

SERVICIO SANITARIO NACIONAL
ZONA CENTRAL

DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA

AÑO III QUITO, ENERO - FEBRERO DE 1947 Nos. 1 y 2

BOLETIN
DE SANIDAD

EN HOMENAJE A
EUGENIO ESPEJO
EN EL BICENTENARIO DE SU NACIMIENTO

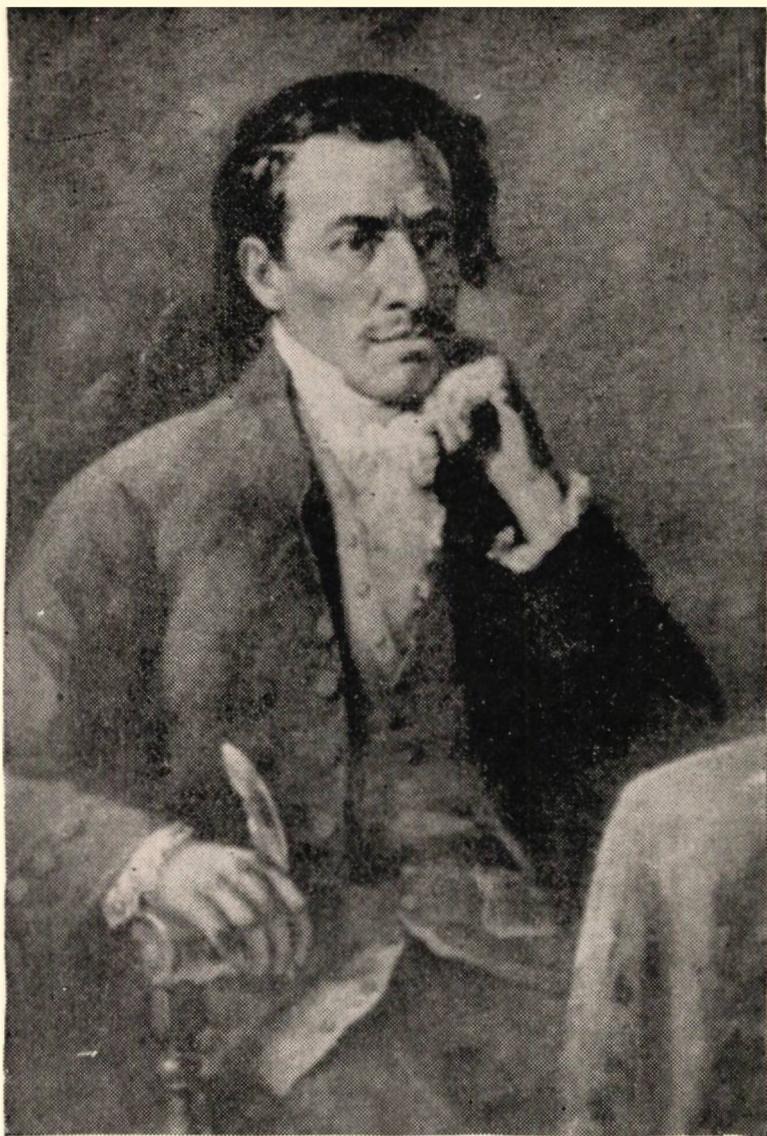


SUMARIO

Eugenio Espejo.— <i>Miguel Toral Viteri</i>	1
El Censo de Guayaquil.— <i>Dr. Egberto García S.</i>	2
Proyecto de Coordinación de Salud Pública y Asistencia Social para la República del Ecuador.— <i>Dr. José Gómez de la Torre S.</i>	14
¿Conocía Ud. el Aralén?— <i>Dr. César Alberto Ayora</i>	28
Natalidad en la Zona Central.— <i>Dr. José Alvarez</i>	33
Mortalidad infantil.— <i>Dr. José Alvarez</i>	35
El Problema de las Enfermedades Venéreas en el Ecuador.— <i>Dr. Gonzalo Cárdenas P.</i>	36
La Raillietinosis es una endemia en el Ecuador.— <i>Dr. Luis A. León</i>	41
Campaña contra el Tifus Exantemático. Servicio de Dedetización exhibido en cifras.— <i>Dr. Juan Vacacela Gallegos</i>	50
Educación y Coordinación Sanitaria.— <i>Dr. Alfonso J. Loza G.</i>	55
El Servicio Sanitario en el Puyo.— <i>Dr. N. Ramírez A.</i>	59
Caries dentaria. Lucubraciones.— <i>Dr. C. Zapata Troncoso.</i>	62
Discurso pronunciado por el Dr. José Gómez de la Torre, en el acto de descubrir la placa que lleva los nombres de los médicos graduados en la Universidad Central como número en homenaje a Eugenio Espejo	68

Para que el Servicio Sanitario Nacional pueda realizar eficazmente la labor de medicina preventiva que le está encomendada y para que la ciencia se apoye en la Estadística, en sus campañas profilácticas es necesario que las cifras de morbilidad sean exactas.

Si Ud. compañero médico, no manda a las autoridades de su circunscripción territorial sanitaria datos verídicos de todos los diagnósticos hechos, no podremos tener Estadísticas verdaderas. El Código Sanitario le obliga para las enfermedades transmisibles y el interés colectivo — que es fuerza mayor — le exige para las demás enfermedades.



Doctor Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo
1747-1947.

BOLETIN DE SANIDAD

DIRECCION : DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA

AÑO III

QUITO, ENERO - FEBRERO DE 1947

Nos. 1 y 2

EUGENIO ESPEJO

Miguel Toral Uiteri

El inmortal Cronos, con su milenaria clépsidra, ha señalado un punto en el Infinito. Un punto que los humanos, con su limitada medida, han llamado dos centurias. Un tiempo en el espacio que una vida no puede abarcar.

Dos siglos ha, el 21 de febrero de 1747, una estrella rutilante y esplendorosa apareció en el cielo constelado de nuestra Patria, para alumbrar los caminos de su intelectualidad.

Doscientos años hace que advino un hombre — a quien sus padres impusieron los nombres de Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo — en esa colonial San Francisco de Quito, que es hoy la Capital ecuatoriana, Luz de América, centro geográfico del mundo, corazón del continente meridional y punto inicial de la Libertad de América y de todas las libertades que anhelamos; de esa libertad siempre aherrojada y nunca bien gozada, por la que luchamos y lucharemos.

Eugenio Espejo, como con más brevedad y modestia lo llamamos sus coterráneos, es uno de los Hombres-faros de la Humanidad; es cumbre que se levanta enhiesta y altiva frente a la frente majestuosa, límpida y blanca de nuestro viejo Chimborazo; es un pedazo de cielo y un jirón de iris que perennemente nos cubre, como la bandera de nuestra nacionalidad.

Y pensar que Espejo fue un indio! Un indio a quien las postizas aristocracias de ayer y de hoy le envidiarían la más grande aristocracia suya, la del talento.

Allá, en el Quito del siglo XVIII, cuando las viruelas y el sarampión y mil pestes y calamidades assolaban a las gentes, ya hubo un médico quiteñísimo que, anticipándose a Pasteur, pensó en las bacterias y, adelantándose a los higienistas, dictó medidas de profilaxis, sabias, que son una maravilla.

Espejo sanitario interesa al servicio de Salud Pública de la Zona Central que, en esta fecha gloriosa de su aniversario, le dedica como homenaje de admiración el presente Boletín. Y que quisiera ofrendarle otro homenaje mejor: el de la práctica de su abnegación y la imitación de su ejemplo y de sus enseñanzas.

El Censo de Guayaquil

Por el Dr. Egberto García S.

Del Informe Anual del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla elevado a la Dirección General de Sanidad.

La necesidad de un censo:

Desde que la Dirección General de Sanidad me confió la organización del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla, a principios del año 1946, la sección Antiaéctica de la ciudad de Guayaquil se encontró con la falta de datos sobre el número de manzanas, casas, departamentos, habitantes de la ciudad, etc. que nos permitiera ejecutar cierta división de la ciudad en sectores, distritos y zonas para la fácil aplicación de las medidas administrativas indispensables en la lucha antiaéctica. De suerte que nuestros primeros pasos se

dirigieron a levantar el censo de manzanas, casas, departamentos, juntamente con el levantamiento del índice, indispensable para estudiar la distribución del mosquito en relación al número de casas existentes en Guayaquil. Como nuestra labor se refiere frecuentemente a la densidad de mosquitos en relación a la distribución de población, no podíamos quedar sin obtener también este dato.

La papeleta del censo:

El Servicio de Fiebre Amarilla estuvo durante los tres primeros meses del año anterior dependiendo del Ins-

tituto Nacional de Higiene. Por este motivo frecuentemente tenía que escuchar la voz experimentada del Dr. Juan A. Montalván, Director del Instituto, quien había venido luchando desde mucho tiempo atrás por realizar siquiera una estimación previa de la población de Guayaquil que facilitara las labores epidemiológicas de todos los departamentos sanitarios respectivos. En varias ocasiones conversamos de la factibilidad de ejecutar este recuento de la población de Guayaquil a través de nuestros Inspectores de Fiebre Amarilla, una vez que estuviéramos en posesión de los datos sobre manzanas, casas y departamentos y tuviéramos dividida la ciudad en tantas zonas como fueran necesarias para realizar el ciclo de visita domiciliaria cada siete días, como rige en toda iniciación de lucha antiaéctica. El 1º. de Julio teníamos logrado el número de predios y manzanas y derivada la media semanal de 48.699 visitas domiciliarias después de 14 ciclos. A esta fecha presenté un modelo de Cédula Familiar de Censo a la ilustrada consideración del Dr. Montalván. Empezamos por llamar a esta Cédula, papeleta, por ser un término más familiarizado con nuestro vocabulario corriente. Consignamos cua-

tro atributos personales: edad, sexo, ocupación y residencia y un pliego con las instrucciones para llenarla, con definiciones de lo que es un Jefe de Familia y el concepto de Familia en términos demográficos, empleando en la redacción un estilo sencillo y permeable a todas las capas intelectuales de la población. Más tarde a sugestión del Dr. Alcívar se añadieron dos atributos más: grado de alfabetismo y lugar de nacimiento.

La financiación del Censo:

Necesitábamos 60.000 papeletas, calculando un exceso de doce mil sobre la media semanal de familias para balancear el menoscabo por desperdicio y otros factores. El valor de cada papeleta estuvo calculado originalmente en cincuenta centavos. La propaganda de radio y prensa se estimaba gratis desde el primer momento. El Dr. Montalván ofreció soportar estos pequeños gastos por medio del Departamento de Epidemiología del Instituto. En estas circunstancias el Dr. Clodoveo Alcívar Z. me solicita una intervención personal en el seno del Rotary Club de Guayaquil, con el fin de exponer la forma de ejecutar el censo con la intervención de los Inspectores del Servicio de Fiebre

Amarilla y utilizando la papeleta confeccionada por nosotros. De esta reunión quedó formada una Comisión del Rotary Club compuesta por los Dres. Montalván, Alcívar e Higgins, la que se encargaría de la financiación y organización del censo. La Comisión con la colaboración del Sr. Voltaire Paladines, encontró la fórmula de financiar la papeleta sin gravar a ninguna de las Instituciones comprometidas en el censo.

Educación del personal:

Nosotros por nuestra parte emprendimos en la tarea de educar al personal de Inspectores en lo relativo a la manera de llenar la papeleta, para que ellos a su vez, en las visitas semanales explicaran la importancia social, económica, sanitaria, etc., de un censo e instruyeran a aquellos que por uno o otro motivo, inclusive el de ser analfabetos, no entendían las claras instrucciones dadas en el respaldo de la papeleta. Para cada atributo hacíamos explicaciones, fuera de las contenidas en la papeleta, sobre la manera de interrogar a los moradores, en aquellos en que el mismo Inspector tuviera que solicitar los datos y llenar la cédula.

La fecha del censo:

La fijación de la fecha del censo dependía en cierto modo de las gestiones de la Comisión en orden a obtener la colaboración de la prensa, la radio y otras instituciones educacionales y culturales del puerto. Aparte de que había que escoger una época en que la ciudad no presentara la influencia de migraciones de población motivada por festividades, temporada de vacaciones, etc. A esta altura los Dres. Montalván y Alcívar introducían una inteligente modificación en la forma de ejecutar el censo, combinando los dos métodos clásicos de censar poblaciones: el householder y el canvasser. De suerte que los Inspectores distribuirían la papeleta en un ciclo determinado de días con la debida anticipación y el día que se fijare 1.050 colaboradores recogerían las papeletas en su respectiva manzana. La población a contarse debía ser la población «de hecho», es decir, aquella población que se encuentra en un momento dado en la ciudad. Así quedó señalado el 8 de diciembre como el día en que todos los Jefes de Familia de Guayaquil debían llenar la papeleta familiar, considerando como miembros de la familia a todas las personas presentes ese día y que

hubieran pernoctado la noche anterior en la casa.

La ejecución del censo:

Todos estábamos conformes en que el éxito del censo dependería en mucho de la cooperación del público, pero también no dejábamos de comprender la necesidad de una correcta distribución de la papeleta y de un registro exacto del número de familias a empadronarse con el objeto de poder controlar la primera recolección masiva y la subsiguiente colecta en el siguiente ciclo de visita domiciliaria del Inspector. Así se comenzó entonces el 2 de diciembre la distribución y se terminó el día 6 del mismo mes, habiendo distribuido 40.270 papeletas. En cada una de las 42 zonas funcionó el domingo 8 de diciembre una mesa de recepción vigilada por el respectivo Inspector de Zona, quien iba verificando la recepción de las papeletas por medio del registro que contenía además del nombre del colaborador, el número de papeletas distribuidas en cada manzana, y un mapa de su zona donde estaban señaladas las manzanas con el número de casas que había en cada una de ellas. De diversas instituciones se había conseguido la colaboración para esta colecta masiva del día 8.

Cada uno de nosotros explicó en los diferentes establecimientos la forma de ayudar a llenar la papeleta a quienes no la tuvieran lista en el momento que el colaborador pasara por la casa. Hubo pues un colaborador para cada una de las 1.050 manzanas que tiene Guayaquil. De esta manera el día 8 de diciembre, de 8 de la mañana a 6 de la tarde, se recogieron 37.659 papeletas. Del 9 al 14 de diciembre, en su visita rutinaria, los Inspectores recogieron escasas papeletas más. El 15 de diciembre hicimos nosotros un recuento, el que nos dió el siguiente resultado:

Total de población	214.433
Hombres	102.165
Mujeres	112.268

A este número se añadirá el porcentaje de población calculada sobre las papeletas perdidas.

Es posible que el resultado de la tabulación de los datos con la utilización de elementos electro-mecánicos de contar, difiera ligeramente del obtenido por nosotros, diferencia que no va a influenciar en la distribución de la población por grupo de edad, sexo, ocupación, etc.

El éxito del censo:

No tenemos ni la más remota pretensión de consi-

derar un censo perfecto a esta estimación de la población de Guayaquil, pero si revisamos la bibliografía de los censos realizados en Guayaquil a todo lo largo de su vida independiente, podemos convenir en que a más del entusiasmo patriótico que tuvieron sus promotores y ejecutores, no se tiene información sobre los elementos empleados en la ejecución, ni el método seguido. Aparte de que nunca se ha hecho un recuento de población con miras a conocer su distribución por edad, sexo, etc. Esto es lo que se refiere a Guayaquil. Respecto al Ecuador no conocemos en toda su historia la noticia de un censo nacional. Muchas leyes y decretos se han promulgado por diversos gobiernos ordenando la ejecución de un censo nacional, pero no se han realizado por muchas razones, entre otras la inestabilidad política, negligencia de los encargados de hacerlo, temor a nuevas cargas tributarias, reclutamiento, ausencia de presupuestos y especialmente al estado semifeudal de nuestra organización administrativa y política. Por estas razones, considero que, a pesar de todas las fallas experimentadas desde el punto de vista técnico y que son justificables porque no somos expertos en la materia, hemos conseguido un

éxito bien logrado, porque ante todo nos guió un fin patriótico, pospusimos toda negligencia, no ha costado nada al Gobierno, ni al Rotary, ni al Servicio Sanitario Nacional. Se logró la cooperación del público, el que no dió en ningún momento señales de miedo a nuevas contribuciones; más bien, demostró una entusiasta comprensión del problema y creo que hemos despertado la indiferencia nacional para esta necesidad impostergable en la vida del país.

Enero de 1947.

Censo de Guayaquil

El Club Rotario de Guayaquil, se permite invocar el espíritu cívico de los habitantes de la ciudad y especialmente de los Jefes de Familia para que el día 8 de Diciembre, llenen de acuerdo con las respectivas instrucciones la Cédula Familiar que para la realización del Censo de la ciudad, dejarán los Inspectores de Sanidad en cada domicilio, durante la semana del 2 al 7 de Diciembre.

Posiblemente el día 8 cada manzana será visitada por un Colaborador Honorario (varón o mujer), portando una insignia especial, a objeto de ayudar a llenar las cédulas a quienes no lo hubieren hecho y a recoger

las que estuvieren listas. Si no va el Colaborador, guarde la Cédula hasta que vuelva a recogerla el Inspector de Sanidad.

No olvide: el Censo es una obra de gran utilidad para la ciudad.

Lo que le corresponde hacer

como Colaborador

Honorario del Censo

De conformidad con instrucciones dadas previamente, le recomendamos lo siguiente:

1º. El Domingo 8 de Diciembre, a las 8 a. m., debe comenzar su trabajo, haciéndose presente al Inspector de Sanidad de su zona, que estará en el lugar que se indica en su sobre como «punto de reunión», a objeto de que éste quede informado que Ud. está trabajando, pues, podría ocurrir que, por cualquier accidente involuntario, Ud. faltare al compromiso contraído.

2º. A continuación deberá iniciar la visita de su manzana, portando la Escapela apuntada en el pecho y debiendo tener cuidado de no omitir ninguna residencia ni menos pasar una entrada inadvertida.

3º. Al llamar se anunciará como «Un Colaborador del Censo de Guayaquil», procurando la mayor cortesía y amabilidad.

4º. En cada habitación tratará de entrevistar al Jefe de Familia y a éste le preguntará si ya tiene lista la Papeleta que dejó el Inspector de Sanidad (del 2 al 7) y si no lo está, le persuadirá a que la llene enseguida con su ayuda, dándole todas las instrucciones necesarias. Si alguien no tiene Papeleta, déle una de las que a Ud. se le suministran y si le faltan más, pídale al Inspector de Sanidad de su zona. Le rogamos, si, que no gaste Papeletas inútilmente por ser limitadas.

5º. Recoja todas las Papeletas que encuentre listas o que Ud. ayudare a llenar, ponga al final el resumen de hombres y mujeres (niños o grandes) de cada familia, y estas cifras escríbalas en una línea de esas que están impresas en el sobre debajo de las palabras «hombres» y «mujeres» y entonces guarde la Papeleta en el sobre.

6º. Continúe recogiendo papeletas y guardándolas en el sobre, apuntando siempre el número de hombres y mujeres de cada Papeleta en el sobre, y si alguna novedad ocurriera, por ejemplo, una casa cerrada, alguien que se negó a dar datos, etc., apunte el particular en la parte posterior del sobre a objeto de que le sirva al Inspector para su revisión.

7º. Recogidas todas las Papeletas, sume las cifras de hombres y mujeres que apuntó en el sobre y entréguelo al Inspector del

Distrito o al superior que le hubiere designado, si Ud. pertenece a alguna Institución.

D. G. S.

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Papeleta familiar para el recuento de la población de Guayaquil

Nombre del Jefe de Familia.....

Calle.....Nº..... (Lea las instrucciones al frente)

Nº.	NOMBRES	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento	Ocupación	Residencia	Sabe leer y escribir
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

NOTA:—Cada línea es para la anotación de una persona.

RESUMEN	
HOMBRES
MUJERES
TOTAL

Instrucciones para llenar
la presente «Papeleta»

1º. Esta papeleta debe ser llenada por el *Jefe de la Familia*, quien encabezará la lista.

Las anotaciones serán hechas a máquina o escritas a mano con tinta o lápiz, en letra perfectamente clara.

a) *Definición de Jefe de Familia*: se considerará como jefe de familia a la persona que dirige, vigila o sostiene la vida de una familia. Por ejemplo: el padre, el hermano mayor, la madre viuda, el director de un internado, el administrador de un hotel, etc.

b) *Definición de familia*: para los efectos de contar una población, el concepto de familia es distinto al concepto general y corriente. Familia será el grupo de personas que están viviendo juntas en una misma casa o residencia, aun cuando no estén relacionadas por vínculos de sangre o matrimonio, por consiguiente: un sirviente que duerme en la casa o en un local anexo perteneciente a la casa, se considerará como miembro de la familia con la cual trabaja. También serán considerados miembros de la familia el huésped o huéspedes alojados temporalmente en la casa. También se consi-

dera como una familia, para los fines del recuento, a una persona que carece de parientes y que vive sola e independiente.

No serán incluidos dentro de la familia los niños que residen en la ciudad dentro de algún internado y los jóvenes conscriptos que se encuentran encuartelados y los miembros de su familia que se encuentren hospitalizados en alguna clínica, hospital, asilo, etc. Ellos serán empadronados en los respectivos cuarteles, internados, hospitales, etc.

Los Hoteles y Casas de Pensión se considerarán como una familia.

2º. *Nombre*: se dará el nombre completo con los apellidos del padre y de la madre.

3º. *Edad*: a efectos de este recuento la edad será computada en años cumplidos en el último cumpleaños. Para los niños menores de un año se dará la edad en meses cumplidos y para los menores de un mes, en días.

4º. *Sexo*: se indicará el sexo con la letra «M» para los hombres y la letra «F» para las mujeres.

5º. *Lugar de Nacimiento*: Si la persona es nacida en Guayaquil, póngase simplemente Guayaquil. Si es

nacida en otro lugar del país póngase la provincia. Si es nacida en el extranjero, escríbase el nombre de su país. Las personas nacidas en el extranjero y que tuvieren nacionalidad ecuatoriana, añadirán «Ecuat».

6º. *Ocupación*: es toda actividad de trabajo remunerada directamente o indirectamente. Ejemplos: profesiones como abogado, médico, ingeniero, dentista, etc. Carpintero, zapatero, agricultor, pescador, empleado, comerciante, mariner, militar, guardia civil, estudiante, periodista, artista, etc. Los industriales se tomarán como comerciantes. Los contadores se enrolarán como empleados. Obreros son: un cargador, un peón, un obrero de fábrica, etc.

7º. *Residencia*: en la columna «Residencia» se pondrán las palabras: «residente» y «transeunte». Residentes son aquellos que viven permanentemente en la localidad y aquellos hués-

pedes que tengan más de ocho días en la casa. Transeuntes serán aquellas personas que no residiendo habitualmente en la ciudad han venido a su casa después del 30 de Noviembre.

8º. *Sabe leer y escribir?* Responderá: Sí o NÓ. Para las personas que sólo sepan leer se pondrá la palabra *lee*.

9º. Esta papeleta debe ser llenada el día 8 de diciembre, considerando como miembros de la familia a todas las personas presentes y que hayan pernoctado la noche anterior en la casa. Esta papeleta será recogida por el Inspector de Sanidad, durante los días comprendidos entre el 9 al 14 de diciembre. Si por cualquier motivo no fuere llenada dentro del plazo arriba indicado, consulte con el Inspector quien podrá ayudarlo en el momento de la recolección. En casos de duda consulte al Instituto Nacional de Higiene.

ZONA N°.....

Número de manzanas..... Inspector.....
 " " empadronadores..... Lugar de reunión.....

NOMBRE	No. Cédula	Domicilio	Ocupación	Institución	Manzanas

Instrucciones para los
Colaboradores Honoríficos
del Censo de Guayaquil

COMO SE HARA EL CENSO

El Censo será hecho por medio de papeletas o *Cédulas* familiares que repartirán los Inspectores de Sanidad en cada departamento o habitación independiente, durante los días comprendidos entre el 1º y 7 de diciembre, a objeto de que el Jefe de Familia, o persona que haga sus veces, la llene el día 8 de diciembre, el nombre de cada una de las personas que viven en su casa, especificando sexo, edad, lugar de nacimiento, ocupación, si es residente o transeunte en la ciudad y si sabe leer y escribir. Esta papeleta deberá ser recogida por el mismo Inspector en la semana siguiente (del 9 al 15 de diciembre) y entregada al Instituto Nacional de Higiene para su computación.

FUNCION DE LOS COLABORADORES
HONORARIOS

Se considera que habrán muchas personas que por múltiples causas, incluso no saber escribir, no podrán llenar debidamente sus *Cédulas* y otras, que por diversas razones las pierdan antes de que llegue el Inspector de Sanidad a recogerlas. Los Colaboradores Honorarios, serán personas

capacitadas que, perfectamente compenetradas del beneficio que el Censo tiene para el progreso de la ciudad y de que su mejor éxito depende de la corrección con que las *Cédulas* sean llenadas y la prontitud con que sean recogidas, se comprometen a ayudar a la obra del Censo inscribiéndose para trabajar en una manzana de la ciudad.

LO QUE HARAN LOS COLABORADORES

Inscritos debidamente en el Instituto Nacional de Higiene «Leopoldo Izquieta Pérez», o en el Servicio de Fiebre Amarilla (Padre Aguirre y Panamá) le será a cada uno señalada una manzana de la ciudad, la cual se comprometerá a visitar el día 8 de Diciembre desde las primeras horas a objeto de recoger todas las *Cédulas* que estuvieren debidamente llenas y a ayudar a llenarlas a todas aquellas familias que, por una u otra razón, no lo hubieren hecho hasta el momento de su visita. Al terminar de revisar la manzana el *Colaborador* entregará las *Cédulas* que hubiere recogido al Inspector de Sanidad del Sector en el sitio que se le indicará oportunamente, con una anotación de las *Cédulas* que faltaren de recoger, por cualquier causa, o alguna otra anomalía observada.

Se solicita también de los Colaboradores que al momento de recoger las Cédulas llenen el resumen que hay al pie de cada hoja, en el que se hace constar el número de varones, mujeres y total en cada familia. También en el sobre que se suministra para entregar todas las Cédulas recogidas por cada Colaborador, se debe poner el resumen general de varones, mujeres y total de habitantes empadronados en una manzana.

INSCRIPCIÓN

Cada Colaborador Honorario será inscrito en los lugares que antes se indica en un registro donde se hará constar el Nombre, cédula de identidad, dirección domiciliaria, ocupación o institución a que pertenece el Colaborador y la manzana que se le ha asignado. Tan pronto sea posible se le entregará la insignia o escarapela que le servirá como distintivo, y al final de la obra un testimonio de agradecimiento del Club Rotario, por su servicio a la ciudad.

FUNCIONES CONEXAS

El inscribirse como Colaborador Honorario del Censo, lleva también implícito un compromiso de ayudar a la propaganda e instruc-

ción del público en la forma de llenar la Cédula y, en tal virtud, a cada Colaborador se hará una explicación lo más detallada del asunto, para que se sirva trasmitirla a todos quienes se lo pregunten y si es posible, visitar antes su manzana para dar instrucciones a sus moradores.

SEÑALAMIENTO DE MANZANAS

Se comprende el deseo que cada uno tendría de trabajar la manzana donde reside, pero se advierte que esto no será siempre posible de satisfacer, pues siendo mayor la necesidad de ayuda en los barrios apartados de la ciudad, los inscriptores tienen instrucciones de utilizar la cooperación voluntaria preferentemente para estos sectores.

CÉDULAS DE EMERGENCIA

Aunque se supone que al 8 de Diciembre, estarán repartidas Cédulas en todas las residencias, se dará a cada Colaborador un cierto número de ellas como reserva para el caso de que encuentre su falta en algún lugar o hubiere sido extrañada. Así también, el día del Censo podrán solicitar Cédulas en el lugar señalado en cada zona para estacionamiento del Inspector y sitio de recolección.

Proyecto de Coordinación de Salud Pública y Asistencia Social para la República del Ecuador

La República del Ecuador afronta las más difíciles condiciones higiénicas y sanitarias, siendo ésta la causa para una alta morbilidad, una crecida mortalidad y un déficit biológico bastante acentuado de sus pobladores.

El crecimiento de la población es escaso por la misma razón, y el estado de pobreza y miseria que existe en el País, reconoce como causa fundamental la poca salud y pequeña resistencia física de los ecuatorianos.

Es imperioso e imposter-gable realizar una gran campaña higiénica y sanitaria, que levante el nivel biológico y aumente el crecimiento vegetativo de la población, si es que quiere pensarse en la tantas veces repetida y mal comprendida reconstrucción Nacional.

No cabe mejoramiento de la economía Nacional, ni una mayor producción si no mejoramos las condiciones orgánicas de los ecuatorianos y si no defendemos la salud y la vida de los mismos.

El crecimiento de la población nos está revelando

el poquísimos aumento por razón de una alta mortalidad principalmente infantil. Aun cuando no se ha hecho nunca un censo de la población, pero tomando en cuenta los cálculos estimativos que sobre la misma se han realizado en diferentes ocasiones, podemos ver que del año 1826 en que la población del Ecuador se calculó en 880.770 habitantes, al año 1945 en que se calculó en 3'241.000, el aumento ha consistido en 2'360.230 que repartidas para los 119 años que han transcurrido, nos indica un crecimiento de 22 por cada mil habitantes y por año. Aunque es ilógico suponer que el crecimiento de la población se haya operado de esta manera, ya que, vuelvo a repetir, no ha habido ni un solo censo que pueda servir de base, de todas maneras tenemos que aceptar que el aumento de la población ha sido pequeño y lento, aunque parezca lo contrario viendo la congestión de las ciudades principales donde se acumulan buena cantidad de pobladores por la desocupación de otras ciudades y pequeñas pobla-

ciones, y por obra de la inmigración cada vez mayor.

Otro hecho innegable es la disminución de la población indígena por una altísima mortalidad infantil dentro de esa clase autóctona. De las grandes tribus indígenas que nos cuenta la historia, quedan relativamente pocos representantes, y es que el indio ha venido sufriendo las condiciones más adversas principalmente relacionadas con la mala higiene y mala nutrición.

Considerados estos antecedentes, un gran esfuerzo general y mancomunado se hace indispensable, forzoso e imperativo, para modificar las condiciones morbosas que afectan la vitalidad de nuestro pueblo.

Un Servicio Sanitario Nacional aislado, y con un Presupuesto miserable, no puede realizar esta obra fundamental de defensa; se hace por tanto necesaria la labor conjunta, la obra conexa y armónica de todas las Instituciones que trabajan por la salud. La estrechez económica de cada una de estas Instituciones lo exige, la urgencia de la lucha por la salud en una forma más eficiente y técnica lo impone.

En el País quizás es posible evitar un desperdicio de energías y de dinero, y más que nada, se puede lograr un mejoramiento de

las funciones de cada uno de los Organismos encargados de la salud, organizando un plan conjunto, técnico y bien meditado por parte del Servicio Sanitario Nacional, Asistencia Pública, Seguro Social y Municipalidades principalmente.

En la actualidad, hay una tendencia cada vez más creciente para fusionar en un organismo único todos los Servicios que tienen relación con la defensa de la salud, ya sea en forma de Medicina Preventiva o de Asistencia Curativa, teniendo en cuenta que ambas ramas de la Medicina, —que es ciencia única—, persiguen un mismo objetivo: La Salud; y de que no caben dentro de la Medicina más distingos que los caminos diferentes que conducen a la salud.

En países pequeños y pobres como el nuestro, donde los Presupuestos Fiscales, Municipales y Asistenciales son estrechos, las labores de prevención y asistencia de hecho tienen que ser deficientes, porque además de la estrechez económica se suma la escasez de personal técnico e idóneo, y también, —por qué no decirlo con franqueza—, algo de desorientación, por la falta de un plan general bien meditado y compatible con nuestras realidades. Y si en países de sólida economía y de organización

avanzada, se quiere juntar o se ha juntado ya lo preventivo con lo curativo, parece lógico que en el Ecuador debería hacerse lo mismo.

La Medicina, modernamente considerada y dentro de la concepción más amplia, es la ciencia esencialmente humana que protege al hombre en todos sus aspectos y en forma integral durante toda su fase evolutiva. Comienza la obra de protección antes de que el individuo exista por medio de la Eugenesia, sigue durante la vida fetal por medio de la Higiene Prenatal, continúa en la infancia con la Higiene Infantil, luego por medio de la Higiene Preescolar y Escolar defiende al niño, y finalmente en la adolescencia, adultez y senectud, hace obra defensiva, hasta que el hombre muere. Si el individuo a pesar de la higiene y protección preventiva, enferma, la medicina hace obra de protección evitando el que muera y recuperándolo al estado de salud. Es pues ésta una fase de protección conocida como Medicina Curativa en tanto que la otra es Medicina Preventiva, y las dos, aunque se valen de medios diferentes persiguen un común objetivo: el que viva el hombre en goce de la salud.

Preferentemente hoy en

día se da tanta más importancia a la Medicina Preventiva, cuanto más culto y avanzado es un pueblo. Se ha transformado el criterio antiguo de la Medicina como ciencia de curar, de remediar únicamente, de esperar que se produzca el mal para actuar; ahora, primordialmente se trata de prevenir, y sólo de remediar lo inevitable. Esto es no sólo más humano, porque evita el dolor innecesario, sino también más económico y más práctico.

La Medicina moderna ha llegado ya a enfocar el problema de la salud en forma completa. Ha avanzado más allá del saneamiento y de la vacunación, de la investigación epidemiológica y del examen médico rutinario del individuo sano, del análisis estadístico, del dominio de las infecciones y de la reposición de tejidos, de la transformación del rostro desfigurado y el empleo del aparato protésico, del psico-análisis y la administración de hormonas y vitaminas. La Medicina moderna, en su marcha constante de prevención y de solución del problema morboso, se ha adentrado en el conflicto familiar, en la angustia económica, en el mal reajuste psicológico y de adaptación, en la calamidad doméstica, porque en esos factores ha encontrado la causa de muchas

enfermedades si no siempre aparentes y reales, traducidas en ocasiones como dolencias del espíritu o como estados anímicos y psicológicos anormales; enfermedades éstas que no se curan con la receta y los medicamentos de botica, sino con la supresión o modificación de la causa, para lo cual interviene la ayuda psicológica del Médico y el consejo inteligente y orientador de la Visitadora Social.

Por tanto la Medicina moderna se preocupa del programa integral de la salud y bienestar del hombre, abarca lo preventivo y lo curativo, lo asistencial y lo social, dándole importancia capital a la prevención porque se ha reconocido universalmente y se ha aceptado sin discusión alguna que PREVENIR ES MEJOR QUE REMEDIAR.

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL ECUADOR

En el País muy poco se ha hecho de Medicina Preventiva, estando esto de acuerdo con el atraso que guarda dentro de los pueblos cultos.

La Medicina Preventiva tiene que desarrollar el siguiente programa:

- 1º.—Saneamiento.
- 2º.—Control de Enfermedades Comunicables.

- 3º.—Educación Sanitaria.
- 4º.—Protección de la Salud individual.

Saneamiento

Las obras fundamentales de higiene y saneamiento, se han iniciado en las ciudades principales, pero puede decirse que ni Quito y Guayaquil están en buenas condiciones de salubridad, ya que ni de agua verdaderamente potable disponen en cantidad proporcionada al mínimo de los requerimientos higiénicos modernos. Dentro de las mismas ciudades, todavía hay barrios sin alcantarillado; las basuras sirven de material de relleno de quebradas y depresiones del terreno; el control de alimentos es muy relativo, etc., etc.

En el País se impone un programa de saneamiento, sistemático, técnico y único, en el que deben intervenir el Servicio Sanitario Nacional y los Municipios. El primero con la dirección técnica por medio de los Departamentos de Ingeniería Sanitaria que deben establecerse improrrogablemente en cada una de las Zonas Sanitarias: Central, Austral y del Litoral; y los Municipios con la financiación y realización de las obras, de acuerdo con planos y direcciones del Servicio Sanitario.

El saneamiento incluye;

Abastecimientos de agua potable en cantidades suficientes;

Alcantarillado para aguas servidas o construcción de letrinas higiénicas en donde no es posible hacer canalizaciones;

Alejamiento y tratamiento de basuras y desechos;

Control de alimentos;

Control de agentes transmisores de enfermedades, como mosquitos, roedores, etc.;

Control de viviendas y lugares públicos.

De todas estas obras, las fundamentales son las de abastecimiento de agua potable; alcantarillado o letrinas; y erradicación de mosquitos Anófeles en las zonas palúdicas. La casi totalidad de enfermedades en nuestro medio reconocen como causa la falta de estas obras de saneamiento. Las parasitosis llegan al ciento por ciento en muchas regiones; el paludismo afecta por lo menos al 10% de la población total según cálculos puramente estimativos; las infecciones bacterianas de origen hídrico han afectado casi a todo individuo, hasta tal punto que no se puede tomar un vaso de agua cruda con confianza en ninguna parte. Esta realidad impresionante a la que los ecuatorianos nos hemos acostumbrado con el estoicismo más grande, pero con la admiración de gen-

tes cultas de otros mundos, debería hacernos emprender en las obras fundamentales de saneamiento, pero de acuerdo con un plan técnico bien trazado y organizado, ya que mucho dinero se ha desperdiciado y se sigue desperdiciando en obras de higiene que no han tenido la dirección de gente versada y que por tanto no han redundado en mejoramiento higiénico.

Si se hace efectiva la inversión del porcentaje que por ley están obligados los Municipios a hacer en obras higiénicas, y si se consigue que los Estados Unidos por medio del Servicio Cooperativo de Salud Pública, ayude económicamente para este programa de saneamiento, y si además se solicita del ciudadano su contribución, no en forma de más impuestos, porque el País está intoxicado y ahogado con tanta imposición, sino en forma de realización de obras higiénicas en su propia casa, como sería la construcción de la letrina en el campo, o la eliminación de criaderos de mosquitos que pueden haber alrededor de la vivienda, podríamos ver en pocos años los beneficios del saneamiento traducidos en una disminución muy sensible de la morbilidad y mortalidad con el consiguiente aumento de la producción nacional. Los males del País no solamen-

te se deben a la estrechez económica, también existe desorientación y falta de técnica responsable. Ya hemos anotado en ocasiones anteriores el costo desorbitado de las obras viales, y su avance lento por falta de saneamiento que defiende la salud del obrero y del campesino; asimismo el rendimiento de zonas ricas y exhuberantes por falta de protección para el colono que pronto es presa de las enfermedades ambientales.

La obra de saneamiento es básica, sin ella seguirá el Ecuador el mismo proceso ruinoso, y debe comenzarse por dotación de agua potable y disposición de excretas, para todas las poblaciones, para luego continuar con las otras obras de salubridad que si bien son absolutamente necesarias, son menos urgentes.

Control de enfermedades comunicables.

Después del saneamiento, el control de enfermedades comunicables tiene importancia capital dentro de un programa de salud pública. Debemos confesar que este control entre nosotros no se lo hace sino en pequeña escala por la ignorancia del pueblo en primer lugar, y por la falta de medios económicos y técnicos. Este control es responsabilidad

directa del Servicio Sanitario, pero tienen que intervenir: Asistencia Pública, Municipios y el Seguro, como demostraremos luego.

El control de enfermedades comunicables incluye los siguientes pasos:

1º.— Reporte o denuncia de la enfermedad, que puede y debe ser hecho por cualquier persona, pero principalmente por el Médico;

2º.— Diagnóstico verdadero y oportuno hecho por el Servicio Sanitario, incluyendo la comprobación del Laboratorio. El Laboratorio es una necesidad esencial, tanto para la medicina Preventiva como para la Asistencial. Hacer Medicina sin exámenes de Laboratorio es hoy en el día un error pasado de moda. En las ciudades de Quito y Guayaquil, tanto el Servicio Sanitario como la Asistencia Pública, tienen Laboratorios independientes, pero en las otras provincias se carece de ellos en casi todas y sólo unas pocas disponen de Laboratorios de Asistencia Pública mal equipados, donde se hacen solamente ciertos exámenes en número muy limitado.

Dada la falta de medios económicos y la escasez de personal técnico, no es po-

sible pensar en la instalación de Laboratorios independientes, tanto para Sanidad, como para Asistencia Pública, Higiene Municipal y Seguro en las provincias. Ninguna de estas Instituciones está capacitada para montar un Laboratorio bien equipado y con personal técnico, pero sí es posible y de inmediato factible, establecer el Laboratorio Provincial Único de acuerdo con un plan coordinado y la aportación del Servicio Sanitario, Asistencia Pública, Higiene Municipal y Seguro, y con el objeto de que trabaje para cada una de estas Instituciones. De esta manera la Higiene Municipal podría realizar el examen bacteriológico diario de las aguas, de la leche y alimentos. La Asistencia Pública y el Seguro ordenarían todos los exámenes necesarios para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermos y afiliados; el Servicio Sanitario de la Provincia haría los exámenes de rutina para el diagnóstico y evolución en el control de las enfermedades comunicables, incluyendo el examen serológico rutinario que podría comenzar con toda mujer en gestación.

Los Laboratorios provinciales tendrían un personal de acuerdo con el volumen de trabajo, especializado en técnicas standard en los

Laboratorios Nacionales de Quito y Guayaquil, conforme ha comenzado a hacer ya la Sanidad desde hace algunos meses. Este personal podría ser rentado por las diversas Instituciones, pero trabajaría bajo órdenes de un Laboratorista-Jefe. En los cantones, sólo pequeños Laboratorios podrían establecerse para los exámenes más urgentes, siendo preferible hacer el envío de las muestras desde el cantón a la Capital Provincial correspondiente.

La creación del Laboratorio Provincial, permitiría una mejor labor sanitaria y asistencial, y daría al Médico de provincias la misma oportunidad que tiene el capitalino para trabajar en forma más científica y hacer progresar la Medicina Nacional.

3º.—Investigación epidemiológica. Después del diagnóstico, en el control de las enfermedades comunicables hay que hacer la investigación epidemiológica, la misma que debe realizarse por parte del Servicio Sanitario únicamente, y que comprende: Determinación del agente causal de la infección; descubrimiento de nuevos casos; prevención de la diseminación de la enfermedad por la fuente causal; disminución, en la medida que fuere posible, de los efectos de la

enfermedad en los ya atacados.

4º.—Aislamiento. Esta medida se hace necesaria para ciertas enfermedades comunicables y en nuestro medio es indispensable hacerlo con los enfermos contagiosos de escasas posibilidades económicas, porque la falta de condiciones higiénicas apropiadas constituyen sería amenaza de propagación de la enfermedad comunicable. El aislamiento tiene que realizarse en nuestro medio casi exclusivamente en los Hospitales de Aislamiento, la Asistencia Pública tiene que ser la responsable para su sostenimiento en tanto que el Servicio Sanitario el encargado de su administración y control.

El Hospital de Aislamiento asimismo debe dar hospitalización al afiliado del Seguro que lo necesite, y por tanto esta Entidad debe aportar algo para su sostenimiento.

ENFERMEDADES VENEREAS

Dentro de las enfermedades comunicables, especial atención debe darse a las enfermedades venéreas por su alta incidencia en el País y por venir constituyendo la sífilis una de las causas principales para la degeneración de la raza y la crecida mortalidad infantil.

Es urgente organizar una

campana Antivenérea Nacional con la participación del Servicio Sanitario Nacional, Sanidad Militar y de Guardias Civiles, Asistencia Pública, Seguro Social, Municipios, Cruz Roja, y otras Instituciones y Asociaciones particulares que quisieran patrocinar la obra. El Servicio Sanitario Nacional sería el encargado de formular el plan de acción y de dirigir técnicamente la Campaña. Uno de los primeros pasos consistiría en el chequeo serológico de la población efectuado por todos estos Organismos, pero de acuerdo con técnicas estandar iguales en todo el País. El examen serológico rutinario de todo enfermo perteneciente a Asistencia Pública, de todo miembro del Ejército y Guardia Civil, de todo afiliado al Seguro Social, de toda mujer en cinta, de todo candidato a empleo público, privado o doméstico, y en definitiva de todo individuo que lo solicite ya directamente, ya por medio de su Médico y en forma absolutamente gratuita, sea cual fuere la condición social de la persona, nos daría la oportunidad en primer lugar de determinar la incidencia de la Especificidad en nuestro medio y luego la de descubrir al al enfermo y sus contactos para tratarlos convenientemente.

Esto implica claro está, un gran volumen de trabajo por parte de los laboratorios, lo cual no es mayor problema en Quito y Guayaquil, y en las otras provincias, conforme se había indicado anteriormente si se establece el Laboratorio Provincial Unico.

El tratamiento correría a cargo de las Instituciones anotadas, pero asimismo debe ser dirigido de acuerdo con las directivas que el Servicio Sanitario en conjunción con las otras Instituciones acuerden.

TUBERCULOSIS

La Tuberculosis constituye una de las causas principales de mortalidad en el Ecuador y quizás la primera. Por fortuna se encuentra ya organizada la Campaña Antituberculosa Nacional y la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, que han concentrado en forma coordinada todas las fuerzas de los diferentes Organismos de la Salud en el País. Únicamente cabe anotar la necesidad de medios de control de la enfermedad en las diferentes Capitales de Provincia, como sería la instalación de Rayos X, con el concurso asimismo de las diferentes Instituciones, a más del Laboratorio Provincial Unico que también es indispensable para el control de la enfermedad.

El Servicio de Rayos X, beneficiaría a la Sanidad, Asistencia Pública y Seguro y el personal necesario para provincias podría ser entrenado en Quito o Guayaquil.

PALUDISMO

Esta es otra de las enfermedades importantes por su enorme difusión y por ser una de las causas principales para el poco trabajo y escasa producción en las regiones palúdicas.

A más del saneamiento por obras mecánicas de Ingeniería Sanitaria cuya importancia es capital en la lucha contra la malaria, y para la que como habíamos expuesto anteriormente se hace indispensable la colaboración de Municipios, Obras Públicas, Ejército Nacional y la contribución individual del habitante del trópico y sub-trópico, en la campaña antipalúdica se hace indispensable la colaboración de Asistencia Pública, Seguro Social y Ministerio de Educación. El Servicio Sanitario es el encargado de dirigir la campaña; hace investigaciones e inspección sobre el área palúdica, para determinar la extensión y magnitud del problema, lo cual incluye inspección topográfica del terreno, exámenes Entomológicos, determinación de los índices Esplénico, Parasitológico y de Infección

Palúdica, mediante la búsqueda de casos de paludismo en cada vivienda. Los servicios del Laboratorio son esenciales en esta campaña, principalmente para los exámenes de sangre, de Gota Gruesa y Extensión.

Las Municipalidades de las regiones palúdicas y la Dirección de Obras Públicas deben intervenir con la aportación de dinero y de personal para la obra de saneamiento relacionada con la eliminación de criaderos de mosquitos. La Asistencia Pública y el Seguro con el tratamiento completo de los enfermos y también éste último con el tratamiento profiláctico para los afiliados que trabajan en zonas palúdicas y además haciendo la debida divulgación y propaganda de las diferentes formas de evitar el paludismo, cosa que también atañe al Servicio Sanitario Nacional y al Ministerio de Educación.

PARASITOS INTESINALES

Dentro de enfermedades comunicables deben citarse forzosamente las parasitosis intestinales, cuya mejor campaña consiste en la supresión de la contaminación del agua y del suelo por medio del saneamiento: agua potable y Disposición conveniente de excretas y basuras, a más de la Educación Sanitaria correspon-

diente, con lo que estas parasitosis se eliminarían casi en forma total. Por esta otra razón es de importancia capital la organización inmediata de los Departamentos de Ingeniería Sanitaria Zonales y la iniciación forzosa y preferencial de las obras de saneamiento.

Educación de Salud Pública

Reconociendo nuestro medio no sólo la pobreza económica y la desorientación como causas para sus malas condiciones de salud e higiene, sino preponderantemente la ignorancia del pueblo en los asuntos relativos a la conservación de la salud y prevención de las enfermedades, se hace ineludible desarrollar una campaña de Educación y Propaganda Sanitarias realizada por todos los medios posibles. En esta cruzada deben intervenir todos los Organismos de la Salud, preferentemente el Servicio Sanitario que debe dar las normas a seguirse, y el Ministerio de Educación por medio de una conveniente difusión de consejos higiénicos en las escuelas y dando al Programa de Educación Sanitaria mayor preferencia que a los conocimientos clásicos de ciencias y artes.

Se hace urgente desarrollar un Programa de Edu-

cación Sanitaria en los Normales, para que los futuros Maestros sepan enseñar higiene en las escuelas.

En las escuelas y colegios de niñas, debería imponerse como materia oficial y obligatoria, la Dietética y Nutrición, comprendiendo que en el País hay una ignorancia completa acerca de esta parte fundamental de higiene y de que por deficiente nutrición, o por una dieta mal balanceada persisten infinidad de enfermedades y estados carenciales y de que el desarrollo y vigor de un pueblo dependen de la alimentación más que de cualquier otra cosa.

Toda obra y trabajo sanitario debe ir acompañado de una conveniente educación y divulgación, porque está comprobado que sin la colaboración y comprensión del público, la labor de defensa de la salud se hace si nó imposible, muy difícil.

Los Departamentos de Educación Sanitaria que deben ser tres, uno por cada Zona Sanitaria y que deberían estar dirigidos por personal entrenado, arreglarían sus planes de trabajo de acuerdo con las otras Instituciones y las necesidades especiales de cada región.

Protección de la Salud Individual

Esta Protección de la Salud Individual que se refiere nó ya a los medios generales de defensa como son las obras de saneamiento por ejemplo, sino a medios particulares para cada individuo, debe consistir primordialmente en la prevención de la enfermedad por los diferentes medios conocidos: examen médico periódico y completo del individuo sano, inmunizaciones, dirección de una dietética conveniente, corrección de defectos, tratamiento oportuno de las primeras manifestaciones del estado patológico que comienza, higiene mental y reajuste psicológico, períodos obligatorios de reposo y distracción, etc., etc.

Secundariamente, la obra de protección tiene que consistir en el restablecimiento de la salud, cuando la enfermedad ha sobrevenido pese a los medios preventivos; y en la prevención de la muerte por medio de un tratamiento óptimo, científico y técnico. En definitiva, todo se refiere a prevención: prevención de la enfermedad ante todo y prevención de la continuación del estado morbosos y de la muerte, si la enfermedad ha sobrevenido.

Como hemos indicado anteriormente, en las grandes

ciudades la Medicina Preventiva y la Medicina Curativa o Asistencial, pueden laborar separadamente aunque no en forma absolutamente independiente, pero en ciudades y poblaciones con pocos miles de habitantes como son la gran mayoría en el Ecuador, la fusión se hace indispensable, tanto porque el volumen de trabajo no justifica establecer Servicios independientes, ya porque el costo de estos Servicios al hacerse los aislados resultaría extraordinariamente elevado; ya también porque no se dispone en el País de personal suficiente para el funcionamiento de los distintos Servicios separadamente. Pero principalmente se debe pensar en la unión de lo preventivo y asistencial en las pequeñas capitales y cantones, para obtener mejores resultados tanto en lo higiénico y sanitario como lo asistencial y curativo.

Al Centro de Salud Sanitario y al Consultorio de Asistencia Pública y al Dispensario Médico del Seguro y al Departamento de Higiene Municipal de las grandes ciudades, donde pueden funcionar estos diferentes Servicios aislados pero siempre con una conveniente conexión, en las pequeñas ciudades y cantones, debería reemplazar la Unidad Sanitaria y Asistencia Unica, que por unión

de todos los organismos, de hecho estará bien equipada, bien administrada y dotada de personal suficiente para desarrollar una labor efectiva.

Esta Unidad Sanitaria y Asistencia debe contar con el siguiente personal mínimo calculado para una población de 5.000 habitantes: Médico-Jefe, Médico-Ayudante, Obstetrix, Farmacéutico, Laboratorista, Dentista, una Enfermera-Jefe, dos Enfermeras-Auxiliares, un Inspector-Jefe, dos Inspectores-Auxiliares. Además, personal voluntario adicional para Enfermería, Inspección Sanitaria y Visitation Social.

Existiendo escasez de personal técnico principalmente de Médicos que quieran ir a trabajar en el medio rural, sería de imponer la obligación de ir a prestar los servicios técnicos por un periodo determinado en los cantones, a todo alumno egresado de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia, como requisito previo a la opción del título Doctoral, siendo quizás hasta preferible cambiar la obligación de hacer la Tesis Doctoral con la de trabajar por un tiempo no menor de un año a satisfacción, en el medio rural, y la de obtener un Certificado acerca de esta labor en forma eficiente, por parte de las autoridades sanita-

rias y asistenciales correspondientes.

Como el número de Obstetrices profesionales es muy reducido en el País, y como la inmensa mayoría de nacimientos son atendidos por empíricas, llegando en algunas regiones al 100 %, cabría pensar en el entrenamiento y capacitación de las mismas Comadronas empíricas que atienden los partos, dándoles un mínimo de instrucciones necesarias, enseñándoles principalmente lo que no deben hacer y haciéndoles trabajar en condiciones asépticas. Las comadronas que llenaran el mínimo de condiciones,—entre las cuales debe exigirse seriedad y moralidad para no atender sino partos normales que no requieran de ninguna intervención—, únicamente podrían recibir autorización escrita de la autoridad sanitaria, la misma que podría retirarla a más de la imposición de sanciones en caso de desobedecimiento. Las comadronas tendrían que trabajar libremente en caso de haber merecido la autorización, pero siempre bajo control de la Obstetrix profesional y de los Médicos Jefe y Ayudante. El permiso para el ejercicio dado a la comadrona, no tendría efecto legal sino hasta cuando se disponga de los servicios técnicos de Obstetrices o Médicos o de

Maternidades que las reemplacen con ventaja, y que puedan llenar las necesidades asistenciales obstétricas de toda una región.

El personal de la Unidad Sanitaria y Asistencial, debería estar rentado por las diversas Instituciones y trabajar de acuerdo con un programa de labores discutido y aprobado por las mismas. Para el efecto, se hace necesario la creación de Juntas de Sanidad y Asistencia Provinciales que deben estar compuestas por el Jefe Sanitario Provincial, el Subdirector de Asistencia Pública, un Delegado del Seguro y un Representante de cada Municipio, éste último para intervenir solamente cuando se discutan trabajos o problemas de su respectiva Municipalidad.

Las Juntas Provinciales de Sanidad y Asistencia, deberían formular los programas de labores y también controlar el normal desenvolvimiento de las mismas dentro de su provincia. El Jefe Sanitario Provincial recibiría instrucciones y normas de la Dirección General de Sanidad, ya directamente, ya por intermedio de las Inspeccionarias Técnicas de Zona. El Subdirector de Asistencia Pública, asimismo recibiría instrucciones de la Asistencia Pública Central. Igualmente lo haría el Delegado

del Seguro, recibiendo normas de la Dirección del Departamento Médico de la Institución. El Representante del Municipio llevaría las instrucciones de su Consejo Municipal correspondiente.

La Unidad Sanitaria y Asistencial realizaría las siguientes funciones principales:

Como Organismo de Salud Pública e Higiene:

- 1º.— Administración.
- 2º.— Estadística Vital.
- 3º.— Saneamiento: control del agua potable, de aguas servidas, de basuras, de mosquitos y roedores, control de alimentos, control de viviendas y lugares públicos, etc.
- 4º.— Control de enfermedades comunicables.
- 5º.— Higiene infantil, Preescolar y Escolar.
- 6º.— Higiene Maternal y Prenatal.
- 7º.— Higiene Dental.
- 8º.— Laboratorio.
- 9º.— Educación Sanitaria.

Como Organismo de Asistencia Social:

- 1º.— Atención Médica, principalmente de enfermos indigentes.
- 2º.— Atención Quirúrgica (Cirugía Menor).
- 3º.— Atención Obstétrica.
- 4º.— Atención Dental.
- 5º.— Exámenes de Laboratorio (para los casos asistenciales).

6º.— Hospitalización, con provisión de medicamentos a los pobres.

Como Organismo del Seguro Social:

- 1º.— Examen Médico completo, con serología y Rayos X a todo candidato al empleo.
- 2º.— Prevención de accidentes.
- 3º.— Prevención de enfermedades profesionales, con modificación de las condiciones ambientales malas: humedad, polvo, frío, ruido, falta de iluminación, etc., etc.
- 4º.— Mejoramiento de la salud del trabajador, por medio de exámenes periódicos, corrección de defectos, dietética apropiada, etc.
- 5º.— Atención Médica y Quirúrgica, con provisión de medicamentos.
- 6º.— Atención Dental.
- 7º.— Atención Obstétrica.
- 8º.— Educación Sanitaria entre los afiliados.

Para los Servicios Asistenciales, quizás se podría pensar en el cobro de pequeñas tarifas que guarden relación con el estado económico del individuo, con el objeto de poder mejorar los Servicios y de poder disponer de toda clase de implementos y medicamentos por costosos que sean, para una buena y eficiente atención médica, conforme se ha establecido ya, y con

¿Conocía Ud. el Aralén.....?

Por el Dr. César Alberto Ayora

Durante toda esta última guerra, el Ejército de los EE. UU. ha mantenido en el misterio y ha estado utilizando, con toda reserva, un nuevo medicamento sintético, para defender sus hombres contra el paludismo y también para curarlos. Hoy que el desangre ha terminado y los hombres ya no se matan, ni exponen sus vidas a cada instante; cuando parece que la tranquilidad y la paz pueden venir a nosotros, como una verdadera primicia de humanidad para las nuevas generaciones, van

saliendo de su encierro misterioso varios de los factores que colaboraron en la Victoria final. No hace todavía mucho tiempo que llegaron al Ecuador las primeras tabletas del medicamento antipalúdico llamado ARALEN.

El Aralén es un producto sintético, que se presenta en forma de polvo blanco, soluble en agua, de sabor muy amargo. También se llama Cloroquina, nombre compendiado de su fórmula química. Sus descubridores, a fin de poder clasificarlo mejor y fácilmente

magníficos resultados, en otros países. Quedarían fuera de esta obligación los individuos completamente indigentes, a los que se les debe prestar la misma atención, y la fijación de tarifas, que en todo caso deben ser pequeñas, hacerla con el exclusivo objeto de mejorar los Servicios y de dar al individuo la sensación de seguridad y de derecho al aportar aun cuando sea unos pocos centavos.

Este esquema de Programa Sanitario y Asistencial, no tiene la pretensión de

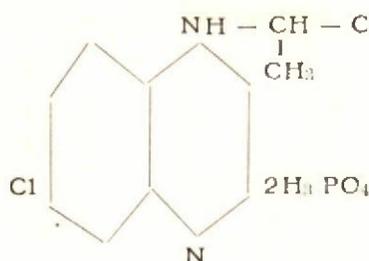
creerse perfecto, ni la de criticar a las Instituciones de la Salud del País; únicamente lleva el propósito de invitar a sus representantes a meditar en el gravísimo problema biológico y en las medidas más factibles y compatibles con la realidad ecuatoriana que podrían arbitrarse para una mejor defensa de la salud y la vida de los ecuatorianos.

*Dr. José Gómez de la Torre S.
Maíster en Salud Pública,
Inspector Técnico de Sanidad de la
Zona Central.*

en la larga galería de los nuevos productos, lo han determinado con la cifra o símbolo W 7618.

Químicamente hablando,

el W 7618 es el: 7 Cloro—4 (—dietilamino—1—metilbutilamino) quinolina—difosfato. Su fórmula desarrollada sería así



Para el estudio de su peso molecular, lo han dividido en sus dos principales partes: el grupo «difosfato», que tiene un peso molecular de 515,9 y el resto del cuerpo, o base de la sustancia, con un peso de 319,9.

La solubilidad en el agua disminuye conforme aumenta el Ph de la misma. Resiste el calor de 212°C durante 40 minutos sin descomponerse, siempre que el Ph del continente no exceda del 6,5. Frente a los Ultravioletas es muy susceptible y se descompone, dando productos fluorescentes que sirven para su identificación en el plasma sanguíneo y en los humores orgánicos.

Las múltiples experimentaciones que se hicieron en animales tanto susceptibles al paludismo, como resistentes a él, han llegado a

aportar los siguientes conocimientos:

Comparativamente con los antipalúdicos conocidos, especialmente la quinina y la metoquina, que son los más usados, el W7618 se comporta mejor y más rápido. Por ejemplo, es el medicamento que más rápido hace descender la temperatura malarica; y, es el medicamento que en más breve tiempo limpia la sangre superficial de las formas plasmódicas y el que la mantiene así por más tiempo. Las recidivas que se han visto, después del tratamiento del paludismo con el W7618, son las más tardías y las menos frecuentes. Además, con profiláctico tiene mejor acción que la metoquina.

Son también condiciones favorables, haciendo este mismo estudio comparativo, la relativa toxicidad;

pues se iguala a la de los otros medicamentos y de manera especial al de la plasmoguina. Los fenómenos que desencadena nunca son tan serios como para poner en peligro la vida del paciente.

Se absorbe por el intestino y en forma rápida, a juzgar por su rápida acción y por la determinación de la concentración máxima en el plasma.

La eliminación se hace por la orina y por las heces y puede ser acelerada o retardada a voluntad por medio de la acidificación o alcalinización del medio.

Las dosis suficientes para determinar una curación son escasas y administrables en pocos días. No tñe la piel, como otros preparados similares.

Para no extenderme demasiado en estas consideraciones, diré simplemente que, frente a la Malaria avícola no se comporta lo mismo que frente a la malaria humana. No produce curas permanentes en las gallinas; ni sirve como profiláctico. Alcanza su máximo de concentración a las dos horas aproximadamente de su administración.

La vía de administración, lo mismo que la dosis, tienen importante, estrecha y directa relación con los fenómenos que caracterizan las intoxicaciones agudas. Las dosis mortales y las

toxicas oscilan en menos de un miligramo base, para las gallinas.

La toxicidad crónica estudiada en ratones se estudió en un período de siete semanas. El nivel más bajo de concentración en el plasma que produjo efectos tóxicos fué de 500 partes por miligramo base; y, el mayor, fué de 2.500. Lo más característico de esta intoxicación fué la pérdida de peso y al examen anatómopatológico se encontró:

a) — degeneración grasa del hígado; y

b) — pigmentación parda en el páncreas.

Solo las dosis muy altas produjeron una alteración de la fórmula leucocitaria, aumentando los neutrófilos y haciendo vacuolas en los linfocitos.

La toxicidad que produce en los monos por vía oral, es grave y la muerte parece ser debida a una degeneración grasa aguda del hígado, con una exagerada hiperplasia de los corpúsculos esplénicos y acumulación de gránulos de secreción en el páncreas. Sin embargo de todas estas alteraciones anatómopatológicas, el W 7918 parece ser menos tóxico para los monos, que para los perros. Comparada con la Metoquina, también es menos tóxica.

Frente a cada una de las diferentes formas de Plasmodios se comporta siempre bien y muy efectivo en el mayor número de casos.

De 20 casos de Malaria Falciparum, 13 curaron al día siguiente de iniciado el tratamiento y los 7 restantes mostraron todavía algunos trofozoítos a las 24 horas de aquel. De estos 7 restantes, uno solo mostró todavía a las 48 horas los mismos trofozoítos, muy a pesar de insistir en la medicación.

En un caso de Malaria Cuartana, el W 7616 hizo desaparecer los trofozoítos a las 48 horas de comenzado el tratamiento.

Pero, frente al Plasmodium Vivax, es donde mejor se comporta este medicamento nuevo. De 51 pacientes con Malaria Vivas, los 34 reaccionaron bien y rápidamente; los 5 reaccionaron lentamente; uno en forma regular y otro que padecía también fiebre tifoidea sucumbió, pero a consecuencia de la infección tifoidea.

En 6 casos de infección mixta (vivax-falciparum), los 5 curaron bien y rápidamente y el uno restante curó lentamente.

Estudiando las reacciones secundarias a las dosis altas o persistentes, solo el 8,8% de 5.486 administrados, o sea un total de 485, presentaron quejas en este

sentido. La mayor parte de ellos se quejó de trastornos del tubo digestivo (aumento del peristaltismo intestinal; dolores y sensación de calambres en el estómago; náuseas, vómitos, diarreas). Otros síntomas debidos a la administración alta o prolongada de W 7618 fueron: pesadez en los párpados y enturbamiento de la vista, causados posiblemente por dificultades de la acomodación ocular; vértigos, cefaleas. Los niños y los viejos resisten mal las altas dosis o el tratamiento prolongado, en comparación con los adultos o jóvenes.

Las dosis supresivas, tanto de la Metoquina, como del Aralén en adulto y en el niño tuvieron igual efectividad en la eliminación de los parásitos palúdicos del torrente circulatorio.

A fin de poder observar los síntomas que podía producir el W 7618, tomado en dosis de 0,5 y de 0,8 gm., en una sola dosis cada semana y durante cuatro semanas, se sometieron 20 sujetos, perfectamente normales a su acción. Los síntomas que se pudieron observar fueron varios y entre los más frecuentes se anotaron: cefaleas, debilidad y fatiga, enturbamiento de la vista y trastornos del tubo digestivo y otros más. Once de los 20 individuos que tomaron la dosis de 0,5 gm. y 7 de los que to-

maron 0.8 gm. no revelaron ningún síntoma. De 50 individuos que tomaron una sola dosis masiva de 1.6 gm. de W 7618, tampoco sintieron ningún malestar, salvo tres de ellos que presentaron un ligero picor de la piel, sin trastornos macroscópicos dérmicos y uno que presentó diarrea.

La Metoquina ha producido fenómenos tóxicos y reacciones secundarias a más bajas dosis que el W 7618 y a veces, los ha producido en más corto tiempo, en relación con la iniciación del tratamiento.

De todas estas observaciones llevadas a cabo rigurosamente y registradas al detalle, podemos decir que el nuevo medicamento antipalúdico, que permaneció en el misterio durante toda la guerra, sirvió poderosamente y como tal en la consecución en la Victoria final. Nosotros hemos tenido ya la oportunidad de

realizar los primeros tratamientos en el Ecuador y los resultados, que son perfectamente satisfactorios, los daré a conocer en otra oportunidad, con sus respectivas historias clínicas.

Por ahora, nos place decir que, de 24 historias clínicas, correspondientes a otros tantos individuos palúdicos, tratados con el W 7618, tan sólo dos han redividido en el justo tiempo que los investigadores y descubridores lo han anotado ya. Pero, los 22 restantes han sido curados y se mantienen así, algunos hasta presente fecha y desde hace cinco meses; período justo para decir que tales pacientes han sido curados definitivamente. Cualquier nuevo ataque palúdico que pudiera sobrevenirles, tendría que ser perfectamente deslindado del estado anterior y habría que adjudicarlo a una nueva infección.

Quito, a 6 de febrero de 1947.

UN NUEVO PRODUCTO SINTETICO:

DEMEROL

(Clorhidrato del éster etílico del
metilfenilpiperidina del ácido
carboxílico)

Enérgico Poder Analgésico,
Espasmolítico
y Ligeramente Sedante

Se presenta en frascos de 25 tabletas
de 50 mg. y en cajas de 5 ampollas
de 2 cc.

Winthrop Products Inc.

New York

Agente y distribuidor exclusivo:

JORGE AYORA

Apartado 540 — Quito

CASA ORTEGA

QUITO - ECUADOR

P. O. BOX 848

DISTRIBUIDORES AL POR MAYOR

de las siguientes Casas de Productos Farmacéuticos:

ABBOTT LABORATORIES INT Co.

E. R. SQUIBB & SONS

ENDO PAN - AMERICAN CORPORATION

U. S. VITAMIN EXPORT Co.

DON BAXTER INC

DAVIS & GECK Co. (SUTURAS)

THE SEAMLESS RUBBER Co.

MOVOCOL CHEMICAL MFG. Co.

A LA PROFESION MEDICA

El Departamento de Educación Sanitaria encarece a todos los profesionales de las ciencias médicas del Ecuador, el envío de trabajos científicos para su publicación en el BOLETIN DE SANIDAD, que es una revista *de y para* todos los profesionales.

Son libres los temas a tratarse y la extensión de los trabajos. El Boletín no se responsabiliza por las ideas y doctrinas de cada autor, que puede firmar sus escritos o usar pseudónimo.

Los trabajos se remitirán a:

*Departamento de Educación Sanitaria
Inspectoría Técnica de Sanidad. — Quito.*

NATALIDAD EN LA ZONA CENTRAL 1945

PROVINCIAS	NACIDOS VIVOS	ASISTENCIA			% POR ASISTENCIA		
		Maternidad	Por Profesionales a domicilio	Sin asistencia	Maternidad	Por Profesionales a domicilio	Sin asistencia
Carchi	1.419	8	60	1.351	0.5	4.1	95.4
Imbabura	5.541	285	286	4.970	5.1	5.1	89.8
Pichincha	14.628	2.422	2.910	9.356	16.9	19.8	63.3
Cotopaxi	5.132	23	305	4.804	0.4	5.9	93.7
Tungurahua	3.827	445	1.057	2.325	8.3	27.6	64.1
Chimborazo	5.307	18	612	4.677	0.3	11.5	82.2
Bolivar	4.006	59	144	3.803	1.4	3.5	95.1
TOTAL	39.860	3.260	5.374	31.286	8.1	13.4	78.5

NATALIDAD EN LA ZONA CENTRAL 1946

PROVINCIAS	NACIDOS VIVOS	ASISTENCIA			% POR ASISTENCIA		
		Maternidad	Por Profesionales a domicilio	Sin asistencia	Maternidad	Por Profesionales a domicilio	Sin asistencia
Carchi	1.359	11	46	1.302	0.8	3.3	95.9
Imbabura	5.618	318	218	5.082	5.6	3.8	90.6
Pichincha	9.953	2.402	3.151	4.400	24.1	31.6	44.7
Cotopaxi	3.509	63	144	3.302	1.8	4.1	94.1
Tungurahua	4.094	697	507	2.890	17.0	12.3	74.7
Chimborazo	5.870	271	626	4.973	4.6	10.6	84.8
Bolivar	4.308	135	274	3.899	3.1	6.3	90.6
TOTAL	34.711	3.897	4.966	25.848	11.2	14.3	74.5

Con las Tablas de Natalidad, arriba indicadas, en el período de dos años sucesivos, vemos con profunda tristeza que en un alto porcentaje los nacimientos habidos, se han realizado sin asistencia profesional alguna. Esta anomalía anotada, muy a las claras nos está demostrando la falta absoluta de educación de la gran mayoría de madres quienes traen al mundo sus hijos sin la debida atención que éstos se merecen. La mayoría de partos sin asistencia, revelan también falta de responsabilidad de los padres, ya que, son ellos los que cuidarán y anhelarán que su futuro hijo venga al mundo rodeado de la seguridad que determina la atención profesional. Esto no sucede en nuestras Provincias serraniegas, ya que en las áreas rurales, hay una gran mayoría de pueblo ecuatoriano que no

conoce de esa responsabilidad porque nadie le ha inculcado y tampoco existe institución u organización alguna que los eduque en este sentido, y que a la vez preste y asegure este servicio que será de protección para la madre y de seguridad para el hijo.

Es hora que en el Ecuador se medite profundamente en la solución de estos problemas, que tan cual como están exhibidos, nos siguen colocando en el nivel de los países incultos y atrasados, o sea de países que no viven el ritmo del tiempo presente, donde la protección a la madre y la protección a la infancia constituyen una de las principales miras de acción gubernamental, colectiva y personal.

*Dr. José Alvarez,
Epidemiólogo de la Zona Central.*

MORTALIDAD INFANTIL EN LA ZONA CENTRAL DE SANIDAD EN 1946

PROVINCIAS	NACIDOS VIVOS			MUERTOS MENORES UN AÑO	INDICE DE MORTALI- DAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS
	H	M	TOTAL		
Carchi	684	675	1.359	231	169.97
Imbabura. . .	2.848	2.770	5.618	1.174	208.97
Pichincha. . .	4.979	4.976	9.953	1.688	169.59
Cotopaxi. . . .	1.744	1.765	3.509	642	182.95
Tungurahua	2.109	1.985	4.094	641	156.57
Chimborazo	2.940	2.930	5.870	736	125.38
Bolívar.	2.229	2.079	4.308	621	144.15
TOTAL	17.533	17.180	34.711	5.733	165.16

Nuevamente pongo en consideración los datos que sobre Mortalidad Infantil existen en las Provincias de la Zona Central, durante el año de 1946. Como podemos ver y analizar, dichas cifras están demostrando una vez más la severidad del problema que sobre Mortalidad Infantil confrontamos.

Los Indices de Mortalidad por 1.000 nacidos vivos, son altos en cada una de las Provincias serraniegas que constituyen la Zona Central, índices que demuestran la escasez de Servicios de Protección Infantil, servicios que más que de curación deben ser servicios de prevención, ya que, con el establecimiento de estos servicios se cumple la doble finalidad: controlar al recién nacido y

enseñar a la madre el cómo debe criar, cuidar y educar a su hijo.

Mientras no se dé un impulso expansivo a estos servicios por todas las ciudades, cantones y parroquias ecuatorianas, seguiremos contemplando siempre cifras tan elevadas de mortalidad infantil. Ojalá, en este nuevo año que comenzamos, sea el iniciador de la era de difusión de Servicios de Protección para la Infancia; ya que sólo en esta forma estaremos demostrando que existe preocupación por resolver un grave problema que guarda íntima relación con el desenvolvimiento de la nacionalidad ecuatoriana.

Dr. José Alvarez A.
Epidemiólogo de la Zona Central,

El Problema de las Enfermedades Venéreas en el Ecuador

Estas líneas van dedicadas al Cuerpo Médico del País, y en especial a aquellos Médicos que se hallan dirigiendo Servicios en las diferentes Instituciones, tales como Sanidad, Sanidad Militar, Seguro Social y Asistencia Pública, ya que son ellos los que están más próximos a conocer la amarga realidad que el problema de las enfermedades venéreas engendra para nuestra Patria, y porque ellos son los que tienen la responsabilidad y la obligación inaplazable de tratar de remediar, en lo que sea posible, todo este gran problema que amenaza a nuestro capital humano.

Las pocas estadísticas que se han levantado o se están levantando en una que otra ciudad del Ecuador, nos ponen en la pista de lo que la sífilis por ejemplo, significa en nuestra Patología. Hace unos pocos meses, el doctor Luis Gómez Lince, Jefe del Departamento de Serología del Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil, completó una encuesta en diez mil casos escogidos al azar, esto es sin previa selección, y encontró que la sífilis era positiva en un 17%, cifra bastante alta y muy demostra-

tiva, sobre todo por constituir una buena muestra estadística (10.000 casos) y por haber sido al azar. El Centro de Salud N.º 1 de Quito, que inició su trabajo serológico desde Septiembre del año próximo pasado, para las madres en estado de gravidez, controladas por el Centro, también arroja otra cifra escandalosa, pues de 233 madres a quienes se les ha hecho serología, aparecen 90 positivas, es decir, un 38,5%, debiendo tener en cuenta que la mayor parte de ellas son casadas, y que el Centro no atiende prostitutas.

Hace algún tiempo, un facultativo del Servicio Médico del Seguro Social realizó también una encuesta, en los obreros que asistían al mencionado Servicio, y encontró, en más o menos 500 casos la altísima cifra del 20 por ciento.

Estos datos nos demuestran que vivimos en una verdadera epidemia de sífilis, cosa inaudita para el siglo XX, y que nos explica bastante claramente la altísima mortalidad infantil, entre cuyas causas está como principal la debilidad congénita y otras de origen desconocido que sin lugar a duda deberían ser atri-

buidas a la sífilis en su mayor parte. Por lo mismo, ninguna Campaña Materno-Infantil que se inicie en el País tendrá su debido efecto, si no tratamos primero de atacar este mal que seguramente constituye la principal causa de muerte infantil y aún maternal. Ni cabe tampoco pensar en hacer patria, ni nada útil, si la base, que es el potencial humano, está camino de un verdadero cataclismo como es la sifilización.

Muchos son los factores que en el Ecuador han influenciado para que la Lúes avanzara tanto, hasta el extremo de constituir tal vez el peor de los problemas que confronta el País en este tiempo y que no es más que el resultado de una debacle administrativa, que con un desconocimiento absoluto de nuestra realidad sanitaria, se ha ido sucediendo desde muchos años atrás, sin haber dado la importancia que se merecían las Instituciones Sanitarias. Si examinamos los factores uno por uno, veremos que lo dicho anteriormente es verdad, y así:

1º *Alcoholización de los habitantes.*—Un alto porcentaje de las rentas del Estado provienen del Estanco de Alcoholes, es decir, el Estado tiene que alcoholizar a los ecuatorianos para tener este renglón de

entrada, sin darse cuenta quizás, que el alcoholismo produce prostitución y por lo tanto enfermos. Que si bien dá rentas al Estado, éstas son desembolsadas nuevamente en medicinas, en los Hospitales, Hospicios, etc. Y, no se da cuenta de que ni siquiera se puede hacer Agricultura con brazos de obreros alcoholizados.

Por qué nuestros Gobiernos no han afrontado, ni han querido afrontar aún la sustitución de estas entradas por el alcohol, en otras fuentes de producción, que no sea en detrimento de sus gobernados? Acaso el azúcar, la panela, etc., etc., no podrían constituir tal vez una mejor entrada de dinero a sus arcas, en una forma más honrada y más productiva?

2º *Educación.*—La mayor parte de los países civilizados tienen educación mixta, porque es la mejor forma de construir el carácter de la niñez, para que en la edad de la adolescencia no les llame tanto la atención, la separación sexual. El Ecuador no sólo que ha separado los sexos desde tierna edad, sino que aún más todavía ha mantenido escuela confesional, en donde cualquier manifestación sexual es considerada como «pecado», y jamás como un hecho natu-

ral. Esta misma educación ha hecho que la enfermedad venérea en la juventud o en la adultez sean consideradas como enfermedades secretas, y que forzosamente deben ser ocultadas, muchísimas veces aún para el Médico.

3º. *Legislación.*— Hay enormes vacíos en las Leyes ecuatorianas, sobre todo aquellas que se refieren al hijo ilegítimo. La mayor parte protegen al hijo ilegítimo, pero no hay una sola que impida la ilegitimidad, considerando como delincuente a aquel individuo que haga ilegítimos. Desde luego, esto tiene relación directa con la falta de educación en nuestra gente, especialmente de la mujer, y que ya deberíamos afrontar valientemente, si queremos planear un programa de Campaña Antivenérea.

4º. *Prostitución.*— La prostitución en el Ecuador tiene su origen en el bajo nivel de cultura en que se halla nuestra mujer, en la estrechez de los medios económicos, ya que muchas de estas mujeres mantienen a su familia con el producto del alquiler de su carne. También en la alcoholización, mencionada en el párrafo primero. Acaso el Ecuador no podría recluir en una de sus fábricas a

todas estas mujeres, y así, educarlas, facilitarlas medios de vida honrados y transformar a esta gente en elemento útil para la sociedad?

Como vemos, todos estos factores, son factibles de enmendarlos, para construir una base sólida para nuestro pueblo. Desde luego, justo es anotar que no es labor instantánea, sino de algunos años, pero es necesario que algún día se comience, sobre todo ahora, y ya en una forma urgente, pues la sífilis no espera, como vemos por las cifras estadísticas anotadas.

Con estos antecedentes, someto a la opinión de mis colegas médicos, la crítica, a fin de cruzar ideas, y de ponernos de acuerdo el siguiente plan de Campaña Antivenérea en el País:

Campaña Antivenérea

Todo programa de Campaña Antivenérea debe referirse a cuatro puntos esenciales:

1º Búsqueda del caso; 2º Control del caso hallado; 3º Tratamiento; 4º Supresión de focos.

1º *Búsqueda del caso:*— Para esto es indispensable que las Instituciones Médicas del País, monten sus Laboratorios con materiales para reacciones serológicas, con antígenos estanda-

rizados, y sobre todo, siguiendo procedimientos y técnicas iguales.

Hay poblaciones del Ecuador en donde ni siquiera existe un Laboratorio, habiendo Instituciones Médicas, tales como Hospitales, Dispensarios, etc. Por qué no ponerse de acuerdo todas estas Instituciones a fin de montar un Laboratorio aunque sea mantenido en común? Hay casos, como el de Tulcán por ejemplo, en que la Asistencia Pública, la Sanidad y el Servicio Médico del Seguro no tienen hasta ahora un pequeño Laboratorio. Como este ejemplo existen muchos en el País, que podrían citarse.

La búsqueda del caso debería correr a cargo de la Sanidad Civil, Sanidad Militar, Asistencia Pública, Laboratorios Municipales, y en general por parte de todos los médicos nacionales y extranjeros que ejercen su profesión en el Ecuador, de este modo, poco a poco se irían descubriendo los casos, los que serían denunciados a las Oficinas de Sanidad respectivas. Supongo que podría ser factible la instalación de un Laboratorio ya sea por el Municipio o por cualquier entidad Médica, o de común acuerdo en todas las cabeceras cantonales, para así realizar la encuesta serológica de los habitantes, que podría concretarse en la si-

guiente forma: a) Certificado pre-nupcial; b) Certificado de salud para todo trabajador en fábricas, hoteles, posadas, sirvientes de casas particulares, etc., etc.; c) Certificado previo a la obtención de cualquier empleo en las Oficinas de Estado; d) Certificado de salud previo al ingreso a las filas militares y de policía; e) Certificado de salud para todo aspirante a ingreso en cualquier sindicato obrero o de la índole que sea.

Los Hospitales, Clínicas, Dispensarios, estarían obligados a realizar el examen serológico a todos los pacientes que den cabida, y aún el médico particular estaría obligado también a pedir el examen serológico como complemento indispensable de examen clínico.

Todos los casos hallados deben ser denunciados a la Oficina de Sanidad respectiva, a fin de que ésta pueda obligar el tratamiento del caso, así como la investigación de la fuente de origen y la del contacto.

2º Control del caso hallado.— Este debería ser hecho por la Oficina de Sanidad respectiva, porque es la única que tiene Leyes y Reglamentos adecuados, para servirse en casos necesarios de medidas coercitivas y además porque el personal de Enfermeras,

Inspectores y Policía Sanitaria está preparado para el objeto.

3º *Tratamiento.* — El tratamiento debería estar sujeto a normas estandarizadas y dirigidas por el Servicio Sanitario Nacional.

Son dos los tratamientos importantes, sanitariamente considerados, respecto a sífilis, uno que va hacia el homicida, o sea aquel que teniendo lesiones abiertas es un peligro para la sociedad, y al que forzosamente hay que curarle, y otro que va hacia el suicida, más largo y dificultoso, es decir hacia aquel individuo que no siendo contagioso, es enfermo. El tratamiento para este último se dirige a evitar la mortalidad por sífilis, que al fin y al cabo es vergonzosa para el País.

Con estas líneas generales, el tratamiento correría a cargo de la Sanidad, en los Centros de Salud, Dispensarios Profilácticos, estos últimos estratégicamente colocados en todas las ciudades, aún de segunda importancia.

De la Sanidad Militar, en sus Hospitales Militares, y aún en las Enfermerías de Unidad.

De la Asistencia Pública, en todos sus Hospitales y Dispensarios.

Del Seguro Social, tam-

bién en su Clínicas y Dispensarios.

Todos estos tratamientos deberían ser fichados a fin de estandarizarlos fácilmente, y de esta manera controlar los casos, sobre todo aquellos que sean ambulatorios.

4º *Supresión de focos.* — Entendiéndose como foco principal la prostitución, ésta debe ser suprimida totalmente, como ya lo han hecho países sanitariamente bien adelantados. Como es natural, esto no puede ser en forma repentina y brusca, sino de algunos años de labor intensa, consistente en educación sanitaria y sobre todo tendiendo a la desaparición de los factores ya mencionados anteriormente, que influencian la prostitución.

La prostitución controlada es un mito, pues habría que vigilar a la mujer antes y después del coito, lo cual es materialmente imposible, y en esto me fundo para decir que debe ser suprimida totalmente, y además porque la prostitución no es necesaria, como muchas personas lo creen, ya que la abstención sexual no es incompatible con el desarrollo físico, intelectual y moral del individuo.

Dr. Gonzalo Cárdenas P.
Director del Centro de Salud N.º. 1
de Quito.

La Raillietinosis es una endemia en el Ecuador

Nuevo aporte al conocimiento de la Raillietina (Raillietina) Equatoriensis.

Por el Dr. Luis A. León

Trabajo leído en el III Congreso Médico Ecuatoriano

I

En algunas ramas de la Medicina, tales como en Parasitología y en Medicina Tropical, tócale al Ecuador separarse de esa corriente clásica que hasta la presente ha venido absorbiendo la conciencia de nuestros profesionales, por cuanto posee en forma endémica ciertas enfermedades que son excepcionales en otros países o que revisten modalidades clínicas muy especiales.

Entre las particularidades de nuestra patología tenemos la *Raillietinosis*, que con carácter endémico la encontramos principalmente en las poblaciones rurales de la provincia de Pichincha.

Naturaleza de la enfermedad.—La raillietinosis es una helmintiasis intestinal producida por cestodes del género *Raillietina*; es una entidad nosológica muy diferente de las teniasis y de las verminosis ocasionadas por las *Hymenolepis*, por

el *Dipylidium caninum*, por el *Inermicapsifer cubensis* y por los cestodes del género *Diphyllobothrium*. La raillietinosis es una parasitosis múltiple, es decir que encontramos en el mismo paciente numerosos ejemplares; desde este punto de vista tiene algo de parecido con las infecciones provocadas por la *Hymenolepis nana*, pero con la circunstancia que el número de ejemplares no es tan abundante como en esta última, pues, a lo mucho pueden llegar a una docena; por los 30 ejemplares que están a la vista, estos vermis no son tan grandes como las *Tenias solium* y *saginata*, ni tan diminutos como las *Hymenolepis*; su longitud fluctúa entre 0,45 y 1,20 mts. Si en cada uno de los pacientes encontramos de 5 a 10 ejemplares, de hecho el término *solitaria* como vulgarmente se lo aplica viene a ser lo más impropio; lo mismo diremos del término *tenia*, que en atención a sus caracteres sistemáticos no

tienen con los cestodes del género *Taenia* más relaciones que pertenecer al mismo orden zoológico, esto es a los *Cyclophyllideos*.

Entre nosotros, esta helmintiasis es producida por 5 a 7 diferentes especies, todas autóctonas del Ecuador y que han sido en su mayor parte estudiadas ya en el Instituto Parasitológico de París.

Distribución geográfica.—La raillietinosis dentro de nuestro territorio hállase circunscrito sólo en la provincia de Pichincha. Esta enfermedad la encontramos en las poblaciones urbanas, pero con mayor frecuencia en las poblaciones rurales. Casos de raillietinosis he podido observar en Quito, en Cayambe y en Sangolquí; entre las poblaciones rurales, Pomasqui, San Antonio, Cotocollao, Tumbaco y Puembo son las que mayor índice de contaminación ofrecen.

Endemicidad.—En estas poblaciones rurales las infecciones a Raillietinas son mucho más frecuentes que las infecciones provocadas por la *Taenia seginata*, *T. solium*, *Hymenolepis nana*, *Hymenolepis diminuta* y por *Dipylidium caninum*. Hasta la presente tengo al rededor de 60 observaciones, habiendo llegado sólo en Tumbaco a tratar

unos veinte casos. Si investigáramos sistemáticamente en los moradores de estas poblaciones rurales el índice de infección por estos vermis, seguramente encontraríamos un porcentaje relativamente alto, jamás visto en ningún otro país. No son raras las familias en las cuales dos o tres miembros de ella se encuentran parasitados por estos cestodes o que en diferente época hayan presentado dicha verminosis.

Factores predisponentes.—Esta helmintiasis se observa, como ya hemos indicado, entre las personas que viven en las ciudades, pero en forma más acentuada entre los campesinos; ataca tanto a los hombres como a las mujeres, tanto a los niños como a los adultos, notándose sí cierta predisposición por parte de los niños; muchas veces la infección en los adultos se reinonta a la infancia.

Como en toda parasitosis intestinal, la frecuencia de esta helmintiasis guarda estrechas relaciones con la higiene y las costumbres alimenticias; quizá más que en ninguna otra zooparasitosis, en esta juega un papel muy importante el consumo de moluscos (churos), de acarabaeideos (catshos) y la horripilante costumbre de ingerir pulgas y otros ectoparásitos, que perfecta-

mente pueden ser los huéspedes intermediarios de estos davainideos.

Sintomatología.—En la raillietinosis los síntomas son de lo más variados; podemos sin embargo catalogarlos en tres grupos: a) *trastornos gastrointestinales*, consistentes en náuseas, alteraciones del apetito, síndromes disenteriformes, cólicos intestinales;

b) *trastornos nerviosos*, en los cuales, la cefalea, la obnubilación, los cambios del carácter, los estados sincopales y los ataques epiléptiformes son los síntomas más frecuentes; y

c) *trastornos circulatorios*, entre los que caben mencionarse, la palidez, la anemia, la angustia precordial, las alteraciones del ritmo cardíaco y en ocasiones una discreta eosinofilia.

Diagnóstico.—El diagnóstico de una raillietinosis generalmente se le hace por la presencia de proglótides maduros en las deposiciones; estos proglótides, en unas especies tienen el aspecto y el tamaño de un grano de arroz de castilla y en otras se parecen mucho a una semilla de tomate riñón, hasta el punto que con frecuencia les toman como tales, no sólo los profanos en coprología sino también los expertos en esta clase de exámenes. Los

proglótides recientemente expulsados están provistos de ligeros movimientos de raptación; en ciertas especies, los anillos maduros en el medio externo adquieren una consistencia leñosa que da la impresión de tratarse de una semilla mal digerida.

El diagnóstico de algunas raillietinosis se hace también por el examen microscópico de las heces, en el que encontramos un número elevado de huevos, muy semejantes a los de la *Hymenolepis nana*. En otras especies, por cuanto las cápsulas ovíferas son poco dehiscentes, el diagnóstico por este procedimiento se hace muy difícil, salvo el caso de encontrarse en la preparación alguna cápsula ovífera, ya que los proglótides grávidos en estas especies, se disgregan fácilmente dejando en libertad sus numerosas cápsulas.

Tratamiento.—En esta infección verminósica surte efecto también el extracto etéreo de helecho macho, el calomel al vapor; en muy contados casos obra con resultados satisfactorios también el quenopodium y la xantonina.

Profilaxis.—Puesto que desconocemos todavía los huéspedes intermediarios de todos estos davainideos, la profilaxis de estas helmintiasis sería difícil darla

con esa certeza que se tiene para la teniasis y para las otras infecciones verminósicas que se observan en nuestro país; pero en todo caso debe estar dirigida contra el consumo poco escrupuloso de los moluscos, escarabajos y de algunos ectoparásitos que con fruición e ignorancia hace nuestro campesino.

Si en el Ecuador existen seis o siete especies de estos vermis, es muy probable que los huéspedes intermediarios sean varios. He aquí un interesante tema de interés nacional y de enorme repercusión científica que debe ser resuelto por los higienistas de nuestro país.

En este Tercer Congreso Médico Ecuatoriano, veo muy oportuno dar a conocer preferentemente a los facultativos de nuestro país una de las especies que el Dr. Roberto Dollfus, helminólogo del Instituto Parasitológico de París, dedicó al Ecuador, me refiero a la *Raillietina equatoriensis*, de la cual tengo el agrado de ofrecerles una descripción más o menos detallada, hecha a base de los estudios del citado parasitólogo y de mis observaciones en nueve ejemplares completos de esta especie.

II

Raillietina (R) equatoriensis. R. Ph. Dollfus. 1939.

Descripción: Esta especie tiene una longitud de 0,45 a 0,55 mt, y 3 mm. 5 su porción más ancha. El *scolex* o cabeza es piriforme, de 500 a 700 micras de largo por 460 a 580 micras de ancho; posee un rostrum muy corto, retráctil, armado de una doble corona de ganchos, corona que tiene unas 60 micras de diámetro. Los ganchos, aproximadamente en número de 70 para cada corona, son relativamente persistentes, de 15 a 18 micras de longitud. Las ventosas en número de cuatro, se presentan circulares, ovaladas y más frecuentemente elípticas; tomadas las mediciones en su forma elíptica, dichas ventosas tienen de 111 a 133 micras de largo por 33 a 66 micras de ancho; cada ventosa está formada de un rodete laminar, regular, con su base de implantación bien delimitada y su borde libre conteniendo de 3 a 4 hileras de ganchos que tienen el aspecto de aguijones; el fondo de las ventosas, en unas se presenta aplanado, en otras manifiestamente convexo, de acuerdo con su momento fisiológico; al rededor de la base de cada ventosa encontramos un

surco difuso que delimita una formación ligeramente mamilar. El cuello en la mayor parte de los ejemplares está bien conformado y de 150 a 250 micras de ancho. Las cifras anteriores son el resultado de las mediciones de 10 scolex.

Los proglótides son casi todos más anchos que largos. Los primeros anillos aproximadamente son tres veces más anchos que largos; a medida que nos alejamos del acolex los anillos van haciéndose cada vez menos anchos en relación a la longitud, hasta el punto de que los terminales o maduros llegan a ser cuadrados; estos últimos anillos, que son ya grávidos, al desprenderse aumentan algo su longitud a expensas de su latitud. Se puede apreciar en aquellos anillos de 50 a 75 testículos, siguiendo por ejemplo estas relaciones: $21 + 28$, $26 + 41$, $27 + 45$, $28 + 47$; su diámetro varía de 55 a 80 micras; de entre ellos hay algunos que se encuentran fuera del canal excretor ventral, alcanzando el nervio.

La boca del cirro tiene una dilatación proximal constante, gracias a esta dilatación ella se aproxima mucho más al grueso canal ventral pero sin alcanzarlo. La boca del cirro alcanza y propasa al nervio. Su longitud aumenta al rededor

de 170 a 295 micras; el Dr. Dollfus ha medido, por ejemplo: 168×71 , 4; 240×68 ; 252×63 ; 255×80 ; 265×86 ; 277×67 , 2; 281 , 4×84 y un máximo de $290 - 294 \times 88 - 70$ en los proglótides grávidos y en ellos está orientado casi longitudinalmente a consecuencia de la puesta lateral de las cápsulas ovíferas. El canal diferente es muy contorneado y casi siempre apotonado en ciertos proglótides. La porción distal diferenciada de la vagina es casi constantemente curva (en U o en S extendida) en los proglótides sexuales; la cavidad está tapizada de fuertes cilios y muestra una dilatación terminal o subterminal inconstante.

El poro genital está entre el final del primer tercio y el final del primer cuarto de la longitud de los proglótides, son unilaterales; a grandes trechos de la estrobila hay proglótides que tienen su poro genital del lado opuesto al de los proglótides continuos. La autofecundación es frecuente.

El ovario se presenta como formado de un solo lóbulo macizo, que más o menos claramente se separa en dos grupos: un poral y un antiporal, con grandes digitaciones en abanico. La longitud del ovario puede alcanzar a 0,mm 5. El vitiológico, más o menos redon-

deado, no sobrepasa de una longitud de 0,mm, 2.

Hay al rededor de 250 a 305 cápsulas ovíferas y de un diámetro de 117,6 micra a 126 micras, conteniendo cada una de 7 a 10 huevos, siendo de lo más frecuente 8. Las cápsulas no le pasan lateralmente al nervio, pero lo rechazan lateralmente a medida que los proglótides se ponen grávidos.

Los huevos son elípticos y provistos de dos envolturas; la envoltura externa tiene de 41 a 44 micras de largo por 32 a 35 micras de ancho, llegando muy raras veces a 39 micras; la envoltura interna es algo oblonga y mide de 21 a 26 micras de longitud por 15 a 21 micras de ancho; ésta presenta en cada polo, pero en casos muy excepcionales, un bosquejo de mame-lón provisto de cortos apéndices filamentosos; los ganchos de los embriones tienen de 11 a 14 micras de longitud. Los huevos de esta especie y de algunas otras tienen mucha semejanza a los huevos de la *Hymenolepis nana*; personas muy experimentadas pueden facilmente tomarlos los unos por los otros. Con el Dr. Luis Mazzoti, del Instituto de Enfermedades Tropicales de México, nos hemos esforzado en buscar alguna diferencia entre los oncóforos de estos dos cy-

clophylideos y a lo más pudimos anotar como carácter distintivo en los oncóforos de la *Raillietina equatoriensis* la ausencia de los mame-lones y de los apéndices filiformes o la presencia de estos elementos, pero en forma muy rudimentaria. Los oncóforos de esta especie son numerosos y fáciles de encontrárselos a los exámenes coprológicos, a igual que los de la *Hymenolepis nana*.

Número y longevidad.
—Cuatro casos de *R. equatoriensis* han sido reportados en el Ecuador; tres en mujeres y uno en un niño. Algunos ejemplares del primer caso, algo incompletos fueron enviados al Instituto Parasitológico de París, siendo utilizado por el doctor Dollfus, para el estudio anatómico y sistemático; los ejemplares del segundo y tercer caso reposan en esta colección; el cuarto caso, en el mes de agosto último, tuve el agrado de tratarlo y estudiarlo en colaboración del doctor Luis Mazzoti. La paciente arrojó al rededor de ocho ejemplares, de 0,45 a 0,55 mt. de longitud, algunos de ellos fueron remitidos por el doctor Mazzotti al Instituto de Enfermedades Tropicales de México.

En cuanto a la longevidad, por haberle conocido de cerca el cuarto caso, la

enferma acusó la presencia de dichos parásitos desde hace 11 años, la que por repetidas ocasiones se negó a someterse al tratamiento.

Distribución geográfica.

—Los dos primeros casos y el cuarto fueron observados en Tumbaco y el tercero, en Cotocollao; ambas son poblaciones rurales de la Provincia de Pichincha.

Evolución. — Desconocemos hasta la fecha el huésped intermediario.

Papel patógeno.—Los enfermos parasitados por esta especie han acusado anemia, cefaleas, obnubilación, dolores gástricos e intestinales, estados sincopales y el cuarto caso sufría, además, de ataques epileptiformes.

Tratamiento.—Se lo ha instituido utilizando el extracto etéreo de helecho macho en asocio a la tintura de kouso, al tetracloruro de carbono y al jaraabe de éter; los resultados han sido siempre favorables.

CONCLUSIONES

1ª. Teniendo en cuenta que en Parasitología Humana se han reportado hasta la presente, sólo seis casos de la *Raillietina mada-gascariensis*, en Mayotte, en Mauricio y en Siam;

un caso de la *R. formosana*, en la isla Formosa; un caso de la *R. garrisoni*, en Manila; un caso de *R. asiática*, en Turquestán Ruso, y dos casos de la *R. demerariensis*, en la Guayana inglesa, sea un total de 11 casos, y habiéndose reportado ya en el Ecuador al rededor de 60 casos (*) en huéspedes humanos, y existiendo antecedentes en más de un centenar de personas, resulta que la Raillietinosis viene a ser una helmintiasis casi exclusiva del Ecuador.

2ª. Se encuentran identificadas en el Ecuador y como autóctonas en este país, cinco nuevas especies de estos davainideos, con probabilidades de que su número sea mayor, en vista de que existen especies que se diferencian por sus caracteres anatómicos de las raillietinas ya clasificadas, punto que se encuentra en vías de estudio.

3ª. Esta verminosis en la Provincia de Pichincha

(*) Esta casuística se refiere hasta el año de 1942; desde entonces hasta principios de este año (1947) se han reportado unos 40 casos más. Con el Dr. Roberto Dollfus, Director del Laboratorio del Museo de Historia Natural de París, nos encontramos preparando una monografía completa sobre esta helmintiasis humana.

es una enfermedad endémica y constituye en las poblaciones rurales una de las infecciones más frecuentes, entre las ocasionadas por cyclophillideos.

4a. La raillietinosis es una helmintiasis que se observa en las razas blanca, india y mestiza; en individuos de ambos sexos y de todas las edades; en individuos que viven en las ciudades y en las aldeas, ofreciendo sí mayor predisposición los niños, los indios y mestizos, los campesinos y aquellas personas cuyas costumbres y condiciones higiénicas de alimentación son deficientes y primitivas.

5a. Se desconocen hasta ahora sus huéspedes intermediarios.

6a. Los síntomas de esta helmintiasis los podemos catalogar en tres grupos: trastornos gastrointestinales, trastornos nerviosos y alteraciones circulatorias y hemáticas.

7a. Puesto que, ciertos moluscos y escarabajos han sido estudiados como huéspedes intermediarios de otros davainideos, una posible medida profiláctica contra esta helmintiasis sería el control de la alimentación a base de caracoles y de los escarabajos y una campaña muy rigurosa contra la ingestión de pulgas y otros ec-

toparásitos, muchos de los cuales son huéspedes intermediarios de otros cyclophyllideos.

BIBLIOGRAFIA

E. BRUMPT. — Précis de Parasitologie. Families Davainiées, págs. 795-798. París, 1933.

M. NEVEU-LEMAIRE. — Traité D'Helminthologie Médicale et Vétérinaire. Sous Famill Davaineinae. 522-571. París, 1936.

RAPHAËL BLANCHARD. — Traité de Zoologie Médicale. Taenia madagascariensis, Tome I págs. 473-475. París, 1880.

C. DAVAINÉ. — Traité des Entozoaires et des Maladies Vermineuses. Taenia madagascariensis. — Págs. 922-923. París, 1877.

ROBERT DOLLFUS. — Costodes du Genre Raillietina Récemment Observés Chez L'Homme en Equateur. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, Tome XXXII, 660-665. París, 1939.

ROBERT DOLLFUS. — Costodes du Genre Raillietina Trouvés Chez L'Homme en Amérique Inter-tropicale. Annales de Parasitologie Humaine et Comparée, Tome XVII, N° 5 y 6, págs. 415-442 y 542-562. París, 1930-1940.

J. GUIART. — Manual de Parasitología. Davainen madagascariensis. pág. 392. Barcelona, 1927.

CH. JOYEUX, J. G. BAER ET R. MARTIN. — Sur Quelques Helminthes de la Somalie. Nord. Bulletins de la Société de Pathologie Exotique. Tome XXX, N° 1. Págs. 117. París, 1940.

CH. JOYEUX Y JEAN G. BAER. — Anatomía y Posición Sistemática de la Raillietina (Raillietina) quitensis León. 1935. Cestode Parasito del Hombre. Revista de Medicina Tropical y Parasitología. Vol. VI, N° 2, págs. 79-88. Habana, 1940.

PEDRO KOURI Y JOSE BASNUEVO. — Lecciones de Parasitología y Medicina Tropical. Raillietina quitensis, págs. 415-419. Habana, 1940.

LUIS A. LEON. — Contribución al estudio de la Parasitología Sudamericana. El Género Raillietina y su frecuencia en el Ecuador. Memorias del VII Congreso de la Asociación Panamericana. Sección de Parasitología, págs. 205-216. Habana, 1938.

LUIS A. LEON. — Contribución al Estudio de la Parasitología Sudamericana. El Género Raillietina y su frecuencia en el Ecuador. Revista de Medicina Tropical y Parasitología. Vol. IV, N° 4, págs. 219-249. Habana, 1938.

LUIS A. LEON. — Índice Parasitológico Intestinal. Boletín de los Hogares de Protección Social, Año I, N° 1, págs. 50-53. Quito, 1939.

C. R. LOPEZ NEIRA. — Helmintiasis Humanas. Familia Davainidae, págs. 67-68. Barcelona, 1940.

SILVIO E. PARODI. — Zooparasitología. Género Davainea, págs. 327-328. Buenos Aires, 1936.

CHARLES FRANKLIN CRAIG AND ERNEST CARROLL FAUST. — Clinical Parasitology. Págs. 460-461. Philadelphia, 1940.

ERNEST CARROLL FAUST. — Human Helminthology. págs. 291-294. Philadelphia, 1934.

W. HENRY LEIGH. — *Raillietina* (Skrjabinia) *variabilis* from the Prairie Chicken in Illinois. Vol. 27, N° 2, págs. 97-106. New Jersey, 1941.

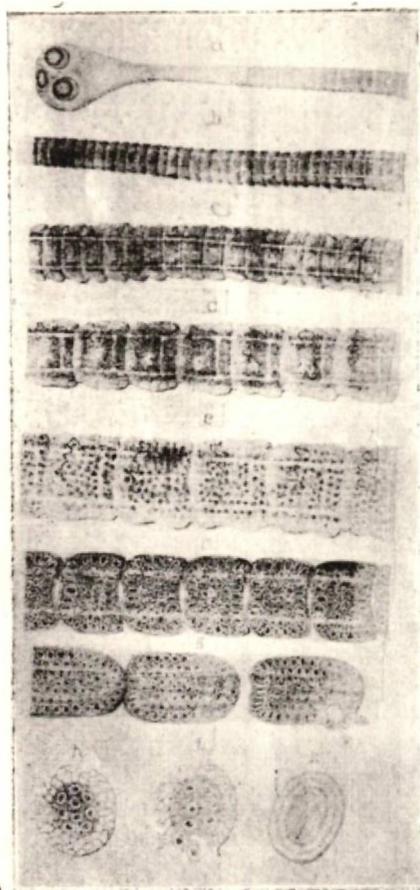


FIG. N.º 1. — *RAILLIETINA (R.) EQUATORIENSIS*. — a) Scolex con el cuello y un segmento de strobila. — b) Porción de la strobila en la que se inicia el proceso de proglotidización y la aparición del primer esbozo de nervadura. — c) Proglótidos jóvenes con su nervadura más desarrollada. — d) Proglótidos jóvenes con un esbozo del aparato copulador, del canal deferente y del ovario. — e) Proglótidos con los mismos elementos del segmento anterior más desarrollados y con las cápsulas ovíferas en formación. — f) Anillos maduros con sus cápsulas todavía poligonales. — g) Anillo maduro, uno de ellos en dehiscencia, dando salida a las cápsulas ovíferas. — h) Cápsula ovífera con sus elementos característicos. — i) Cápsula ovífera en dehiscencia, dando salida a los huevos. — k) Huevo con su embrióforo hexacanto. (Esquema original y trazado a base de observaciones en material fresco).

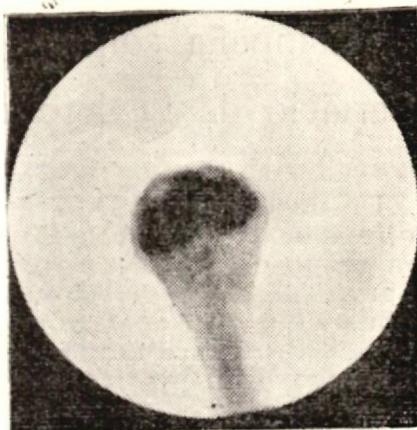


FIG. N.º 2. — Scolex de *RAILLIETINA EQUATORIENSIS* mostrando dos ventosas con sus coronas de ganchos característicos. (Microfotografía original y tomada en material fresco).

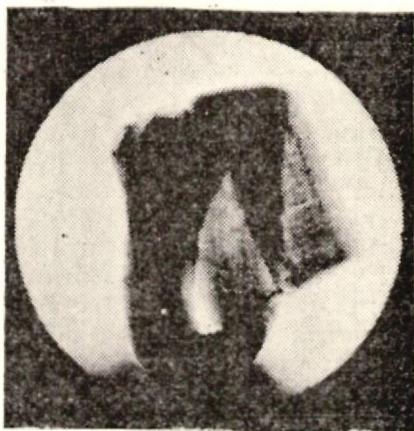


FIG. N.º 3. — Scolex de *RAILLIETINA EQUATORIENSIS* con un fragmento de strobila; obsérvese el aspecto de una de las ventosas vista lateralmente. (Microfotografía original y tomada en material fresco).

Campaña contra el Tifus Exantemático

Servicio de Dedetización exhibido en cifras

Desde que el D. D. T. es ofrecido libremente en el mercado ecuatoriano, el Servicio Sanitario Nacional, por medio del Departamento de Profilaxis del Tifus Exantemático, viene empleándolo en gran escala en la lucha contra los vectores de la enfermedad; pues, el valor del insecticida del dicloro-difenil-tricloroetano ya no se lo ensaya, sino que se le utiliza con enorme ventaja frente a los primitivos métodos de desinsectización.

El primer ensayo de dedetización en masa, lo realizamos en Enero del año que acaba de fenecer; y los resultados se hallan constantes en un folleto que lo publicamos en el mes de abril, bajo los auspicios del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

En aquel trabajo, pudimos constatar que el 65,16% de la población se hallaba parasitada por el piojo; y que, dos semanas después de la aplicación de una mezcla de D. D. T. al 10% con pirofilita, el índice de parasitación bajó al 10,82%; hasta que, en la cuarta semana de observación, la pedicu-

losis había virtualmente desaparecido.

Cuando tres meses más tarde, hicimos otra encuesta en busca de la duración insecticida del producto en cuestión, pudimos comprobar que la población aún no se reinfestaba. Además, es importante anotar que el gasto promedial en gramos de D. D. T. y por persona fué de gr. 9,23 equivalente a un costo de \$ 0,85. Por otra parte, la dedetización de una prenda de vestir costaba, haciendo un cálculo promedial, siete centavos y medio, equivalente a un gasto de gr. 0,81 de insecticida.

Alentados con estas magnificas conclusiones, decidimos desde entonces emplear profusamente el D. D. T. en la campaña contra una de las grandes endemias que azotan nuestra meseta interandina: el tifus exantemático.

Antes de que contásemos con el decloro-difenil-tricloroetano, empleábamos en el servicio de desinsectización, métodos primitivos de despiojamiento como: la ebullición de ropas, la sumersión en soluciones in-

secticidas, la rasura, el baño, la fumigación al azufre etc., etc., procedimientos largos, engorrosos y de reducida aplicación; pues, solamente el enfermo y sus contactos podían recibir este tratamiento profiláctico en la lucha contra la difusión de la enfermedad.

Desde que disponemos del D. D. T., ha sido posible emprender en intensos trabajos de despiojamiento en masa, de acuerdo con un plan de acción Sanitaria contra la enfermedad por una parte y contra el vector de ella, por otra.

Así pues, ocurrido un caso de tifus exantemático, declaramos a su vivienda como foco infeccioso, el mismo que es rigurosamente controlado, previo el aislamiento del enfermo. Los contactos, además del control térmico diario que reciben, son sujetos a una dedetización minuciosa no sólo de sus personas, sino también de las viviendas con todas sus ropas de vestir y de cama. Además, todas las casas que rodean el foco infeccioso, en una área extensa, son dedetizadas de acuerdo con normas que las tenemos estandarizadas.

De esta manera, enfocamos nuestra acción sanitaria sobre la enfermedad misma; en cambio, la campaña contra el vector de la enfermedad, aunque no se

reporten casos de tifus, es una tarea que la podemos calificar de titánica, si consideramos que la parasitación por piojos y pulgas es alarmante en las clases obreras y en el campesino.

El índice alto de pediculosis en el Ecuador, está denunciando, la enorme pobreza cultural y económica de nuestro país, señala la gran desvarolización biológica del hombre ecuatoriano; y por ello, los brotes epidémicos de tifus se desarrollan con sugestiva preferencia, en aquellos medios sociales con ínfimo standard de vida.

El problema de la parasitación por el piojo en el Ecuador, es un problema de cultura; y por tanto, de difícil solución, hoy por hoy. Será menester una dura y larga campaña de educación higiénica, para conseguir que nuestro pueblo abandone sus atávicas costumbres y se eleve hacia un mejor nivel de vida. La parasitación por el piojo y la pulga desaparecerá tan solo cuando se modifiquen los defectuosos cimientos sobre los que se levanta la armazón de una colectividad desnutrida, pobre e inculta.

Esta magna tarea no le compete exclusivamente al Servicio de Salubridad Pública, sino al esfuerzo mancomunado de todas las instituciones del país; sin em-

bargo, y mientras se renueven las mencionadas causas fundamentales, es imperativo que la Sanidad Nacional enfoque sus actividades rumbo a disminuir los peligros que acechan al hombre ecuatoriano.

Por ésto, el Departamento del Tifus Exantemático ha encarado la difícil campaña contra la pediculosis, con miras tan solo a disminuir el índice de infestación: ya que, la solución integral del problema, como queda anotado anteriormente, será posible, tan solo, cuando se consiga el mejoramiento de nuestro ínfimo nivel cultural.

Como una demostración de la tarea que hemos acometido, tendiente a rebajar el peso de una parasitación tan intensa por el piojo en nuestro medio, exponemos a continuación las cifras que revelan un gran esfuerzo de dedetización; es decir, un silencioso pero efectivo empeño de proteger la salud y la vida de nuestro pueblo.

Trabajos realizados en 1946

1).— Ante el peligro de infestación que significa la aglomeración de gente en los buses rurales; así como el transporte de campesinos que pueden vehicular piojos infectados, hemos establecido un servicio de dedetización constante en

dichos buses, habiéndose logrado pulverizar a 2.827 personas.

2).— Como se ha comprobado que el 63% de los escolares en Quito se hallan infestados por el piojo, hemos procurado llevar nuestro servicio de desinsectización a todas las escuelas que nos ha sido posible, con un total de 11.980 niños dedetizados.

3).— En los cuarteles se nos ha rechazado el servicio de dedetización, razón por la que sólo hemos podido pulverizar en 349 conscriptos.

4).— Los hospitales constituyen centros de infestación permanente, motivo por el que han recibido dedetizaciones frecuentes que se resumen en las cifras que siguen:

Personas dedetizadas	1.406
Ropas de cama dedetizadas	17.802
Ropas de vestir	23.693

5).— En los mercados, pululan gentes en extremo sucias que tienen el oficio de cargadores; pues bien, 847 de estos trabajadares han podido recibir con frecuencia los beneficios de dedetización.

6).— Se ha podido controlar mediante el D. D. T. a 376 clientes humildes de los llamados comedores populares.

7).— El servicio de dedetización en los hospicios y casas de ancianos, puede exhibirse en los siguientes datos numéricos:

Personas dedetizadas	806
Ropas de cama dedetizadas	7.021
Ropas de vestir	16.031

8).— Las cárceles y demás establecimientos de prisión constituyen el albergue de gente intensamente parasitada; razón por la que, nuestro servicio se ha preocupado de atenderles constantemente, como puede apreciarse a continuación:

Personas dedetizadas	718
Ropas de cama dedetizadas	2.036
Ropas de vestir	6.143

9).— Con motivo de brotes epidémicos de tifus aparcidos en algunas poblaciones rurales de la provincia de Pichincha, nuestro servicio de dedetización ha realizado los siguientes trabajos:

En Machachi

Personas.	218
Ropas de cama.	992
Ropas de vestir.	4.070

En Sangolquí

Ropas de cama.	347
Ropas de vestir.	107
Personas.	16

En Chillogallo

Personas.	103
Ropas de cama.	301
Ropas de vestir.	1.029

En Nono

Personas.	64
Ropas de cama.	107
Ropas de vestir.	539

En el Quinche

Personas.	347
Ropas de cama.	1.322
Ropas de vestir.	9.038

En Amagualá

Personas.	37
Ropas de cama.	162
Ropas de vestir.	648

10).— A nadie es desconocido que los barrios arrabaleros de nuestra ciudad hállanse poblados, en su mayor parte, por gente que exhibe dramáticamente la suciedad en que vive; siendo presumible, por tanto, que el piojo y la pulga tienen que ser huéspedes inseparables. En estas circunstancias, nuestro principal objetivo para aplicaciones de D. D. T., ha sido la vivienda de gente humilde; por ello, se ha conseguido que la dedetización en los barrios pobres sea profusamente realizada como lo demuestran las cifras siguientes:

Habitaciones dedetizadas	4.001
Personas	145.860
Ropas de cama	248.820
Ropas de vestir	2.481.556

11).— Hemos realizado con éxito campañas de despiojamiento en la mayor parte de las poblaciones rurales pertenecientes a la

Provincia de Pichincha; y las cifras reveladoras de tal trabajo pueden examinarse a continuación:

Habitaciones dedetizadas	3.158
Personas	29.066
Ropas de cama	57.501
Ropas de vestir	221.092

12).—Cabe mencionar que el servicio de dedetización se halla extendido en todo el territorio nacional; y los Jefes Provinciales de Sanidad, realizan sus trabajos de profilaxis frente al tífus exantemático, mediante el empleo sistemático del D. D. T., como puede apreciarse a continuación:

Provincia del Azuay

Habitaciones . . .	193
Personas	973
Ropas de cama . .	4.244
Ropas de vestir . .	4.901

Provincia del Cañar

Personas	437
Ropas de cama . .	610
Ropas de vestir . .	1.896

Provincia de Loja

Ropas de cama . .	2.511
Personas	2.552
Ropas de vestir . .	14.569

Provincia del Chimborazo

Habitaciones . . .	67
Personas	267
Ropas de cama . .	5.909
Ropas de vestir . .	15.966

Provincia del Tungurahua

Habitaciones . . .	67
Personas	267
Ropas de cama . .	653
Ropas de vestir . .	925

Provincia del Carchi

Habitaciones . . .	1.127
Personas	4.777
Ropas de cama . .	22.046
Ropas de vestir . .	73.872

Provincia de Bolívar

Habitaciones . . .	222
Ropas de vestir . .	427
Ropas de cama . .	455
Personas	551

Provincia de Cotopaxi

Personas	1.947
Ropas de cama . .	15.352
Ropas de vestir . .	16.379

Dr. Juan Vacacela Gallegos,
Jefe del Servicio Nacional contra el Tífus
Exantemático.

Educación y Coordinación Sanitaria

La reorganización del Servicio Sanitario Nacional y, consecuentemente, la creación de las Jefaturas Sanitarias Provinciales, ha venido a satisfacer una necesidad social sentida desde hace mucho tiempo.

El progreso económico y cultural de la Provincia del Carchi, con sus dispersos pueblos rurales, núcleos de un creciente tráfico comercial y de una halagadora producción agrícola, debía, necesariamente, hacer surgir problemas de orden sanitario, imposibles de resolverse con la antigua organización de la Sanidad. A las viejas Delegaciones Provinciales había que imprimirles normas de trabajo, fundamentadas en la técnica y en la ampliación coordinada de las funciones que les corresponde desempeñar en orden a cumplir con la delicada y noble misión de trabajar por la salud pública.

Pero, a pesar de este paso gigantesco, la Sanidad en la Provincia del Carchi, no ha cumplido todavía su misión y hay un enorme saldo de problemas que corregir y servicios nuevos que estructurar.

El problema más fuerte con el que actualmente tropieza la Sanidad en el Car-

chi, es, efectivamente, la poca o ninguna preparación de las masas populares y humildes del campo. Tan deformada y confundida está la ilustración del pueblo en materia sanitaria que, hasta hoy, lo mismo que hace dos siglos, se explican episodios pintorescos y dolorosos, fruto de la superstición y de la credulidad de esa gente humilde que no acierta a comprender la realidad de la vida, ni las nuevas concepciones en las que se vigoriza la conservación de la especie humana.

Los doscientos años transcurridos desde el nacimiento del Dr. Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo, el precursor de la Sanidad en nuestro país, obligan, con esta oportunidad, a meditar en varios aspectos que se relacionan con la defensa y la integridad biológica de los habitantes de esta provincia.

Espejo fué el más ardiente defensor de la educación y cultura del pueblo para que se prevenga de las enfermedades hasta entonces conocidas como «Pestilenciales». Desgraciadamente, este tema que fuera de actualidad hace muchos años, ha conservado la misma importancia y ha vuelto a palpar en todas las conciencias con la misma in-

quietud y la misma novedad que antes.

Indudablemente que los problemas fundamentales aún gravitan sobre cierta clase de pobladores que, por causas diversas, viven alejados de los centros poblados en donde se anotan las circunstancias del medio, la clase de trabajo, la incultura sanitaria y la falta de normas higiénicas de convivencia. Allí, es entonces, donde la Sanidad debe organizar su trabajo, encarnando su esfuerzo en la lucha mancomunada con las necesidades del medio ambiente, el acervo de la cultura y el porvenir de la raza y la especie humana.

Pero para que la educación sanitaria surta su efecto, es indispensable la cooperación de todas las instituciones que, en una u otra forma, trabajan por la restauración biológica de nuestro país.

En efecto, el aspecto asistencial puro, sin dejar de reconocer que, «primero es prevenir, antes que curar», debe orientar sus funciones a la ampliación de sus servicios, a mejorar y adecuar, algunas veces, las construcciones existentes a fin de que respondieran mejor a las necesidades de sus servicios, así como, a renovar y a acondicionar otras que reclaman impostergables reparaciones.

Creación de Dispensarios

Rurales en conexión con los Hospitales Urbanos, como actualmente, viene haciendo la Junta de Asistencia Pública. De acuerdo con las nuevas concepciones y después de un estudio sereno de la labor realizada por los dispensarios y hospitales, se ha visto que el aislamiento y tratamiento de ciertos enfermos, constituyen, por sí solos, los mejores factores de profilaxia y de lucha.

La extensión de los Servicios Médicos del Seguro Social a las Unidades Sanitarias Cantonales y los beneficios de la Caja, sean éstos a la maternidad, la invalidez, la vejez, etc., darán a estas poblaciones mayores planos de acción, al vincular, desde el punto de vista higiénico, económico, cultural y legal a las familias de las zonas en donde estén situados, favoreciendo el movimiento de contingentes humanos en forma tal que los beneficios sean prácticos y estables.

El actual sentido social de la medicina, impone, a la vez, la creación de una cultura sanitaria popular que capacite al pueblo mediante el conocimiento y la comprensión de los principios que informan la moderna concepción de estos servicios. No hace falta que el Servicio Médico de la Caja del Seguro construya clínicas impregnadas de confort

y de belleza, sino más dispensarios y más hospitales en las zonas rurales donde hay más abundancia de obreros que corren con los riesgos del trabajo.

La Medicina Preventiva representada por la Sanidad Rural debe entregar al campesinado toda su iniciativa y capacidad en relación con los serios problemas que éste reclama, diaria y constantemente, a los poderes públicos. El Paludismo en las regiones rurales y apartadas es un flagelo común que requiere una campaña bien orientada y bien dirigida.

Para la Medicina Rural la ampliación de los medios de transporte, carreteras y ambulancias, ha de cumplir prácticamente la iniciativa tendiente a facilitar el acercamiento rápido y seguro de cualquier habitante del campo a los lugares de socorro.

Corresponde a los Tribunales de Menores resolver los problemas del hogar, causa del mal de abandono de la infancia y adolescencia; preparar a la familia para que esté en condiciones de ser una garantía para la existencia y crecimiento de los hijos; y los servicios de protección infantil no deben economizar recursos y esfuerzos para proporcionar al niño vida sana y alegre, propia a su desarrollo físico, intelectual y

moral que le convierta en un valor útil y positivo de la sociedad.

La Cruz Roja en su concepción amplia y moderna de la vida, despojándose de sí misma para acudir a todos los lugares amagados por ciertas calamidades públicas, a las grandes catástrofes y tragedias que no calculan el tiempo ni las grandes distancias.

El Servicio de Higiene Municipal, debe a su vez emprender en la misma tarea. Aprovechamiento de agua pura y limpia para ciertas parroquias. En varias poblaciones algunas afecciones son endémicas y sufren brotes estacionales en relación con el suministro de agua para la bebida o los menesteres domésticos. Debe por lo menos fomentar la construcción de filtros y la Letrina Rural que, en muchos aspectos, evitaría la propagación de ciertas enfermedades, en los que el agua y las excretas juegan un papel importante.

El Servicio de Higiene Escolar debe hacer de cada escuela un verdadero Centro de Salud, o por lo menos, organizar las Legiones Sanitarias Escolares para que la escuela sea no sólo un lugar de enseñanza sino también un puesto de higiene y de educación y difusión sanitaria que irradie a los hogares. Pero para que pueda llevarse a cabo

este propósito es necesaria la cooperación de la Dirección Provincial de Educación y la de el profesorado y alumnos. Junto con la Sanidad, la educación física y la intelectual, intervienen en la conservación y mejoramiento del potencial biológico, moral y cultural y éstas han de forjar la calidad de los habitantes de la provincia. De allí que ninguna obra desarrollada al margen de la escuela podría resolver íntegramente el problema de la educación sanitaria, como tan poco es posible la educación intelectual sin el mantenimiento de la salud corporal y físico de la especie humana.

Es necesario dar impulso al aspecto de la nutrición popular; realizar conferencias y cursos breves de Higiene Alimenticia; asesorar a todas las instituciones, internados, cuarteles, cárceles, etc. Incrementar la campaña por la pureza de los alimentos vigilando su calidad, su fabricación y su expendio.

Es necesario, en fin, organizar bibliotecas ambu-

lantes, fomentar la dirección de prensa y publicaciones, edición de cartillas sanitarias, afiches, volantes, cuadros murales, films de carácter didáctico, conferencias de divulgación en talleres, fábricas, escuelas, etc.

Creo firmemente que esta organización en pro de la educación y coordinación sanitaria, sabrá responder al fin que la inspira y a la esperanza que la mantiene. Y se puede vaticinar presunciones de optimismo, si vale para ello la convicción animada de los principios que la informan y el entusiasmo sereno y desbordante de los que integran esta comunidad sanitaria al servicio del capital humano.

Entonces cumpliría esperar un mayor rendimiento y asegurar una labor eficiente y progresista que permita, en un día no muy lejano, la perfección sanitaria integral que debe ir gestando en torno a los hombres y pueblos de esta provincia.

Dr. Alfonso J. Loza Guzmán

Tulcán, febrero de 1947.

El Servicio Sanitario en el Puyo

ORIENTE

La única población, de nuestro Oriente ecuatoriano, que en la actualidad se encuentra en comunicación con la Sierra, por medio de una vía carrozable, es el Puyo, Cantón de la Provincia Napo-Pastaza.

Este carretero se encuentra en servicio, prácticamente, desde el mes de Agosto del año pasado, aun cuando su inauguración oficial, tuvo lugar, tan sólo, el 4 de Enero último. Desde Ambato, tiene 113 kilómetros, el mismo que por *el cañón* del Pastaza, viene atravesando las poblaciones de Baños, Mera y el Campamento de la Shell.

Desde entonces, el Puyo, ha adquirido enorme importancia, ya social, económica, estratégico-militar y sanitaria. Y es, cabalmente, en el segundo semestre del año anterior, en que la labor sanitaria se ha intensificado, como consecuencia del movimiento diario y constante de pasajeros inmigrantes, turistas, comerciantes y traficantes en subsistencias.

Se encuentra situado en una planicie sobre el río «Puyo» a 953 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura que oscila

entre 18 y 33 grados; su clima es agradable, pudiendo decirse, que no existen sino dos estaciones: Verano, en los meses de Noviembre y Diciembre, e Invierno, durante todo el resto del año. Sus lluvias, mantienen una vegetación exuberante y constante, las que caen casi siempre durante la noche, no siendo por lo tanto una dificultad para las labores cotidianas de sus pobladores. Según el último censo, su población urbana es de 1.012 habitantes, en su mayor parte de raza blanca, pero existiendo también, mestizos e indios. El número de casas es de 112, en su mayor parte de un solo piso y con cubiertas de paja, existiendo algunas de teja de tierra cocida y cemento. Tiene tres hoteles y tres pensiones, varios salones; dos escuelas: una fiscal y otra particular, regentada por los Dominicanos; 1 Centro social denominado «Napo-Pastaza»; y una institución protectora: la «Cruz Roja del Puyo». Carece por el momento de luz eléctrica, como consecuencia de un incendio de la planta generadora; tiene además una iglesia parroquial, un convento y un

local en buenas condiciones para escuela, el mismo que se inaugurará este año.

Su demografía es la siguiente: (1946) nacimientos: 104; defunciones: 58; mortinatos: 1; crecimiento veg. 46.

Carece de agua potable y los pobladores se proveen de los ríos y vertientes cercanos, cuyas aguas según los análisis de laboratorio, son de las características siguientes: Río Puyo, diez mil colibacilos por litro (contaminada) 1.580 gérmenes por c. c. AGUA MEDIOCRE. — Pindo Chico: diez mil colibacilos por litro (contaminada) 2.520 gérmenes por c. c. AGUA MEDIOCRE. — Vertiente: diez mil colibacilos por litro (contaminada) 560 gérmenes por c. c. AGUA PURA. No existe canalización, y las basuras y desperdicios se desalojan rudimentariamente. Los filtros sanitarios y los pozos ciegos, ha comenzado a implantarse, y es de esperar que este sistema se generalizará en breve.

El Servicio Sanitario, en el afán de propender al progreso individual y colectivo, no ha escatimado medios, para atender en la mejor forma posible a la población, ya desde el punto de vista preventivo, ya asistencial. Dotado de un consultorio, de un botiquín y un laboratorio, ha atendido durante el año pasado

2.186 enfermos, con un total de 6.328 consultas.

Las entidades patológicas predominantes han sido: Parasitosis intestinal, con predominio de anquilostomiasis, que ha afectado a un 90% de la población, sobre todo infantil. Sarampión y coqueluche, en forma epidémica, se presentó en los meses de Setiembre y Octubre, con pequeñas incidencias en Noviembre, con un índice de mortalidad de un 5% sobre todo entre la gente indígena, como consecuencia de la ignorancia absoluta sobre Higiene y Profilaxis. La Sanidad en su árdua y constante labor, logró subyugar, pudiendo decirse, que en la actualidad, no existe un solo caso.

El número de vacunados fue el siguiente: coqueluche, 137; viruela, 111, tifoidea, 1; difteria, 1.

No se han registrado casos de fiebre tifoidea, ni difteria, menos aún, tifus exantemático, ya que no existe en la zona ni el pediculis hominis, córporis, pulens irritans, ni la tunga penetrans, abundando en cambio el sarcoptes scaibeï.

En forma endémica, en la raza indígena, sobre todo, predominan el pian, Mal del Pinto y leismaniosis, principalmente en las parroquias de Canelos, Sarayacu, Montalvo y Chichero. Excelentes resultados han dado la aplicación de

los arsenicales en sus diferentes formas, administradas por las brigadas ambulantes.

La tuberculosis y las enfermedades venéreas, han tenido un porcentaje relativamente bajo; sobre todo esta última, pues que, el control sanitario de prostitutas ambulantes ha sido estricto, tanto en sífilis como en blenorragia.

El paludismo, según constan en los cuadros de morbilidad, ha sido de un índice bajo, pues el anopheles, no se encuentra en la zona urbana, y los casos que se han presentado han sido esporádicos, unos, y de otros lugares, los demás.

El control de hoteles, salones, abacerías y casas particulares se ha realizado en forma de visitas cronológicas.

La propaganda, por medio de afiches y cuadros demostrativos, así como la instrucción al pueblo, mediante charlas, si fue posible domiciliarias, dió satisfactorios resultados.

La consulta pre-natal y la asistencia gratuita de partos, proporcionándoles los medicamentos y material satinario necesario, ha venido a llenar un gran vacío, en estos últimos meses.

Desde el mes de Julio, en Mera, y Diciembre en Montalvo, se instalaron Dispensarios sanitarios, dotados de un enfermero y un botiquín

los mismos que están respaldados con el apoyo de las autoridades correspondientes: en Mera, por el Teniente Político y la autoridad eclesiástica, y en Montalvo, por el Servicio Sanitario Militar. En el año de 1947 adquirirá la población de Montalvo un Dispensario con local propio, pues que el contrato se efectuó últimamente.

La mayor de las aspiraciones de la Jefatura de Sanidad, ha sido la adquisición de un Dispensario propio y adecuado en el Puyo, ya que el local que actualmente dispone es de pésimas condiciones higiénicas y sumamente reducido. Es evidente que en cuanto llegue el plano, tantas veces solicitado a la Inspectoría Central, se principiará la construcción con ayuda de los fondos de la Cruz Roja y de los que evidentemente remitirá la Dirección de Sanidad. El terreno cedió gentilmente la Junta Parroquial contando además con el apoyo decidido de esta entidad.

Este es el resumen, a breves rasgos, del informe de la labor Sanitaria del Puyo, durante el segundo semestre del año próximo pasado.

Enero 21 de 1947.

Dr. N. Ramírez A.

Jefe de Sanidad del Puyo.

CARIES DENTARIA.—Lucubraciones

*Por el Dr. C. Zapata Troncoso,
de la Sanidad Escolar.*

Frente al tremendo problema, que en sí, siniestramente envuelve el porvenir del país, engalanándola con las pompas fúnebres desprendidas de las cifras más altas que las estadísticas mundiales arrojan sobre las caries dentarias, el dentista de Sanidad Escolar ecuatoriano, hállase perplejo al palpar, como ningún otro funcionario de Sanidad, el despeñadero por el cual dicha enfermedad lanza a nuestra niñez a una lenta pero segura degeneración biológica.

Impotente la Etiología actual, en la práctica, no nos ha permitido enfocar satisfactoriamente el cono visual sanitario a fin de vislumbrar la profilaxia que tal enfermedad ha menester. Carentes de medios, pobres económicamente y sobrecargados de infatigable trabajo, por fuerza teníamos que dedicar todo el tiempo al tratamiento de la difundida enfermedad. Pero en medio de tan tristes realidades, desde hace cuatro años, cerca de cinco, desdoblando y aún multiplicando nuestras actividades, nos hemos dedicado también a la seria investigación científica sobre las proba-

bles causas de la caries dentaria en nuestro país. Conocer la etiología de una enfermedad es conocer la senda profiláctica que la Sanidad y la Higiene deben trazar.

Nuestros archivos guardan, en cifras redondas, al rededor de 25.000 observaciones en un número igual de escolares de la Provincia de Pichincha. De su estudio deducimos que no existe raza inmune a la caries dentaria. Niños negros, indios, mestizos, mulatos, amarillos, arios y semitas, todos en un doloroso conglomerado han dejado en el índice Bio Estomatológico o en la Ficha Escolar, la certificación de esta verdad tristísima. Pero así mismo escolares de todos los grupos étnicos estudiados y comprendidos en nuestras observaciones, ostentan dientes sanos, de diamantinos esmaltes y aceras dentinas. Existen únicamente porcentajes relativos, muy relativos.

Respecto a los hijos de alcohólicos y sifilíticos: unos, vemos que se han librado de toda huella de caries en los dientes; en cambio, otros llevan los estigmas sembrados por el

error de sus progenitores. Además, como la investigación de tan fatales legados, a más de odiosa entre nosotros, se vuelve casi imposible, concluimos diciendo que también esta razón etiológica es relativa.

Sobre las condiciones vitales y sanitarias de la madre durante el embarazo y la lactancia, nada puede decirnos todavía el Servicio Materno Infantil, de reciente creación.

En el Ecuador, por regla general, la dietética concienzuda y científicamente hablando, no existe. Todas las clases sociales comen muy mal, tanto en cantidad como en calidad. La cocinera ecuatoriana es ignorante de los valores alimenticios. Y las madres de familia a pesar de que muchas dedican gran tiempo a la literatura, la filosofía y la política, carecen de los indispensables conocimientos para guisar científicamente los alimentos. Con todo, vemos en las clases paupérrimas como en las medianamente acomodadas y aún en las opulentas la relatividad de las caries.

El estado de las tiroides y paratiroides con la balanza del metabolismo del calcio, aún es una incógnita para nosotros. Ni especialistas ni laboratorios tenemos para dicha comprobación. Niños bociosos hemos visto; unos, con magníficas

dentaduras y otros, con destrozados dientes. Tiroides aparentemente normales determinan la misma relatividad.

Muchas capas sociales incapaces de amar al aseo, lo detestan. Rara vez gastan en jabón y nunca en cepillos para dientes y pastas para limpiarlos. Sin embargo, no pertenecen a estos grupos las peores cifras de nuestros porcentajes. En cambio, niños pulcros y que cepillan sus dientes tres y hasta cuatro veces al día, ven con dolor y desengaño sus dientes víctimas de las caries.

Y siendo los microbios los abonados huéspedes de toda boca, no permitirían jamás la existencia de un solo diente sano. No obstante, otra es la realidad.

Niños hay que presentan todos los dientes permanentes sanos, menos los cuatro segundos molares, atrozmente atacados de caries. El primer molar, llamado también de los 6 años, es muy frecuentemente la primera víctima entre los dientes de la segunda dentición.

Ante la relatividad de los efectos, tenemos que considerar como vana la enunciación de las pretendidas causas, relativamente aceptables.

Vemos sí, el juego caprichoso, con que desconcierta esta enfermedad al inves-

tigador sanitario al presentarnos el caso singular de encontrar escuelas con altos porcentajes, mientras otras las tienen reducidos. Y en una misma escuela obsérvanse grados, éstos con niños de dientes en su mayoría sanos, aquellos con niños duramente atacados de caries dentaria.

De modo general, asegurar debemos que el niño campesino goza de mejores dientes que el niño encerrado en la ciudad, observación que la comprobé hacen muchos años, al iniciar mi ensayo del mapa de caries dentaria entre los escolares de la Provincia del Pichincha.

Suspensa nuestra atención sobre las estadísticas recogidas pacientemente, nos inclinamos a sostener las teorías sobre las Ondas Cósmicas y la Radiación vital del sabio famoso: Jorge Lakhovsky, aplicándolas a nuestro estudiado problema. Ahondando estos estudios cristalizamos nuestros puntos de vista.

Ningún hombre de ciencia ignora que: Los seres que viven en la superficie de nuestro planeta se cargan de electricidad, con potenciales, aunque distintos, casi siempre muy elevados. La simple aplicación de un electrómetro apropiado confirma esta ley.

La materia orgánica como la inorgánica emite radia-

ciones en ondas de longitud y frecuencia diferentes.

El potencial eléctrico de la atmósfera en nuestro planeta, eleva su voltaje a razón de un voltio por cada centímetro de altura.

El Universo hállese sumergido en un infinito océano de ondas muy poco conocidas, las unas, y las más insospechadas siquiera, cuyas vibraciones gobiernan la balanza biológica de los seres vivos.

Entre las radiaciones vibratorias más estudiadas por el hombre actual y que influyen directamente en el estudio que nos ocupa, merecen citarse las eléctricas, las luminosas, las acústicas, las magnéticas, las de los rayos de Holwexk, de los rayos gama, las cósmicas, químicas y las de los rayos X; radiaciones vibratorias que se distinguen unas de otras por la frecuencia de sus oscilaciones por segundo al sacudir el éter y propagar su movimiento general con velocidad luz.

Longitud y frecuencia son las características diferenciales de las radiaciones.

Toda sacudida del éter en tiempo apreciable determina la producción de una corriente vibratoria, la que engendra un campo magnético. Toda variación de este campo magnético determina a su vez, la variación de corriente vibratoria.

El trabajo fisiológico gas-

ta y produce corrientes vibratorias y radiaciones, las más desconocidas por la ciencia.

El agotamiento fisiológico representa la descarga de la energía radiante y el bienestar funcional, la sobrecarga de energía cósmica.

La mejor forma como el organismo se carga de estas radiaciones, es por medio de la respiración. El hombre absorbe por las narices el aire oxigenado para llevarlo a los pulmones a fin de efectuar allí el intercambio gaseoso; y por intermedio de la mucosa pituitaria y las terminaciones del trigémino que la inervan, el sistema nervioso transforma la energía cósmica en energía nerviosa y en radiaciones vitales.

Por tanto, el fenómeno de la respiración caracteriza el fenómeno de la vida.

Todo ser vivo emite radiaciones. De modo que toda célula puede ser comparada a un circuito oscilante. Ahora nos explicamos el por qué los antiguos decían: «In Natura quod non agit, non existit».

La descarga del potencial vibratorio y su poder radiante en minus, constituye el fenómeno preparatorio en la materia para su cambio de estado y forma.

En las células, la descarga del potencial radio-vibratorio normal, se llama envejecimiento, y el cambio de

valores en la intensidad y longitud, se denomina muerte.

El núcleo de toda célula es el centro de las oscilaciones y radiaciones. Cuando la self-inductancia y la capacidad radiante de los núcleos celulares se alteran por causas externas, las oscilaciones de las ondas perturban el trabajo celular hasta anular sus reacciones funcionales y entonces se verifica su disgregamiento.

Por lo mismo, toda variante en la frecuencia y longitud de las radiaciones celulares repercute en el ser humano en su doble aspecto: el mental y el físico.

La presencia de toxinas microbianas, venenos y otras, alteran la frecuencia y longitud de las radiaciones celulares dentro de un campo de plus y minus; en el primer caso los agentes sucumben, en el segundo la reacción favorece a los agentes.

Dentro de estas leyes, también los microbios irradian; luego su misma presencia origina una alteración celular. Los saprofitos trabajan hasta alcanzar para el organismo, al cual afectan, un estado en minus y para ellos uno en plus.

La causa de la luminosidad de muchos cuerpos y seres, no es otra que el grado «Xn» de sus radiaciones que han alcanzado un valor de «Xn» en su longitud

y frecuencia. Por donde podemos decir que en toda radiación existe un determinado grado de luminosidad. «La luz [es la vida de los hombres]».

El Universo está sumergido en ondas cósmicas cuyas radiaciones llenan los espacios siderales, inter-atómicos e intercelulares. Por tanto, las grandes alteraciones de estas radiaciones cósmicas, alteran los componentes de este organismo infinito. Los iones, las células y los astros hállanse sumergidos en la infinitud del éter constantemente sacudido por las radiaciones de los rayos cósmicos. En la superficie terrestre observamos que a mayores alturas, son mayores las radiaciones cósmicas.

Desde las radiaciones ultravioletas, hasta las infrarrojas, existe una escala cromática de radiaciones penetrantes, que al chocar con los componentes de la materia celular vibran por resonancia, resonancia que se altera cuando los agentes exteriores alteran la constitución misma celular.

En un hombre de estatura normal y al aire libre, la variante electromagnética varía en un potencial de 200 voltios. La signación de la electricidad radiante en la superficie terrestre es negativa y positiva la que vibra en la atmósfera. La ionización del campo eléc-

trico del aire en las grandes alturas, enrarece la atmósfera de iones negativos.

Los rayos solares producen la ionización constante del aire, siendo únicamente el valor de sus radiaciones la causa de que ciertos lugares como Lourdes, Monserrat, Baños, Conocoto gocen de la fama de salutíferos.

Y si la luz, como dice Einstein, también pesa, es muy claro que la alteración de sus radiaciones, incapacitando la resonancia celular por alteración de la materia nuclear o protoplasmática, dará peso específico distinto a la célula alterada cromáticamente.

Los dientes sufren un fenómeno muy curioso conocido con el nombre de DENTERA en presencia de cuerpos y substancias que alteran la vibración radiante de sus células.

Las piezas dentarias presentan colores distintos, unos más resistentes y otros menos a la caries dentaria.

Los rayos ultravioletas robustecen las vibraciones radiantes de la dentina.

La boca es una pila productora de grandes corrientes eléctricas, las mismas que cuando alteran sus valores normales, producen la caries dentaria.

De los alimentos utilizamos también sus radiaciones cromáticas.

La presencia de ciertas

substancias o cuérpos, que al espectroscopio presentan parecidas franjas lumínicas con las producidas por la dentina y el esmalte acrecientan las radiaciones dentarias y las previenen contra la caries dentaria por la acción cromoterápica.

El fluor es un cuerpo que obra modificando, por elevación radiante, la estructura celular del esmalte y la dentina, endureciendo al diente y evitándole la caries.

El gran dispensador de la salud y la vida, el sol, es el primer modificador del

sistema dentario. Por esto los niños campesinos ostentan mejores dientes que los niños de las ciudades.

Las clases, las piezas oscuras predisponen a la caries dentaria posiblemente, ya que en ellas la acción del sol es nula.

Y... pongamos punto a la presente lucubración, seguros de haber producido sonrisas de VIBRACION SOSPECHOSA en muchos lectores. No importa: lo dicho es un nuevo derrotero que vibra en el mundo reciente de la BOMBA ATOMICA.

DISCURSO

pronunciado por el Dr. José Gómez de la Torre, en el acto de descubrir la placa que lleva los nombres de los médicos graduados en la Universidad Central, como número en homenaje a Eugenio Espejo

Señores:

Era 1759.—Quito, la que más tarde sería Luz de América, porque encendió la llama de la Libertad, vivía los tiempos oscuros de la Colonia.—Las gentes no gustaban del placer de pensar, y la cultura yacía durmiendo un sueño soporoso y largo.

Sólo el arte había llegado a su apogeo: Arquitectura, Pintura y Escultura, siempre de influencia Mística, y como manifestación del profundo arraigo religioso de la época, florecían como obras monumentales que hasta ahora constituyen el mayor timbre de celebridad.

Se hacían filigranas de piedra o de oro, al lienzo y al leño se les daba forma y colorido, y se transformaba, la materia inerte, por obra de artificio, en emoción y en vida. La ciencia en cambio estaba descuidada y aún desconocida. La Medicina era considerada más bien

un oficio y a veces inmundo, propio de gente humilde incapaz de dedicarse al arte o a otros estudios como los de Filosofía, mejor dicho de Escolástica, o los de Teología, que eran los de moda y los propios de gente distinguida.

Un niño, de apenas doce años, a quien gusta jugar con los libros, amante de la cultura, inclinado por vocación a la ciencia de Hipócrates que es también la de su padre, ingresa al Hospital de «La Misericordia», de la Colonial San Francisco de Quito, para iniciarse en el estudio y las prácticas de la Medicina. Parte de su niñez y su adolescencia toda, se desliza en el teatro cruento del Hospital Colonial, donde se recluye por algunos años y vive entre enfermos, ayes, dolores y libros, de los que sabe extraer ciencia, arte para curar, compasión y amor para los que sufren, y un supremo don humano de que-

rer la felicidad, traducida en salud y bienestar para su pueblo.

Este niño asombroso, nacido de padres humildes, como un resultante de la excelsitud de una raza que había sido abatida por otra que se creyó superior, es Eugenio Espejo, quien vino al mundo para cumplir un destino glorioso dentro de la historia, no sólo de su pueblo sino de la humanidad.

Tratar de analizar a este coloso del pensamiento y visionario de la cultura, de la libertad y de la justicia, sería pretensión imposible de ser realizada por quien no tiene dotes para ello. Únicamente cabe rendirse reverente ante su memoria y recordarle como Apóstol de la Medicina Social y Pionero de la Salud Pública, que son los dos aspectos en los cuales debemos meditar los Médicos, y en los que fué grande,—el más grande los hombres del País.

Eugenio Espejo, pese a su pobreza y a su altivez que le impedían pedir favor a nadie, y a pesar de la malquerencia de sus colegas los Médicos, que envidiaban su talento, llegó a ser Médico, pero nó para convertir la Medicina en industria lucrativa, en negocio que a la vez que deja dinero, regala con la fama, nó, Espejo fue Médico por vocación,

humilde, estudioso, sacrificado, convencido de que su ciencia era y debía ser función social, y de que con el dolor de los semejantes no era posible negociar.

El enfermo no le importaba por el honorario. Bien claro lo dijo: «Hago mejor el negocio de los otros que el mío propio»,—y «los enfermos no me dan de comer»,—y como no le importaban los honorarios pese a que era pobre, ni el decirse Médico de tal o cual gamonal o personaje, siempre se comportó digno y caballero con sus colegas, sin nunca desacreditarlos ni disminuirlos lo cual podía haberlo hecho, porque era más preparado que todos ellos, si es que hubiera sido un ambicioso del dinero y de las famas. ¡Cuánta profunda lección nos dejó este gran caballero del honor y del bien: Dentro de este aspecto de la Deontología, debería ser un ejemplo en estos tiempos modernos, en que el Médico tiende al individualismo y a la conveniencia personal, y en que se ingresa a la Facultad de Medicina para seguir una carrera productiva y bien vista, sin caer en cuenta que el Médico, como lo dijo Espejo, «tiene una gravísima responsabilidad ante la Patria, tiene que despreciar la fortuna, sacrificar los hijos, y prodigar la vida en cambio de una muerte sua-

ve coronada de la gloria, por haber servido al pueblo».

Podrían decir que Espejo fue un socialista o un bolchevique, porque supo sacrificar su YO, y porque pensó en la Medicina Social, y en el aumento de salarios, y en la fijación de precios para los productos de consumo alimenticio, y porque supo dar planes económicos inteligentes; pero Espejo fue demasiado grande y altivo para poder encasillarse dentro de un sistema político, filosófico o religioso. El no habría podido encuadrarse dentro de ningún partido político, ni seguir disciplinariamente lo que los señores de la directiva ordenan, porque sí, o porque así conviene a los intereses del partido; él tenía que ser esencialmente libre, sin compromisos con nada ni con nadie y por tanto siempre dispuesto a criticar el error y la justicia en donde quiera que se hallen, y a defender y elogiar la virtud y el bien vengan de donde vinieren.

Espíritu coloso, plenamente emancipado y luminoso como para poder conocer y juzgar a los hombres a los que les veía vestidos de más o menos ridiculeces, razón por la cual reconocía eran más hombres que él; sin dejar de descubrirse en sí mismo estos defectos de los que decía: «procuro co-

rregirme después de burlarme de mi propia persona». Por esta mística, es que no fue orgulloso, ni falso, ni envidioso, ni egoísta, y que profesó ardientemente el amor al bien común.

Espejo es el gran altruista y soñador del siglo XVIII. Nuestros Libertadores deben haber aprendido de él, su inquietud y su obsesión por la causa santa de la Libertad por la que sufrió destierros, prisiones y la muerte. Espejo fué el primero en reclamar los derechos que correspondían a su raza menospreciada, y toda su vida es un grito de rebeldía contra la clasificación de castas y reparto de privilegios. El es asimismo, el primero en gritar por la buena atención médica a los enfermos sea cual sea su condición social y económica; y el primero en pedir que se haga obra de prevención contra las enfermedades que redunde en beneficio general, tanto de ricos como de pobres y de blancos como de criollos.

Higienista, Sanitario con ideas que están a tono con los conceptos modernos: saneamiento, higienización del medio ambiente, vigilancia de alimentos, protección del agua, alejamiento de desechos, etc., etc., disciplinas todas éstas que son parte de los programas modernos de Salubridad, y que en el País no han sido to-

davía resueltas favorablemente.

Cuando se lee en su libro sobre las Viruelas, el concepto que sobre la existencia de los microbios tenía, un siglo antes de que fueran oficialmente descubiertos por Pasteur, el padre de la Bacteriología, asombra su ingenio y su calidad de científico. De seguro que si hubiera podido disponer del microscopio y más implementos de Laboratorio, habría podido ver a sus Atomillos vivientes, o corpúsculos tenues, o átomos voraces y animados, como los llamaba a los agentes causantes de las enfermedades pestilenciales, en los que creía firmemente a pesar de no haberlos conocido ni oído de su existencia. Reconociendo a los atomillos vivientes como causa suficiente para las enfermedades contagiosas, él es el primero en recomendar el aislamiento y la cuarentena, prácticas que se siguen en el mundo entero; y él es asimismo el primero que cae en la cuenta de que ciertas enfermedades comunicables dejan protección al organismo que las ha sufrido contra nuevas infecciones; o sea que sospecha en la famosa teoría de la inmunidad, intranquilizándose porque no podía continuar en sus elucubraciones científicas, por falta de medios de investigación

y porque le llamaban hereje, pues que culpaba a los microbios y a la mala higiene como causantes de las enfermedades que diezmaban a la Colonia, en tanto que las gentes atribuían a castigo del Cielo las grandes epidemias. Espejo era un creyente convencido, pero razonador; él no era de la idea de hacer procesiones para acabar con las epidemias, sino más bien de aislar a los enfermos, separarlos de los sanos, extremar el aseo, higienizar el ambiente, comprendiendo que el castigo de la Providencia, estaba en la ignorancia y estultez de las gentes de la época.

El doctor Espejo tiene como higienista y vidente de las enfermedades comunicables, una supremacía indiscutible, y merece, por estricta justicia, que se le haga constar entre los pioneros de la Salud Pública y de la Medicina Científica universales. Además sigue siendo el Sanitario y el Higienista de actualidad. El trató de la importancia del saneamiento, escribió acerca de la nutrición y el control de alimentos, opinó que la Educación y Divulgación Sanitarias son fundamentales, y hasta indicó, que en las escuelas se debía enseñar hábitos higiénicos a los niños; pensó en que hay que recurrir en ocasiones a ciertas medidas compul-

sorias para lograr el mejoramiento higiénico, que sería lo que hoy llamamos Policía Sanitaria; habló de campañas antivenéreas y de lucha contra el alcoholismo; estableció relación íntima entre la economía y la higiene, y exigió que la primera preocupación de un Gobierno debía ser la salud de sus gobernados; es decir que sus postulados siguen siendo los mismos de la Higiene y Medicina Preventiva modernas, sin que hayan variado en esencia los mismos conceptos fundamentales que él los tuviera hace dos siglos, en que ni la Medicina Asistencial podía hacerse convenientemente y peor la Medicina Social, la Medicina Preventiva, en las que sólo su genio de Quijote y su estirpe de caballero podían pensarlas.

Señores, el doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, hombre múltiple y extraordinario, entregado por entero a la ciencia y la investigación científica, a la educación y a la política, a la lucha denodada por la libertad, a la

conquista sincera y desinteresada de la justicia social, paseó su figura excelsa por las salas de este Hospital. Es justo que ahora, aunque después de haber incomprendido la grandeza del doctor Espejo por más de un siglo y medio, dejemos los Médicos graduados desde 1694 hasta 1946 en la Universidad de Quito que tanto amó, nuestro testimonio de desagravio al valor primero del Ecuador, y nuestra admiración y homenaje para su figura que se agiganta a medida que el tiempo pasa.

Señor Director del Hospital de «San Juan de Dios», en nombre del Comité Pro-Bicentenario de Espejo, y del Servicio Sanitario de la Zona Central, os entrego esta placa que contiene 925 nombres de Médicos que rinden su pleitesía a Espejo.

Que este pergamino sirva para que las generaciones venideras, invoquen con nosotros el nombre de Espejo, como una oración de salud en este templo vetusto y legendario de la que sigue siendo Colonial San Francisco de Quito.

ENTEROPATINA

C
C I F
F

Enteropatina producto de los Laboratorios CIF:

COMPOSICION:

Hígado en polvo	3 grms.
Pancreatina en polvo	3 "
Extr. fl. Belladona	1 1/2 "
" " Salicaria	6 "
Acido Láctico	15 cc.
Alcohol	10 "
Agua destilada	60 "

La enteropatina es un compuesto opoterápico preparado con los principios activos extraídos de todos los órganos digestivos, según método especial que permite aprovechar toda su actividad, asociados a los extractos fluidos de belladona, salicaria y al ácido láctico.

Por los fermentos y hormonas del páncreas y del hígado que contiene la Enteropatina, se efectúa la correcta digestión de los hidratos de carbono, de las materias albuminoideas y de las grasas; facilita la acción de las vitaminas, cuya carencia se manifiesta por deficiencias del crecimiento y ciertos trastornos del intestino.

Empleando Enteropatina, se produce el mejoramiento de los desórdenes intestinales; todo dolor y cólico desaparece, las evacuaciones se hacen normalmente sin que se observen jamás ni intolerancia ni insurrección intestinal.

Enteropatina se debe usar en todas las disenterías y las enteritis en general. La flora patógena anormal se elimina rápidamente.

Bajo la influencia de Enteropatina el apetito no demora en despertarse y las fuerzas vuelven rápidamente, al mismo tiempo que se nota un aumento de peso.

INDICACIONES:

La Enteropatina se debe tomar en ayunas, y por lo menos 15 minutos antes de las comidas, en la cuarta parte de un vaso de agua.

DOSIS:

Adultos: 15 gotas, tres veces al día.

Niños: 2 gotas por cada año de edad, tres veces al día.

VACUNAS OM

DE
LABORATOIRES OM
GENEVE - SUISSE



COLI - OM

Vacuna Anticolibacilar

EBERTH - OM

Antitífica

ESTAFILO - OM

Infecciones Estafilocócicas

INTESTINAL - OM

Infecciones Intestinales

NEFRO - OM

Infecciones Aparato Urinario

PIO - OM

Procesos Supurados

PULMONAR - OM

Anticatarral Antigripal

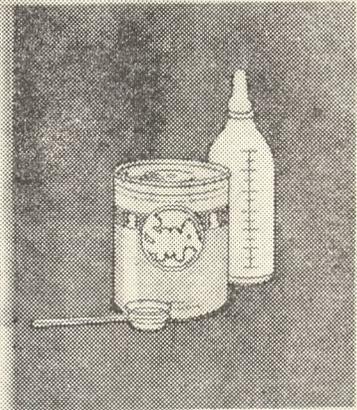
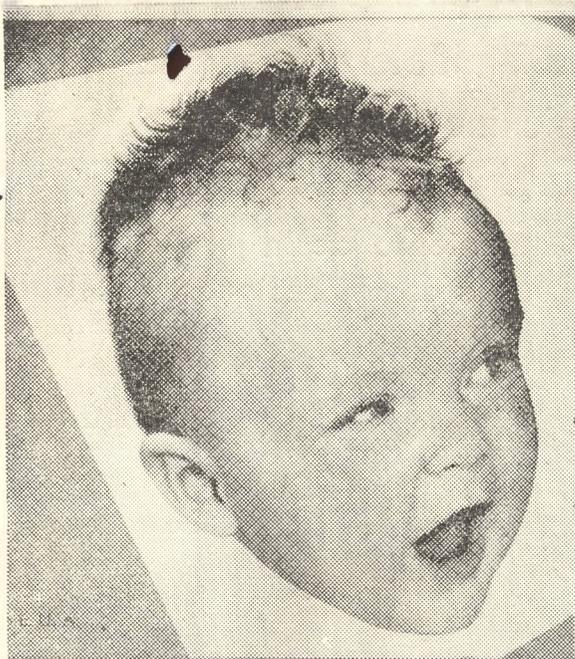
CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS:

I. B. E. S. A.



Instituto Bioquímico Ecuatoriano S. A.

Casilla 697 - QUITO



DOCTOR!

Recéteme

S M A

S. M. A. CORPORATION DIVISION of
WYETH INCORPORATED • PHILADELPHIA, E. U. S. A.

Junto a la sulfamidoterapia y a la
penicilinoterapia

el uso de las vacunas conservan todo su valor
en el tratamiento de la
Blenorragia y sus complicaciones.

GONEOL «LIFE»

VACUNA GONOCOCIDA POLIVALENTE

(Suspensión de varias cepas de gonococos en dosis
progresivas).

VACUNA GONOCOCICA MIXTA «LIFE»

(Suspensión en dosis progresivas de varias cepas
de gonococos, piociánicos, estreptococos y colibacilos).

I N Y E C T A B L E S

Se presentan en solución de chiniofón al
2, 5% (5 ampollas de 2 cc. de vacuna en
dosis progresiva) acompañadas o no por
5 ampollas de 2 cc. de Lactil
o en solución fisiológica carbonizada
(5 ampollas de 1 cc de Vacuna en dosis
progresivas).

I N D I C A C I O N E S :