

de recomendaciones apropiadas en cuanto a tratamiento, y un reconocimiento sanitario que sólo se proponga compilar datos para archivarlos, constituye un derroche de tiempo, trabajo y energía. También peca de desperdicio realizar un estudio encaminado a poner de relieve verdades ya establecidas, por ejemplo, las bondades del saneamiento o a propagar conocimientos relativos a la profilaxia de las enfermedades, pues eso constituye la misión de una campaña y no de un reconocimiento.

Antes de emprender una pesquisa sanitaria, debe existir, por de contado una idea clara de sus fases y de su alcance y de su costo. Además, debe haber la seguridad de que se tienen a mano los fondos disponibles para llevar la empresa a feliz cima.

Una vez concluido el estudio, resta otra tarea, aun más importante: poner en práctica las recomendaciones, pues en sanidad como en otros campos de la vida, de poco sirven las palabras si no las respaldan los hechos.

LA DISINFECCIÓN TERMINAL

La llamada desinfección terminal o final, o sea la practicada a veces con más aparatividad que eficacia al llegar a su término una enfermedad contagiosa, ha sido objeto en los últimos años de apasionadas discusiones. Chapin le dió lo que para muchos fué el golpe de gracia, allá por 1912, al hacer notar la futilidad de muchos de los métodos vigentes hacia la fecha en que realizara sus observaciones.² A partir de entonces, varias de las principales poblaciones norteamericanas abandonaron el procedimiento en lo tocante a ciertas dolencias comunes, por creer, como dice Rosenau,³ que el costo de tal "desinfección" es por demás crecido con respecto a los beneficios. El ejemplo fué seguido en otras partes, por ejemplo en el Brasil, según describiera Chagas en la sesión del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París en mayo-junio, 1926.⁴

Para Chagas, las desinfecciones finales, tal como se practican actualmente en algunos países, constituyen un método absolutamente empírico, sin la menor base científica, y que debe ser profundamente modificado, si no completamente abandonado. No todos los presentes convinieron en absoluto con el delegado brasileño, y en particular Lutrario, el ex-Director de Salud Pública de Italia, hizo ciertas reservas con respecto al posible papel desempeñado por los objetos inanimados en la transmisión de las enfermedades.

² Chapin, C. V.: *Sources and Modes of Infection*, 1912.

³ Rosenau, M. J.: *Preventive Medicine and Hygiene*, p. 1319, 1927.

⁴ Chagas, C.: Proc. Verb. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub. (mayo-Jun.) 1926. (Véase también el artículo del Dr. Gustavo Lessa, titulado "O Valor da Desinfecção Terminal," publicado en el *Boletim Sanitário* del Brasil, No. 2, de 1923, y reproducido en 1928 por orden del Dr. Clementino Fraga, Director General del Departamento Nacional de Salud Pública del Brasil, el cual condensa muy bien los argumentos en contra de la desinfección terminal.)

En la sesión celebrada por el mismo organismo en mayo, 1928. Lutrario ⁵ volvió de nuevo a la carga, reafirmando su convicción de que son demasiado radicales las afirmaciones de Chagas con respecto a la inutilidad de la desinfección terminal. Conviene en que las desinfecciones generales, tal como se aplican en la práctica corriente, pecan a menudo de ineficaces e infructuosas, pero también cree que, entre el momento en que el germen patógeno abandona el cuerpo del enfermo, portador o vector, y el momento en que se vuelve inofensivo, transcurre un período más o menos breve o largo, en que el objeto inanimado es susceptible de transmitir la dolencia. Por ejemplo, los vestidos, alfombras, telas, etc., pueden albergar piojos, y por lo tanto, transcurren de 50 a 60 días antes de que la ropa infectada se vea completamente libre de piojos y liendres. El vibrión cólico puede continuar virulento durante algún tiempo (en la ropa sucia, un máximo de 13 días, según Kitasato), y en 1893, estalló en Livornia una epidemia bastante curiosa, limitada al principio a las lavanderas que habían utilizado un lavadero cuya agua estaba infectada por la ropa sucia de los cólicos. En lo tocante a la peste, las pulgas contaminadas pueden vivir separadas de la rata, y continuar infecciosas durante 23 días. Con respecto a la viruela, se han registrado recientemente (1925), epidemias debidas a la ropa, en cuatro departamentos de Francia, por lo cual la Academia de Medicina propuso entonces medidas especiales contra los trapos. En Roma hace algunos años hubo un caso típico de transmisión de la viruela por objetos inanimados al parecer ropa de cama. En Rotterdam, en 1923-24 hubo una epidemia de escarlatina, y como un mes después, el hermano de varios enfermos contrajo la enfermedad, al acostarse en la misma cámara que había estado desocupada durante un mes. La literatura médica contiene numerosas observaciones de transmisión de enfermedades contagiosas por los libros, y Touchais comunicó la contaminación de un tomo por bacilos tuberculosos, que al cabo de 135 días pudieron ser inoculados en el cobayo, a pesar del efecto de la luz en una vitrina, y de la desecación a 30 grados. Paul Juillerat, tras 17 años de observaciones en París, declaró que hay casas tan infectadas por la tuberculosis en estado endémico, que se transmite a los inquilinos sucesivos. También existen observaciones análogas para la tifoidea, de todo lo cual Lutrario deduce que el papel de los objetos inanimados no es del todo menospreciable, principio este en que se basa gran parte de la reglamentación todavía en vigor en Inglaterra, en el Ejército estadounidense, en España, en los Países Bajos, en Francia y en el Japón.

Algunos de los otros delegados presentes trataron de precisar las ideas actuales desde el punto de vista práctico. King,⁶ el representante estadounidense, puntualizó el papel predominante del

⁵ Lutrario, Alberto: Proc. Verb. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub. (mayo) 1928.

⁶ King, W. W.: Proc. Verb. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub. (mayo-jun.) 1926.

enfermo en contraposición al ambiente, como transmisor de la infección, mas haciendo notar que, en ciertas dolencias contagiosas cuya etiología y probable transmisión son desconocidas, la desinfección final puede tener su razón de ser como posible salvaguardia del público, aunque sin excluir otros métodos. Sir George Buchanan,⁷ el delegado inglés, recalcó que la desinfección debe ser considerada de acuerdo con la enfermedad de que se trata. En cuanto a la viruela, convino con los delegados holandeses Jitta y de Vogel, rechazando la responsabilidad de dejar sin desinfectar una vivienda donde ha habido un caso de viruela, aplicando el mismo principio a la tuberculosis abierta, y creyendo además que debe andarse muy despacio con respecto a la escarlatina.

En el fondo todos convinieron en que los principales objetos a desinfectar son las excreciones, los objetos probablemente contaminados y por fin las manos de todos (médicos, enfermeras y otros) los que se hayan puesto en contacto con la infección. Jitta puso de relieve la necesidad de ir con tiento al modificar reglamentos de desinfección, pues por ejemplo en Holanda, al dejar de mencionarse el sarampión en la ley de enfermedades contagiosas, el público saltó a la conclusión de que la afección no era peligrosa.

En realidad, las ideas de Chagas y de Lutrario no discrepan tanto como parece. El mismo Chagas declaró que su único objeto había sido establecer un punto doctrinario dejando a un lado contingencias y otras consideraciones que pueden influir sobre las administraciones sanitarias. Claro está que si el abandono de cualquier práctica va a engendrar, de parte del vulgo, desprecio hacia ciertas enfermedades contagiosas y a dificultar su dominio, sería imprudente y hasta peligroso descartar tal medida. Modifiquense sí, como piden Chagas y Lutrario, los sistemas actuales, haciéndolos menos costosos y más eficaces y racionales, pero sin suprimir en absoluto ningún método que pueda aun prestar, en ciertas circunstancias, buenos servicios a la salud pública. Deben, sí, definirse bien las cosas y comprenderse el verdadero significado de desinfección. Ésta no tiene que consistir en la aplicación de enredados procedimientos químicos, y puede estar representada por la mera limpieza. Rosenau,⁸ el autor ya citado, resume justamente la cuestión al declarar que, mientras más aseo se aplique durante el curso de la dolencia, menos desinfección terminal se necesitará. Sobre todo, vislúmbrese claramente lo que se desea hacer y el mejor modo de lograrlo. Fué por eso precisamente que la Asociación Americana de Salud Pública, en su Reglamento Modelo,⁹ estipuló la forma de desinfección que corresponde a cada enfermedad, sin pasar por alto ninguna precaución razonable, mas tampoco exigiendo medidas ilógicas y sin fundamento alguno a la luz de los

⁷ Buchanan, G. S. Proc. Verb. Com. Perm. Off. Int. Hyg. Pub. (mayo-jun.) 1926.

⁸ Rosenau, M. J.: Preventive Medicine and Hygiene, p. 1319, 1927.

⁹ Véase el *Boletín*, abril, 1927, p. 301.

modernos conocimientos. La antigua y ostentosa desinfección o más bien fumigación, terminal, ya ha pasado a la historia, mas la desinfección científica y sana se encuentra en más auge que nunca, comenzando desde el momento mismo en que se descubre la enfermedad, siguiendo hasta que termina y persiguiendo todo lo que puede contagiar o infectar.

LA IMPORTANCIA DE LA SANIDAD PRÁCTICA

En uno de los boletines publicados semanalmente por la oficina de salud pública del Estado de Nuevo México, mencionase el caso de un sujeto que llevó dos vacas a una aldea y comenzó, sin más preparativos, a vender leche a cuatro familias del vecindario. Como al mes o seis semanas se presentó tifoidea en tres de las cuatro familias, habiendo dos casos en una de ellas. Todos los infectados tomaban mucha leche, en tanto que la única familia indemne consumía poquísimas. Como es natural, se sospechó del lechero, y el médico de sanidad local le prohibió que vendiera más leche. Al enviar ejemplares fecales del sujeto y de su esposa a los laboratorios del Estado, descubriose que la última era portadora de bacilos tifoideos, y ambos comunicaron, entre sus antecedentes, ataques de fiebre, pero agregando que no sabían de qué se trataba.

Analizados los acontecimientos, resaltan los siguientes puntos: En primer lugar, no debe dejarse que ningún sujeto manipule leche sin ser sometido antes a un interrogatorio, a un examen físico y a un análisis fecal. De haberse hecho eso, los antecedentes hubieran parecido sospechosos, y así lo habría confirmado el laboratorio. En segundo lugar, aun sin investigar al lechero, probablemente no hubiera pasado nada, de habersele obligado a pasteurizar la leche, pues la pasteurización sirve de segunda línea de defensa. En tercer lugar, en dos de las casas en donde existía tifoidea no aparecían carteles, aunque había transcurrido una semana o más después de la iniciación, y la ley obliga al médico de sanidad a colocarlos.

Los ejemplos de este género podrían ser multiplicados *ad infinitum*. Todos conocen ese numeroso grupo de enfermedades graves, entre las cuales figuran la neumonía, la influenza, la difteria, la escarlatina, el sarampión, la coqueluche, la viruela, sin olvidarnos de los resfriados o corizas, que se propagan principal, si no exclusivamente, por el contacto personal. Éste puede ser directo o indirecto, pero mientras más directo más peligroso. Dicho contacto no representa ni más ni menos que un cambio de secreciones o excreciones, y es mucho más común que lo que cree la gente. Parte de ese peligroso intercambio se funda en costumbres muy arraigadas; por ejemplo, el empleo impropio de pañuelos, los besuquesos y los apretones de manos. En lo tocante a lo último, los chinos, y también los siameses, saben obrar