0
IV	Todas las entidades federativas.....	32	16,526,648	-----	-----	8,583	51.93

La relación entre la temperatura durante los meses del año y el número de casos queda todavía por estudiar. Ya se ha visto que, aunque la mayor cantidad de enfermos se anota en los meses más calurosos, el descenso se manifiesta cuando la temperatura todavía sigue alta; y se han sugerido teorías para explicar el hecho.

Es evidente que en la República mexicana están aumentando las fiebres de que nos ocupamos, lo cual está en oposición con lo que pasa en el resto del mundo.

Los medios para luchar contra la fiebre tifoidea y las paratifoideas o salmonelosis y contra las colibacilosis, son conocidos; pero se necesita toda la constancia, todo el entusiasmo y todo el anhelo de progreso que tiene el Cuerpo Médico Mexicano para que ayude a los encargados de velar por la salud pública a demostrar en el país, la alteza del generoso ideal de nuestra profesión, que busca para todos el máximo bien de la vida: la salud.

LA CAMPAÑA CONTRA LA PESTE EN EL PERÚ

Por el Dr. JORGE ILLINGWORTH ICAZA

Director de Sanidad del Litoral del Ecuador y Comisionado Viajero Temporal de la Oficina Sanitaria Panamericana

Especialmente invitado por la Oficina Sanitaria Panamericana, con el nombramiento de Comisionado Viajero Temporal, y puesto de acuerdo con el Sr. Dr. John D. Long sobre itinerario iniciamos la jira desde Guayaquil y en uno de los aviones de la "Panagra," el día miércoles 7 de diciembre, a las 9 de la mañana, con el objeto de darme cuenta personalmente del estado sanitario de los puertos peruanos, de los sistemas establecidos en la campaña contra la peste bubónica

y, especialmente, observar los procedimientos sanitarios en relación con el tráfico marítimo entre los puertos ecuatorianos y los de la costa peruana. Habiendo llegado a Chiclayo a las 2 de la tarde, luego de abandonar el aeródromo, efectuamos un recorrido en auto hasta el vecino pueblo de Lambayeque y de ahí a Ferreñafe; el día 8, tomamos el tren de pasajeros y visitamos Monsefú, Eten Villa, Puerto Eten, Pimentel y la Hacienda Pomalca; el 9 continuamos nuestro viaje en avión hacia Pascamayo, y desde ahí visitamos Guadalupe, Chepen y San Pedro; el 10 continuamos en avión el itinerario hasta Trujillo y Salaverry, de donde el 11, nos trasladamos a Lima.

Cinco días empleamos, pues, en el desarrollo de nuestro programa de ida hasta la capital peruana; y mi permanencia duró en ella desde el 11 a las 3½ p. m., hasta el 17 a las 7 a. m. en que retorné a Guayaquil en avión, habiendo llegado a esta ciudad a las 4 p. m.

Durante el trayecto, realicé minuciosas inspecciones respecto a los sistemas, a las modalidades ambientes y a las circunstancias generales de cada región, para deducir mis observaciones personales y recoger impresiones de los métodos empleados y sus resultados prácticos; y, especialmente en la ciudad de Lima, tuve oportunidad de efectuar más detenidos estudios, en los cuales pude confirmar el informe presentado por el Dr. Miño, quien en el mes de abril realizó también un viaje de inspección hacia el Perú, en compañía del Dr. Benjamín Mostajo y también del Dr. Long.

Quiero referirme al informe del Dr. Miño,¹ en el cual están detallados los métodos empleados en la campaña antipestosa; trabajos que, si bien en una forma más intensa y formidable de desarrollo, han seguido los sistemas ya standardizados para combatir la peste bubónica, que en el Ecuador y especialmente en Guayaquil se aplicaron con el éxito de haberse obtenido la declaración de Puerto Limpio de la clase A, clasificación que se ha confirmado hasta hoy para convencer a todos los países del mundo de que este puerto ecuatoriano está completamente exento de pestes y enfermedades cuarentenables.

Las mismas características de la peste allá que aquí, corresponden sin duda a que existe la misma situación de ambiente, tal como la miseria de las clases proletarias y los defectos de las construcciones, faz esta última que está mereciendo especial atención de la Dirección de Sanidad de mi cargo mediante una tenaz lucha con los propietarios para obtener la paulatina demolición de paredes, concavidades y de techos antihigiénicos, que en gran parte han sido un factor importantísimo para la resistencia de los roedores contra la campaña de envenenamiento que, siguiendo los métodos aconsejados por el Dr. Long, se sigue practicando en forma persistente.

¹ Véase el *BOLETÍN* de agosto, 1932, p. 821.

Mas si el estudio comparativo de los módulos empleados aquí y allá no arroja mayor novedad en la investigación científica de los hechos y sus consecuencias, en cambio he podido hacer observaciones importantes respecto a la situación del tráfico entre los puertos Perú-ecuatorianos.

En efecto, he observado que los barcos ecuatorianos son recibidos en el Perú sin ninguna restricción sanitaria; sin duda porque es sabido que hace ya más de dos años está totalmente erradicada toda enfermedad cuarentenable en el Ecuador, y muy especialmente la peste bubónica. A ello se debe, pues, esa franquicia sanitaria que exonera a los barcos procedentes de nuestros puertos, de someterse a las exigencias preceptuadas en las leyes de cuarentenas marítimas y en los reglamentos respectivos. Pero debo observar que, si tal medida está justificada en cuanto a los transportes procedentes del Ecuador, no ocurre lo mismo en cuanto a la procedencia del Perú; y, por tanto, sería peligroso establecer una reciprocidad de tales facilidades que si bien pueden tener su aspecto útil para las compañías y empresas navieras y pueden apreciarse como un medio de cordialidad comercial, en cambio no sería difícil que encarnasen un peligro para la salubridad de nuestros puertos, en el traslado de infecciones posibles por los motivos que voy a demostrar:

Indudablemente, los 37 puertos peruanos se encuentran libres de toda peste desde hace más de un año. Pero si las pestes están completamente erradicadas en el Litoral, no ocurre lo mismo con los puertos del interior, pues existen ciudades y algunas cercanas a los puertos, en las cuales se han presentado casos de peste comprobada y otros sospechosos de ella; lo cual implica la posibilidad de que, dado el tráfico constante, pudieran realizarse migraciones murinas desapercibidas que, en los fardos de mercaderías, nos trajeran el contagio de nuevas epidemias.

Contribuye a dar una fisonomía mas apreciable a esta situación peligrosa, el hecho de que las fumigaciones se efectúan en forma deficiente, que no garantizan la extinción total de los roedores, pues tales fumigaciones se practican con Clayton, que ya está desechado de los procedimientos profilácticos, como ineficaz, y que en Guayaquil ha sido sustituido con cianógeno o Ziklon, obteniéndose así que con tales fumigaciones Guayaquil sea actualmente el puerto protector de toda la costa del Pacífico, en las escalas del tráfico a lo largo del continente.

Por tales motivos, estimo que, sin que ello signifique un perjuicio para el tráfico con los puertos peruanos, deben adoptarse ciertas precauciones, como se han adoptado en esta ciudad respecto al tráfico con las poblaciones del interior, mediante el establecimiento de un cordón sanitario en la línea férrea que une a Guayaquil con los pueblos interandinos, con medidas tales como la fumigación de los

trenes de carga, con Ziklon, para evitar que las ratas, acosadas por la intensa campaña de envenenamiento y otros medios que se realiza en la sierra, puedan iniciar invasiones que aisladas y desapercibidas llegarían a echar a perder la situación sanitaria, obtenida a costa de enormes sacrificios.

El éxito de la campaña anti-pestosa en el Perú es importante; y traduce sacrificios de todo orden compensados con una situación que, si no de total erradicación, puede apreciarse como de dominio del flagelo, reducido ya a esos casos aislados en los pueblos del interior.

El éxito de esa campaña realizada en largos años, con loable esfuerzo por el Gobierno y las autoridades sanitarias peruanas, puede apreciarse en el descenso del índice de morbilidad, pues antes de comenzarse la campaña anti-pestosa éste arrojaba una cifra aproximada de 1,200 casos, en tanto que actualmente ha bajado hasta dar sólo 47 casos desde enero de este año, hasta la fecha en que visité el territorio peruano.

Sin embargo, parece que, cuando el éxito está por alcanzarse, cuando falta un esfuerzo relativamente corto para culminar la defensa con la erradicación total de la peste, prima un criterio fragmentario que, considerando la obra sanitaria como una necesidad del momento, no le presta el decisivo empeño que requiere una obra en que está el futuro de los pueblos y que, por lo tanto debe merecer todo sacrificio para su realización.

Es el caso que, parece que en vista de la crisis económica que ha invadido el Perú como todos los pueblos del mundo, existe la tendencia de abandonar la campaña anti-pestosa; lo cual significaría la pérdida de todo el éxito conseguido y el regreso a una situación amenazadora no sólo para la población peruana, sino para todos los países del continente, vinculados por las corrientes migratorias y comerciales.

UNIFICACIÓN DE LAS FARMACOPEAS AMERICANAS*

Por E. FULLERTON COOK, Ph.M.

Presidente del Comité de Revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos de América

La creación de una Sección de Farmacopeas, como parte de este congreso, será un vínculo más de cooperación panamericana y resultará una fuente no sólo muy satisfactoria sino de interés y utilidad. La idea de una Farmacopea Panamericana, y, más aún de una Farmacopea Internacional, no es nueva, pero todos los esfuerzos anteriores han fracasado por no tomar debidamente en cuenta el arraigado espíritu nacionalista que existe en los distintos países.

*Presentado ante el IV Congreso Médico Panamericano en Dallas, Texas, del 21 al 26 de marzo de 1933.