

RESOLUCIONES ADOPTADAS POR LA CUARTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS AMERICANAS.

CSP4 R1 ES I. Con respecto á la bilharziasis, hidrofobia, lepra, tifus, anquilostomiasis, etc., esta Conferencia se limita á recomendar á los diferentes Gobiernos, el que tomen todas las medidas de protección que estimen convenientes.

CSP4 R2 ES II. (a) Se recomienda muy especialmente á los Gobiernos, que se empleen todos los medios á su alcance para asegurar el saneamiento efectivo de los puertos, á fin de evitar la introducción de la peste, cólera y fiebre amarilla, y que para que si llega algún caso de ellas, se pueda aislar debidamente é impedir la propagación de la enfermedad á que pertenezca;

(b) Se recomiendan ordenanzas especiales para la debida construcción de edificios á prueba de ratas, especialmente los que se destinen á almacenar artículos de alimentación, como granos, legumbres, etc., y los edificios para mercados, carnicerías, establos, caballerizas, etc.;

(c) Que se obligue el empleo de tarros de hierro galvanizado, con tapas ajustadas, para depositar los desperdicios de las casas de habitación, y que se provea la manera de recogerlos diariamente;

(d) Que se provean todos los puertos de laboratorios bien equipados para el examen periódico de ratas, de manera que se pueda evitar la peste antes de que se presente en seres humanos;

(e) Que la cruzada contra los mosquitos *Stegomyia Calopus* y *Anopheles* se continúe vigorosamente, adoptando los métodos que la experiencia ha demostrado ser los más eficaces.

CSP4 R3 ES III. (a) En todos los puertos deben llevarse cuidadosamente, estadísticas sobre población, morbosidad y mortalidad, compilándose los datos é intervalos regulares y no más largos de un mes, y también anualmente;

(b) Todo puerto debe ser dotado de buen alcantarillado, de agua pura y abundante y sus calles debidamente pavimentadas;

(c) Todas las habitaciones deben construirse de manera que se reciba el aire y la luz del sol en cantidad suficiente para mantener la salud y el vigor de los moradores, sea el que fuere el carácter de la estructura de ellas, obligado por las exigencias locales;

(d) En cada puerto debe haber una autoridad sanitaria con amplios poderes, en virtud de los cuales pueda poner en práctica rigurosamente los reglamentos sanitarios;

(e) Debe ser obligatoria en las escuelas, la enseñanza de los principios elementales de higiene y saneamiento. Esta instrucción debe ser objetiva ó mediante la publicación de reglas sencillas, ó por ambas.

CSP4 R4 ES IV. (a) Que se obligue á los dueños y á los capitanes de embarcaciones de toda clase á librar á sus navios de la peste de ratas y á hacer todo lo posible por mantenerlos limpios de ellas;

(b) Para obtener ese resultado deben hacerse fumigaciones periódicas de las bodegas de las embarcaciones con gas sulfuroso, en períodos de tres á seis meses, y además en las épocas en que estén libres de carga, y también mientras estén carenándose; y en toda época, se recomienda la mayor vigilancia de parte de los capitanes para destruir las ratas por todos los medios que consideren eficaces.

CSP4 R5 ES V. (a) No debe permitirse el embarque de ninguna persona que padezca de enfermedad cuarentenable, como escarlatina, sarampión, difteria, ó cualquiera otra que sea transmisible;

(b) Para permitir el embarque á los pasajeros y tripulación que se presuma hayan sido expuestos al contagio donde las enfermedades antes mencionadas sean existentes, se deben observar, en el puerto de embarque, los siguientes requisitos:

1º. Cólera: Cinco días de observación ó vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes;

2º. Viruela en forma epidémica: Vacunación ú otra evidencia de inmunidad;

3º. Tifo en forma epidémica: Deben haber transcurrido doce días después de la última exposición y desinfección de los equipajes;

4º. Peste: Siete días de observación ó vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes;

5º. Fiebre amarilla: Seis días de observación ó vigilancia sanitaria ó inmunidad;

(c) Limpieza completa de todas las partes del buque y aislamiento de los enfermos que pudieran ocurrir á bordo;

CSP4 R6 ES

VI. Esta Cuarta Conferencia Sanitaria recomienda que se interprete el artículo 9º de la Convención de Wáshington, como sigue:

Artículo IX. Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada se necesita la comprobación oficial, á satisfacción de la parte interesada: 1º de que no ha habido defunciones ni casos nuevos de peste ó cólera desde hace cinco días, sea después del aislamiento, sea después de la muerte ó la curación del último pestoso ó colérico; en los casos de fiebre amarilla el período será de dieciocho días; pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período contra aquellos países donde no se observen las medidas de aislamiento y desinfección y de destrucción de mosquitos; 2º que todas las medidas de desinfección han sido aplicadas, y si se trata de los casos de peste, que se han ejecutado las medidas contra las ratas; y en el caso de fiebre amarilla, que se han ejecutado las medidas contra los mosquitos.

CSP4 R7 ES

VII. Se recomienda al estudio de la Quinta Conferencia Sanitaria, la determinación de cómo debe fijarse el criterio que ha de servir á las autoridades sanitarias, para resolver cuando un sujeto debe considerarse como inmune contra la fiebre amarilla.

CSP4 R8 ES

VIII. Se recomienda á los Gobiernos representados, la necesidad imperiosa de difundir por todos los medios posibles, los conocimientos que deben servir al pueblo para protegerse contra la malaria y la tuberculosis, obligando especialmente la publicación de cartillas al alcance del vulgo sobre estas enfermedades y haciendo obligatoria la observancia de los preceptos recomendados, á los hacendados y jefes de talleres, con respecto á sus peones y empleados subalternos.

CSP4 R9 ES

IX. Que se adopten por los países representados los modelos de documentos sanitarios que se acompañan.

CSP4 R10 ES

X. Se recomienda á los Gobiernos de las Repúblicas Americanas la conveniencia de que para las Conferencias Sanitarias venideras se sirvan nombrar como sus delegados á profesores que hayan asistido á las Conferencias anteriores, y cuando sus Delegaciones se constituyan por más de un miembro, que por lo menos uno de ellos reúna el requisito anterior, ó que sean dichos Delegados médicos higienistas en sus respectivos países.

CSP4 R11 ES

XI. Se ruega á la Oficina de información de Montevideo, que dé cuenta á la Oficina Sanitaria de Wáshington de los informes recibidos después de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en México.

CSP4 R12 ES

XII. Con el objeto de perfeccionar en los trópicos el conocimiento de las enfermedades infecciosas y de dar á la Medicina la base realmente científica que posee en los países mas adelantados, la Conferencia propone á los Gobiernos de las Repúblicas Americanas, que aún no posean estos elementos de progreso, ayuden eficazmente toda iniciativa tendente á proveerlas de verdaderos especialistas en Parasitología y en Anatomía Patológica.

CSP4 R13 ES

XIII. Se recomienda á los Gobiernos de las Repúblicas Americanas que favorezcan en los puertos y ciudades importantes, la creación de Laboratorios donde se hagan no sólo los diagnósticos necesarios para cumplir con lo propuesto por las Convenciones Sanitarias habidas, sino también, donde se puedan hacer investigaciones originales sobre enfermedades tropicales y las demás que las autoridades sanitarias juzguen conveniente.

INFORMES SOMETIDOS POR LAS DIFERENTES COMISIONES.

INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES.

(Este Informe aparece en la página 33).

INFORME DE LA COMISIÓN EJECUTIVA.

(Este Informe aparece en la página 79 y siguientes.)

INFORME DE LA COMISIÓN DE SANEAMIENTO DE PUERTOS Y CIUDADES.

El Comité nombrado por la Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, en San José de Costa Rica en diciembre de 1909, para considerar las resoluciones adoptadas por la Tercera Conferencia Internacional de los Estados Americanos en Río Janeiro, en agosto de 1906 viene á someteros el siguiente informe:

Dichas resoluciones adoptadas en Río Janeiro piden á la Convención Sanitaria que estudie las siguientes resoluciones:

2º. La adopción de medidas encaminadas á obtener el saneamiento de las ciudades y, especialmente de los puertos, y á conseguir en todo lo posible el mejor conocimiento y la mayor observancia de los principios higiénicos y sanitarios."

El Comité recomienda que se transmita á la Cuarta Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas, que se verificará en Buenos Aires en Mayo de 1910, las siguientes resoluciones:

1º. *Estadística Demográfica.* En cada puerto se llevarán estadísticas de la población y noticia de morbilidad y mortalidad. Estos últimos datos se compilarán á intervalos regulares no menores de un mes y también anualmente.

2º. *Condiciones Sanitarias.* En cada puerto se hará la canalización, se proveerá de agua potable y en cantidad suficiente y se pavimentarán las calles, plazuelas y plazas.

3º. *Habitaciones.* Todas las habitaciones se construirán de tal modo que puedan recibir el aire y la luz del sol en cantidad suficiente para mantener la salud y el vigor de las personas que las habiten, sea cual fuere la estructura que se les deba dar conforme á las condiciones locales.

4º. *Administración.* En cada puerto habrá una autoridad sanitaria con poderes suficientes para obligar al cumplimiento de estas reglas.

5º. *Educación.* Será obligatoria en las escuelas la enseñanza de los principios elementales de higiene y de saneamiento. Esta educación deberá ser objetiva ó por medio de publicación de reglas muy sencillas ó por ambas.

Se recomienda además, que las medidas antes mencionadas se adopten en todos los puertos y se recomienda particularmente que se adopten aún en los puertos más pequeños.

PROYECTO DE RESOLUCIÓN.

Por Cuanto; Los reglamentos de cuarentena, aunque llevados á cabo con el mayor cuidado é inteligencia, solamente dan un grado relativo de seguridad en la profilaxia de las enfermedades trasmisibles.

Por Cuanto; En vista de esta limitación, es esencial é importante reforzar nuestra segunda línea de defensa y hacer nuestros puertos de mar inaccesibles á la invasión de enfermedades epidémicas.

Se resuelve: Que la Convención por medio de sus miembros individualmente, y por todos los otros medios á su alcance, asegure un saneamiento eficaz de los puertos de mar, con el fin de que la infección de enfermedades, tales como peste bubónica, cólera y fiebre amarilla se propaguen, si por desgracia entran en ellos.

Se resuelve: (a) Que se recomienden ordenanzas específicas para dirigir la construcción á prueba de rata, especialmente aquellos destinados á almacenar

artículos de alimentación tales como graneros, elevadores, mercados, establos, bodegas, etc., (b) Que tarros para desperdicios, construidos de hierro galvanizado, con tapas herméticas, se distribuyan á todas las casas habitadas, y que se hagan arreglos para disponer diariamente de esos desperdicios, sin peligro para la salubridad pública.

Se resuelve: Que la cruzada contra el mosquito *stegomya calopus*, continúe activa, usando el mismo sistema que la experiencia ha demostrado ser más eficaz y que se lleve á cabo simultáneamente con la campaña emprendida contra el anopheles.

WALTER WYMAN.
J. E. MONJARAS.
R. H. VON EZDORF.
L. RAZETTI.
J. M. SOTO ALFARO.

INFORME DE LA COMISIÓN DE FIEBRE AMARILLA Y MALARIA.

Señores Delegados de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas:

Vuestro Comité de fiebre amarilla y malaria, ha estudiado las proposiciones presentadas por la Delegación Mexicana relativas á la interpretación que deberá darse al artículo IX de la Convención de Wáshington, firmada el 14 de octubre de 1905.

Vuestro Comité, teniendo en consideración que el artículo referido tiene por objeto asegurar al país que se defiende de la fiebre amarilla, sin comprometer, ó comprometiéndolo lo menos posible los intereses del país del cual se defiende, ha creído que el mencionado artículo, al decir: "En el caso de fiebre amarilla, el período será de dieciocho días, pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período," debe entenderse que ese derecho se contra aquellos países que no toman las medidas de aislamiento de los enfermos, con el fin de protegerlos de los piquetes de los mosquitos infestados, y que tampoco ponen en práctica las medidas destinadas á la destrucción de los mosquitos; considerando que no puede entenderse que deban tener derecho, tratándose de los Estados Unidos, México, Cuba, Costa Rica y de todas aquellas otras Naciones que están trabajando activamente y con éxito por desterrar la fiebre amarilla de sus respectivos territorios.

Por tanto: El Comité somete al estudio de la Convención la resolución siguiente:

"El artículo IX de la Convención de Wáshington debe entenderse así:

"Artículo IX. Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada, se necesita la comprobación oficial: 1º. De que no ha habido ni defunciones, ni casos nuevos de peste bubónica ó cólera desde hace cinco días, sea despues del aislamiento, sea despues de la muerte ó de la curación del último pestoso ó colérico; en el caso de fiebre amarilla el período será de dieciocho días; pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período, *contra aquellos países donde no se observan las medidas de aislamiento, desinfección y destrucción de mosquitos.* 2º. Que todas las medidas de desinfección han sido aplicadas, y si se trata de los casos de peste, que se han ejecutado las medidas contra las ratas; y en el caso de fiebre amarilla, que se han ejecutado las medidas contra los mosquitos."

Voto del Doctor Hugo Roberts.

Señores Delegados: He votado en contra de la nueva interpretación del artículo IX de la Convención de Wáshington porque según la interpretación vigente quedan los Gobiernos autorizados para prolongar el plazo, sin dar explicaciones oficiales de ninguna clase y según la interpretación propuesta, es necesario para prolongarlo más de dieciocho días, hace una acusación de incumplimiento, lo que ha de dar lugar á cambios de notas diplomáticas, y puede ser sin que un Gobierno llegue á convencer al otro, lo que será siempre desagradable. También, porque la experiencia en Cuba ha demostrado que á pesar de todos los esfuerzos posibles y tomar todas las medidas recomendables, suelen presentarse casos en intervalos mucho mayores de dieciocho días, lo que demuestra que en dicho período no estaba radicada la epidemia.

Vuestro Comité de fiebre amarilla y malaria ha estudiado igualmente la propo-

sición del Señor Delegado de Cuba relativa á fijar el criterio que ha de servir á las autoridades sanitarias para determinar cuando un sujeto debe considerarse como inmune contra la fiebre amarilla.

Vuestro Comité, considerando que la cuestión propuesta está ya definida por la ciencia, supuesto que se considera como inmune solamente á la persona que ha sufrido un ataque anterior de fiebre amarilla, se puede considerar como resuelta científicamente la proposición presentada por el Señor Delegado de Cuba, pero como la dificultad práctica comienza en el modo de averiguar cuándo esa persona ha sufrido la fiebre amarilla, vuestro Comité propone la siguientes resolución:

Remítase al estudio de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas la resolución práctica de las proposiciones presentadas por el Señor Delegado de Cuba.

Vuestro Comité de fiebre amarilla y malaria ha estudiado las proposiciones presentadas por el Señor Doctor Elías Rojas, Delegado de Costa Rica, y considerando que están destinados á inculcar en el pueblo la doctrina de la transmisión de la malaria y de los medios propios para defenderse de ella, vuestro Comité propone la siguiente resolución:

Es de recomendarse á los Gobiernos representados en esta Conferencia que se tomen seriamente en cuenta las proposiciones presentadas por el Señor Doctor Rojas.

Vuestro Comité de fiebre amarilla y malaria ha estudiado las proposiciones presentadas por el Doctor Don Carlos Durán, Delegado por Costa Rica, relativas á recomendaciones que deberán hacerse á los Gobiernos respectivos, sobre la conveniencia de dictar leyes que hagan ejecutables los medios propuestos en las Convenciones anteriores destinadas á desterrar definitivamente la malaria de los países tropicales. Como las proposiciones del Doctor Durán no hacen más que tender á hacer practicables las medidas aconsejadas por las Convenciones anteriores, vuestro Comité propone la siguiente resolución:

Deben agregarse á las resoluciones adoptadas por las Convenciones anteriores sobre la malaria las que ahora propone el Doctor Durán.

EDUARDO LICÉAGA.
HUGO ROBERTS.
CARLOS DURÁN.
ELÍAS ROJAS.
J. W. AMESSE.
FERNANDO VÁSQUEZ.

INFORME DE LA COMISIÓN DE MEDIDAS PROTECTORAS PARA LOS PASAJEROS.

Los infrascritos, Miembros del Comité de Medidas Protectoras para los pasajeros, de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, han estudiado los proyectos presentados por la Delegación de los Estados Unidos sobre medidas para la protección de pasajeros que se embarcaren en puertos infectados, y, tomando en cuenta las observaciones hechas por el Señor Doctor Von Ezdorf, somos de parecer que se recomienden los siguientes reglamentos:

1º. No debe permitirse el embarque de ninguna persona que padezca de enfermedad cuarentenable, escarlatina, sarampión, difteria ó cualquiera otra transmisible.

2º. Para permitir el embarque de pasajeros y tripulación que se presuma hayan sido expuestos al contagio de alguna de las enfermedades antes mencionados y existentes en el puerto de embarque, se deben observar los siguientes requisitos:

(a) Cólera, cinco días de observación ó vigilancia sanitaria. Desinfección de los equipajes.

(b) Viruela en forma epidémica: vacunación ú otra evidencia de inmunidad.

(c) Tifo en forma epidémica: deben transcurrir doce días despues de la última exposición. Desinfección del equipaje.

(d) Peste, siete días de observación ó vigilancia sanitaria. Desinfección del equipaje.

(e) Fiebre amarilla: cinco días ó seis días de observación ó vigilancia sanitaria ó inmunidad.

El cumplimiento de estas medidas y la observación de limpieza en todas partes del buque, y aislamiento de los enfermos que pudieran ocurrir á bordo, harán que se disminuya mucho el rigor de las medidas de cuarentena en el puerto de Llegada.

Vuestro Comité es de opinión que se recomiende la observación de las medidas mencionadas, haciendo que en la próxima Conferencia se informe por cada Gobierno del modo como se han puesto en práctica estas medidas.

Al Comité Ejecutivo:

CARLOS DURÁN.
R. H. VON EZDORF.
JOSÉ MARIA SOTO A.
PABLO ACOSTA ORTIZ.
NAZARIO TOLEDO.
ALFONSO QUIÑONES.

INFORME DE LA COMISIÓN DE MODELOS Y PATENTES DE SANIDAD.

Vuestro Comité ha estudiado los modelos de Patente de Sanidad que le fueron presentados, y considerando: que el que ha aceptado el Comité reúne el mayor número de datos que necesite la autoridad sanitaria en el puerto de llegada de un buque, lo propone.

Este documento se compone de dos modelos: uno que es la patente original del puerto de salida; y el otro, complementario del anterior tiene por objeto ser expedido en los puertos de escala á que arribe la nave.

En vista de la consideración anteriormente expuesta, Vuestro Comité propone la siguiente resolución:

Recomiéndase á los Gobiernos de las Repúblicas aquí representadas, que acepten los modelos de patente de Sanidad anexas á este dictamen.

HUGO ROBERTS.
EDUARDO LICÉAGA.
J. W. AMESSE.
MARTIN AMADOR.
LUÍS RAZETTI.

(Nombre del País.)

Puerto de.....

Consulado.....en.....

PATENTE DE SANIDAD.

Certifico: que el buque que á continuación se expresa se despacha de este puerto bajo las condiciones siguientes:

Nombre del buque.....; Nacionalidad.....; Clase.....;
Capitán.....; Tonelaje: bruto.....; neto.....; hierro ó
madera.....; número de compartimientos: para el cargamento.....;
para pasajeros de proa.....; para la tripulación.....
Nombre del Oficial Médico.....
Número de Oficiales.....Número de individuos de las familias de Oficiales.....
Número de la tripulación, incluyendo los oficiales inferiores.....
Número de pasajeros de cámara.....Número de pasajeros de proa.....
Número total de personas á bordo.....
Puerto de Salida.....
Puerto anterior al de salida.....
Número de casos de enfermedades á bordo y carácter de las mismas durante
el último viaje.....

- Número de casos de enfermedades á bordo y carácter de las mismas mientras el buque estuvo en este puerto.....
- Buque ocupado en.....negocia y trafica entre.....y.....
- Estado higiénico del buque.....; naturaleza, antecedentes sanitarios y estado del cargamento.....
- Procedencia y condiciones higiénicos del agua.....
- Procedencia y condiciones higiénicos de los alimentos.....
- Historia sanitaria y salud de los oficiales y de la tripulación.....
- Historia sanitaria y estado de salud de los pasajeros de cámara.....
- Historia sanitaria y estado de salud de los pasajeros de proa.....
- Historia sanitaria y estado de sus efectos.....
- Enfermedades infecciosas reinantes en el puerto y su vecindad.....
- malaria defunciones en el pasado mes.....
- Situación del buque mientras descargaba y cargaba en bahía abierta ó muelle....
- Tiempo que permaneció el buque en este puerto.....

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES OCURRIDOS Á CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DURANTE LA ÚLTIMA QUINCENA:

Enfermedades.	Num de Casos.*	Num. de Defunciones.*	OBSERVACIONES.
			Cualesquiera circunstancias que afecten á la salud pública en el puerto de salida ó su vecindad se mencionará aquí.
Fiebre amarilla .....	|.....|	|.....|	|.....|
Cólera asiático .....	|.....|	|.....|	|.....|
Cólera nostra ó colerina.....	|.....|	|.....|	|.....|
Viruelas .....	|.....|	|.....|	|.....|
Tifus exantemático.....	|.....|	|.....|	|.....|
Peste .....	|.....|	|.....|	|.....|
Lepra .....	|.....|	|.....|	|.....|

*Si no hay casos ni muertes, expóngase en estas columnas.

Certifico: que el buque ha cumplido con las reglas y reglamentos de.....
 y que sale de este puerto destinado al de..... Vía de.....
 Firmado y sellado por mí, hoy.....de.....de mil novecientos.....
 (Sello.)

(Nombre del País.)

Puerto de.....

Consulado.....en.....

PATENTE DE SANIDAD COMPLEMENTARIA.

Certifico que el buque que á continuación se expresa se despacha bajo las condiciones siguientes:

Nombre del buque.....Clase.....Nacionalidad.....
 Procedente depara.....
 Condición sanitaria de este puerto.....
 Enfermedades infecciosas reinantes en el puerto y su vecindad.....
 Malaria: muertes durante el último mes (calendario).....
 Situación del buque mientras cargaba ó descargaba en bahía abierta ó muelle....
 Tiempo que permaneció el buque en este puerto.....

NÚMERO DE CASOS Y MUERTES DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DURANTE LA ÚLTIMA QUINCENA:

Enfermedad.	Casos.*	*Muertes.	OBSERVACIONES.
			(Expóngase aquí cualquier circunstancia que afecte la salud pública y que exista en el Puerto.)
Fiebre amarilla
Cólera asiático ó colerina...
Viruelas
Tifus exantemático
Peste
Lepra

*Si no hay casos ni muertes, expóngase en estas columnas.

NÚMERO Y CONDICIÓN SANITARIA DE LOS PASAJEROS Y TRIPULANTES DESEMBARCADOS EN ESTE PUERTO Y CONDICIÓN SANITARIA DE SUS EFECTOS:

Pasaje de Cámara, No.....; condición sanitaria é historia:.....
 Pasaje de Proa, No.....; condición sanitaria é historia:.....
 Tripulantes, No.; condición sanitaria é historia:.....
 Condición sanitaria de los efectos.....
 (Si han desembarcado debido á enfermedad, consígnese ésta.)

NÚMERO Y CONDICIÓN SANITARIA DE LOS PASAJEROS Y TRIPULANTES EMBARCADOS EN ESTE PUERTO ASÍ COMO LAS CONDICIONES SANITARIAS DE SUS EFECTOS:

Pasaje de Cámara, No.....; condición sanitaria é historia:.....
 Pasaje de Proa, No.....; condición sanitaria é historia:.....
 Tripulantes, No.; condición sanitaria é historia:.....
 Total de pasajeros á bordo, No.....
 Total de tripulantes á bordo, No.....

HISTORIA SANITARIA DEL BARCO DESDE SU SALIDA DEL PUERTO:

- (Táchese la forma *A. B. ó C.*, según los casos.)
- A.—Según mi leal saber y entender,
 (La forma *A.* se usará en los puertos intermedios donde el barco ni entra ni se despacha.)
- B.—Certifico que:
 (La forma *B.* se usará en los puertos intermedios, donde el barco entra y se despacha.)
- C.—Desde su salida de.....las siguientes enfermedades cuarentenables han aparecido á bordo.....y certifico que han sido tomadas las medidas de Sanidad necesarias.
- No han existido enfermedades cuarentenables á bordo desde que salió de

Certifico también que en lo referente el pasaje, equipajes y cargamento tomado en este puerto, el barco ha cumplido con las Leyes y Reglamentos de Cuarentenas vigentes.

Expedido en el Puerto de.....de.....de 19....

(Sello.)

PROPOSICIONES PRESENTADAS POR VARIOS DELEGADOS.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR DON ELÍAS ROJAS, DELEGADO DE COSTA RICA.

1º. Por cuanto la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional tiene, entre otros objetos, aconsejar cuantas medidas sean adecuadas para combatir los estragos de la malaria, enfermedad que, sin ningún género de duda, es la endemia de los países tropicales:

2º. Por cuanto la Tercera Conferencia Sanitaria acordó recomendar á los Gobiernos representados, la publicación de una cartilla en la que se compile en forma breve, sencilla y práctica, y al alcance del vulgo, los conocimientos sobre paludismo, cuya cartilla debe distribuirse liberalmente;

3º. Por cuanto si es cierto que entre los países representados, hay algunos como los Estados Unidos de América, los Estados Unidos Mexicanos, Cuba y Panamá, que han emprendido ya, con brillante éxito, la campaña antipalúdica, existen otros en donde esta campaña no se ha efectuado sino de una manera imperfecta, y con el propósito de aprovechar la experiencia de los que nos han precedido en esta tarea, el infrascrito propone:

1º. Que una Comisión Internacional nombrada por la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, redacte una cartilla en donde se compilen en forma breve, sencilla y práctica y al alcance del vulgo los conocimientos sobre paludismo así como las recomendaciones ó preceptos, y escritos en forma concisa y editados en carteles, acerca de la manera de evitar el paludismo, destinadas á ser colocadas á la vista del público, en las escuelas, iglesias, estaciones de ferrocarriles y demás lugares públicos de las regiones invadidas por el paludismo. Esta Comisión se ocupará igualmente en presentar modelos de tarjetas postales y estampas de todo género que tiendan á vulgarizar los conocimientos para evitar la infección palúdica.

2º. En la próxima Conferencia Internacional cada uno de los Gobiernos interesados indicará el número de ejemplares de la cartilla, de los carteles, tarjetas postales, etc., que se compromete á tomar.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR DON CARLOS DURÁN, DELEGADO DE COSTA RICA.

Propongo como medida de suma conveniencia y de incalculables beneficios para los pueblos de América, que se invite á los Gobiernos de los países representados en esta Conferencia, para dictar las leyes ó disposiciones que juzguen convenientes, en todos aquellos lugares de clima propicio al desarrollo de la malaria y con estos requisitos esenciales: 1º. Que los propietarios de fincas ó empresas agrícolas é industriales, tengan la obligación de proteger á sus empleados, obreros ó peones, contra las picaduras del mosquito, suministrando en las habitaciones los medios adecuados para ello, como desecar los lugares adyacentes á las habitaciones, protección de éstas contra los mosquitos, por medio de tela de alambre en las puertas y ventanas, y fumigación frecuente. 2º. Que igualmente estén obligados á dar á todos sus dependientes y trabajadores la cantidad de quinina en la dosis profiláctica que sea indispensable, y 3º. Que se nombre un inspector ó inspectores oficiales para que vigilen el cumplimiento de las disposiciones anteriores y apliquen las penas señaladas á los omisos ó infractores de la ley.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR DON HUGO ROBERTS, DELEGADO DE CUBA.

En la Convención de las Repúblicas Americanas tenida en Washington, se ha legislado acerca del tratamiento que debe darse á los buques *infectados ó sospechosos* de fiebre amarilla, indicándose que, á ser posible, se lleven á cabo las faenas con personal inmune á dicha enfermedad; y también se hace referencia á las prescripciones á que debe someterse el personal no inmune, que conduzca el buque. Ahora bien: es generalmente admitido que los individuos que han permanecido gran periodo de tiempo en foco endémico de fiebre amarilla, son inmunes á tal enfermedad, aunque no existan precedentes de

que la hubiesen padecido; también hay quienes consideran inmune á un individuo, por el solo hecho de haber este nacido en lugar propicio para el desarrollo de la fiebre amarilla (tierras calientes).

En tal concepto, y para que exista un criterio uniforme acerca de lo que constituye inmunidad á la fiebre amarilla, el Delegado de suscribe propone:

1º. Que en la próxima Conferencia de las Repúblicas Americanas, se definan y resuelvan las condiciones que ha de llenar un individuo para ser considerado como inmune á la fiebre amarilla.

2º. Que por un Delegado correspondiente á cada nación, se den á conocer los límites de focos endémicos, ó que han sido, de fiebre amarilla, en sus respectivas naciones, especificando, en el último caso, las fechas en que dejaron de serlo.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR WALTER WYMAN, DELEGADO DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Por cuanto la peste bubónica es enfermedad que se trasmite de un país á otro por medio de la rata;

Por cuanto los buques dedicados al comercio se hallan por lo general infestados de ratas;

Por cuanto la destrucción de ratas á bordo de embarcaciones puede llevarse á cabo con medidas de fácil aplicación y que no traen consigo grandes gastos; y

Por cuanto la propagación en lo futuro de esta enfermedad en los países del Hemisferio Occidental es de importancia gravísima y debiera impedirse en pro de la protección de la vida humana y en beneficio de la prosperidad comercial de los puertos de las Repúblicas Americanas, por lo tanto

Se resuelve: Que se obligue á los dueños y capitanes de embarcaciones de todas clases á librar á sus navios de la peste de ratas y hacer todo lo posible por mantenerlos limpios de ellas y

Se resuelve: Además, que para obtener ese resultado deben hacerse fumigaciones periódicas de las bodegas de las embarcaciones con gas sulfuroso, en periodos de tres á seis meses y además en las épocas en que estén libres de carga, y también mientras estén carenándose; y en toda época se recomienda la mayor vigilancia de los capitanes para destruir las ratas por todos los medios que consideren eficaces.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR JOSÉ MARIA SOTO, DELEGADO DE COSTA RICA.

El infrascrito manifiesta: que en el informe presentado por la Delegación de Costa Rica, se hace mención de dos enfermedades graves de las cuales no se ha registrado en el país ningún caso todavía: estas enfermedades son la rabia y los kistes hidáticos del hígado. Y por cuanto en las Conferencias anteriores no se ha tratado de estas enfermedades, que se pueden comunicar fácilmente por medio de la introducción de perros extranjeros, me permito proponer á la consideración de mis ilustrados colegas el siguiente proyecto de resolución:

Que deben adoptarse medidas relativas á la importación de perros extranjeros, ya sea sometiéndolos á una rigurosa cuarentena, ya sea exigiendo el certificado auténtico de vacunación, ó ya sea prohibiendo en absoluto la importación de perros extranjeros en los países donde aquellas enfermedades no se hayan registrado.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL DOCTOR VICENTE CASTRO CERVANTES, DELEGADO DE NICARAGUA.

Propongo sea agregada la bilharziasis á la lista de las demás enfermedades contra las cuales deben tomarse las medidas precautorias objeto de esta Convención y tendientes á evitar ó á limitar su propagación.

Deberá pues hacerse el diagnóstico microscópico de las secreciones intestinal y renal de todo individuo que padezca de disenteria ó de hematurias sobre todo si procede de lugares en donde á ciencia cierta vive y prospera este peligroso parásito en compañía del hombre.

La protección de los individuos indemnes se hará *manu militari* si fuere necesario en virtud y aplicación de reglamentos que ya para el caso concreto ó en tesis general para las demás enfermedades de análoga etiología, redactará una comisión de médicos conocedores de este problema ó interesados en él.

CORRESPONDENCIA RELATIVA Á LA CUARTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS AMERICANAS.

IMPERIAL HOTEL.

SAN JOSÉ, C. R., 20 diciembre de 1909.

SR. DR. JUAN J. ULLOA,

Presidente de la Conferencia Sanitaria Internacional.

Señor Presidente:

Pte.

Tengo el honor de comunicar á Ud. que ayer recibí del Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia cablegrama acreditándome como Delegado á la Conferencia Sanitaria Internacional que se reunirá en esta Ciudad el 25 de los corrientes.

Tengo el honor de ser del Sr. Presidente.

Muy ato. y seguro servidor,

MARTÍN AMADOR.

América Central.

República de Costa Rica.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 20 de diciembre de 1909.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,

*Presidente de la Cuarta Conferencia Internacional
de las Repúblicas Americanas.*

Tengo la honra de informar á V. que, según aparece de la lista correspondiente, los señores miembros de la Facultad de Medicina y Cirugía de Costa Rica, serán invitados á la sesión inaugural de la Cuarta Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas.

Me es grato reiterar á V. el testimonio de mi distinguida consideración,

PEDRO IGLESIAS.

América Central.

República de Costa Rica.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 23 de diciembre de 1909.

Señor Presidente:

Para su conocimiento tengo la honra de transcribir á V. la nota que con fecha 15 de este mismo mes me ha dirigido el Señor Secretario de Estado en Despacho de Relaciones Exteriores de Guatemala. Dice así:

“Excelentísimo señor: Tengo la honra de confirmar á V. E. el cable que, en respuesta al de V. E. le dirigí ayer participando al ilustrado Gobierno de ese país amigo y hermano que el Señor Doctor Don Nazario Toledo había sido nombrado Delegado por Guatemala á la Convención Sanitaria que próximamente se reunirá en esa ciudad capital. Al manifestar á V. E. que por correo anterior le fueron enviados sus Plenos Poderes al Señor Doctor Toledo, aprovecho esta oportunidad para ofrecer á V. E. la seguridad de mi consideración muy alta y distinguida.—(F.) G. AGUIRRE.”

Me complace en reiterar á V. el testimonio de mi consideración muy distinguida.

R. FERNÁNDEZ GUARDIA.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,

*Presidente de la Cuarta Conferencia Sanitaria
Internacional de las Repúblicas Americanas.*

América Central.

República de Costa Rica.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 24 de diciembre de 1909.

Señor Presidente:

Para conocimiento de V. tengo la honra de transcribirle la nota que con fecha 7 de agosto último se sirvió dirigirme el Señor Secretario de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores de la República de Honduras. Dice así:

“Señor Ministro: Conforme á lo ofrecido en mi nota de fecha 2 del corriente mes, con verdadera satisfacción participo á V. E. que por acuerdo supremo de esta misma fecha ha sido nombrado el Doctor Don Fernando Vásquez, Representante Oficial de mi Gobierno en la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional que habrá de verificarse en esa ciudad, del 25 de diciembre del presente año, al 2 de enero de 1910; habiéndosele extendido y la credencial correspondiente. Al participar lo expuesto al muy digno Gobierno de V. E., me es grato reiterar á V. E. el testimonio de mi alto aprecio y distinguida consideración.—(F.) JOSÉ MA. OCHOA V.”

Me complace en reiterar á V. el testimonio de mi muy distinguida consideración.

R. FERNÁNDEZ GUARDIA.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,

Presidente de la Cuarta Conferencia Sanitaria

Internacional de las Repúblicas Americanas.

América Central.

República de Costa Rica.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 28 de diciembre de 1909.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,

Presidente de la Cuarta Conferencia Sanitaria

Internacional de las Repúblicas Americanas.

P.

Tengo la honra de manifestar á V. que esta Secretaría, conforme con la indicación que se dignó V. hacer, despachó oportunamente veinte localidades dirigidas al Señor Presidente de la Facultad de Medicina de Costa Rica para los Señores Médicos que desearan concurrir á la inauguración de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Asimismo envié palcos á los Señores Delegados y á sus familias.

Como posteriormente al mencionado envío no se recibió ninguna otra indicación ni solicitud al respecto, esta Secretaría cree haber satisfecho cumplidamente su encargo.

Aprovecho esta oportunidad para reiterar á V. el testimonio de mi muy alta y distinguida consideración.

PEDRO IGLESIAS,
Subsecretario.

América Central.

República de Costa Rica.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

LEGACIÓN DE NICARAGUA. SAN JOSÉ, C. R., 28 de diciembre de 1909.

Excelentísimo Señor:

Tengo la honra de poner en conocimiento de Vuestra Excelencia que, con fecha de ayer, el Gobierno de Nicaragua ha acordado nombrar su Delegado á la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, al Doctor don Vicente Castro, cuyo nombramiento suplico á Vuestra Excelencia se sirva participar al Señor Presidente de dicha Conferencia, para los fines consiguientes.

Me es verdaderamente grato aprovechar esta oportunidad para reiterar á Vuestra Excelencia las protestas de mi más distinguida consideración.

(F.) ALCEO HAZERA.

Excelentísimo Señor,

DON RICARDO FERNÁNDEZ GUARDIA,

Secretario de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores.

América Central.
República de Costa Rica.
Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 29 de diciembre de 1909.

Señor Presidente:

Tengo la honra de acompañar una copia de la nota de fecha de ayer, que hoy se ha recibido en esta Secretaría de Estado, procedente de la Legación de Nicaragua en Costa Rica, relativa al nombramiento del Doctor D. Vicente Castro Cervantes como Delegado de Nicaragua á la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.

Aprovecho esta oportunidad para reiterar á V. el testimonio de mi consideración muy distinguida.

R. FERNÁNDEZ GUARDIA.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,
*Presidente de la Cuarta Conferencia Sanitaria
Internacional de las Repúblicas Americanas.*

América Central.
República de Costa Rica.
Secretaría de Relaciones Exteriores.

SAN JOSÉ, 30 de diciembre de 1909.

Señor Presidente:

Para conocimiento de V., tengo la honra de transcribirle el cablegrama que con fecha de ayer se ha recibido en esta Secretaría de Estado del Señor Ministro de Relaciones Exteriores del Paraguay. Dice así:

"Este Gobierno siente no haber podido concurrir Conferencia Sanitaria á cuyas conclusiones resérvase adherir. Saludo V. E.—(F.) M. GONDRA."

Reitero á V. el testimonio de mi distinguida consideración y aprecio.

R. FERNÁNDEZ GUARDIA.

SEÑOR DR. D. JUAN J. ULLOA,
*Presidente de la Cuarta Conferencia Sanitaria
Internacional de las Repúblicas Americanas.*

INFORME DEL DR. MARTÍN AMADOR, DELEGADO DE COLOMBIA.

Señores Delegados: Ausente de Colombia por varios lustros, y nombrado su Delegado ante esta docta Asamblea, apenas hace siete días, mi informe tiene que resentirse por lo lacónico y lo deficiente, tanto por la premura del tiempo como porque la base casi única de este trabajo ha de ser necesariamente los pocos datos que han podido suministrarme las publicaciones de aquel rico país.

El Gobierno de Colombia ha prestado siempre atención y preferencia al ramo de la Higiene Pública y muy especialmente á la sanidad de los puertos en el Atlántico y en el Pacífico, y á ello se debe en no muy excusa parte el que el extranjero la visite sin temor, y la disminución creciente de la mortalidad allí.

Las circunstancias porque ha atravesado el país durante los dos últimos años, empeñado cuerdamente en el mantenimiento de la paz y el orden, aspiración suprema de todo pueblo que desea avanzar en las sendas de la civilización y del progreso, no han permitido legislar, hasta donde llegan mis datos, sobre las materias avanzadas de que se ocupó el último Congreso Sanitario.

No obstante, debo significaros que ha sido muy eficaz el funcionamiento de las Juntas de Sanidad en todo el País, y principalmente en los puertos donde han podido ser combatidas victoriosamente las enfermedades propias de los climas cálidos.

En poblaciones como Cartagena, donde anteriormente para la provisión de agua, el sistema usado era el de aljibes y de pozos, fuente de larvas y criaderos de mosquitos, la salubridad ha progresado notablemente con el implantamiento de acueductos que suministran un líquido puro, sano y libre de gérmenes. Así es como han desaparecido casi en su totalidad los casos esporádicos de Amarilla que ocurrían generalmente en habitantes de la altiplanicie.

Colombia se ha sustraído hasta aquí á la Peste Bubónica, no obstante haber ocurrido casos de este mal en algunos de los países limítrofes. Este resultado se debe á las medidas oportunas dictadas por el Gobierno, quién, hizo también buena provisión de aparatos Clayton y de suero antipestoso, y estuvo siempre listo para combatir dicha epidemia y librar á los puertos del contagio.

Paso ahora á daros cuenta sobre la presencia de la Lepra en Colombia, y las medidas adoptadas por el Gobierno para asilar debidamente á los atacados é impedir la propagación de la expresada enfermedad.

Los siguientes datos son tomados del informe vertido por el Ministro de Gobierno á la Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa en 20 de Julio de 1908, informe que merece tanto más crédito cuanto que el Ministro que lo rinde formó parte por más de 10 años del personal encargado de ese ramo, y fué Gobernador de dos de los departamentos mas azotados por el terrible flagelo.

Existen tres Leproserías en el país, la de Agua de Dios, Contratación y Caño de Loro, y la primera tiene mas de 1600 pacientes y está destinada á alojar los enfermos de ocho departamentos.

La proporción en que están los atacados de este mal con los habitantes de la República es menor del uno por mil, lo que demuestra que el país no cuenta sino, á lo sumo, con una sexta parte del total de leprosos que se ha dado en adjudicarle.

En efecto: la población de Colombia puede calcularse en cinco millones de almas, y el número total de enfermos no pasa de 4,639.

Actualmente se encuentran asilados en los diferentes lazaretos más del 50% de los leprosos.

Antes de ingresar los enfermos á los lazaretos, se les somete á un exámen clínico y bacteriológico, para impedir que entren en las leproserías personas atacadas de mal distinto. Desde que se puso esa medida en práctica, han salido de los lazaretos 324 individuos, reclusos en ellos equivocadamente.

En época anterior la República no pudo aislar sino el 14% de los leprosos existentes en el país: durante el último lustro aisló, como ya he dicho, más del 50%. Se está, pues, en vía de dominar y destruir el flagelo, como ha sucedido en algunas naciones europeas por medio del aislamiento.

Se ha puesto al servicio en el lazareto de Agua de Dios tres pabellones estilo moderno, para alojar 250 pacientes; un asilo para niñas huérfanas enfermas, otro para niños enfermos, un acueducto, obra quizá la mas importante de esta naturaleza en el país, pues tomando el agua del rio Bogotá la conduce por el sistema de arietes á una altura de 65 metros por una tubería de acero de 7 pulgadas de diámetro y de una longitud de 4,200 metros, el cual dará para cada uno de los 3,000 enfermos que pueden aislarse allí, 120 litros diarios de agua. Se ha construído también un asilo para niños sanos, hijos de leprosos aislados; tres pabellones más suficientes para alojar 300 enfermos.

El servicio médico, agrega el informe á que aludo, es completo y se hace bajo la dirección de tres facultativos notables, dos de ellos bacteriologistas.

Otra de las medidas puestas en vigencia para evitar la propagación de la lepra, es la acuñación de una moneda metálica especial para la circulación dentro del perímetro de los lazaretos, facilitando así las transacciones de los enfermos. Igualmente, con el fin de que éstos puedan hacer efectivos sus derechos, se han establecido juzgados. La primera medida tiende principalmente á que no sufra la higiene pública con la entrada y salida del papel moneda—depósito de microbios—y á que no se perjudiquen las operaciones comerciales en las leproserias, y la segunda contribuye á facilitar el aislamiento, garantizando los derechos de todos los pacientes.

La suprema dirección de los lazaretos está á cargo del gobierno de la República desde 1905, quien les ha dado organización uniforme, facultando á los gobernadores de los departamentos donde están situados, para vigilarlos de modo que en ellos tenga exacto cumplimiento todas las medidas dictadas en salvaguardia de la sociedad y en defensa del contagio.

Los tratamientos más modernos usados en Europa y aconsejados por la ciencia, son puestos en práctica en las diferentes leproserias. Últimamente con vista de los halagadores resultados obtenidos por el profesor Unna, se recomendó un Agente Diplomático de la República, la particular misión de hacer cuidadoso estudio del tratamiento aconsejado por aquel distinguido leprólogo y la de obtener personalmente de él las indicaciones necesarias para el establecimiento en los lazaretos de la Nación, del método curativo que este profesor encomió tanto en el Congreso Médico Internacional de Lisboa.

Siento, Señores Delegados, no poder informar sobre los demas tópicos que comprende el programa préviamente convenido para este conferencia, pero lo limitado del tiempo, y la carencia absoluta de datos me obligan á ello, desde luego que este informe debe reducirse al período de los dos últimos años.

Pero en cambio, es mucha mi voluntad para cooperar en vuestras labores, que habrán de ser fecundas en bienes para los países de la América, y tendré buen cuidado de poner en conocimiento del Gobierno de Colombia, las resoluciones que se adopten en esta científica Asamblea.

INFORME PRESENTADO POR LA DELEGACIÓN DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, COMPUESTA POR LOS DOCTORES JUAN J. ULLOA, PRESIDENTE; CARLOS DURÁN, ELIAS ROJAS Y JOSÉ M. SOTO, SECRETARIO.

I.

MEDIDAS Y LEYES SANITARIAS VIGENTES EN EL PAÍS.

La Higiene pública adquiere día por día mayor importancia entre nosotros, como ciencia práctica de uso constante y como institución llamada preferentemente á afianzar y ensanchar nuestra riqueza, por los trascendentales efectos que ejerce en el desarrollo del bienestar social.

En dicha materia no hemos alcanzado, ciertamente, los adelantos que en otros ramos; pero lo que ya está hecho, junto con la probabilidad, fundada en poderosas razones, de que no se abandonará en tiempo alguno la tarea emprendida, son circunstancias que nos permiten augurar, con entera confianza, épocas más propicias para la salud pública y una actividad progresiva en nuestro mejoramiento sanitario.

La iniciativa particular, sabiamente estimulada por la propaganda científica,— y la acción eficaz de los gobiernos, han de darnos, en un porvenir cercano, el puesto que nos corresponde en el concierto de los pueblos cultos, desde el punto de vista de la higiene y la salubridad.

En Costa Rica, como sucede en muchos países del Continente Americano, no existe todavía una verdadera legislación sanitaria. Principios y disposiciones de esta naturaleza se hayan dispersos en distintas leyes, y varios de ellos resultan ineficaces, por la falta de sanciones efectivas que impidan á los habitantes eludir su cumplimiento, anulando, en cierto modo, el rigor de que deberían estar investidos tales deberes y relajando también el celo de las autoridades.

Se impone pues, como medida de urgente necesidad, la emisión de un Código Sanitario, basado en las reglas de la ciencia sanitaria moderna y en las que vayan dictando la Conferencias Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas con el propósito de formar en el Nuevo Mundo un Código Sanitario Internacional.

Ardua es la empresa, pero es indispensable acometerla cuanto antes. Además, ya existe una base de trabajo para la deliberación de nuestros legisladores: nos referimos al proyecto de Código Sanitario formulado por la Facultad de Medicina y Cirujía, que debe ser discutido sin pérdida de tiempo, señalándose, á este respecto, uno de los empeños que habrá de tomar la Comisión de receso que nombre la presente Cuarta Conferencia y en el cual personalmente nos comprometemos los miembros de la Delegación de Costa Rica á colaborar con todas nuestras fuerzas.

Una grave cuestión se suscita desde luego sobre el particular; y es la de que el orden de ideas en que, por causa de su peculiar carácter, tiene que inspirarse hoy día la legislación sanitaria, se halla á veces en conflicto abierto con el orden jurídico general, especialmente con el derecho civil y con algunas doctrinas del derecho público; por lo cual se dificulta el implantamiento de un régimen severo y firme de salubridad en el país, mientras tanto el Poder Legislativo no allane aquel obstáculo, armonizando los sagrados intereses de la ciencia higiénica con los que miran á la vida jurídica de la comunidad.

Creemos, en consecuencia, que en el momento oportuno y mediante una amplia é imparcial discusión, se harán los mayores esfuerzos por encontrar la fórmula salvadora, que al mismo tiempo proteja en el Estado las atribuciones de la propiedad y de la libertad personal y las del importantísimo ministerio de la salud pública, suprema ley de las naciones, bajo cuya égida redentora la existencia humana se ennoblece y consolida, el bien social se cumple sin reservas y la riqueza del pueblo se ensancha, economizando vidas, impulsando el progreso sobre la base de la resistencia física, que es á la vez el principal agente del adelanto intelectual y moral de las sociedades, y promoviendo de manera incalculable las grandes actividades del trabajo.

Las leyes sanitarias de Costa Rica son de dos clases: nacionales y municipales. De carácter nacional tenemos:

1º. Varias disposiciones de higiene pública que constan en el Código Penal de 1881.

2º. Otras disposiciones contenidas en extenso en el Reglamento General de Policía de 1849.

3º. La Convención Sanitaria Internacional firmada en Wáshington el 14 de octubre de 1905, y aprobada por nuestro Congreso Constitucional en sus sesiones ordinarias de 1906.

4º. Ley de Médicos del Pueblo, de 30 de octubre de 1894.

5º. Ley de profilaxis venérea de 28 de julio de 1894, parcialmente en vigencia.

6º. Ley sobre ejercicio de la medicina, de 12 de agosto de 1902. (No. 73.)

7º. Ley de farmacia, de 12 de agosto de 1902. (No. 74.)

8º. Ley sobre introducción y expendio de opio, morfina, y sus alcaloides, de 9 de enero de 1907.

Además, algunos artículos relativos á asuntos especiales de higiene, á que nos referiremos en otro lugar de este informe, y que están diseminados en diversos cuerpos de leyes.

Los reglamentos municipales, que rigen en la jurisdicción propia de cada municipio, se sujetan á los principios de las Ordenanzas Municipales de 1867.

Esos reglamentos se refieren á construcciones, casas de vecindad, lecherías y caballerizas, mataderos, destrucción de perros, baños públicos, excusados, carnicerías, cañerías, residuos orgánicos, beneficencia sanitaria, aseo y limpieza de poblaciones, cementerios, vacuna, mercados, etc.

Con relación al primer punto del programa de la Conferencia, debemos informar en concreto que, después de la de México, efectuada á fines de diciembre de 1907, el gobierno de la República ha dictado dos disposiciones sumamente útiles para los intereses de la higiene: un acuerdo ejecutivo correspondiente al ejercicio fiscal de 1907-1908, ordenando á los médicos del pueblo la apertura de registros especiales sobre vacunación, higiene, asistencia de enfermos y servicio médico-legal, en el segundo de los cuales se hará constar, por medio de asientos numerados: el resultado de las observaciones que los facultativos vayan realizando acerca de las enfermedades que prevalezcan en los lugares de su dependencia, época de su aparición, causas que las motiven y medios que deben emplearse para combatir las, debiendo hacerse mención de los procedimientos de profilaxis que el funcionario aconsejare á las autoridades de policía para extirparlas; las causas de cualquiera índole de la mortalidad de los niños; las visitas que ejecutaren en los puestos de ventas de artículos de diario consumo, en lonjas, hoteles, fondas y farmacias, el resultado que ellas dieran y la fecha en que se hubieren practicado.

Dicho acuerdo impone también á aquellos funcionarios la obligación de remitir en los primeros cinco días de cada mes á la Secretaría de Estado en el Despacho de Policía, un informe del servicio por ellos prestado y de todo cuanto concierna al estado de salubridad de los circuitos respectivos durante el mes anterior. Estas medidas son de indiscutible significación práctica, y en ese concepto las mencionamos.

La segunda disposición á que aludimos antes, es la aprobatoria del contrato celebrado entre la Secretaría de Policía y los Señores Doctores Don Carlos Pupo y Don Luis Paulino Jiménez, para el establecimiento de un laboratorio destinado á exámenes bacteriológicos y microscópicos de sustancias alimenticias y productos patológicos; á conservar en buen estado los sueros y vacunas que el gobierno introduzca; y á prestar servicios gratuitos en su ramo á las autoridades de higiene y personas pobres que los solicitaren.

No es necesario encomiar los beneficios que este Laboratorio está llamado á producir; nos limitaremos, por lo tanto, á informar que ya está abierto al servicio público y que el país cuenta con este nuevo elemento, de todo punto favorable á la causa de la higiene.

Séanos permitido, por último, consignar en este breve capítulo, un voto de aplauso á la Administración que tan dignamente preside el Señor Licenciado Don Cleto González Víquez, uno de nuestros primeros higienistas, por la solicitud con que él ha mirado en su período de gobierno todos los asuntos relacionados con la salubridad pública, atendida en medio de sus numerosas tareas con loable preferencia; y que aun tiene que esperar mucho de sus luces y de su laboriosidad, siendo él, como lo ha sido siempre, uno de los más activos campeones de Costa Rica en todas las propagandas humanitarias.

II.

PRÁCTICA DE RESOLUCIONES ADOPTADAS EN LAS CONFERENCIAS ANTERIORES.

Refiriéndonos á este punto, informamos: que la vacuna contra la viruela es obligatoria en el país, y que se practica con la frecuencia y extensión debidas, principalmente entre los niños de edad escolar. Los funcionarios de la higiene oficial atienden sin descanso este servicio, que da resultados en todo concepto satisfactorios.

La Secretaría de Policía recibe mensualmente 250 capilares de fluido vacuno suizo y los distribuye de modo prudencial entre las autoridades médicas del ramo. Con motivo de haberse desarrollado la viruela en Honduras, en el mes de febrero del año en curso, se tomaron las medidas preventivas del caso, considerando el riesgo de contagio por la relativa proximidad de los focos de infección y aquella Secretaría hizo un pedido extraordinario de cinco mil capilares de fluido vacuno procediéndose en toda la República á la vacunación y revacunación de los habitantes sin diferencia de edades.

Dichosamente el peligro se conjuró, pero las precauciones contra la viruela no dejan de ser perseverantes entre nosotros.

Respecto de la malaria y del paludismo, que tantos estragos ocasionan en el litoral atlántico, la campaña científica es activa en el país. El gobierno ha hecho circular profusamente algunas publicaciones encaminadas á vulgarizar las más interesantes nociones sobre la causa, prevención y tratamiento de aquellas enfermedades. Merecen ser citadas entre dichas publicaciones: el estudio de la malaria del Dr. Ronald Ross, traducida al castellano por los Doctores T. H. Calnek y Luis P. Jiménez; y las instrucciones para destruir mosquitos y en especial el de la fiebre amarilla, dictadas por el Doctor W. C. Gorgas y traducidas por el Señor Lic. Don Cleto González Víquez.

Consideramos de suprema importancia nacional la conveniencia de declarar libre de derechos fiscales la importación de las sales de quinina, telas de alambre de mallas finas que se emplean en la protección contra los mosquitos, el petróleo crudo, los mosquiteros confeccionados y las telas que se usan para su confección; así como el establecimiento de centros de distribución gratuita de quinina á los pobres, para la profilaxis del paludismo en todas las zonas invadidas por este mal. Y confiamos en que tales recomendaciones de la Conferencia de México serán en breve fecha adoptadas oficialmente en la República.

Sobre inmigración tenemos buenas leyes defensivas. Es prohibido el ingreso al territorio de individuos atacados de lepra, peste bubónica, fiebre amarilla y otras enfermedades graves y contagiosas, á juicio de las autoridades sanitarias.

También es absolutamente prohibida, desde 1897, la inmigración de individuos de nacionalidad china; y desde 1904, la de árabes, turcos, sirios, armenios y gitanos de cualquier nacionalidad, como medida protectora contra la degeneración fisiológica de la raza y la introducción de enfermedades orientales al país.

Por Decreto de 1º del mes en curso, el Poder Legislativo ha sancionado una ley de ferrocarriles que ya ha entrado en vigencia. Élla autoriza á la Secretaría de Fomento para exigir á las empresas el cumplimiento de los reglamentos que se dicten sobre policía y buen régimen de su servicio, en todo lo que pueda afectar á la seguridad de las personas: y queda el Estado, por lo tanto, en facultad de incorporar en los mismos reglamentos, las recomendaciones que al respecto hizo la Conferencia anterior sobre higiene del tráfico ferrocarrilero.

En lo referente á la tuberculosis y á la profilaxia de otras enfermedades contagiosas especificadas en el Programa, daremos detalles al tratar particularmente de ellas en otro capítulo de nuestro informe.

La Convención de Wáshington, de 1905, ha sido fielmente cumplida en Costa Rica.

Por acuerdo de 23 de abril de 1908 fué cerrado el puerto de Limón á las naves procedentes de la República de Venezuela, por haber aparecido una epidemia de peste bubónica en el puerto de La Guayra.

Por acuerdo de 7 de mayo siguiente, se puso fin á la cuarentena establecida contra las procedencias de la Habana, donde en fecha anterior se habían presentado algunos casos de fiebre amarilla.

Por acuerdo de 6 de julio del mismo año, con noticia de haberse desarrollado la peste bubónica en Puerto España, de Trinidad, se negó hasta nueva disposición la entrada á Limón de todo barco de aquella procedencia.

Por acuerdo de 19 de octubre último se levantó la prohibición dictada contra las naves procedentes de Venezuela, por constar de informes oficiales la desaparición de la peste en aquella República.

Fuera de estos acuerdos gubernativos la Secretaría de Policía, que ejerce la suprema inspección de la salubridad pública, ha dictado todas las disposiciones conducentes al cumplimiento exacto de la mencionada Convención de Wáshington.

III.

Informes con respecto á las condiciones sanitarias en los puertos, y medidas propuestas para mejorar estas condiciones (con referencia especial á los puertos principales).

A.—PUERTO DE PUNTARENAS.

La condición sanitaria ha sido satisfactoria en estos dos años. Ninguna epidemia hemos sufrido.

Los tres males principales han sido:

1º. La malaria, de la que, solamente en 1908, se presentaron 78 casos. En ciertos lugares de la costa no saneados, se forman en invierno pequeños pantanos propicios á la propagación de los mosquitos.

2º. La anquilostomiasis, que el año próximo pasado tuvo 50 casos, siendo los enfermos, en su mayoría, vecinos de Esparta, Miramar y las Minas de Abangares.

3º. La tuberculosis, de la cual hubo 21 casos en 1908 y 12 en el corriente año; muchos de ellos del Guanacaste.

Fuera de esto, disenterías, paludismo, tos ferina y casos aislados de sarampión y de fiebre pernicioso.

El promedio de mortalidad es inferior al de algunas ciudades establecidas en la meseta central (30.58 por mil en los últimos nueve años).

Parásitos animales del tubo digestivo abundan, particularmente el tricocéfalo, el ascaris lumbricoides y el uncinario duodenalis, que ocasionan enorme cantidad de casos de diarrea crónica de los niños.

La proporción de enfermedades venéreas en la población es notable. La sífilis y la uretritis gonocócica han sentado plaza en el puerto y constituyen por su difusión un verdadero azote.

Para el servicio de higiene la población está dividida en cuatro distritos. El aseo y limpieza se practican regularmente en calles, casas, solares y lugares públicos. El personal ocupado en estas tareas es suficiente y no deja nada que desear en cuanto á su cumplimiento.

La vacuna se practica en épocas fijas y por series de 200 á 300 individuos.

El servicio de sanidad siempre es estricto, sobre todo cuando se tiene noticia del apareamiento de pestes en los puertos del Sur y del Norte.

Falta un edificio apropiado para lazareto. Para la fiebre amarilla existe un pabellón en toda regla, el cual aun no ha sido estrenado por falta de casos. Falta un pabellón de aislamiento en el Hospital para alojar á los tuberculosos.

El servicio de desinfección de carga, equipajes y habitaciones, se hace con fumigadora Clayton, empleando vapores de azufre.

El agua que se consume en Puntarenas procede de filtraciones naturales y se extrae por medio de bombas aspirantes, que se hallan distribuidas prudentialmente en las calles de la ciudad.

Está terminado el proyecto de cañería del puerto; de realizarse, la captación se hará en las fuentes del río Naranjo, en condiciones sumamente favorables para la salubridad de la población.

Cloacas no existen; el mosquito es combatido activamente. Lo anterior es cuanto procede informar respecto de dicho puerto.

B.—PUERTO DE LIMÓN.

La población del puerto excede de ocho mil habitantes; la mayor parte de raza negra jamaicana, trabajadores trashumantes de las Antillas y costeños de Nicaragua, Colombia y Panamá; predomina con exceso el elemento masculino sobre el femenino.

El suelo está formado sobre un plano irregular que en su mayor altura tiene nueve pies sobre el nivel del mar. La parte poblada alcanza una longitud de 3,150 metros, con ancho de 1,900 metros. En parte de la población el suelo fué rellenado imperfectamente, sin drenajes ni desnieves y con basuras y materiales de desecho. En ciertos lugares, el agua pluvial se detiene á un pie de profundidad, por la impermeabilidad del subsuelo. Las decomposiciones orgánicas son activas; los fenómenos de oxidación, por el contrario, se reducen á su minimum. Se impone el mejoramiento del suelo de parte de Limón, mediante rellenos, desecación y canalizaciones.

La salubridad y el ornato de la ciudad han mejorado mucho con el ensanche de la misma por el lado norte; la nueva barriada, que tiene inmejorable posición topográfica, ya está en construcción.

La ciudad está comprendida en la línea isotérmica tropical, en la zona de los alisios y bajo la influencia del anillo ecuatorial (cloud ring). Su clima es tórrido, temperatura media * * * 25.44°, con diferencias que oscilan entre tres y cuatro grados. En algunos años llueve hasta 275 días; hay períodos de dos y tres meses, en que las lluvias son continuas. Mucha humedad.

El agua potable se recolectaba por medio de tubos madres tendidos en Río Banano, á 7½ millas de la ciudad. Recientemente se hicieron arreglos en los tanques de captación y en la cañería y en la actualidad hay agua abundante y de buena clase para las necesidades de la población.

Existen en la ciudad cerca de quinientos lotes; de ellos cerca de cuatrocientos tienen construcciones; éstas no guardan proporción con el número de habitantes, de donde resulta excesiva aglomeración de gentes en habitaciones y barracas, con perjuicio de la higiene. En vista de esto se ha puesto en vigor un reglamento de construcciones, que tiende á remediar los males de la aglomeración de habitaciones en los lotes, para aprovechar de modo usurario el terreno, y á impedir el hacinamiento de personas en aquellos, como se practica hoy por escasez de locales ó por economía, pues los alquileres son muy altos.

Las cloacas de Limón se construyeron en condiciones poco satisfactorias. El fondo ó lecho de los canales excretores tiene forma plana y su pendiente es escasa; y, además, faltaba presión de agua para efectuar la limpieza. Hoy día se ha completado la red comunicante de cloacas con tubos de barro vitrificado; toda la población puede deyectar en excusados ó retretes y disponer de las aguas caseras por medio de aquellas. No quedan en toda la población sino 46 excusados de fosa, que pronto serán cegados, viéndose la población libre de las infecciones que ellos propagan.

El servicio de aseo de la ciudad es perfecto: acarreo de residuos ó basuras en carretas modelo *Columbia*; barrido diario de las calles con cuadrillas de peones; limpieza de caños y excusados con sulfato de cobre; inspección general constante de casas, patios y solares; desinfección de habitaciones con irrigaciones de Kreso, y de charcos, suamos y pantanos con petróleo crudo en grandes cantidades. Las infracciones se penan con multa de uno á veinticinco colones. Es indispensable el establecimiento de un crematorio, á fin de suprimir el foco infeccioso situado en el basurero que se halla en la playa cenagosa del estero, en la desembocadura del río Limón, muy cerca de la ciudad.

El comercio de comestibles y bebidas está casi monopolizado por los chinos. La mayor cantidad de los artículos de consumo es de importación (carnes conservadas, pescados en latas ó barriles, leche condensada, manteca, bacalao seco, etc.) y es incalculable la cifra de comestibles adulterados y en descomposición que caen en decomiso. La ingestión de esos artículos produce con muchísima frecuencia trastornos digestivos que revisten el carácter de verdaderas intoxicaciones. El botulismo adopta formas especiales muy agudas, sin contar los trastornos gastro-hepáticos y séptico-intestinales, y en los niños la colibacilosis. Es urgente la creación de un laboratorio para el análisis de alimentos, bebidas y artículos de primera necesidad.

La lucha contra el mosquito es activísima en Limón; el médico del pueblo Doctor Céspedes es un obrero infatigable de la higiene y un funcionario celoso del cumplimiento de su deber; á sus esfuerzos debe mucho el saneamiento de nuestro puerto y región atlántica. El Dr. Céspedes recomienda, con un radicalismo que le honra, que en ninguna población donde pueda contarse con un servicio de agua regularizado y abundante, debe consentirse la existencia de barriles, tanques ni otro depósito de agua, ya sea tapado ó al descubierto. Asimismo aconseja la supresión de canales en los aleros de las casas, porque

son éstos sencillamente criaderos de mosquitos, que buscan refugio allí, ó en los excusados llenos de agua, charcos, huecos de la corteza de los árboles y palmeras, cuando son arrojados de otras partes. El procedimiento empleado en Limón para exterminar los mosquitos ha sido la fumigación de azufre con el aparato Clayton, que según informa el Dr. Céspedes, siempre le ha dado brillantes resultados. La fumigación de fenol alcanforado apenas ahuyenta y aletarga los mosquitos. En las habitaciones se emplea azufre quemado en calderas, á razón de dos libras por cada mil pies cúbicos. Predomina el *stegomya callopus*, y en segundo término el *anopheles albipes*.

El plan de defensa terrestre contra la fiebre amarilla, ha consistido últimamente en llevar un censo de la población no inmune; vigilar los lugares donde se estaciona; mantener una vigilancia constante con respecto á los enfermos no inmunes, los cuales son aislados en el Hospital inmediatamente que presentan síntomas de fiebre continua. Las personas que enfermen en hoteles, fondas ó posadas, deben ser denunciadas á la autoridad por los dueños del establecimiento, bajo pena de multa. El principal punto de mira es, sin embargo, la destrucción del mayor número posible de criaderos de *stegomya*.

Otros problemas interesan con grande urgencia á la salubridad de Limón: la excesiva mortalidad infantil, la malaria, la anquilostomiasis y la tuberculosis.

La malaria hace verdaderos estragos en las poblaciones y en los campos.

El 70% de enfermos son hematozoáricos.

La tercera parte de la mortalidad limonense es de niños, especialmente en la raza de color.

El número de enfermos y defunciones de tuberculosis crece año por año. En el presente ha habido 25 muertes; pronto alcanzará la tuberculosis aún de la ataca debidamente, la cifra del paludismo (35 en los últimos 10 meses) y ya sobre pasa á la malaria (12 casos mortales en igual periodo).

El 50% de los enfermos asistidos en el hospital, presenta en las heces diversas formaciones evolutivas del parásito de la anquilostomiasis.

Limón requiere estricta vigilancia en la vista y registro de barcos, y así se practica el servicio higiénico marítimo. El puerto está en comunicación constante con todos los del Mar Caribe: Colón, Cartagena, Puerto Cabello, Sabanilla, La Guaira, Habana, Puerto Cortés, Puerto Barrios, etc.; fondean en sus aguas no menos de seiscientos embarcaciones al año y el tráfico general adquiere cada vez mayor importancia.

El régimen cuarentenario en Limón debe mejorarse de acuerdo con los resoluciones adoptadas en las Conferencias Sanitarias anteriores.

Acompañamos anexos especiales sobre proyectos de estación de cuarentena en la isla Uvita; y sobre saneamiento del puerto de Limón en general.

IV.

Informes acerca del registro del movimiento de población, y de la proporción de mortalidad en el país, especificando los de puertos y ciudades.

Agregamos al presente informe varios cuadros estadísticos relativos á población y mortalidad, con los detalles pedidos por el Programa de la Conferencia; y nos permitimos extractar de ellos algunos números, guiados por el deseo de proporcionar las referencias más completas sobre esta interesante cuestión.

Conviene manifestar antes, que en lo relativo á demografía, debido á dificultades inherentes á la falta de buena organización, carecemos de una base verdaderamente científica que nos permita establecer una estadística exacta de las enfermedades reinantes, de aquellas que causan el mayor número de defunciones en las diferentes poblaciones de la República; esto se debe á que no hay ley que exija imperiosamente la declaración de las defunciones, con especificación de la verdadera causa de la muerte. En muchos lugares donde no hay facultativos, el diagnóstico lo formulan empíricos que sólo hacen mención de síntomas comunes á enfermedades distintas, lo que trae la confusión y el consiguiente desbarajuste en la estadística de la mortalidad.

En un periodo de nueve años, comprendido entre el de 1901 y el de 1909, el promedio general de mortalidad ha sido de 25.30 por mil de población; la cifra más baja corresponde al año 1904, con 22.94 por mil, y la más alta á 1905, con 27.78; en los tres años siguientes, la mortalidad osciló entre 25.18 y 25.98; y del 1º de enero al 30 de setiembre del año en curso, basando el cálculo sobre

la población de 361,779 habitantes fijada para el 31 de diciembre anterior, con un aumento posible de 33⅓%, el tanto por mil de muertes ocurridas es de 24.88; de manera que el tanto de mortalidad en 1908 y 1909 es promedialmente de 25.43 por millar en toda la República.

El número de nacimientos inscritos del 1º de enero de 1901 al 30 de setiembre próximo pasado, ha sido de 114,348; y el de defunciones registradas en el mismo lapso arroja un total de 73,179, habiendo perdido anualmente el país, en los años de 1905 y 1908, más de nueve mil habitantes; en los años de 1901, 1906 y 1907, más de ocho mil en cada cual; en los de 1902, 1903 y 1904, más de siete mil; y en el que está en curso 6,753.

En cuanto á nacimientos, cabe advertir que sólo figuran los constantes en asientos de los Registros Auxiliares del Estado Civil y que las cifras, en rigor, no son absolutamente exactas, porque no todos los padres de familia cumplen con el deber de inscribir el nacimiento de sus hijos conforme lo ordena la ley.

Especializando esos datos, resulta en el indicado período de nueve años lo siguiente:

La categoría de provincias y comarcas de la República, por razón de mortalidad, se distribuye así (datos estadísticos de 1908):

1. Limón	42.48	por mil.
2. Cartago	31.39	“
3. San José	26.49	“
4. Puntarenas	26.48	“
5. Heredia	22.57	“
6. Alajuela	22.35	“
7. Guanacaste	19.97	“

El tanto por mil más alto de mortalidad en la República, corresponde al puerto de Limón, el más bajo á la ciudad de Cartago, en la proporción de 12.62 por mil, en los nueve meses corridos del presente año, después de hecha la reforma de la cañería y de haber sido abierto al servicio público su inmejorable sistema de cloacas.

Las causas de mortalidad del país según la clasificación internacional (sistema Bertillon de catorce grupos) han sido así en el año de 1908, por su importancia:

En los menores de cinco años, las enfermedades del aparato digestivo dan la suma de 1857 defunciones sobre un total de 5426, de las cuales tocan 682 á la provincia de San José y 426 á la de Alajuela. Por enfermedades indeterminadas, 1,232 muertes; por enfermedades del sistema nervioso ó de los órganos de los sentidos, 813; por enfermedades generales, 709; por enfermedades del aparato respiratorio, 452.

En los mayores de cinco años, sobre un total de 3,698 defunciones, 1,326 son de enfermedades generales; 610 de indeterminadas; 597 del aparato digestivo; y 307 del respiratorio. Siempre los guarismos más altos figuran en las provincias de San José y Alajuela.

La mortalidad infantil se descompone en esta forma:

San José	1,681
Alajuela	1,073
Cartago	1,065
Heredia	481
Guanacaste	293
Puntarenas	204
Limón	200
Total	4,997

De esta cifra, la proporción mayor es de niños de doce meses á dos años, de los cuales murieron 1212; hasta de un mes murieron 991.

La estadística de mortalidad, según la clasificación internacional, lo mismo que la infantil, ambas correspondientes al año en curso, están todavía en vías de ejecución; y por esta causa las omitimos.

Sin embargo, volviendo á las causas especiales de mortalidad, consignadas en los registros de la Dirección General de Estadística, esbozaremos la situación del

país respecto de aquellas enfermedades más comunes, concretándonos al periodo transcurrido entre el 1º de enero de 1908 y el 31 de octubre de 1909.

Clasificamos esos datos así, refiriéndonos á toda la República (Calculados sobre una poblacion de cerca de 400,000 habitantes) :

	1908	1909	Total
Tuberculosis pulmonar.....	357	252	609
Fiebre tifoidea.....	78	72	150
Disenteria	375	323	698
Tos ferina.....	137	152	289
Sarampión	232	22	254
Paludismo	189	139	328
Cólera infantil.....	376	351	727
Parásitos intestinales.....	677	620	1,297
Convulsión de niños.....	488	427	915
Enfermedades cancerosas.....	154	108	262

En la convulsión de niños, término abstracto usado por la Oficina de Estadística adoptando en esto por dura necesidad los certificados de defunción expedidos por empíricos, se pueden comprender desde luego, entre otras, estas enfermedades que presentan convulsiones como signo característico: meningitis tuberculosa, fiebre tifoidea, parásitos intestinales y eclampsia.

De conformidad con el cuadro anterior, la categoría de las enfermedades típicas costarricenses, por razón de mortalidad, es la siguiente:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| I. Parásitos intestinales. | VI. Paludismo. |
| II. Convulsión de niños. | VII. Tos ferina. |
| III. Cólera infantil. | VIII. Enfermedades cancerosas. |
| IV. Disenteria. | IX. Sarampión. |
| V. Tuberculosis pulmonar. | X. Fiebre tifoidea. |

Los parásitos intestinales nos ocasionan dos defunciones al día, á causa de la ingestión de mala agua, principalmente; la disenteria mata una persona diaria.

Pero lo que causa horror verdaderamente es la mortalidad infantil. Mueren *catorce* niños por día, ó sea uno cada dos horas; esto es, cinco mil por año debido á las prácticas ignorantes de los empíricos, á la mala calidad del agua en los caseríos, á la alimentacion inadecuada, y al descuido en los vestidos.

El Doctor Don Benjamín de Céspedes publicó hace poco tiempo una obra sobre la "Higiene de la infancia en Costa Rica," que fué premiada en concurso científico por nuestra Facultad de Medicina y Cirujía.

Desgraciadamente las enseñanzas de ese libro no han penetrado bién en el pueblo, á pesar de ser de fácil lectura y asimilación, y parecen destinadas á caer en el olvido.

Este problema es el más grave que tiene el país por delante; y los esfuerzos que se hagan en el sentido de proteger la infancia en nuestro suelo, por grandes que sean, nunca alcanzarán la magnitud que requiere este peligro constante y pavoroso de la mortalidad infantil, que arrebatá al país, hora tras hora, preciosas energías, defraudando incesantemente las esperanzas del porvenir.

Otro estudio que tiene relación directa con este asunto, y en general con los intereses más altos de la higiene pública, es el publicado por los Señores Doctores Don Gerardo Jiménez é Ingeniero Don Enrique Jiménez Núñez, sobre "Higiene de las habitaciones y del agua en Costa Rica"; obra premiada en certamen de la misma Facultad Médica y llamada á prestar útiles servicios á la causa de la salubridad una vez que se pongan en práctica los preceptos en ella consignados.

La mortinatalidad, en el año de 1908, ascendió á la cifra de 429 casos.

Hay dos enfermedades de que no tenemos conocimiento que existan ó hayan existido en Costa Rica: la rabia y los quistes hidáticos del hígado. Como ambos son producidos por la mordedura ó secreciones tóxicas de los perros, convendría prohibir la introducción de perros extranjeros ó someter á éstos á una rigurosa cuarentena á su ingreso al país.

De difteria hay casos aislados, cuya mortalidad se reduce á su mínima expresión debido á la eficacia del suero antidiftérico que es generalmente usado. En los primeros diez meses transcurridos de este año, sólo se han registrado tres casos mortales.

V.—SANEAMIENTO DE LAS CIUDADES, Y ESPECIALMENTE DE LOS PUERTOS.

Aunque el Programa contrae este punto al saneamiento de las ciudades y de los puertos, hemos creído conveniente ofrecer á la Conferencia algunos detalles sobre salubridad general, á fin de que se forme idea del estado higiénico de Costa Rica en todos sus aspectos.

Se goza en nuestro país de un clima benigno y sano; el promedio de la temperatura es de 23° á 26° centígrados en el curso normal del año; esta temperatura baja en los meses de noviembre á marzo, que es la época más brillante de la naturaleza y en la que tiene lugar la recolección de las cosechas de café y de otros granos; bueno es advertir, sin embargo, que en ningún período hay frío ó calor excesivo, y que las lluvias abrazan los meses de mayo á noviembre en las regiones centrales y zona del Pacífico, con algunas variantes en la del Mar Caribe.

Epidemias asoladoras no son, en realidad, propias á nuestro suelo. Dia llegará en que el país se vea totalmente libre de azotes de este género y es nuestro deber supremo infundir hábitos de higiene en los pueblos, y fundar el predominio absoluto de la ciencia sanitaria sobre sólidas bases, para colaborar en la obra de la naturaleza, que nos ofrenda todos los recursos del buen vivir y las más amplias facilidades para la lucha por la existencia, tanto por las bondades climatológicas, como por la feracidad de las tierras y por el espíritu de paz y de labor que es característico de nuestros habitantes.

Mucha higiene es lo que necesitamos para convertir á Costa Rica en un centro de turistas, y en un pequeño paraíso tropical. A este respecto, nos permitimos, por vía de argumento, hacer una rápida digresión histórica.

Terribles enfermedades afectaron en lejanas etapas á la población costarricense: el mal de lázaro, la viruela, el cólera, la fiebre amarilla.

El mal de lázaro no fué importado al país sino á mediados del siglo XVIII, siendo combatido activamente por el Gobernador don Tomás de Acosta, cuyo nombre figura entre los de nuestros más grandes benefactores. Hoy día esa enfermedad se halla centralizada en el Asilo de Las Mercedes, donde se radican con muy pocas excepciones todos los leprosos del país y bien puede decirse que esta enfermedad no constituye un peligro público, gracias á la actividad desplegada para aislar á las personas contaminadas, y al rigor de la autoridad en ese sentido.

La viruela maligna causó estragos enormes durante la época colonial. En 1805 se hizo la primera introducción de vacuna á nuestro territorio y nos mantuvimos libres del flagelo epidémico hasta 1831 en que hubo una pequeña epidemia, siguiéndose á esta, que acusa falta de actividad en la vacunación periódica, las de 1845 y la de 1852, en la cual la enfermedad alcanzó proporciones alarmantes. A partir de esta fecha no ha habido sino pequeñas invasiones, la última en 1891; y podemos decir que, en los últimos veinte años, la viruela no ha causado pérdida de vidas al Estado y que la amenaza de un inesperado contagio no es de temerse, porque la práctica de la vacunación se mantiene con laudable constancia pudiendo asegurar se que Costa Rica es uno de los países en que mas generalizada está la vacuna. Nunca ha existido en la República liga alguna antivacunista; la vacunación es obligatoria y se propaga sin que la gente del pueblo haga resistencia, pues este importante descubrimiento podemos asegurar que se aprecia y se admite por el público en general, sin distinción de clases.

El cólera ocupa lugar prominente entre los viejos agentes de mortalidad nacional. La epidemia europea de 1832, que llegó hasta los Estados Unidos, México y Martinica, según se dijo en nuestros documentos oficiales de entonces, provocó aquí una campaña preventiva enérgica y el país se mantuvo indemne; la de 1837 que asoló á Nicaragua, dió lugar al establecimiento de un cordón sanitario en la frontera, que impidió su introducción á nuestro suelo; pero con motivo de la guerra centroamericana de 1856, que tuvo por teatro á la vecina República y en la cual participó nuestro ejército, el cólera, latente en alguna población de aquel territorio, se difundió rápidamente en las filas, imponiendo el precipitado regreso de nuestros soldados los que trajeron la terrible enfermedad al hogar costarricense, dejando el camino sembrado de cadáveres. Las víctimas ascendieron á más de diez mil, esto es, á la 15ª parte de la población total, poco más ó menos, pero este funesto tributo ha sido, sin embargo, el único que hemos pagado á aquella espantosa enfermedad. Las pestes europeas

de 1865, 1884 y 1890 á 1893, ningún daño nos causaron, por la actividad de las autoridades públicas en las medidas de prevención adoptadas para cada caso.

La fiebre amarilla hizo su primera aparición en 1853, en el puerto de Puntarenas. Desde entonces causó bajas sensibles en nuestra estadística, principalmente en 1860, fecha en que tuvo carácter epidémico; lo mismo que en 1869, con mayores daños. A partir de esa época, las epidemias se sucedieron en 1881, 1892, 1895 y 1899; pero al nacer el nuevo siglo la enfermedad se hizo endémica y fué decayendo conforme se aplicaron en aquel puerto los principios y métodos de la profilaxia contemporánea. Desde 1903, esto es, hace seis años, puede afirmarse con certeza la no existencia de la fiebre amarilla en el litoral del Pacífico. Es un deber de nuestra parte recordar el nombre del Dr. Don Manuel Aguilar, antiguo médico del pueblo en Puntarenas, á cuyos afanes se debe en muy buena parte este brillante resultado del saneamiento metódico practicado en dicho puerto, que da en el día las mejores garantías á la salubridad.

En cuanto al puerto de Limón, la fiebre amarilla le azotó sin clemencia por largos años, hasta que las obras de saneamiento, la desecación de pantanos, la higienización de zonas insalubres y la destrucción intensa del mosquito *stegomya calopus*, le concedieron el puesto de confianza que le corresponde en el rol del progreso patrio. Después de 1903, no se presentaron sino cinco casos de fiebre amarilla en diversos lugares de la provincia y tres en la ciudad y puerto de Limón, el año de 1906, de origen desconocido, á pesar de la estricta vigilancia de las autoridades sanitarias, entre las que debe mencionarse el nombre del Dr. Don Benjamín de Céspedes, médico del pueblo que ha sido un infatigable obrero de la higiene en la región atlántica. Finalmente, en agosto de 1907, hubo dos casos esporádicos de la enfermedad en la provincia, importado el primero de ellos por un inmigrante italiano; y de entonces á la fecha, ninguno nuevo.

En otro lugar de este informe nos extendemos sobre la condición sanitaria de nuestros dos puertos principales; y antes de concluir este párrafo, creemos oportuno recordar, respecto de fiebre amarilla, que en 1899 se desarrolló una epidemia en la ciudad de Alajuela, situada á más de mil metros sobre el nivel del mar, habiendo recibido el contagio de Puntarenas; de más de cien enfermos murió no menos de la tercera parte y el Gobierno invirtió en la sanidad local 72,000 colones para combatir la peste.

Otras enfermedades han ocupado sitio de preferencia en los anales de nuestra mortalidad; afecciones febriles infecciosas; paludismo, notablemente generalizado y multiforme; disenteria, debida á la mala clase de agua; tos ferina, que apareció á principios del siglo pasado; escarlatina, que data de 1865; fiebre tifoidea; influenza, de carácter endémico; y difteria, que desde la introducción del suero antitóxico ocasiona raras defunciones, debiéndose éstas á falta de oportuna asistencia científica.

Las enfermedades mencionados decrecen rápidamente en las distintas poblaciones del país, conforme se ensancha más y más la órbita de acción de la higiene, por la cultura general, por la obra de la propaganda sanitaria y por la severidad de las autoridades superiores del ramo; de modo que, como antes decíamos, á la empresa de la salubridad le toca extirpar los focos de infección actuales, lo mismo que fueron aniquilados los antiguos, para hacer del Estado un hogar benéfico, agradable y feliz, libre de flagelos, lleno de salud y bienestar; de modo que el desarrollo de la población se realice sin obstáculos que dependan de la ignorancia y de la inercia; y para que se cumplan, en toda su amplitud, los destinos nacionales, que nos llaman á un risueño y hermoso porvenir.

Esa es la obra magna de nuestros estadistas, de nuestros educadores y de nuestros hombres de buena voluntad; y en ella deben colaborar, por imperiosa obligación de conciencia, todos los ciudadanos y todos los habitantes de la República, desde luego que ni una legislación sabia, ni una administración progresista y bien intencionada, pueden llenar sus fines si no cuentan con el apoyo formidable, con el omnipotente poder de la opinión.

Los Gobiernos anteriores y el actual, muy especialmente, se han preocupado siempre por el problema de nuestra higiene. Por lo demás, el Partido triunfante en las últimas elecciones, está comprometido ante el país á prestar eficaz auxilio á la tarea que inspiran estas Conferencias, según la cláusula XX de su Programa Político, que dice: "En provecho de la salubridad pública, crear Medicaturas del Pueblo en donde quiera que haya necesidad; combatir de manera eficaz la mortalidad; fomentar y proteger conferencias populares de

higiene y la publicación de cartillas y hojas que traten de la misma materia y que circulen gratis; llevar á efecto la publicación de un Código Sanitario Costarricense."

El Señor Presidente de la República, Lic. Don Cleto González Víquez, dijo lo siguiente en su Programa de Gobierno, al inaugurar el 8 de mayo de 1906, las tareas de la actual Administración:

"No sólo de la higiene moral ha de preocuparse el Gobierno; que también, con igual solicitud y empeño, habrá de tratar de que la salubridad pública y la higiene de las poblaciones y caseríos, se cuiden esmeradamente. Verdad es que tan vital asunto incumbe en su mayor parte á las Municipalidades, pero como éstas carecen en general de los medios materiales indispensables para llevar á cabo obras de cañería, cloacas, desinfección y otras de la misma naturaleza, el Gobierno estará dispuesto á prestar á dichas Corporaciones, con ese objeto, toda la cooperación que esté dentro de sus facultades. El descuido de la higiene afecta perniciosamente, en proporción incalculable, al país entero. Sus consecuencias inmediatas tienen que ser, forzosamente, el decrecimiento de la población y la disminución de la riqueza."

De acuerdo con esas ideas, obras de suma utilidad sanitaria han sido realizadas en el país bajo el patrocinio del régimen político presente y justo es tomarlas en cuenta por el progreso que entrañan en favor de nuestra sanidad.

En primer término, las obras de nueva cañería y cloacas en esta capital, han ocupado la atención oficial constantemente, hasta condensarse los proyectos y deliberaciones habidos sobre ese grave asunto, en el contrato de 6 de octubre último, celebrado entre la Junta de Saneamiento de San José, á nombre de la Municipalidad y una empresa nacional,—y aprobado el día 19 del mes próximo pasado por el Poder Ejecutivo; contrato que se halla en vía de ejecución y que comprende la captación de cinco fuentes de agua inmejorable y su conducción á esta ciudad en tubos de hierro colado, barro vitrificado ó cemento; la distribución de dichas aguas en la cañería de la población, que debe ser reformada al efecto; la construcción de un sistema completo de cloacas, con tres plantas purificadoras para su servicio y con sus respectivos desagües de descarga; las cloacas principales tendrán 38,500 metros de longitud, 410 cámaras de inspección, 100 cámaras y conexiones de lavado y 10,970 metros de tubos secundarios para conectar habitaciones; los filtros percoladores serán de 6,200 metros cuadrados por lo menos. Las obras deberán ser entregadas el 31 de julio de 1912 y su valor total es de \$520,000 oro americano.

A la vuelta de dos años, pues, la capital de la República tendrá agua potable excelente; se verá libre de infecciones debidas á la falta de un buen sistema de cloacas; y desaparecerán entonces muchos de los males que hoy afligen á sus habitantes, reduciéndose proporcionalmente las cifras de mortalidad, al igual de lo acontecido en semejantes condiciones en otras ciudades. Según cálculo estadístico del Lic. González Víquez, hecho el año de 1905, la proporción de mortalidad en la ciudad de San José era, en general, de 35.78 por mil de población; descontando la mortinatalidad, era de 33.22; y deduciendo las defunciones ocurridas en hospitales, de personas de afuera, era de 28.10 por mil. Estos datos, al cabo de diez años de su fecha, podrán servir de base para establecer las diferencias necesarias, subsiguientes á la reforma de la cañería y á la apertura de las cloacas; tales diferencias, además, serán en el porvenir un argumento contundente en favor de la higiene pública.

La segunda obra á que nos referimos ya está realizada: es la construcción de cloacas y ensanche de la cañería de la ciudad de Cartago, en virtud de contrato municipal aprobado por el Poder Ejecutivo por acuerdo de 3 de setiembre de 1906. Ese trabajo, el primero de su género perfectamente concluido en el país, costó la suma de 140,000 colones y fué ejecutado en un plazo de diez y ocho meses.

Por acuerdo de 8 de enero de 1907 fué aprobado un contrato de la Municipalidad de Limón para la construcción de la red de cloacas de aquel puerto, conforme al plano del Ingeniero T. H. Barnes, por valor de 157,000 colones y con plazo de diez y ocho meses. En su oportunidad quedó esta obra abierta al servicio público.

Antes de inaugurar sus labores la actual Administración, habían sido construidas diez cañerías, de las cuales cinco con mala, tres con buena, una con regular y otra con excelente calidad de aguas.

En la construcción de cañerías sólo se tenía en mira la aducción del líquido,

sin preocuparse de su condición potable, sustancias acarreadas en suspensión, posible contaminación posterior y en algunos casos imperfecta distribución.

En las cañerías nuevas, construidas desde mayo de 1906, se ha dado antes que todo cuidadosa atención á la higiene, sacrificándose muchas veces la cantidad á la buena calidad de las aguas, y se ha procurado, antes que nada, garantizar la imposibilidad de contaminación de las aguas y su pureza.

Corresponden á la gestión gubernativa del Lic. González Víquez ventitrés cañerías; de ellas catorce con agua excelente, seis con agua buena y tres de clase inferior, que serán sustituidas cuando la de la capital, ya en ejecución, permita renovarlas. Todas son de tubería.

Fuera de esto, se han levantado los proyectos y formulado los respectivos presupuestos de siete cañerías más.

Tanto en las obras terminadas como en los proyectos estudiados se ha tenido cuidado especial con respecto á la condición física de las aguas y á su análisis químico, no habiéndose hecho el análisis bacteriológico por falta de elementos adecuados y que ya en la fecha existen.

Los proyectos, en general, han procurado servir un volumen de 250 litros por día y por habitante, para una población doble de la que actualmente acusa la estadística.

Estas referencias son, á nuestro juicio, de suma importancia higiénica por lo que á Costa Rica se refiere y por eso las consignamos.

El presupuesto vigente destina para los gastos de higiene pública á cargo de la Secretaría de Policía, la suma de 151,043 colones el año. Entre aquellos figura la dotación de los médicos del pueblo, que son cuarenta, divididos en circuitos para facilitar el debido ejercicio de sus funciones.

El Estado introduce por su cuenta, con la regularidad necesaria, los sueros antitetánico, antiponzoñoso, antiestreptocócico, antidiftérico, antipestoso y vacuno; antraxoides, contra el carbón, y anticarbonoso slavo.

Merece mención especial en este capítulo la ley de licores vigente, dictada con el propósito de restringir el uso de bebidas alcohólicas y de combatir en cuanto sea posible el vicio del alcoholismo, que tantos daños morales y fisiológicos ocasiona á la sociedad.

Activa es la persecución del empirismo, reducido ahora á estrechos límites; el vicio de la morfina es también perseguido y castigado en el país con fuertes penas de arresto ó de internación en establecimiento adecuado; las calles públicas y desagües están sujetos á la vigilancia constante de las autoridades de policía sanitaria, las cuales tienen libre acceso á las habitaciones; se procura la creación metódica de parques y jardines públicos y son retiradas de los centros de población todas aquellas industrias productoras de focos infecciosos, ó que puedan alterar el buen aire en los poblados; en casos de enfermedades contagiosas, se decreta riguroso aislamiento de casas y personas; la autoridad vigila los expendios de alimentos, el aseo y limpieza de todas las poblaciones, practica satisfactoriamente el acarreo de residuos orgánicos, distribuye medicinas á los pobres y tiene bajo su control la prostitución, para disminuir la propagación de las enfermedades venéreas mientras entra de nuevo en vigor la ley especial de esta materia obra del Dr. Juan J. Ulloa, como Ministro del Interior de 1894 á 1898, que cayó en desuso parcialmente por la escasez de recursos del Estado para atender en forma los servicios profilácticos que dicha ley requiere.

Los programas de enseñanza incluyen la de los principios prácticos de la higiene, y dada la difusión de luces en el país, es de esperarse que las nuevas generaciones se encuentren preparadas para acometer la obra redentora de la salubridad en todas sus fases, conscientemente y sin desmayos. Costa Rica invierte hoy día en la Cartera de Instrucción Pública, la suma anual de 1,271,935.64 colones, de los siete millones de su presupuesto de egresos fiscales.

Vivimos, en consecuencia, bajo la promesa de un futuro bienestar sanitario; y de nosotros mismos depende la realización de los ideales que condensaba el antiguo lema de nuestros mayores, en el escudo de nuestro país naciente: "Libre crezca, y fecundo."

En los años de 1908 y 1909, la República no ha tenido que lamentar la propagación de ninguna epidemia grave.

En el ejercicio económico de 1907-1908, con motivo del incremento tomado en las poblaciones rurales por la anquilostomiasis, el Gobierno creó una comisión médica para el estudio de dicha enfermedad, visita de las regiones invadidas y asistencia de los pacientes.

La comisión, compuesta de los Doctores Don Luis P. Jiménez y Don Federico Carlos Alvarado, trató más de cinco mil casos y presentó el interesante informe que acompañamos como anexo á este documento.

Al mismo tiempo el Dr. Don Mauro Fernández escribió una cartilla de vulgarización científica sobre las causas de la anquilostomiasis y manera de evitar el contagio de la enfermedad, y por disposición del Gobierno ese trabajo fue impreso y puesto en profusa circulación.

Por relacionarse directamente con los intereses de la higiene pública, mencionaremos el apareamiento de la epizootia llamada carbón, carbunco ó antrax, ocurrido á principios del año próximo pasado en el lado sur de esta capital.

Para combatir la peste se dictaron las medidas conducentes, extremándose la vigilancia de las reses destinadas al destace; se introdujo suero curativo apropiado; se contrató en los Estados Unidos un veterinario especial, que sigue prestando sus servicios por cuenta del Estado, si bien la enfermedad ha ido desapareciendo; y se distribuyó un folleto sobre la descripción y tratamiento del carbón, por orden de la Secretaría de Policía.

Las enfermedades predominantes en el país, durante el año anterior y el presente, han sido las que por su orden de importancia vamos á puntualizar enseguida; á estos datos puede concederse acción retrospectiva por tiempo ilimitado, pues dichas enfermedades son las características de la población costarricense. Ellas también seguirán siéndolo mientras tanto no se tomen medidas enérgicas y decisivas para contrarrestar sus efectos, reducir su radio de dominio, extirpar las distintas causas que las producen y aniquilar mediante la higienización metódica su poder patológico incalculable.

Enfermedades del tubo digestivo; enfermedades intestinales propiamente dichas; y en particular, *parásitos intestinales*. Respecto de éstos diremos que el Dr. Don Carlos Pupo constató, en una sola muestra de materias fecales, huevos de tricocéfalo, ascárides, oxiuros, anquilostomas, tenias, y además, balantidios y cercomas intestinales. El agua de consumo, en general, contiene gran cantidad de algas y amebas. Los parásitos causan enorme mortalidad infantil.

Disenteria.—Sólo en la ciudad de San José hubo más de trescientos casos de mayo de 1907 á febrero de 1908, y en la misma proporción se producen continuamente en el resto del país. (700 en los dos últimos años.)

Malaria y paludismo.—Este último con todas las manifestaciones conocidas, extendido en las diferentes regiones del país y con carácter endémico en todas las épocas del año.

Sarampión; de algún tiempo á esta parte se presentan pequeñas epidemias anuales muy difundidas y tenaces.

Tos ferina.—La proporción de mortalidad por esta causa es excesiva; la enfermedad persiste en forma latente y recorre el territorio enteramente familiarizada con los habitantes, que acostumbrados á ella ya no sienten el horror con que la miraron en la funesta epidemia de 1893.

Tuberculosis.—Su propagación es continua y ascendente; sus golpes son certeros é incansable su actividad. En el periodo de mayo 907 á febrero 908, en sólo la capital hubo 255 casos sometidos á tratamiento médico. 46 defunciones certificadas: Cada veinticuatro horas la tuberculosis ocasiona una víctima en la población de Costa Rica. En caso de muerte, la autoridad ordena la desinfección de habitaciones con vapores sulfurosos y formalina y la cremación de ropas y objetos peligrosos de uso personal. Digna de encomio es la conducta de las autoridades sanitarias del cantón de Goicoechea, en la provincia de San José, que han colocado carteles con instrucciones preventivas y profilácticas en la Iglesia Parroquial de la villa de Guadalupe; este ejemplo debiera ser unánimemente seguido en el resto del país. Se impone como medida de primera necesidad la creación de un Sanatorio de tuberculosos. Una liga antituberculosa, fundada en los últimos años, dejó de funcionar por falta de espíritu de asociación y de iniciativa particular, y es urgente restablecerla bajo el patronato del Estado.

Influenza.—Es casi epidémica, especialmente desde fines de 1907. Ofrece gran cantidad de complicaciones bronco-pulmonares.

Anquilostomiasis.—Ya nos hemos referido á este mal nacional, que representa espantosa pérdida de energías en el país.

Fiebre tifoidea.—En Grecia apareció en forma epidémica á fines de 1907 y cedió á consecuencia de la instalación de buena cañería y de las disposiciones de profilaxia oficial dictadas. Azota todo el país sin descanso, pero va disminuyendo notablemente conforme avanzan las tareas de la higiene.

Varicela y rubiola.—Epidemias localizadas y casi inofensivas, que han desaparecido pronto y no presentan mayores dificultades.

Sífilis y enfermedades venéreas.—En este particular se indica un notable retroceso, debido á la suspensión de la Ley de Profilaxis Venérea, cuyo restablecimiento total se impone, y la cual, en época anterior, produjo muy favorables resultados. En los centros de población son muy escasas las excepciones de individuos que no hayan sufrido alguna enfermedad de este género antes de los veinte años.

Papera ó paratiditis.—Una epidemia general en los dos años recientes, que se acentúa con los cambios rápidos de temperatura. En general, ha sido de carácter benigno.

Ese es, á grandes rasgos, el cuadro de la salubridad pública costarricense en el período de receso de la Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Centralizado el servicio de la salud pública y unificadas las leyes que le conciernen, por medio de una Junta de Sanidad Nacional y de un Código Sanitario, veríamos cambiar de momento á momento la situación del día.

Hacemos votos cumplidos porque nuestras aspiraciones en materia de higiene se realicen á la mayor brevedad posible, para honra y gloria del país y beneficio inmediato de la humanidad.

Del saneamiento de nuestros puertos ya hemos tratado al hablar de la condición sanitaria de ellos. Nada tenemos que agregar al respecto en este capítulo especial del Programa.

VI.—ASILOS DE BENEFICENCIA—HOSPITALES Y HOSPICIOS.

La beneficencia pública en Costa Rica está debidamente atendida.

Socorrer á los enfermos; albergar la infancia desvalida, así como á los ancianos á quienes la edad ó los achaques imposibilitan para el trabajo; aislar á los que, por haber perdido la razón, constituyen una amenaza pública, ó á los que, más desgraciados aún, con entero juicio y conciencia asisten á la destrucción de su organismo, como con los leprosos acontece, á quienes la sociedad rechaza y debe amparar el Estado; ejercer, en una palabra, práctica y eficazmente el noble apostolado de la caridad humana, ha sido siempre en el país asunto mirado con solicitud sin par y con cuidadosa atención.

En la consecución de estos fines, el esfuerzo de la República ha sido de tal manera recompensado por el éxito, que en algunos casos, v. gr. la construcción y sostenimiento del Asilo Chapuí, los resultados obtenidos son justo y legítimo motivo de orgullo nacional.

Conviene desde luego observar que, fuera de dos establecimientos hospitalarios fundados por el Estado en su totalidad—el mismo Asilo dicho, y el de “Las Mercedes”—todas las demás instituciones de caridad de Costa Rica, deben su fundación y mantenimiento, única y exclusivamente, á la iniciativa privada.

Este es un hecho elocuentísimo y digno de la mayor atención, que habla muy alto en favor de la bondad de sentimientos característica de nuestro pueblo, asegurándole con verdadera justicia un puesto de honor entre las sociedades más altruistas de la tierra.

Es de notar, asimismo, que la acción municipal, llamada de toda preferencia á semejantes tareas, nunca ha contribuido á la fundación de un hospital ó asilo; á lo sumo, el municipio ayuda escasamente á la existencia de tales benéficas instituciones.

En ciertos casos y de ello tenemos más de un ejemplo, institutos de filantropía fundados por iniciativa particular ó por empeño de alguno de los grandes benefactores sociales que hacen un culto de la caridad—llegan á encontrarse sin recursos suficientes para atender á sus necesidades, por las mejoras introducidas en su servicio, por la inversión de los fondos propios en atenciones de su cargo ó por el aumento de los enfermos ó asilados admitidos bajo su protección. Es tradicional que en tales eventos el Estado haga sentir su influencia bienhechora y que, si no con la largueza que sería de desearse, siquiera con la rapidez y mínima colaboración que las circunstancias demanden, el Erario público sea partícipe en la obra generosa de cubrir el déficit y de hacerle frente á las dificultades.

El presupuesto fiscal señala la suma de 94.552.00 colones para gastos de beneficencia en el año; y fuera de aquella, las erogaciones de ese carácter son fre-

cuentas en otros ramos, lo mismo que las leyes especiales que favorecen por medios distintos los fines altísimos de la caridad nacional.

Es el espíritu público, sin embargo, el que soporta el peso más fuerte de la empresa; y al hacerlo así, cumple de modo espontáneo con los ideales cristianos, que son inspiradores de sus actos.

En su último mensaje anual al Congreso dijo el Señor Presidente de la República:

"Siendo ya, como es, bastante considerable el número y la importancia de los establecimientos hospitalarios, convendría pensar en una organización de beneficencia pública, con directorios central, provinciales y cantonales y con una reglamentación adecuada, aprovechando para ese fin el concurso de las hermandades de caridad y de los ciudadanos ó extranjeros que muestran simpatías por las clases dolientes."

La necesidad apuntada por el Señor Presidente es realmente perentoria. Las juntas de caridad funcionan con independencia absoluta en todo el país, pero reglamentando sus servicios se deducirá el provecho inmediato de armonizar las obras caritativas en sus diversos detalles, haciendo más fructuosa la protección filantrópica; y el no menor de uniformar sus tendencias y trabajos por medio de un centro orgánico que supervigilaría con beneficio de la comunidad y de los menesterosos sobre todo, las tareas caritativas.

Existen en el país cuatro asilos; el de Chapuí, el de pobres, el de leprosos y el de la infancia; un hospicio de huérfanos en la capital y dos en la ciudad de Cartago; y doce hospitales distribuidos en San José, Cartago, Alajuela, Heredia, Liberia, Limón, Puntarenas, San Ramón, Grecia y Las Cañas.

En conjunto esas instituciones asistieron en el año de 1908 ocho mil personas, con un gasto total de \$600,000.00. Sólo el Hospital de San Juan de Dios atendió á dos mil individuos; y otro tanto los hospitales de Limón.

El primer establecimiento de caridad fundado en el país fué el Lazareto, en 1833, cuyo capital, junto con el de un hospital general en proyecto, era de \$4,500.00. Dicho fondo se recolectó en contribuciones municipales y particulares voluntarias. En 1885 el Lazareto fué definitivamente radicado en las inmediaciones de la capital, al oeste de la población y cerca de la Sabana de Mata Redonda.

En el mes de mayo de 1908 los leprosos asilados en el Lazareto fueron trasladados al nuevo Asilo de las Mercedes, que tiene capacidad para ciento veinte y cinco camas y ofrece todos los requisitos higiénicos apetecibles en un instituto de ese género.

En 1845 se proyectó la fundación de un Hospital general del Estado, y su sostenimiento mediante una lotería; pero el plan fracasó por la impopularidad del medio buscado. No fué sino hasta 1852 cuando se construyó el edificio del Hospital de San Juan de Dios, que sufrió la clausura en 1861, por falta de recursos para vivir. El 8 de mayo de 1863 fué reabierto al servicio público, organizándose entonces la Hermandad de Caridad, tal como hoy existe, y poniéndose el instituto bajo el control de una Junta de gobierno que elaboró los estatutos y reglamentos que, con pequeñas modificaciones, todavía lo rigen. En el curso de su existencia ha recibido varios cuantiosos legados y donaciones de particulares; notable entre ellos es el del Presbítero José Cecilio Umaña, de grata memoria en los anales de la beneficencia nacional. El año de 1872 se llevaron á término importantes mejoras en el edificio de la institución y el régimen interior de ésta quedó á cargo de las hermanas de la caridad. En 1881 se nombró un médico interno y se abrió la sección de estadística de enfermedades. En 1888 se dividió el Hospital en dos departamentos: medicina y cirugía. Fuera de las subvenciones directas del Fisco, percibe un impuesto proporcional sobre la venta de pasajes de ferrocarril; de este auxilio disfrutaban también los hospitales de provincias.

El año de 1852, al mismo tiempo que el anterior, fué fundado el Hospital de San Rafael en Puntarenas; durante un período de veintiocho años consecutivos sólo estos dos establecimientos funcionaron en la República.

En 1880 se abrieron al servicio los hospitales de Cartago y de Liberia; en 1884 los de Alajuela y Limón; en 1888 el de Heredia; en 1891 los de Grecia y Palmares, primeras villas dotadas de Hospitales en el país; en 1895 el de Santa Cruz; y en fechas posteriores los demás.

En 1885 el Gobierno dono á la Junta de Caridad de San José \$5,000.00 para el establecimiento de un hospicio de alienados, que fué declarado nacional; á

la vez se autorizó una lotería mensual para ayudar al sostenimiento de la institución.

El 4 de mayo de 1890 fué inaugurado solemnemente el Hospicio Nacional de Locos, al que más adelante se cambió el nombre, dándole el de Asilo Chapuí que hoy lleva, en memoria del Presbítero Chapuí, gran benefactor de nuestro pueblo. Este asilo, en los diez primeros años de su existencia, asistió 740 enfermos, con resultados verdaderamente notables. Hoy el número de alienados á su cargo oscila anualmente alrededor de trescientos.

El Hospicio de Incurables, en la actualidad llamado Asilo de Pobres, fué fundado en 1879 con donaciones de particulares.

Tal es, en breve compendio, la historia de nuestras principales instituciones de beneficencia.

La Delegacion de Costa-Rica, manifiesta, al terminar este informe, su justa apreciacion de los servicios prestados por el Señor Don Guillermo Vargas, en la preparacion del mismo.

Casos Mortales de Varias Enfermedades en las Ciudades de la República. 1 de Enero al 31 de Octubre de 1909.

SAN JOSÉ.

Cáncer	27	Difteria	2
Disenteria	41	Malaria	3
Tuberculosis	53	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	12	Fiebre de Aguas Negras.	1
Influenza		Fiebre Perniciosa	
Paludismo	4	Fiebre Remitente.	
Tos-ferina	4	Sarampión	

ALAJUELA.

Cáncer	5	Difteria	1
Disenteria	11	Malaria	
Tuberculosis	8	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	6	Fiebre de Aguas Negras.	
Influenza	3	Fiebre Perniciosa	
Paludismo	2	Fiebre Remitente.	
Tos-ferina	14	Sarampión	

SAN RAMÓN.

Cáncer	1	Difteria	
Disenteria	4	Malaria	
Tuberculosis	1	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	1	Fiebre de Aguas Negras.	
Influenza	3	Fiebre Perniciosa	
Paludismo	1	Fiebre Remitente.	
Tos-ferina	1	Sarampión	

GRECIA.

Cáncer	1	Difteria	
Disenteria	7	Malaria	
Tuberculosis	2	Fiebre Biliosa	1
Tifoidea		Fiebre de Aguas Negras.	
Influenza	2	Fiebre Perniciosa	
Paludismo		Fiebre Remitente.	
Tos-ferina	6	Sarampión	

CARTAGO.

Cáncer	2	Difteria	
Disentería	3	Malaria	
Tuberculosis	2	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	1	Fiebre de Aguas Negras	
Influenza		Fiebre Perniciosa	
Paludismo	1	Fiebre Remitente	
Tos-ferina	1	Sarampión	

HEREDIA.

Cáncer	1	Difteria	
Disentería	9	Malaria	
Tuberculosis	11	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	2	Fiebre de Aguas Negras	
Influenza	2	Fiebre Perniciosa	
Paludismo	3	Fiebre Remitente	3
Tos-ferina	2	Sarampión	

SANTO DOMINGO.

Cáncer	2	Difteria	
Disentería	12	Malaria	
Tuberculosis	8	Fiebre Biliosa	
Tifoidea	1	Fiebre de Aguas Negras	
Influenza	1	Fiebre Perniciosa	
Paludismo		Fiebre Remitente	
Tos-ferina	1	Sarampión	

LIBERIA.

Cáncer	1	Difteria	
Disentería	7	Malaria	
Tuberculosis	8	Fiebre Biliosa	
Tifoidea		Fiebre de Aguas Negras	
Influenza	1	Fiebre Perniciosa	1
Paludismo	14	Fiebre Remitente	5
Tos-ferina		Sarampión	

PUNTARENAS.

Cáncer		Difteria	
Disentería	6	Malaria	1
Tuberculosis	12	Fiebre Biliosa	
Tifoidea		Fiebre de Aguas Negras	
Influenza		Fiebre Perniciosa	1
Paludismo	6	Fiebre Remitente	
Tos-ferina	3	Sarampión	1

ESPARTA.

Cáncer	1	Difteria	
Disentería	2	Malaria	
Tuberculosis	5	Fiebre Biliosa	1
Tifoidea		Fiebre de Aguas Negras	
Influenza		Fiebre Perniciosa	
Paludismo	1	Fiebre Remitente	
Tos-ferina	1	Sarampión	4

LIMÓN.

Cáncer	1	Difteria	
Disentería	11	Malaria	12
Tuberculosis	25	Fiebre Biliar	3
Tifoidea		Fiebre de Aguas Negras	2
Influenza		Fiebre Perniciosa	
Paludismo	35	Fiebre Remitente	3
Tos-ferina		Sarampión	

NOTA.—Lo que hace elevar más las cifras de mortalidad son las enfermedades de niños, particularmente: parásitos intestinales, cólera infantil, y convulsión de niños.

*Oficina Nacional de Estadística,
San José 15 de Diciembre de 1909.*

Varias Causas Mortales en las Ciudades de la República. Del 1 de Enero al 31 de Octubre de 1909.

CIUDAD DE SAN JOSÉ.

Enteritis	48	Parásitos	40
Convulsión de Niños	15	Cólera Infantil	28
Bronquitis	14	Gastro Enteritis	46
Bronco Neumonía	16		

CIUDAD DE ALAJUELA Y BARRIOS DE SAN JOSÉ, GARITA Y TUETAL.

Enteritis	6	Convulsión de Niños	6
Parásitos	24	Bronco Neumonía	6
Cólera Infantil	18	Bronquitis	2
Gastro Enteritis	5		

CIUDAD DE SAN RAMÓN.

Gastro Enteritis	1	Enteritis	1
Parásitos	7	Cólera Infantil	3
Convulsión de Niños	1	Bronco Neumonía	2

CIUDAD DE GRECIA.

Parásitos	8	Convulsión de Niños	2
Cólera Infantil	7	Bronquitis	1

CIUDAD DE CARTAGO.

Parásitos	4	Bronquitis	2
Cólera Infantil	2	Bronco Neumonía	1
Enteritis	3		

CIUDAD DE HEREDIA.

Gastro Enteritis	31	Bronco Neumonía	7
Bronquitis	4	Parásitos	4
Cólera Infantil	8	Convulsión de Niños	1
Enteritis	12		

CIUDAD DE SANTO DOMINGO.

Parásitos	2	Enteritis	1
Cólera Infantil	3	Bronquitis	2
Gastro Enteritis	7	Bronco Neumonía	3
Convulsión de Niños	1		

CIUDAD DE LIBERIA.

Bronquitis 1

CIUDAD DE PUNTARENAS.

Bronquitis	1	Convulsión de Niños	6
Parásitos	22	Gastro Enteritis	1
Bronco Neumonía	4	Enteritis	4

CIUDAD DE ESPARTA.

Parásitos 5 Cólera Infantil 1

CIUDAD DE LIMÓN.

Gastro Enteritis	15	Cólera Infantil	1
Convulsión de Niños	1	Parásitos	1
Enteritis	15	Branquitis	5
Bronco Neumonía	3		

*Oficina Nacional de Estadística,
San José 21 de Diciembre de 1909.*

Año de 1908

Varias Causas de Mortalidad, Concentración por Provincias.

CUADRO ADICIONAL.

Provincias	San José.	Alajuela.	Cartago.	Heredía.	Guanacaste.	Puntarenas.	Limón.	Totales.
Lepra	2	..	1	..	..	..	..	3
Influenza	20	45	24	7	3	4	3	106
Difteria . . . . .	..	..	..	..	1	..	..	1
Escarlatina . . . . .	..	1	..	..	..	..	..	1
Bronquitis	85	51	104	36	2	12	9	299
Bronco Neumonía	73	8	19	20	4	1	6	131
Enteritis	98	15	76	34	2	6	19	250
Gastro Enteritis	105	25	19	108	..	4	8	269
Fiebre Perniciosa	2	..	..	..	1	4	8	15
Fiebre Remitente	1	1	..	1	4	1	11	19
Fiebre Amarilla	1	..	..	..	..	..	1	2
Fiebre de Aguas Negras	2	5	1	..	..	..	3	11
Malaria	1	..	..	..	..	..	20	21

*Oficina Nacional de Estadística,
22 de diciembre de 1909.*

Concentraci3n por Provincias.

	San Jos3.	Alajuela.	Cartago.	Heredia.	Guanacaste.	Puntarenas.	Lim3n.	Totales.
C3ncer.....	52	16	16	10	5	6	3	108
Disenteria.....	103	64	61	41	13	21	20	323
Tuberculosis.....	88	26	20	33	18	30	37	252
Tifoidea.....	41	13	9	6	2	..	1	72
Influenza.....	12	23	15	10	3	3	1	67
Paludismo.....	17	14	13	6	22	12	55	139
Tos-ferina.....	25	84	5	11	9	17	1	152
Difteria.....	2	1	..	..	..	..	..	3
Sarampi3n.....	5	3	..	1	..	13	..	22
Malaria.....	8	..	1	1	..	5	23	38
Fiebre de Aguas Negras.....	1	..	..	..	..	1	2	4
Fiebre Amarilla.....	1	..	1	..	..	..	..	2
Fiebre Perniciosa.....	..	..	1	..	3	2	4	10
Fiebre Biliosa.....	..	1	1	..	..	..	3	5
Fiebre Remitente.....	..	1	1	4	6	..	3	15
Lepra.....	2	..	1	..	1	2	..	6
								1,218

Complemento Concentraci3n por Provincias, a3o de 1909 1^o de Enero 3 31 de Octubre.

Enfermedades.	San Jos3.	Alajuela.	Cartago.	Heredia.	Guanacaste.	Puntarenas.	Lim3n.	Totales.
Convulsi3n de Ni3os.....	130	94	130	25	23	21	4	427
Bronquitis.....	75	47	108	37	4	2	7	280
Bronco Neum3nia.....	25	8	8	23	9	4	3	80
Par3sitos.....	227	191	64	38	32	66	2	620
C3lera Infantil.....	142	128	47	31	..	2	1	351
Gastro Enteritis.....	80	11	10	88	1	1	16	207
Enteritis.....	93	18	52	41	17	9	17	247
								2,212

Poblaci3n de la Rep3blica, Nacimientos, Mortalidad y Tanto por mil. A3os 1901 3 1909.

A3os.	Poblaci3n.	Nacimientos.	Mortalidad.	Tanto por mil.
1900	307,499	.....	.....	.....
1901	312,819	11,387	8,151	26.57
1902	316,738	11,078	7,973	25.48
1903	322,618	11,613	7,291	23.01
1904	331,340	12,547	7,404	22.94
1905	334,297	12,594	9,205	27.78
1906	341,590	13,443	8,417	25.18
1907	351,176	14,762	8,861	25.94
1908	361,779	15,308	9,124	25.98
1909	.....	11,658	6,753	24.88
Promedio.....				25.30

*Oficina Nacional de Estadística,
San Jos3, 11 de diciembre de 1909.*

NOTAS.—A. El Año 1909 sólo comprende nueve meses, es decir; del 1^o de enero al 30 de setiembre. Los tantos por mil de cada año se calculan sobre la población al 31 de diciembre del anterior y para el año 1909 se han aumentado en un $33\frac{1}{3}\%$ á fin de obtener el tanto por mil probable de todo el año.

B. Sólo figuran los nacimientos inscritos en los Registros Auxiliares del Estado Civil y resultan cifras muy bajas, porque no todos los padres de familia cumplen con el deber de inscribir el nacimiento de sus hijos.

INFORME DEL DOCTOR HUGO ROBERTS, DELEGADO DE CUBA.

Sr. Presidente, Sres. Delegados: En cumplimiento del Programa Provisional de la presente Conferencia, tengo el honor de informar á la misma, que desde que se efectuó la 3ª Conferencia en la ciudad de México en diciembre de 1907, las medidas y leyes sanitarias dictadas desde entonces en la República de Cuba, á la que me honro representar, y que se encuentran vigentes en la actualidad, son las siguientes, por orden cronológico:

En 20 de octubre de 1908, el Gobernador Provisional de Cuba, Mr. Charles E. Magoon, dictó el Decreto No. 1024, estableciendo las bases para la redacción de un Reglamento para el ejercicio de la profesión de Farmacia, Comercio de Drogas y productos Medicinales, la preparación de Especialidades farmacéuticas y la elaboración y venta de sueros y substancias para vacunar. Este reglamento se encuentra en vigor desde el 18 de julio ppdo. y ha substituído á las Ordenanzas de Farmacia que regían el ejercicio de esta profesión desde el año 1860; y ha venido á llenar un vacío que realmente se hacía sentir para que la práctica de la farmacia en Cuba estuviera de conformidad con los progresos realizados en esa vía y las garantías que requiere el ejercicio de una profesión tan relacionada con los intereses de la salud pública. Con tal motivo se promulgó también un Decreto poniendo en vigor la Farmacopea de los Estados Unidos, 8ª revisión, traducida al español.

Desde el 28 de enero del año 1909, rige también en Cuba la Ley del Poder Ejecutivo y el Reglamento para el Gobierno de las Secretarías de Despacho. En virtud de esta Ley se ha creado en Cuba la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, que era anteriormente una rama de la Secretaría de Gobernación, á cuyo cargo estaban ambos importantes servicios. La Secretaría viene funcionando desde aquella fecha con el éxito más favorable. El Dr. Matías Duque y Perdomo ocupó el primero tan elevado puesto, y habiendo renunciado su cargo en octubre último, fué nombrado para el mismo el Dr. Manuel Varona Suarez, que lo viene desempeñando. Cábele el honor á la República de Cuba de ser la primera nación que ha establecido un departamento de gobierno del Poder Ejecutivo para Sanidad y Beneficencia, ejemplo que, en vista de los provechosos resultados que se obtengan, será seguido en no lejano plazo por otras naciones.

Desde el 1º de julio ppdo. está en vigor la Ley del Servicio Civil, para establecer y mantener con la inamovilidad del empleado, un servicio civil eficaz y honrado en todos los Departamentos y dependencias del Gobierno Central, Provincial y Municipal de la República, con lo cual indudablemente se le presta un apoyo firme á los servicios de sanidad, emancipándolos de las influencias y de las luchas de los partidos políticos en cuanto garantiza su puesto al empleado cumplidor de sus obligaciones.

Se ha creado en la Dirección de Sanidad una Sección para la Investigación y Estudio de las Enfermedades Infecciosas, compuesta de personal competente y de los recursos materiales necesarios, cual es un laboratorio especial, para su importante misión. Sus trabajos se publicarán en "Sanidad y Beneficencia," Boletín Oficial de la Secretaría, publicación que se dió á luz en abril último, y que constituye uno de los programas más notables de la nueva Secretaría.

Por Decreto Presidencial de 19 de julio próximo pasado el servicio de limpieza de calles, recogida y disposición de basuras y desinfección de cloacas y zanjas de la ciudad de la Habana, que correspondía á la Secretaría de Obras Públicas, ha pasado á la de Sanidad y Beneficencia que desde entonces lo viene efectuando, como ya lo practicaba en las demás poblaciones de la República.

En el Hospital de Enajenados de "Mazorra," se ha instalado desde los comienzos del año económico una Escuela Especial de Enfermeras (Nurses) para la mejor y más apropiada asistencia de los dementes; escuela á cuyo frente se hallan como maestras, *nurses* expresamente contratadas al efecto en Inglaterra. También funciona, adjunta al Dispensario de Tuberculosis, una escuela de enfermeras especialistas en la asistencia de otros enfermos, que prestan servicio no solo en el Dispensario, sino que van también á los hogares

de los tuberculosos pobres á, prestarles sus auxilios y sus consejos, dirigidas por los profesores médicos del Dispensario.

Con respecto á la Tuberculosis, séame dable manifestar que en ese uno de los más salientes puntos de mira de la nueva Secretaría, y que al Sanatorio "La Esperanza," establecido ya en un lugar apropiado como á diez kilómetros de la Habana, le acompañarán otros en varios lugares de la República, cuya creación se tiene en proyecto, así como otras medidas tendentes á disminuir los estragos de la Tuberculosis, evitando su propagación.

Por el Ayuntamiento de la Habana se acaba de instalar el Hospital de Emergencias, para prestar, como lo indica su nombre, auxilio inmediato en casos de heridas, lesiones, accidentes, etc., antes de ser trasladados los pacientes á sus domicilios ó á algún otro Hospital.

En la Dirección de Sanidad se ha creado un Negociado de Ingeniería Sanitaria, para resolver los respectivos asuntos en toda la República.

Conocedora la Dirección de Sanidad del gran provecho que podría obtenerse instruyendo al pueblo acerca de las enfermedades contagiosas y evitables en gran parte por el esfuerzo propio, ha dirigido también en ese sentido sus trabajos; y por medio de cartillas populares, profusamente repartidas, en términos vulgares, se le ha dado á conocer lo que es la tuberculosis; cómo se realiza la infección; como se protege una persona contra la tuberculosis; y se dan consejos especiales á los que estén en peligro de adquirir dicha enfermedad, así como la conducta que deben seguir los enfermos para evitar el contagio á sus allegados, con los que hacen vida en comunidad. El dispensario para enfermedades del pecho, donde reciben consultas médicas y medicamentos gratuitos los que allí acuden, contribuye también en gran parte, junto con la institución "Liga Contra La Tuberculosis," á la campaña sin cuartel que en Cuba se lleva á cabo contra esta enfermedad.

Pero no es, Señores, sobre la tuberculosis solamente, en lo que se trata de ilustrar al pueblo para que evite su adquisición. Contra otras enfermedades, evitables también en gran parte por prevenciones individuales, se instruye constantemente á los no profesionales, y en ese sentido se han impreso cartillas con instrucciones populares, que contienen las recomendaciones que han de seguirse para evitar la contaminación de la fiebre tifoidea, escarlatina, etc. El Boletín Oficial de la Secretaría de Sanidad, á que hace un momento me referí, no sólo contiene la estadística sanitaria y demográfica de la Nación completamente clasificada, sino también las observaciones meteorológicas, así como trabajos de propaganda científica, tanto de origen extranjero como de profesores cubanos. Tengo el honor, Señores, de acompañar los impresos á que he hecho referencia á fin de que sean conocidos por mis ilustres compañeros.

Debo informar, Señores, que las condiciones actuales de nuestras ciudades, tanto del interior como los puertos de mar, son excelentes. Los acuerdos adoptados por las tres Conferencias anteriores han sido puestos en vigor, y á los funcionarios médicos se les ha ordenado que traten de ajustarse á dichos acuerdos; y no sólo hemos evitado la introducción de la fiebre amarilla, peste, cólera, etc., sino que también hemos logrado erradicar, desde hace ya tiempo, el brote de epidemias de fiebre amarilla que se inició en Cuba el año de 1905.

Un triunfo no menos manifiesto es el que sobre la viruela hemos obtenido; esta enfermedad universal, y que por mil caminos distintos ha llegado á Cuba, es desconocida por nuestros jóvenes médicos, pues hace más de diez años en Cuba no ha existido un sólo caso, si se exceptúan los tenidos en nuestras estaciones de detención cuarentenaria procedentes del exterior.

Obras de dragado, abastecimiento de agua y alcantarillado, se están ejecutando en algunas de nuestras poblaciones á fin de mejorar las condiciones actuales, debiendo hacer una mención especial del alcantarillado de la ciudad de la Habana, cuyo costo está presupuestado en \$16,000,000 y hace unos tres meses fueron iniciados los trabajos.

El éxito de los esfuerzos que constantemente hace la Secretaría de Sanidad para mejorar la salud pública, no podría ser apreciado si hechos tangibles no lo demostraren; y como apoteosis de ellos, puede presentarse nuestro coeficiente de mortalidad. En los 6 primeros del año actual, nuestro coeficiente de mortalidad ha fluctuado entre 12 y 14.44 por mil al año, dando un coeficiente medio de 12.79 por mil al año en el primer semestre del año actual, cifra que por sí sola es lo suficiente para colocar á la nación cubana entre las naciones que con celo velan por su estado sanitario.

INFORME DEL DR. MANUEL CAMILO VIAL, DELEGADO DE CHILE.

Señores: Cábeme la íntima satisfacción al presentarme entre vosotros de poder dar cuenta de que con fecha 23 de julio del presente año ha sido promulgado en mi País como ley de la República el Pacto Internacional suscrito por los Delegados en la Convención de Washington del año 1905 (Anexo 1).

El 30 de Mayo del año de 1908 el Gobierno de la República decretó la creación de la Comisión Chilena Sanitaria Internacional Informadora de las Repúblicas Americanas con residencia en Santiago y compuesta de los doctores Ricardo Dávila Boza, Director del Instituto de Higiene, Lucio Córdova, Secretario del Consejo Superior de Higiene Pública, y Pedro Lautaro Ferrer, Inspector Sanitario de la República (Anexo 2).

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN CHILE.

Peste bubónica. Hemos tenido durante los años 1908 y 1909 algunos casos de peste bubónica en Arica, Yquique, Antofagasta, Taltal, Tocopilla y Valparaíso y una epidemia en Mejillones.

En Arica hubo el año 1908 43 casos de peste con 11 defunciones. En el presente año hasta el 1° de Diciembre sólo 32 casos. La estación sanitaria de Arica aísla y cura á los enfermos, desquiza los casos ocultos, desinfecta las habitaciones, aísla ó somete á la vigilancia médica á las personas que han estado en contacto con los pestosos, ayudada de la autoridad administrativa que practica constantes visitas domiciliarias, asea las calles y las casas y hace clausurar las habitaciones por tiempo determinado. (Anexo 3 Memorias de la estación sanitaria de Arica.)

En Yquique durante el año 1908 hubo 203 casos de peste bubónica y 70 fallecidos. De los 133 casos dados de alta, 64 corresponden á enfermos tratados en su domicilio y 69 tratados en el Lazareto.

Durante el presente año solo se han presentado 75 casos de dicha enfermedad.

El Laboratorio Químico Municipal es el encargado de las desinfecciones domiciliarias y está dotado de buenos laboratorios químico y bacteriológico. (Cuadros estadísticos Anexo 4.)

En Antofagasta en 1908 hubo 171 casos de peste con 59 defunciones.

El Supremo Gobierno dada la importancia é incremento cada día mas creciente de este puerto hace construir actualmente, obras de saneamiento que en poco tiempo mas le permitirán contar con una red de desagües, mayor dotación de agua potable y una red especial de distribución de agua de mar para sus servicios de lavado del alcantarillado, para una instalación de grifos contra incendios y demás usos públicos y particulares en que pueda emplearse.

En Taltal y Tocopilla los casos han sido relativamente pocos y en el primero de estos puertos la Dirección de Obras Públicas tiene estudios terminados de obras de alcantarillado y aguas potables que en breve serán una realidad.

En Valparaíso, primer puerto comercial de Chile, también ha habido algunos amagos de epidemias que han sido á tiempo conjuradas gracias á las enérgicas medidas de su autoridad administrativa conjuntamente con sus servicios de asistencia pública municipal.

Desde Diciembre de 1907 á Diciembre de 1908 hubo 59 casos con 27 defunciones. En el presente año no se ha presentado ningún caso.

Las obras de reconstrucción del barrio del Almendral que quedó destruido con el terremoto del año 1906 se lleva á efecto con suma actividad lo que le permitirá contar con amplias avenidas, con abundantes jardines, con sus cauces arreglados y en breve con un servicio de asistencia pública municipal bastante completo y en edificio propio y adecuado. (Anexo 4, bis, planos, etc.)

En Mejillones, puerto recientemente abierto al comercio internacional unido por ferrocarril á Antofagasta, ha habido una epidemia de peste bubónica que ha durado desde fines de 1908 hasta Setiembre del presente año.

El Gobierno central se vió obligado á organizar un servicio extraordinario enviando al Inspector Sanitario doctor Ferrer con amplias facultades para organizarlo y dirigirlo y con un personal completo de enfermeros y desinfectadores.

El total de casos tratados á domicilio y en los lazaretos fué de 177 con 61 defunciones ó sea el 34.36%. El método profiláctico empleado por el doctor Ferrer consistió en hacer aplicaciones de suero de Yersin seguido tres días despues de la aplicación de la vacuna de Haffkine.

Tanto el personal sanitario como las familias de los enfermos fueron inmunizados de este modo ó sea un total aproximado de 300 familias, lo que dió un resultado brillante sin accidentes graves.

El suero antipestoso de Yersin y la vacuna de Haffkine no se preparan aun en el Instituto de Higiene de Santiago, encargándolo periódicamente el Gobierno al Instituto Pasteur de Paris y repartiéndolo gratuitamente en todo el país donde las necesidades lo requieran para uso de los lazaretos y en ocasiones especiales para uso de los particulares.

La fiebre amarilla y el cólera no existen en Chile ni han llegado á sus puertos casos venidos del extranjero.

Casos de tracoma y beri-beri han llegado en vapores procedentes de Hong-Kong pero la estación sanitaria de Arica ha tomado medidas especiales y el Supremo Gobierno con fecha 26 de junio las completaba por decreto supremo N° 2909 (Véase Memoria de la estación sanitaria de Arica).

El Supremo Gobierno asesorado del Consejo Superior de Higiene Pública estudia en la actualidad un reglamento que impida que la inmigración asiática en especial, lleve á nuestro país esta nueva calamidad.

El Paludismo existe en las poblaciones y el Valle de la provincia de Tacna, pero en casos aislados y la estación sanitaria de Arica ha hecho y continúa haciendo estudios especiales de esta afección para someter á la consideración del Gobierno aquellas medidas de higiene y saneamiento que mejoren el estado sanitario de aquella provincia cuyo clima benigno y cuya uniformidad de su temperatura media, permitirá hacerla de las mas salubres.

La viruela ha sido la enfermedad infecto-contagiosa que mas ha azotado nuestro país en forma endémica y epidémica.

La viruela disminuye á veces hasta casi extinguirse por completo para reaparecer mas ó menos pronto causando nuevos y terribles estragos. En los años 1906 y 1907 la mortalidad disminuyó hasta el punto de hacernos concebir esperanzas en su desaparición quedando sólo casos aislados en la provincia de Concepción y en la frontera araucana. En Enero del presente año se presentaron los primeros casos de peste en Santiago en los mismo barrios Norte y Noroeste de la ciudad que en otras ocasiones habían sido atacados. La enfermedad avanzó rapidamente hasta el punto de obligar á las autoridades á tomar medidas extraordinarias. El día 4 de mayo decretaba el Gobierno la Ley de Policía Sanitaria para la ciudad de Santiago y el 29 de mayo para toda la provincia (Anexo 5).

Una Junta especial de Sanidad se organizó para combatir la epidemia presidida por el Intendente de la Provincia y de la cual también formaban parte el Presidente del Consejo Superior de Higiene, el Presidente de la Junta Central de Vacuna, el Primer Alcalde de la Municipalidad y el Jefe de la Sección de Seroterapia del Instituto de Higiene. Esta Junta de Sanidad acordó aumentar el personal de vacunadores extraordinario y aceptar el ofrecimiento de los estudiantes de Medicina para proceder á la vacunación rápida de la población.

Se aumentó el producto de virus vacunífero fabricado por la Sección de Seroterapia del Instituto de Higiene y se procedió al aseo de la población. La cantidad de vacuna entregada á la Junta Central de Sanidad desde el 23 de abril al 23 de julio del presente año fué de: 121,226 placas para vacunar cinco personas cada una y 445 tubos para vacunar 25 á 50 personas cada uno ó sea la vacuna necesaria para efectuar 617,265 vacunaciones.

El número de vacunaciones que se efectuaron durante la misma época alcanzó á 28,601 primeras vacunaciones, 161,505 revacunaciones ó sea un total de 190,106.

Los casos de viruela atendidos en el Lazareto de San José desde enero 1° á noviembre 30 del presente año fueron de 3,800 con 2,071 fallecidos ó sea el 54.50%; los casos tratados á domicilio han sido incalculables.

La enfermedad dominó entre la gente del pueblo desaseada y torpe; á quienes no se les podía hacer comprender que la vacuna podía evitar la enfermedad y en aquellos barrios relativamente apartados. El Gobierno dió á la Municipalidad

toda clase de facilidades y dinero para efectuar el aseo de la ciudad y á la Junta de Beneficencia para hospitalizar los enfermos. El servicio médico de la policía se encargó de efectuar las órdenes de la Junta de Sanidad y de hacer cumplir las ley de Policía Sanitaria. En los primeros días de Diciembre ya dominada la epidemia quedaban sólo algunos enfermos en el Lazareto.

La comunicación de Santiago con las provincias facilitó la propagación de la viruela á algunas de ellas pero sin que en ninguna se hayan presentado casos en número extraordinario.

La Ley de Vacunación obligatoria no existe aún en nuestro país, de allí la causa de la existencia aún, de la enfermedad en él.

Conocido éste como el único medio profiláctico de esta enfermedad, los higienistas vienen trabajando desde hace muchos años por conseguir de nuestras Cámaras una ley que haga obligatoria la vacunación y sólo recientemente el Supremo Gobierno ha incluido este proyecto, entre los asuntos de que puede ocuparse el Congreso en el actual período de sesiones extraordinarias.

La difteria, la fiebre tifoidea y la escarlatina suelen presentarse también de tarde en tarde en pequeños focos epidémicos.

El diagnóstico bacteriológico de la difteria y la fiebre tifoidea se hace gratuitamente para el público en el Instituto de Higiene de Santiago. En 1906 hubo 82 casos de difteria en Santiago y 70 casos declarados, en lo que ya corrido del presente año. El suero antidiftérico lo prepara la Sección de Seroterapia habiendo fabricado en 1908, 2,051 ampollas de veinte centímetros cúbicos y los reparte gratuitamente al público á la presentación de una orden de cualquier facultativo. La fiebre tifoidea se ve principalmente á comienzo del Otoño en personas llegadas de fuera de Santiago originado casi siempre por las malas condiciones del agua de bebida en los campos donde las familias veranean. Durante el año 1908 se declararon 120 casos en la capital y 92 en lo que va corrido del presente año.

La escarlatina ha sido declarada 88 veces en 1908 y 56 veces en el presente año.

TUBERCULOSIS EN CHILE.

Por decreto de 15 de abril de 1902 se aprobó los Estatutos y concedió personería jurídica á la Institución denominada "Liga contra la tuberculosis de Santiago" y el año 1903 se constituyó legalmente la "Asociación de Señoras contra la Tuberculosis."

La Liga contra la tuberculosis fundó y ha dado desenvolvimiento á un Sanatorio Marítimo que fué inaugurado en el puerto de Cartagena el año 1906 y que tiene por objeto la asistencia de niños linfáticos y escrofulosos.

Se han atendido hasta el presente ciento veintisiete niños de ambos sexos de 6 á 14 años de edad; habiendose proporcionado á estos niños un total de 6,488 estadías, á cada uno de ellos les ha correspondido en término medio una estadía de 51 días. Los cuadros de la Memoria última, manifiestan los buenos resultados obtenidos anotando un aumento término medio de 6 kilogramos en cada niño durante dichos 51 días, á lo cual debe descontarse el aumento de peso del crecimiento normal de cada niño.

La Asociación de Señoras contra la tuberculosis ha fundado en Santiago dos Dispensarios Antituberculosos que procuran llenar del mejor medio posible la noble misión social que les está encomendada. En la ciudad de Sta Rosa de los Andes existe un sanatorio para enfermos adultos tuberculosos fundado por la filantrópica Señora Juana Ross de Edwards. (Anexo 17. Documentos que detallan estas obras.)

ORGANIZACIÓN SANITARIA.

La organización de los servicios sanitarios en Chile reposa por una parte en la Ley de 22 de Diciembre de 1891, que fija las atribuciones del Poder Municipal y por otra parte, en una disposición constitucional (Artículo 73 de la Constitución del Estado) que reconoce el derecho de inspección del Presidente de la República sobre todo los objetos de policía y todos los establecimientos públicos. La autoridad municipal debe atender el servicio de desinfección, la vacunación antivaredónica, la policía sanitaria de los animales, la higiene de la vida pública, la provisión y distribución del agua potable, el saneamiento del suelo, la higiene escolar, el establecimiento de inspección de mataderos ó mercados propios y particulares, la reglamentación é inspección de los establecimientos de expendio

de bebidas y sustancias alimenticias, la higiene de la habitación, la higiene de los establecimientos peligrosos, incomodos ó insalubres, la inspección del expendio de medicamentos, la reglamentación de los establecimientos destinados al público, de hospitales, asilos y cementerios, la estadística del territorio municipal y la organización de un servicio de inspección sanitaria.

La autoridad municipal tiene pues poder para reglamentar todas las ramas de la higiene pública y la autoridad central solo la Policía Sanitaria exterior y el derecho de inspección sobre los servicios sanitarios. La Ley de 1891 no cuidó de armar á la Municipalidad de facultades suficientes para la realización de tan enorme tarea y no cuidó de proporcionarles rentas para atender dichos servicios ni facultad del Poder Central para obligarlas á cumplir dichas obligaciones cuando fueren indiferentes en materia de higiene pública. De aquí que la Ley de 1891 no haya logrado formar una administración sanitaria en conformidad á las exigencias del país. Pocas Municipalidades han correspondido á la confianza que depositaron en ellas los Legisladores de aquel año, encontrándose exceptuadas las de Santiago, Valparaíso, Yquique, Talca y especialmente la de Puntarenas que han organizado algunos de sus servicios sanitarios.

El Supremo Gobierno ha tenido que hacerse cargo del servicio de desinfección pública, del servicio de vacuna, de la casi totalidad de los servicios de provisión y distribución de agua potable, de saneamiento de las poblaciones, de la higiene de las habitaciones, de la higiene escolar, de la inspección del expendio de medicamentos, etc.

Servicio de Desinfección.—El Gobierno implantó este servicio en Santiago el año 1896, encargando mas tarde en 1898 varias estufas de desinfección con motivo de la aparición de la peste bubónica en Lisboa, que enseguida fueron distribuyéndose á diversas ciudades importantes de la República. Por ley de 1903 se autorizó al Presidente de la República para establecer y mantener desinfectorios públicos en las ciudades de Yquique, Antofagasta, Coquimbo, Serena, Valparaíso, San Felipe, Curicó, Talca, Chillán, Concepción, Talcahuano, Los Angeles y Valdivia.

En 1907 se encontraban funcionando siete desinfectorios y dos en estado de funcionamiento. Actualmente se instalan los restantes.

Servicio de Vacuna.—El Gobierno del País mantiene este servicio gratuito para el público por intermedio de la Junta Central y hace preparar el virus vacunífero necesario á las vacunaciones en el Laboratorio de Seroterapia del Instituto de Higiene; antes Instituto de Vacuna Animal.

La provisión y distribución de agua potable.—Estas son obras costosísimas, difíciles, que requieren grandes recursos y un personal técnico capaz de preparar los proyectos y vigilar su construcción. Casi la totalidad de los servicios de agua potable de la República han sido efectuadas sus construcciones por el Gobierno, reglamentado su servicio, sostenidos por él y más tarde llevadas á cabo sus obras de mejoramiento. Los siguientes servicios se hallan en explotación:

Fiscales.—Coquimbo, Ovalle, Chincolo, Ligua, Los Andes, Valparaíso, Santiago, San Bernardo, Melipilla, Bengo, San Fernando, Curicó, Talca, San Javier, Cauquenes, Quirigue, Chanco, Constitución, Concepción, Talcahuano, Coronel, Los Angeles, Arauco, Lebu, Cañete, Angol, Valdivia, Vicuña, San Felipe, Linares, Chillán.

Municipales.—Tacna, Vallenar, Serena, Petorca, Putaendo, Quillota, Rancagua, Ninhue, Yumbel, Tomé, Puerto Montt y Puntarenas.

Particulares.—Yquique, Tocopilla y Antofagasta.

Obras de mejoramiento en ejecución.—San Felipe, San Fernando, Linares, y Chanco.

Obras nuevas en ejecución.—Copiapó, Combarbalá, Quilqué, San José de Maipo, Mulchen, Collipulli y Victoria.

Obras con estudios terminados, de mejoramiento.—Molina, Cauquenes, Quirique y Angol.

Obras nuevas con estudios terminados.—Yllapel, Limache, Casablanca, Buin, Curepto, Parral, Yungay, Concepción, Talcahuano, Nacimiento, Tucapel, Temuco y Osorno.

Obras en estudios de mejoramiento.—Vicuña y Talca.

Obras nuevas en estudio.—Taltal, Los Vilos, La Calera, Peumo, San Carlos, Florida, La Unión, Castro. (Anexo 6 Cuadros y detalles completos de la mayor parte de estos servicios.)

En Santiago que se surte de las fuentes de Vitacura y de Ramón hubo en

1908 una producción media que varió de 55,944 metros cúbicos en diciembre á 80,821 en el mes de enero y un consumo medio variable de 51,430 metros cúbicos en el mes de junio á 56,914 en el mes de diciembre.

La extensión de la red de cañería el primero de enero de 1908 era de 305,393.87 metros y el 1º de enero de 1909 de 320,367,27 y el 30 de octubre del presente año de 337,154,22.

La producción media diaria durante el año 1909 y el consumo cuyos cálculos aún no están terminados, pueden estimarse en las siguientes cantidades:

Producción de Vitacura.....	36,000 M ³
Quebrada de Ramón.....	14,500 M ³
Ó sea un total de.....	<u>50,500 M³</u>

La escasez de agua durante los últimos dos años se debe á la poca cantidad de nieve caía en la cordillera.

En las vertientes subterráneas de Vitacura que se captan á una altitud de 620 metros por medio de cañerías de drenaje cuyo desarrollo es actualmente de 1.800 metros queda una zona cuyas vertientes no estaban captadas y que en 1908 se principiaron los trabajos para captarlas. Dichos trabajos estarán terminados para el año 1910 y se espera obtener de Vitacura una producción media diaria de 75,000 metros cúbicos que agregados á la producción, término medio diaria del estero de la Quebrada de Ramón que es de 23.000 metros cúbicos dará un término medio diario de 98.000 metros cúbicos para la ciudad de Santiago.

Está actualmente en ejecución un estanque nuevo de distribución con capacidad para 40.000 metros cubicos cuyo costo será de un millón de pesos moneda nacional.

OBRAS DE SANEAMIENTO.

Las obras destinadas á mejorar la salubridad de las ciudades y habitaciones han tomado gran desarrollo con los adelantos realizados por la Ciencia Sanitaria, en protección de la vida. La importancia de los servicios de esas obras se justifican plenamente pues en la salubridad pública reposa el bienestar y progreso de un pueblo. El establecimiento de obras herméticas debajo de la superficie del suelo, á fin de conducir en el mas breve tiempo posible las aguas usadas y materias fecales fuera del recinto habitado es condición indispensable para el saneamiento de una población. Esto tampoco puede ser obtenido por las Municipalidades; el alcantarillado en algunas de las ciudades mas importantes de la República conjuntamente con sus demás obras de saneamiento, que va á cambiar por completo la moribilidad de aquellas poblaciones, no ha sido obra de sus Municipalidades sino el fruto de la acción del Gobierno de la República.

El Supremo Gobierno, á fin de que la oficina que tiene á su cargo la ejecución de las obras de saneamiento fuese una sola oficina técnica conjuntamente con la inspección de aguas potables, resolvió que ambas dependiesen de la Dirección de Obras Públicas, según la ley nº 1835 de 14 de febrero de 1906.

Alcantarillado de Santiago. Aprobado con fecha 27 de Diciembre de 1904 el proyecto presentado por la Empresa Batignolles Fould (propuesta B.) se inauguraron los trabajos de alcantarillado de la capital el 12 de Agosto de 1905.

El proyecto de desagües está concebido según el sistema unitario, del trazado de la red en zig-zag y se ha adaptado casi en toda la ciudad el lavado continuo. El proyecto que se ejecuta está compuesto de dos redes separadas, la del Sur del Rio Mapocho que va á terminar al Zanjón de la Aguada á dos y medio kilómetros de la ciudad y la del Norte el Rio Mapocho que va á terminar más ó menos á la misma distancia al mismo rio, por medio de un emisario. La red tiene un desarrollo total de 304 kilómetros y el monto del contrato en ejecución suma la cantidad de \$16,780,000 oro de dieciocho peniques y \$3,730,000 moneda nacional para el ensanche del servicio de agua potable y reposición de la pavimentación. Se ha estudiado cuidadosamente la distribución de la red, la limpieza automática de la misma, su ventilación y los campos de depuración que podrían servir para cuando el Gobierno crea conveniente vaciar así las aguas servidas del colector, en ambos barrios Sur y Norte de la población. Únicamente se desparramarían sobre los campos de *épandaje* las aguas servidas suministradas

por los alcantarillados en tiempo seco y nadie duda de las ventajas que reportaría á la agricultura, la utilización de ellas en esta forma.

Se ha calculado el volumen de líquidos que arrastrarían los emisarios en un año en 120,845,358 metros cúbicos lo que podría servir para regar una superficie de terreno de 1,208 hectáreas, admitiendo que cada hectárea es susceptible de purificar al año 100,000 metros cúbicos de agua servida.

Se ha consultado una red de alcantarillas de una capacidad suficiente para conducir las aguas usadas y las aguas lluvias de la población (Anexo 7 Memoria presentada al Ministerio del Interior sobre los antecedentes de la licitación y contratación del alcantarillado de Santiago por A. Bertrand, documentos y láminas, breve exposición del trabajo realizado por la Sección Técnica de la Dirección Fiscal del mismo y reglamento para la construcción de sus instalaciones domiciliarias).

La longitud de las canalizaciones efectuadas hasta octubre del presente año es de 305,347 metros; el número de obras anexas es de 3,060; el número de uniones domiciliarias para los desagües de las casas y arranques ciegos para futuras uniones es de 18,730; los canales emisarios de la parte Sur de la ciudad tienen ya 3,500 metros de longitud y actualmente se encuentra en explotación el alcantarillado en la parte central de la ciudad.

Las instalaciones domiciliarias efectuadas conforme á reglamentos y que en su mayor parte se encuentran desaguando ya al alcantarillado son más ó menos 1,200 y las obras de alcantarillado de las calles que se encuentran ya muy avanzadas permiten establecer aproximadamente el valor total de ellas en 12,900,000 pesos.

Alcantarillado de Antofagasta.—Estas obras actualmente en construcción según el proyecto Ateaga, aprobado por el Supremo Gobierno, consulta un servicio de alcantarillado de la población para alejamiento de sus aguas servidas y una red de distribución de agua de mar para el lavado de las alcantarillas, para el servicio contra incendios, etc.

Antofagasta se desarrolla desde el pie de una cadena de cerros hasta el mar, en faldeo de inclinación gradualmente decreciente de 6 á 7 por ciento, hasta ser casi nula en la faja de la ribera; hay marcadas diferencias entre las dos zonas de la ciudad separadas por la línea del ferrocarril. Desde el punto de vista del saneamiento general de la ciudad ambas zonas son separables, por sus marcadas diferencias de alturas y pendientes, teniendo la zona superior ó ciudad alta mayores facilidades para el desarrollo del colector y desague del emisario. Pero si teóricamente sería mas perfecta la separación de servicios es mas recomendable practicamente una red única.

La planta de la ciudad hace preferible el trazado en zig-zag de las cañerías del alcantarillado porque se uniforman en lo posible tantos sus pendientes generales como su desarrollo. Solo aislados y cortos trayectos de la parte baja no es posible servirlos con la disposición en zig-zag porque existen contrapendientes locales que si no se respetaran obligarían á salvarla con costosos heridos. Para la primera parte el lavado será automático y permanente, para la segunda por medio de aparatos de lavado intermitente. Se ha dado mucha importancia á la disposición y eficacia del lavado porque la red de alcantarillado es de dimensiones no visitables y en tal caso el lavado continuo es una garantía de limpieza permanente de la red y de buena ventilación para la inspección y limpieza del alcantarillado; se consulta un buen número de cámaras de visita que conjuntamente con la rapidez del desague influirán favorablemente en su ventilación.

No siendo posible disponer al presente ni para el futuro de mayor proporción de agua potable, se hace necesario completar la dotación con agua de mar por medio de una nueva red de distribución que fácil y economicamente pueda servir el lavado de los desagües, servicio contra incendios, riego de calles, limpia de casas y patios, servicio de baños y water closet, etc. Este servicio requerirá una planta mecánica para elevar el agua á sesenta metros de altura; esta red de distribución de agua de mar constará de tres secciones: red de distribución, estanque de almacenamiento y planta motriz elevadora.

El costo del presupuesto Ateaga es:

—red de alcantarillado (oro de 18 peniques).....	\$397,198.08
—red de lavado.....	42,273.70
—red de distribución.....	192,102.90

El cálculo de los Ingenieros, del costo de elevación de agua de mar es de diez centavos el metro cúbico, cifra insignificante con relación al precio del agua potable y la dotación de agua de mar calculada por habitante es de 75 litros diarios, suma suficiente que asegurará un buen funcionamiento del alcantarillado y de los demás servicios de que ya hemos hablado. (Anexo 8, planos, detalles, etc.)

Alcantarillado de Talca.—El proyecto de saneamiento de la ciudad de Talca consulta las tres partes siguientes: alcantarillado, cañería para el lavado de la red de alcantarillado y desviación del estero Baeza.

El trazado de la red de desagües es en zig-zag; se usarán las aguas que actualmente surten las acequias de la ciudad para satisfacer las exigencias del lavado de la red de alcantarillado, estableciendo con este objeto una red especial de cañerías que harán el lavado continuo de las alcantarillas. La descarga del emisario se hará en el estero Piduco, en el punto en que desemboca el Canal Echeverría.

El estero Baeza que atraviesa la zona más poblada de la ciudad y que recibe no solamente el agua de las acequias sino también los desperdicios de las habitaciones que colindan con él, sería una vez terminadas las obras de alcantarillado una cloaca de infección para la ciudad; se impone por consiguiente para ser una obra completa de saneamiento cambiar las condiciones de dicho estero y la mejor solución y la más económica que se ha encontrado, es desviarlo fuera del recinto habitado de la ciudad para vaciarlo al río Claro, al cual actualmente afluye.

La ciudad de Talca se abastece actualmente de agua potable con la vertiente "el Monte Baeza" y con las aguas de la capa aurífera subterránea que existe en un potrero del fundo San Luis y que se captan por una galería de 1,650 metros de longitud. Se ejecutan en la actualidad trabajos para aumentar la dotación de aguas, dando á la galería San Luis Mayor profundidad, disminuyendo la pendiente y aumentando el desarrollo, lo que se calcula una vez terminado dicho trabajo dará una producción de cien litros por habitante en veinticuatro horas; en estas condiciones no es posible distraer el agua potable para el lavado de la red de alcantarillado y se va á proceder con economía y mejor acierto, utilizando las aguas de que dispone la ciudad para la dotación de sus acequias.

La población actual de la ciudad de Talca se estima en 40,000 habitantes pero como las obras de alcantarillado se construirán para un período no inferior á sesenta años se han hecho bajo el cálculo de una población de ochenta mil. (Anexo 9 plano de la ciudad y de sus obras de saneamiento.)

Alcantarillado de Curicó.—La ciudad de Curicó tiene la población que oscila al rededor de 15,000 habitantes; se ha calculado estas obras bajo el supuesto de una población bastante superior.

El proyecto comprende una red de sistema unitario que se extiende á la parte de la ciudad comprendida entre la Alameda, Avenida Camilo Henriquez, Calle O'Higgins y Calle San Martín; para el ensanchamiento futuro, se ha tomado en cuenta la parte de la ciudad que se encuentra al oriente de la Alameda con sistema separado y la parte que se extiende al Norte de Camilo Henriquez con igual sistema.

En vista de las ventajas que tiene para la explotación de la red el lavado continuo sobre el intermitente, se ensayó el trazado en zig-zag que procura su mejor utilización pero la debil pendiente del terreno y su dirección en relación con el punto de desagüe elegido y la pequeña profundidad á que era necesario llevar la red debido á la napa subterránea no hicieron aceptable su empleo; se adoptó el trazado rectangular, colocando en las calles de mayor pendiente cañerías primarias dotadas de lavado continuo y en las calles normales á las anteriores cañerías secundarias de una cuadra, provista de lavadores automáticos por golpes de agua. La ventilación de la red se hace por las cámaras de visita y por las uniones domiciliarias; los resumideros llevan cierre hidráulico.

El lavado de la red es continuo en todas las cañerías primarias y las aguas para efectuar dicho lavado se toman del canal municipal que tiene un gasto medio de 400 litros por segundo necesitándose para el lavado continuo sólo 210 litros por segundo. Debido á cierta circunstancia se suprimió la red de agua de lavado tomando dichas aguas directamente del Canal municipal que pasa por la Alameda y que tiene un revestimiento de albañilería en buen estado. Las cañerías secundarias tienen todas, lavado intermitente por medio de golpes

de agua (lavadores, tipos Geneste-Herschler). Para la introducción de las aguas lluvias en la red se consultan tres resumideros por manzana. El emisario desagua en el río Huaiquillo á dos kilómetros al Sur de Curicó y ál lado del puente del ferrocarril Central.

El presupuesto para dichas obras asciende á la suma de \$426,000 oro de dieciocho peniques. (Anexo 10, detalles completos del proyecto y plano de la ciudad con distribución de la red de alcantarillado.)

Alcantarillado de Chillán.—La ciudad de Chillán reclamaba quizás más urgente que ninguna otra población este importantísimo servicio, por la carencia casi absoluta de canales ó cauces que reemplazáran más ó menos imperfectamente un sistema de desagües, lo cual obligó á los habitantes á usar el primitivo sistema de pozos abiertos y sin revestimiento alguno. Chillán está atravesado por su parte Sur por el estero "Las Toscas" que corre dentro de la población á más de cinco metros de profundidad; es una ciudad excepcionalmente plana y regular; la pendiente media de sus calles en el sentido de la mayor pendiente (de oriente á poniente) oscila al rededor de 5 por mil; esta circunstancia es talvez la que asegura el desagüe á la calle del 90% de los sitios de la población.

Se ha elegido el sistema separado por cuanto no habría agua suficiente, dada las condiciones de la localidad para lavar una red unitaria. La escasez de pendiente ha eliminado el trazado en zig-zag que habría permitido el lavado continuo en la mayor parte de la red. El trazado propuesto, en paralelo con cañerías primarias con lavado continuo y secundarias de una cuadra con lavadores automáticos se ha estudiado aprovechando lo mejor posible la pendiente del terreno. El punto de desagüe del emisario es el estero de Las Toscas que desemboca en el río Chillán á tres kilómetros y medio del Lazareto y pasa á uno y medio kilómetro al poniente de Chillán Viejo; en toda su extensión no se extrae agua de él mas que con fines agrícolas, ni del río Chillán aguas abajo de su desagüe. El agua necesaria para el lavado de la red se toma del canal Municipal con cuyo objeto se han establecido las obras necesarias en terrenos de la Quinta Agrícola.

El presupuesto total de estas obras asciende á la cantidad de \$960,000 oro de dieciocho peniques (Anexo 11, detalles completos del proyecto y plano de la ciudad con distribución de la red de alcantarillado).

Alcantarillado de Concepción.—Estas obras estaban en construcción según un proyecto aprobado por el Gobierno y presentado por la Compañía inglesa, pero últimamente ha necesitado algunas reformas que están aún en estudio y por esto no presento aún detalles sobre ellas. (Anexo 12, plano general de su servicio de alcantarillas y de su servicio de agua potable.)

Alcantarillados de Los Angeles, de la Serena, de San Felipe, de Temuco, de Valdivia y de Talca.—Los proyectos de dichas obras se encuentran casi terminados y en el año 1910 se comenzarán á efectuar. (Anexo 13, pliego de condiciones para la construcción de alcantarillados de la República; Reglamento para contratos de Obras públicas.)

HIGIENE DE LA HABITACIÓN.

El Gobierno ha tenido también que atender esta rama del servicio de Higiene Pública, creando por la ley de 20 de febrero de 1906 el Consejo de Habitaciones para obreros que se constituyó á mediados de ese año y procedió la ordenanza sobre habitaciones obreras que recibió aprobación suprema en setiembre de 1906.

Con el fin de atender á la construcción de viviendas salubres para el pueblo, en reemplazo de las que por antihigiénicas habrá que demoler, el Consejo Superior de Habitaciones obtuvo del Gobierno por ley de 16 de julio de 1907 la autorización para contratar con la garantía del Estado un empréstito de seis millones de pesos.

El Gobierno estudia el reglamento complementario de esta ley y el Consejo Superior de habitaciones el reglamento para la administración de las habitaciones para obreros. En Santiago han sido demolidos una parte de los Conventillos insalubres, otros reparados y se han declarado higiénicas algunas construcciones particulares para obreros. Todos los consejos departamentales de habitaciones se han constituido en las cabeceras de provincias y en las capitales de los departamentos de Quillota, Limache, Coquimbo, Constitución, San Carlos, Tomé, Ovalle y hay petición para que se constituya el de Talcahuano.

La iniciativa particular se adelantó á la del Gobierno en esta materia y hace algunos años que contamos con poblaciones obreras en la capital como la población Leon XIII, la población Pio IX, la población Ovalle, y otras.

HIGIENE ESCOLAR.

Está hoy día en manos del Gobierno y dependiente del Ministerio de Instrucción Pública.

INSPECCIÓN DEL EXPENDIO DE MEDICAMENTOS.

Hasta hoy día las Municipalidades han hecho uso muy restringido de las facultades que les concede la ley de 1891 y las boticas y droguerías han continuado rigiéndose por los reglamentos dictados por el Poder Ejecutivo á virtud de dos autorizaciones legales, de fecha 9 de enero de 1879 y 15 de julio de 1871. La ley de presupuesto de 1897 creó la Comisión Visitadora de boticas y la colocó bajo la dependencia del Consejo Superior de Higiene Pública

AUTORIDAD CENTRAL DEL GOBIERNO.

Al Presidente de la República corresponde la inspección suprema sobre todos los objetos de policía. Según nuestras disposiciones legales solo una rama de la Higiene Pública, la Policía Exterior, es dirigida en forma absoluta por el Poder Central, todo lo demás es atribución exclusiva de la autoridad Municipal.

El Presidente de la República nombra los médicos de Bahía, el personal de la única estación sanitaria con que cuenta el país y que son los encargados de cumplir los reglamentos de sanidad marítima; ha sido él también, quien ha nombrado el personal de las estaciones sanitarias terrestres en los casos en que había necesidad de crearlas. Tiene también intervención activa en ciertos momentos, en la Higiene Pública de las poblaciones; cuando se presentan casos de epidemia contagiosa dentro del territorio nacional, y el Senado ó la Comisión Conservadora autorizan esa intervención á virtud de lo prevenido por la Ley de Policía Sanitaria de 30 de Diciembre de 1886.

Fuera de los servicios que acabamos de mencionar no puede intervenir en la Higiene Pública sino para hacer uso del derecho de suprema inspección. A fin de ayudar su acción sanitaria la Ley ha colocado al lado del Ministro del Interior, un Consejo Superior de Higiene Pública con carácter consultivo y un decreto supremo ha organizado cerca de los Gobernadores y con el mismo carácter, los Consejos Departamentales de Higiene. El 25 de enero de 1907 se creó una Sección de Higiene y Beneficencia Pública dependiente del Ministerio del Interior y por ley de 28 de setiembre de 1898 la Inspección Sanitaria de la República, como Sección del Consejo Superior de Higiene. Anexo al Consejo Superior de Higiene creado por ley de 15 de Setiembre de 1892 está el Instituto de Higiene. El Instituto de Higiene se compone de 5 secciones; Higiene y Demografía, Química, Microscopía y Bacteriología, Seroterapia, y el Desinfectorio Público de Santiago.

El Instituto publica la Revista de Higiene y el Boletín de Higiene y Demografía (Anexo 14, colección de estas publicaciones en que se detallan los servicios prestados al público por este Instituto).

Estación Sanitaria de Arica.—Esta estación sanitaria recibe continuamente informaciones que la tienen al corriente del estado de salubridad de las Naciones vecinas. Tiene á su servicio un Lazareto recientemente construido según las reglas modernas dotado de Biblioteca, laboratorios, etc. Esta estación sanitaria se rige según el reglamento aprobado por el Supremo Gobierno con fecha 13 de agosto de 1908. (Anexo 15, Reglamento de la Estación Sanitaria y Legislación Sanitaria Nacional, relativa á la profilaxia internacional.)

La Estación Sanitaria desinfectó 150 naves en 1908, examinó 21,364 tripulantes y 7,137 pasajeros. Solo puso en cuarentena cuatro naves procedentes de Hong-Kong, con tracoma y beri-beri.

Ha recibido un remolcador á vapor para el arrastre de la embarcación que tiene instalada la estufa Clayton y un carruaje ambulancia. (Veáse anexo 3, detalles completos de la estación sanitaria y de su lazareto, fotografías, etc.)

BENEFICENCIA PUBLICA EN CHILE.

La reglamentación de este servicio se debe á la acción protectora que la Constitución Política confía en el Presidente de la República sin existir hasta hoy una ley orgánica para ellos. Es en estas ramas de la salubridad y del bienestar del pueblo en donde la acción del Estado se ha dejado sentir de una manera eficazísima entre nosotros

Es él quien ha fundado casi todos los hospitales y asilos de beneficencia que existen en el país, es él quien ha estimulado y contribuido á la creación de cementerios, es él quien se encarga de recoger y de asistir á los dementes y orates, es él quien ha iniciado la protección á la infancia desvalida creando casas de huérfanos y expositos y por fin quien subviene á las necesidades de todos esos establecimientos mediante generosas asignaciones que les concede anualmente la ley de presupuesto. En la partida 11 del presupuesto del Ministerio del Interior del año 1908 asigna á hospitales y asilos de beneficencia la suma de \$4,121,800, y \$791,161 para construcciones de la misma naturaleza. (Anexo 16, organización de la Beneficencia Pública en Chile y en especial la de Santiago.)

NUEVO CODIGO SANITARIO.

Una oficina Central de Salubridad Pública que dirija y uniforme los servicios sanitarios del País con carácter ejecutivo es actualmente la preocupación del Gobierno. Los Señores Mariano Guerrero y Lucio Cordova Consejero el primero y Secretario el segundo del Consejo Superior de Higiene se trasladaron en Comisión del Gobierno á los países extranjeros y despues de estudiar los servicios sanitarios mas modernos y adaptables á nuestro país han presentado recientemente un proyecto de Código Sanitario que consulta todas nuestras necesidades y que tengo el honor de presentarles. Los Señores Ramón Corvalan Mergarejo Presidente del Consejo Superior de Higiene (interino) y Don Paulino Alfonso, Consejero del mismo y ambos miembros de la Cámara de Diputados, elaboran un proyecto de ley, también Código Sanitario, que difiere del anterior en que disminuyen las facultades del Director General de Salubridad aumentando las del Consejo Superior de Higiene y que también tengo el honor de presentarles.

El vivo interés del Presidente de la República de llevar cuanto antes á la práctica alguno de estos proyectos lo ha hecho nombrar una Comisión de Senadores, Diputados, Miembros del Consejo Superior de Higiene y algunos reconocidos higienistas para proceder al estudio de estos proyectos y presentar cuanto antes á la aprobación del Cuerpo Legislativo aquel que sea mas conveniente y que de este modo será sin duda aprobado sin discusión. Estamos pues animados de una reacción que modificando con la experiencia adquirida los defectos de nuestro actual servicio sanitario nos permita cuanto antes contar con uno mas perfecto y mas conforme con los últimos conocimientos en Higiene y Salubridad pública. (Anexo 17, ambos proyectos.)

INFORME PRESENTADO POR EL DOCTOR ALFONSO QUIÑONES, DELEGADO DE EL SALVADOR.

Señor Presidente; Señores Delegados: De conformidad con el Programa acordado para esta Conferencia, vengo á rendir los informes respectivos á nombre del Gobierno de El Salvador, que me ha honrado con su representación ante esta docta Asamblea.

I.

Tanto el Gobierno como el Consejo Superior de Salubridad han dictado medidas de carácter vario, para cumplir con los compromisos contraídos en las tres Convenciones anteriores, disposiciones que sería prolijo enumerar y me será permitido citar, en el curso del presente informe, las de más alta trascendencia, evitando repeticiones. Llamo la atención á la Conferencia para que dé una hojeada al "Boletín del Consejo Superior de Salubridad," del que presento dos colecciones (1908-09), donde encontrará el resumen mensual de las disposiciones que dicha corporación dicta, como encargada de la suprema dirección de la salubridad pública y en cumplimiento de lo prescrito en el Código de Sanidad, del que también os presento dos ejemplares, y que es ley efectiva de la República desde el año de 1900.

También os presento folletos que dan publicidad á los reglamentos higiénicos de ferrocarriles, tranvías, coches urbanos, diligencias y carros funébreos; de hoteles, cantinas, reposterías, etc.; de profilaxis venérea y de las prescripciones del Título III del Código Sanitario, que establece la Estadística Médica; de peluquerías, establecimientos insalubres, é inspección médica de los establecimientos de enseñanza, dictados por el Poder Ejecutivo en diferentes fechas y que contienen disposiciones adecuadas á cada caso y conformes con las circunstancias especiales del país, medidas todas conducentes á mejor la salubridad pública nacional.

Juntamente con los anteriores pongo á disposición de la Mesa varios pamfletos en que constan en forma de cartilla, y en estilo sencillo y al alcance del pueblo, prescripciones para evitar la propagación de enfermedades infecto-contagiosas:

Instrucción para la práctica de la desinfección adoptada por el Consejo Superior de Higiene Pública de Francia.

Instrucciones para precaverse de la fiebre amarilla y de las intermitentes ó de paludismo.

Reglas que deberán observar las familias en casos de enfermedades infecto-contagiosas.

Precauciones que se deben tomar contra la difteria.

Los dientes.

Para nuestros hijos cuando tengan 18 años.

Pesta bubónica.

Instrucciones populares sobre la tuberculosis.

Aventuras de un bacilo de Koch.

Catecismo contra la tuberculosis.

Primera etapa de la tuberculosis pulmonar.

II.

LA VACUNA Y LA VIRUELA.

Muchas de las medidas generales antes anotadas, son aplicables á los puertos de Acajutla, La Libertad, y La Unión, los principales del país.

En estos puertos, como todas las costas centro-americanas, es el paludismo la afección que predomina. Las obras de saneamiento eficaz costarán sumas fabulosas y sería hasta materialmente imposible llevarla á cabo mientras existan las selvas vírgenes que los rodean y que son la enorme madriguera de toda

clase de mosquitos. Sin embargo, en Acajutla, el puerto de mayor importancia comercial, por estar unido á la capital por la vía férrea, se estudia la introducción del agua potable y está por llevarse término el drenaje y relleno de las grandes ciénagas cercanas á la población, por medio del dragado del puerto, así como también la desviación del río, que á menudo lo inunda y forma un estero hacia el lado derecho.

No ha habido en los puertos mencionados ninguna otra clase de epidemias ni especial enfermedad, del 1907 al presente.

III.

Según las últimas estadísticas, la población de El Salvador asciende á 1,070,555 habitantes, repartida de conformidad con el cuadro especial No. 1; teniendo una superficie aproximada á 34,000 kilómetros cuadrados, dá una densidad de 31.48 por kilómetro, y es por consiguiente una de las naciones del globo más densamente pobladas.

En los cuadros Nos. 2 y 3 encontraréis las proporciones de nacimientos y defunciones correspondientes á los años 1907 y 1908, cuyo resumen es el siguiente:

1907.

	Hombres.	Mujeres.	Totales.
Nacimientos	22,561	21,660	44,221
Defunciones	12,939	11,502	24,441
Aumento de población			<u>19,880</u>

1908.

	Hombres.	Mujeres.	Totales.
Nacimientos	24,336	23,255	47,591
Defunciones	12,544	12,147	24,691
Aumento de población			<u>22,900</u>

De donde se deduce una mortalidad general de 23 por ciento en todo el país.

Según el registro civil de la ciudad de San Salvador, se apuntan las siguientes cifras de mortalidad:

	Por ciento.
1895	36.9
1896	40
1897	41.1
1898	32.5
1899	40.7
1900	29.9
1901	23.2
1902	30.9
1903	30.9
1904	27.7
1905	26
1906	21.1
1907	26.6
1908	24.7

A continuación anota la mortalidad de algunas poblaciones indicando el número de habitantes:

Poblaciones.	Número de habitantes.	Defunciones por ciento.
<i>Acajutla</i>	1,200	54
Sonsonate	16,752	35
<i>La Unión</i>	3,984	31
San Salvador	57,024	27.7
Jiquilisco	3,624	26
La Libertad	2,612	26
Ahuachapán	19,320	25
Santa Ana	53,024	23
Santa Tecla	17,640	22.7
Zacatecoluca	19,488	22
Apaneca	3,788	22
San Vicente	20,026	20
Chalatenango	8,064	20
San Miguel	22,448	20
Cojutepeque	14,184	16
Sensuntepeque	11,216	16
Jucuapa	9,360	13
San Francisco Morazán.	5,640	10

(Estadística de 1905.)

Está para publicarse bajo la dirección del Ingeniero Municipal, Dr. Don Pedro S. Fonseca, el Anuario Estadístico, Demográfico de la Ciudad de San Salvador, correspondiente al año de que vá á terminar, publicación que contendrá datos de mucha importancia y que enviaré á la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Wáshington.

IV.

Desde la fecha de la Tercera Conferencia á la presente, no se ha observado ningún caso de fiebre amarilla en el país.

Tampoco hemos tenido ningún caso de peste bubónica; aunque hay puertos del sur contaminados, las pocas relaciones convencionales sostenidas con ellos, la circunstancia de estar de por medio otros puertos del Centro y Sur América, nos evitan tomar medidas precautorias especiales, haciendo simplemente la práctica general de las visitas médicas á los vapores, siendo éstas más rigurosas cuando los vapores han tocado directamente viniendo de un puerto sospechoso antes de los diez días que expresa el Código de Sanidad.

Respecto á la malaria, afección que reina endémicamente en la mayoría de las poblaciones del país, presentándose en toda época del año, con exacerbaciones bien marcadas á la entrada y salida de las lluvias, en las formas clásicamente conocidas y en otras extrañas poco ó nada estudiadas. Se trata en cada población de mejorar las condiciones locales por medio del drenaje de los pantanos y medidas generales de salubridad que conducen á la mayor atenuación posible del azote constante y duro que enerva de un modo flagrante todo nuestro país, y es uno de los obstáculos poderosos que hay para las explotaciones agrícolas, industriales y comerciales en gran escala; pero poco á poco los hábitos de higiene, la propaganda de las nuevas ideas del contagio por el mosquito, y las medidas precautorias y curativas, van tomando su debido acatamiento en el bajo pueblo, de manera que se mejoran muchos lugares antes temidos con razón por su letalidad.

Adjunto á continuación el por ciento de defunciones causadas por el paludismo en algunas poblaciones, que me ha sido posible obtener. Siento manifestar que no creo muy exactas dichas estadísticas, pues si en la capital, donde hay más médicos y mayores medios de subsistencia, apenas un 25 por ciento de las defunciones son certificadas por profesionales, muriendo el 75 por ciento restante sin asistencia médica, en las demás poblaciones, es claro, habrá menos

precisión en el diagnóstico de la causa de muerte; á lo que hay que agregar las defunciones indirectas que causa el paludismo por otras afecciones.

<i>Acajula</i>	69.2
Jiquilisco	42
San Francisco	34
Zacatecoluca	28
Sonsonate	20
<i>La Libertad</i>	18.5
Chalatenango	18
Santa Tecla	16.7
<i>La Unión</i>	14
San Miguel	7
Ahuachapán	7
Apaneca	1.1
Chinameca	0.80
Santa Ana	0.58
Jucuapa	0

En la ciudad de San Salvador se puede considerar una morbilidad de 45 por ciento en algunos barrios, siendo la mortalidad general de un 6 por ciento.

Tócame hablar de los medios contra la tuberculosis, afección que dá uno de los más altos porcentajes de defunción. Las disposiciones del Consejo concernientes á la declaración obligatoria de la tuberculosis abierta; la facilidad que esta misma corporación ha creado en la capital, dotándola de una oficina bacteriológica para el examen gratuito de los esputos de personas sospechosas; el aislamiento en los hospitales, en salas particulares, de los contaminados; la desinfección de las casas y la propaganda de las prescripciones higiénicas especiales, son las medidas tomadas para precaver de esta enfermedad.

Á iniciativa particular de una junta de médicos, y por contribución popular, muy general, se trata de fundar en las colinas situadas al sur de la capital un sanatorio á una altura de 1,080 metros sobre el nivel del mar, al amparo de los vientos y con todas las demás condiciones necesarias para esta clase de establecimientos. Los planos (que ya están elaborados) indican que podrán asilarse confortablemente más de cien iniciados en la "peste de los blancos."

VIRUELA.

Voy á detallar más extensamente la campaña emprendida contra la última epidemia de viruela confluyente habida en El Salvador á principios del año en curso.

En diciembre de 1908, se presentó la epidemia de viruela en el occidente de la República, hacia la frontera de Guatemala, con carácter alarmante, originada por braceros importados para la corta del café, presentándose los primeros casos de que se tuvo conocimiento en la finca "La Gloria," distante dos leguas de Santa Ana y situada en el Cantón "El Portezuelo," habiendo habido tres defunciones y varios atacados.

Se comisionó al Sr. Director General de Vacunación, Dr. Don Rodolfo B. González, quien me precedió en la Delegación á la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional, médico ilustrado y de una actividad digna de todo encomio, dirigiéndose con el personal y los elementos necesarios á combatir el flagelo al lugar indicado.

Se pudo localizar el foco origen de la epidemia y se dictaron medidas muy enérgicas de aislamiento y de desinfección. Simultáneamente se presentaron tres casos que originaron dos defunciones en la ciudad de Santa Ana: se establecieron inmediatamente un lazareto en esta ciudad, en donde se aislaron los primeros atacados, mientras una comisión presidida por el mismo Doctor González, recorría los cantones vecinos para dictar medidas y aprehender á los atacados que huían; fueron tomados é internados 126 al Lazareto de Santa Ana.

En La Empalizada se estableció otro lazareto de observación, por estar inmediato al cantón Comecayo, que era el foco más apestado, que está contiguo al Portezuelo.

Dictadas estas primeras medidas, seis comisiones médicas, acompañadas de

fuerza pública, descendieron en abanico sobre la frontera de Guatemala, con orden de estar en comunicación telegráfica constante y de reconcentrarse en un punto determinado de antemano por el jefe. De esta requisita resultó que se descubrieran nuevos focos, y para combatirlos se establecieron lazaretos en Ahuachapán y Chalchuapa, habiendo ingresado en el primero 46 variolosos. En Antiquizaya se estableció un lazareto de observación. Se encontró el mayor foco a inmediaciones de Santiago de la Frontera, en donde pudieron aprehenderse 154 variolosos, internándoseles en un lazareto. En San Jerónimo, cerca de Metapán, y siempre sobre la línea divisoria con Guatemala, se encontraron 24 variolosos, que fueron recogidos en un lazareto fundado en el mismo lugar.

Como el foco más serio y que más amenaza presentaba era el de Santiago de la Frontera, para evitar la propagación se estableció un cordón sanitario con fuerza pública. Duro el aislamiento dos meses; durante ese tiempo sólamente un individuo lo violó, usando de un pasaporte falso. Fué aprehendido y se le impuso el castigo que dispone el Código de Sanidad. En el tiempo del aislamiento se proveyó gratuitamente de ropa, abrigos y alimentos diarios á los individuos comprendidos dentro del cordón sanitario.

Las casas de los atacados de desinfectaron por los diversos medios aconsejados por la higiene moderna, usándose con muy buen éxito y gran economía el método recomendado en la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional por el Doctor Licéaga, llamado "Victoria," é imaginado por el Doctor del Río, á propósito de la campaña contra la fiebre amarilla en el Estado de Tamaulipas, México, para la desinfección de los ranchos (llamados *jacales* en México) usando los vapores de formalina ó de azufre.

Hubo que destruir por el fuego varias casas y ranchos que por circunstancias especiales era imposible desinfectar de una ú otra manera, haciendo previamente la indemnización de acuerdo con los propietarios.

Por la frontera de Honduras y por medio de los romeristas á Esquipulas fueron invadidas las poblaciones de Chalatenango, San Pedro Monualco, Tenancingo, Guazapa, y la capital, en cuyos puntos se establecieron lazaretos para aislar á los atacados sin propagarse la epidemia. En la Hacienda "Concepción Ramírez" (Departamento de San Vicente) se atendieron 30 casos.

Los lazaretos fueron en su mayor número de campaña, y se procuró dotarlos de cuantas comodidades era posible.

Uno de los medios que más ha ayudado á combatir la epidemia, fué la vacunación y revacunación que se exageró hasta donde fué posible, haciendo gratuitamente los médicos el servicio en las poblaciones esperando apenas la iniciativa para ofrecer sus servicios, y por medio de vacunadores ambulantes que recorrían los valles y poblados de todo el país.

Hay que hacer constar que se tropezó con pocas dificultades para la vacunación, pues la mayoría del pueblo la acepta con gusto. La vacunación y revacunación son obligatorias en El Salvador (Adjunto un ejemplar del Reglamento de Vacuna).

Todo el fluido que se uso fué animal, preparado en el Instituto Nacional de Vacuna anexo al Hospital Rosales, instituto que empezó sus trabajos en el año 1907; cuenta con todos los enseres necesarios, y está desde esa fecha bajo la dirección del Dr. Don Gustavo S. Barón, y su primer ayudante, el Dr. J. D. Juan C. Segovia, y demás servicio correspondiente.

En el libro que os presento, titulado "Hospital Rosales," encontraréis fotografías y más datos sobre esta institución.

En tiempos normales, se vacuna una ternera semanalmente, teniéndola algunos días en observación; de cada ternera se cosecha por término medio 800 tubos, cuyo contenido es suficiente para inocular cinco ó seis personas. Mas en los meses de diciembre de 1908 y enero, febrero, y marzo de 1909, hubo que aumentarse el personal para satisfacer las necesidades del caso, vacunándose hasta doce terneras por semana, para poder suministrar el fluido suficiente á todos los departamentos, y aún á las Repúblicas vecinas.

Doy á continuación la estadística de la producción de ese interesante instituto, desde su fundación al presente:

	Tubos.
1907	9,875
1908	31,000
1909	175,555
Total	216,430

Es justo también mencionar la espontánea y activa cooperación que el Sr. Dr. Don Fernando López tomó estableciendo un instituto de vacuna en Santa Ana, en el que se inocularon 113 terneras, dando una cosecha de 6,338 c. c., de fluido de excelente calidad.

Normalmente se vacunan cerca de 20,000 individuos por año; pero por la exigencia de la recién pasada epidemia, se considera como vacunado y revacunado el 87 por ciento de la población y es de suponerse muy fundadamente que al obtenerse los datos estadísticos completos del presente año, se alcance á llegar al 90 por ciento.

Fueron asistidos en los diversos lazaretos cerca de 800 variolosos, entre los cuales había 10 por ciento de confluyente hemorrágica, 26 por ciento de discreta, y el resto de confluyente verdadera. El promedio de defunciones ha sido de un 6 por ciento, siendo de advertir que la mayoría de los que fallecieron fué á causa de haberlos recogido en un estado en que poco se podía hacer por ellos. (Presento unas fotografías de los casos más notables, y de pústulas obtenidas por el fluido cosechado por el Dr. López.)

A parte del tratamiento sistemático usual de purgantes salinos, antitérmicos, antipiréticos, desinfección bucal, nasal é intestinal, se instituyó como tratamiento general las inyecciones intramusculares de solución acuosa de corlagol al 1 y 2 por ciento, inyectando de 1 á 6 c. c., y llegando algunas veces hasta aplicar 15 centigramos de corlagol por día, sin inyectar más de 1 c. c. cada vez. Se usó también con muy buenos resultados la pomada al corlagol (fórmula Gredé) en los períodos de erupción y supuración. En el período de escamación, se usó el aceite de oliva esterilizado y mentolado al 1 por ciento, llevando los enfermos á un lazareto especial de convalecientes; se les daba un baño, ropa nueva y dos pesos en plata, firmándoseles el alta para que se les condujeran á sus lugares respectivos.

Con el tratamiento antes apuntado, é instituido precozmente, la fiebre desciende desde la primera inyección, el estado general se mejora, la supuración es extraordinariamente escasa, no presentándose en muchos, y las vesículas se secan sin llegar á pústulas, á pesar de tratarse de casos de viruela muy confluyente.

Hay que hacer notar que no ha quedado un sólo ciego á consecuencia de la epidemia, y que el número de defunciones ha sido tan poco, cosa que indudablemente se debe á que la mayoría de los habitantes estaban vacunados y revacunados.

Al terminar el presente año se publicará en folleto ilustrado sobre la epidemia de viruela, el cual se remitirá también á la Oficina Sanitaria de las Repúblicas Americanas de Wáshington.

Antes de terminar hay que hacer el elogio debido á la enérgica actitud tomada por el Sr. Presidente de la República, quien se empeñó personalmente para conseguir la victoria en tan árdua campaña; al Consejo Superior de Salubridad Pública, por sus acertadas disposiciones; al Consejo Supremo de la Cruz Roja, institución que suministró todos los fondos, y á los señores Drs. Don Rodolfo B. González, Don Benjamín Rodríguez y Don Simón Espinosa hijo, que enfrentaron directamente la situación, y cuyo triunfo es una verdadera victoria sanitaria que honra al Salvador.

Quiero que se me disculpe el haber detallado tan prolijamente la campaña contra la viruela, pues para ello he tenido dos poderosísimas razones: El ser la única epidemia que se presentó, de la Tercera Conferencia á ésta; y el demostraros que en el Salvador se puede combatir con buen éxito cualquiera epidemia que la invada.

ABASTECIMIENTO DE AGUAS—CLOACAS—PAVIMENTACIÓN.

Convencido el Gobierno actual de la República de que el abastecimiento de aguas en las poblaciones es uno de los medios de saneamiento más eficaces, ha introducido y modificado el sistema de aguas de algunas poblaciones por medio de las Juntas de Fomento ó Juntas de Agua, bastándome citar los siguientes: Cuscatancingo, Mejicanos, Ayutuxpeque, Paleca, San Sebastián, Aculhuaca, San Marcos, y Sayapango, pueblos vecinos á la capital; en la ciudad de La Unión y pueblo de Conchagua, en el Departamento de La Unión; en Santiago de María y en Berlín, Departamento de Usulután.

En la ciudad de San Vicente, cabecera del Departamento de su nombre, se ha aumentado y modificado la provisión de agua.

En la ciudad de Santa Tecla se están haciendo actualmente grandes trabajos, cambiando la cañería antigua por otra de mejor calidad y mayor diámetro que aumentará el caudal de aguas, y hará más atractiva la bella "Ciudad de Las Colinas."

Me complace en manifestar que el servicio de aguas de la capital, cuyo proyecto inició el Dr. González en la Tercera Conferencia Internacional, está para llevarse á feliz término, pues ya se ha colocado toda la cañería madre y los ramales en la ciudad, faltando solamente el techo de uno de los tanques de distribución. Con esta modificación importante, la capital tendrá seis millones de litros por veinticuatro horas, cantidad suficiente para los usos personales y el riego diario de toda el área de la ciudad.

Para mayores detalles, pongo á disposición de la mesa el folleto que contiene el proyecto, que se ha seguido minuciosamente. El valor de los trabajos hasta la actualidad, llega á cerca de \$600,000.

Pongo á continuación un cuadro de las antiguas cañerías existentes en las demás poblaciones del país, con el que se completará el abastecimiento general de aguas.

Poblaciones	Habitantes.	Longitud de cañerías. Metros.	Origen.
San Salvador	57,024	7,000	Fuente
Sayapango	3,576		"
Ilopango	2,232		"
San Martín	6,000	4,080	"
Tonaquetepeque	7,056		"
Apopa	628	3,700	"
Santa Ana	48,280	2,500	"
Texistepeque	5,400		"
Chalchuapa	20,064		"
Coatepeque	12,192		"
Metapán	14,780		"
Ahuachapán	18,336		"
Atiquizaya	9,576		"
Sonsonate	14,400		Río de San Antonio
Nahuizalco	12,960	3,903	Fuente
Izalco	12,432	4,702	"
Armenia	9,432		"
El Progreso	7,368		"
Santa Tecla	17,544	21,600	"
La Libertad	2,160		Río
Chalatenango	8,016	1,009	Fuente
Cocutepeque	10,128	1,000	"
San Rafael	4,032		"
Suchitoto	15,264		Río
Zacatecoluca	17,592	4,500	"
San Vicente	19,752		Fuente
Guadalupe	3,120		"
Ilobasco	11,352		"
San Miguel	18,720	9,500	"
Chinameca	12,552		"
Jucuapa	9,024		"
Santiago de María	7,080		"
Alegria	4,632		"
Berlín	8,736		"
Santa Rosa	6,528		"
Tocoluca	6,648		"
San Julián	3,550		"
Jayaque	1,500	550	"

Hay que hacer notar que todas las aguas de esas poblaciones son de superior calidad, según análisis efectuados en ellas, distinguiéndose la de la capital por la elevada proporción de sílice, que llega á cerca de O. gr. 100 por litro.

La capital está provista de una red de cloacas de calicanto, de forma ovoídea unas, y otras cuadrangulares, cuya longitud alcanza á 14,525 metros.

La Junta de Fomento, al terminar el trabajo del agua, proyecta emprender el de la nueva red de cloacas, para lo cual ya tiene algunos estudios; probablemente se harán de cemento armado, sistema de construcción que presenta muy buenas condiciones de aplicación en este sitio de temolores, y que se está generalizando también á las casas, circunstancia que modificará favorable y ampliamente las condiciones higiénicas de la ciudad.

La municipalidad del presente año se ha puesto ya en comunicación con casas fabricantes de maquinaria para hacer adoquines, y se espera que la del próximo entrante emprenderá el adoquinado por el sistema que ofrezca mejores garantías de salubridad, durabilidad y comididad.

PROFILAXIS VENÉREA.

Existe en la capital anexa á la Dirección General de Profilaxis Vénerea, un hospital en que se atiende exclusivamente á mujeres atacadas de afecciones sifilíticas ó venéreas. También hay oficinas en Santa Ana, San Miguel, Sonsonate y Santa Tecla.

Número de mujeres inscritas.

San Salvador	488
Santa Ana	83
Sonsonate	47
San Miguel	50
Santa Tecla	72
	<hr/>
	740

Estadística Sanitaria No. 1.

1908 (Capital).

Chancros blandos	280
Chancros indurados	125
Accidentes sifilíticos:	
Secundarios vulvares	40
Secundarios del ano.....	25
Blenorragias vaginales	150
Uretritis blenorragicas	125
Metritis blenorragicas	60
Bartolinitis supuradas	35

1909 (Capital).

Chancros blandos	243
Chancros indurados	65
Accidentes sifilíticos:	
Secundarios vulvares	30
Secundarios del ano.....	15
Blenorragias vaginales	104
Uretritis blenorragicas	112
Metritis blenorragicas	40
Bartolinitis supuradas	20

ALIMENTOS Y BEBIDAS.

La Asamblea Nacional Legislativa del corriente año decretó el análisis de todas las conservas, licores y bebidas en general que se introduzcan en el país por los puertos, creando en el mismo decreto laboratorios químicos, biológicos, que se establecerán en los Puertos de Acajutla, La Libertad y La Unión.

La municipalidad mantiene siempre su laboratorio y la inspección de carne en el matadero, y de víveres en los mercados.

El Laboratorio Químico de la Junta Central de Agricultura ha efectuado todos los análisis de los aguardientes nacionales del país.

	Análisis.
1907	385
1908	522
1909	383
	<hr/>
Total	1,290

Para aprovechar el tiempo disponible y daros una idea general del estado sanitario del país, he sido breve en algunos puntos de este informe, esperando poder aclararlos verbalmente si fuese necesario.

INFORME PRESENTADO POR LOS DELEGADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS.

La Delegación de los Estados Unidos á la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de Repúblicas Americanas presentó los siguientes informes, de acuerdo con el programa provisional publicado el 14 de junio de 1909:

INFORME SOBRE LAS CONDICIONES SANITARIAS, POR EL CIRUJANO GENERAL WALTER WYMAN, DEL SERVICIO DE SALUBRIDAD PÚBLICA Y HOSPITALES MARÍTIMOS DE LOS ESTADOS UNIDOS.

I. INFORME SOBRE LAS LEYES Y REGLAMENTOS SANITARIOS ADOPTADAS EN LOS ESTADOS UNIDOS DESDE EL 1º. DE ENERO DE 1908.

En este sumario me propongo, en primer lugar, dar una idea de las leyes y reglamentos que se han dictado desde nuestra última Conferencia.

Después de la Conferencia de 1907 el Congreso Nacional no ha aprobado leyes federales algunas con relación á asuntos sanitarios, con la excepción de dos leyes aplicables al Distrito de Columbia. Una de estas leyes, la aprobada el 20 de abril de 1908 autoriza al Comisionado del Distrito para que dicte reglamentos sobre el establecimiento y sostenimiento de hospitales y asilos particulares, y exige que dichas instituciones estén provistas de licencias dadas por los Comisionados, en quienes también se halla investida la facultad de revocar la licencia. La otra ley, aprobada el 13 de mayo de 1908, dispone la declaración obligatoria de todos los casos de tuberculosis en el Distrito, y fué la copia de la ley antituberculosa de Nueva York, y se describe á continuación; la única diferencia entre una y otra ley es la de que la prórroga del tiempo que se da al médico para hacer la declaración y que es de siete días en vez de veinticuatro horas.

El poder de policía con respecto á la salubridad en los Estados, ha estado, como es bien sabido, reservado á los Estados mismos. En los 46 Estados y 2 territorios que actualmente forman la Unión, se han dictado varias leyes durante los dos años pasados, las más importantes de las cuales se mencionan á continuación:

Tuberculosis.—El 19 de mayo de 1908 se promulgó en el Estado de Nueva York una ley por la que todos los médicos están en la obligación de declarar á las autoridades sanitarias locales todo caso de tuberculosis que caiga bajo su observación á las 24 horas después de que haya llegado á su conocimiento. Al recibir tal declaración, el funcionario de Sanidad deberá suministrar al médico un modelo impreso en el que se indican los procedimientos y aplicaciones necesarios que deben tomarse en el domicilio de un tuberculoso. Si el médico no cumple con estas instrucciones, entonces el funcionario de Sanidad deberá llevarlas á cabo. El domicilio vacado por traslado ó muerte de una persona que padece de tuberculosis no podrá volver á ser ocupado hasta que haya sido desinfectado, limpiado ó renovado, de acuerdo con las instrucciones del funcionario de Sanidad. El médico encargado del caso, ó si lo deja de hacerlo, el funcionario de Sanidad, deberá dar instrucciones adecuadas sobre la seguridad de los demás individuos que ocupan la misma casa ó apartamento. En 1900 se aprobaron leyes semejantes á la anterior en los Estados de Kansas, Maine, Michigan y New Jersey.

En 1909 se promulgaron leyes contra la expectoración en Kansas, Maine, Michigan y Pennsylvania.

En Illinois y Minnesota se aprobaron en 1909 leyes que autorizan el establecimiento de sanatorios públicos de tuberculosos, y en 1908 se dictó una ley en Ohio ordenando la construcción en todos los condados de hospitales especiales para el tratamiento de la tuberculosis.

En Vermont se aprobó una ley en 1908 por la que se ordenaba á la Junta de

Sanidad del Estado á emprender una campaña para educar al pueblo sobre los mejores métodos conocidos para prevenir y limitar la provocación de tuberculosis mediante precauciones sanitarias modernas.

En Michigan se dictó una ley disponiendo que en las escuelas públicas se dieran á conocer los principales medios por los cuales se propagan las enfermedades contagiosas y los mejores métodos para limitarlas y evadirlas.

En 1909 el Estado de New Jersey dictó una ley disponiendo que todas las Juntas de escuelas emplearan un inspector médico, ó más, si fuere necesario, para examinar á todos los alumnos con el fin de descubrir cualesquier defectos físicos que tengan, y de llevar un registro del crecimiento y desarrollo de cada niño. Este inspector tiene la obligación también de instruir á los maestros con respecto al método empleado para descubrir los primeros síntomas de las enfermedades contagiosas, de las medidas reconocidas para el fomento de la salubridad y la precaución contra enfermedades.

En Minnesota se aprobó una ley que dispone el cierre de todo taller, fábrica ó establecimiento industrial que sea declarado antihigiénico ó inadecuado por el Comisionado de Trabajo.

La legislación del territorio de Arizona limitó por ley las horas de trabajo en las lavanderías, reduciéndolas á 48 por semana, y prescribió que la cantidad mínima de aire para cada obrero había de ser de 600 pies cúbicos.

En los Estados de Kansas, Minnesota y Utah se dispuso que el ganado vacuno sea sometido á la prueba tuberculina.

Enfermedades contagiosas.—En los Estados de la Carolina del Norte, Maine y Vermont se dictaron leyes disponiendo que las Juntas de Sanidad suministren gratuitamente antitoxina diftérica bajo ciertas condiciones á personas que padezcan de la enfermedad. Iowa y Maine también han dispuesto que la Junta local de Sanidad de asistencia facultativa á las personas ó familias pobres puestas en cuarentena á causa de cualquiera enfermedad peligrosa ó contagiosa.

En Kansas la Junta de Sanidad del Estado tiene, en virtud de una ley, la obligación de inspeccionar todas las barberías, escuelas de barberías, y baños públicos, y tiene la facultad para dictar todos los reglamentos necesarios tendientes á impedir la propagación de enfermedades contagiosas é infecciosas.

En Pennsylvania se dictaron leyes por las que todos los médicos están en la obligación de declarar los casos de ciertas enfermedades transmisibles, y las autoridades sanitarias están obligadas á poner en cuarentena todos los casos de enfermedades contagiosas como difteria, sarampión, viruela de agua, viruela, fiebre escarlatina, tifoidea y amarilla, peste, cólera, meningitis cerebro-espinal y á especificar la manera como han de desinfectarse después de vacados los domicilios ocupados por personas que han sufrido de cualquiera de dichas enfermedades.

Por el gran Estado de Pennsylvania debo también decir que tiene una ley muy buena, que está en vigor, sobre la declaración obligatoria de enfermedades, y sobre la compilación de estadísticas de morbilidad. En el Estado de Wyoming se aprobó en 1909 una ley por la que se faculta á la Junta de Sanidad del Estado para dictar reglamentos sobre enfermedades contagiosas, reglamentos que á fines de año fueron promulgados por la Junta.

En Montana la Junta de Sanidad del Estado dictó reglamentos idénticos, de acuerdo con las disposiciones de leyes existentes.

En Tejas se promulgó una ley que dispone la construcción de una casa á donde deben ser llevados todos los leprosos, con el fin de aislarlos, curarlos y tratarlos; la misma ley declara ilegal el esconder ó albergar leprosos dentro de los límites del Estado.

Leyes sobre la pureza de alimentos.—En varios Estados se dictaron leyes para reformar las existentes. En Maine se dispuso la limpieza y esterilización de receptáculos y utensilios usados en la confección, transporte, almacenaje y venta de leche y crema, y el mantenimiento de condiciones sanitarias en sitios en donde se expende leche. El Comisionado de Agricultura está en la obligación de investigar los procedimientos empleados en la producción y venta de leche, mantquilla y productos semejantes, analizando muestras del producto y publicando los resultados de los análisis hechos; todos los traficantes en leche están obligados á registrarse en la Oficina de dicho funcionario.

En virtud de una ley aprobada en 1909, en el Estado de New Jersey se exige que todo médico que asista á un enfermo de fiebre tifoidea, disenteria, escarlatina, difteria ó tuberculosis en locales en donde se produce leche para la venta ó

distribución, notifique el caso á la Junta de Sanidad del Estado á las 12 horas después de haber sido llamado para asistir al enfermo. En el mismo Estado se dictó una ley, en igual año, enumerando las condiciones sanitarias que deben observarse en todos los sitios en donde se preparen alimentos que han de ser vendidos ó distribuidos, y proveyendo el empleo en dichos sitios de cualquiera persona que sufra de una enfermedad contagiosa.

Registro de nacimientos y defunciones.—En 1909 se dictaron en Missouri y en Arizona leyes que exigen la declaración inmediata de nacimientos y defunciones. En la Carolina del Norte se dictó una ley que exige la declaración de defunciones en municipios que tengan una población de 1,000 ó más habitantes.

Lo que precede es un breve resumen sobre las leyes aprobadas en los diferentes Estados de la Unión. Ustedes verán que la importantísima labor que se lleva á cabo en los varios Estados y la obra de educar al pueblo en asuntos de sanidad pública avanzan muy rápidamente en todos los Estados y municipios del país.

II. INFORME SOBRE LA MANERA COMO SON OBSERVADOS EN LOS ESTADOS UNIDOS LAS RESOLUCIONES ADOPTADAS EN CONFERENCIAS SANITARIAS ANTERIORES.

Ahora bien, en lo tocante á ciertas enfermedades epidémicas—enfermedades especiales con las que los Estados Unidos se han tenido que ver—me permito informar que todas las leyes y reglamentos de cuarentena de los Estados Unidos relativos á la peste, al cólera y á la fiebre amarilla, están en estricta conformidad con la Convención firmada en Wáshington el 14 de octubre de 1905, sin que se haya efectuado cambio alguno en ellos durante los dos últimos años.

Fiebre amarilla.—De pleno acuerdo con la sección II capítulo 1º de aquella Convención, y á causa de las repetidas apariciones de casos de fiebre amarilla en varios puertos de la Isla de Cuba, habiendo ocurrido un caso en fecha tan reciente como la de 18 de febrero, el 6 de abril de 1908 se declaró cuarentena contra puertos de aquella Isla, existiendo un área que abarcaba las ciudades de la Habana, Marianao y Base Camp Columbia. Después ocurrieron otros casos en Santiago el 21 de abril, el 13 de mayo, el 4 y 11 de junio, y el 7 de julio, en tanto que los hechos parecían indicar que la enfermedad había existido en Daiquirí desde abril, y las notificaciones de casos subsiguientes vinieron á probar que la provincia de Santiago estuvo infectada con fiebre amarilla. A consecuencia de un caso secundario notificado el 14 de setiembre de un Distrito de la Habana en donde abundaban los mosquitos, se pusieron en vigor restricciones cuarentenarias contra las salidas de la Habana para los puertos del Sur de los Estados Unidos. Estas medidas fueron todo lo suaves como lo permitía la seguridad pública. No se pusieron obstáculos contra pasajeros inmunes, siempre que presentaban al Oficial del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos destacado en la Habana las pruebas de su inmunidad. Con respecto á pasajeros no inmunes se les mandaba al campamento que había en Triscomia, en la habia de la Habana, en donde permanecían seis días si iban con destino á la Florida y cinco si con destino á otros puertos del Sur. Las restricciones contra la Habana fueron levantadas á los 18 días después de la fecha del caso arriba mencionado, y las que se dictaron contra los demás puertos, tan pronto como se obtuvo prueba satisfactoria sobre sus condiciones sanitarias. Finalmente, el 20 de octubre de 1908, se levantó la cuarentena contra la provincia de Santiago, y fué la última área que estuvo bajo sospecha; desde aquel día no se han puesto en vigor medidas de cuarentena contra Cuba. Todos los pasos que se dieron en este respecto fueron tomados sólo después de estudio cuidadoso del artículo IX de la Convención de Wáshington, relativo á la fiebre amarilla, y la explicación adicional de su contenido por la Delegación de Cuba, la cual es como sigue:

“Hemos añadido aquí la disposición de que las autoridades podrán prolongar este periodo de expedición ó de espera antes de declarar las autoridades un sitio libre de fiebre amarilla; de que podrán prolongarlo ad livitum, porque hemos juzgado que en algunos sitios en donde la fiebre amarilla es endémica, el número de personas inmunes es tan grande que puede haber una cantidad considerable de mosquitos sin que produzcan fiebre amarilla, á causa de la inmunidad de los habitantes, y á lo mejor cuando menos se piensa aparece un caso de fiebre amarilla. Por lo tanto, hemos dado á las autoridades esta libertad para prolongar el periodo igual para prolongarlo durante toda la estación de la fiebre amarilla,

ó todo el verano si lo creen necesario. De todas maneras, las hemos dado la facultad de estender este período."

Con el fin de inspeccionar el estado sanitario de buques destinados á los Estados Unidos, ocho oficiales del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos de los Estados Unidos, han estado estacionados en varios puertos fruteros de la América Central y de las Antillas, con lo cual se ha conseguido que puedan entrar en los Estados Unidos buques fruteros sin necesidad de ser detenidos en las estaciones de cuarentena. Es satisfactorio hacer notar la disminución de la fiebre amarilla durante los dos últimos años, sin que hayan ocurrido casos en los Estados Unidos; estos resultados son indudablemente debidos á la mayor atención que se ha dado á asuntos sanitarios en los puertos, á la estricta observancia de los reglamentos de cuarentena y á la también gran actividad de las autoridades sanitarias de México, Brasil, la zona del Canal y Cuba.

Diré que debe haber sido motivo de gran satisfacción para los Delegados presentes en esta Conferencia que la última estación ha sido especialmente notable por la ausencia de la fiebre amarilla en todos nuestros territorios. Creo que la estación de 1909—el verano y el otoño de 1909—ha sido notable y la podemos mirar con satisfacción particular, porque parece demostrar que estamos viniendo la temible fiebre amarilla. Si echáis una mirada retrospectiva á las diferentes partes del hemisferio occidental en donde reinaba la fiebre amarilla, notareis que no ha existido en esos sitios durante la última estación, al menos en forma epidémica, casos con una sólo excepción posible, pero esa excepción es bastante para apuntar al hecho general.

Cólera.—La aparición del cólera en Rusia en 1908, y el temor de que se introdujera en los Estados Unidos á causa de la inmensa corriente de inmigración de aquel país, hizo que el Servicio de Sanidad Pública y de Hospitales Marítimos destacara uno de sus oficiales en Libau, el único puerto del cual parten para los Estados Unidos buques que llevan inmigrantes. La epidemia del cólera que ocurrió en Rotterdam, Holanda, el 26 de agosto de 1909, también hizo que se enviara un oficial á aquel punto para investigar las condiciones. La epidemia terminó, sin embargo, el 11 de septiembre, registrándose 13 casos y 5 defunciones. En las Filipinas, durante el año económico que terminó el 30 de junio de 1909, se registraron 23,094 casos de cólera, de los cuales 981 ocurrieron en la ciudad de Manila. Las precauciones tomadas y la vigilancia de los funcionarios de cuarentenas en puertos nacionales fueron efectivos en todos los casos para impedir la entrada del cólera en los Estados Unidos y que se propagaron á otros puertos, tanto nacionales como extranjeros.

Peste.—Las medidas mencionadas en el informe de los Delegados de los Estados Unidos á nuestra última Conferencia, relativo á la peste en la costa del Pacífico, fueron continuadas por el Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos. Después de febrero de 1908, no ha vuelto á aparecer ningún caso de peste humana en San Francisco ni en Oakland después del 17 de julio de 1908, y el último caso de peste en ratas se encontró el 23 de octubre de 1908 en San Francisco, y el 1º de diciembre de 1908 en Oakland. Después del 25 de octubre de 1907 no ha vuelto á aparecer ningún caso de peste humana en Seattle, y ningún caso en ratas después del 21 de septiembre de 1908. Hacia el 22 de enero de 1908 las condiciones habian mejorado tanto en Seattle que el Servicio de Sanidad y Hospitales Marítimos podía poner en manos de las autoridades municipales el departamento especial de Sanidad de la Ciudad, continuando á cargo de los oficiales del Servicio los trabajos de laboratorio y bacteriológicos, incluyendo el examen de ratas. Conforme se dijo en el último informe, las medidas consistieron principalmente en el mejoramiento de condiciones sanitarias y en la destrucción de ratas. Algunos de los resultados prácticos de la campaña de educación llevada á cabo sistemáticamente, fué la instalación de latas para basuras en casi todas las casas de San Francisco y Seattle, á fin de facilitar el traslado de basuras; la reconstrucción de cuadras en San Francisco con el fin de hacerlas á prueba de ratas, y la ordenanza dictada por los Inspectores de Sanidad de la ciudad para el arreglo del sistema de alcantarillado y para la instalación de alcantarillas en Distritos que no las tenían. El número total de ratas exterminadas en San Francisco y Oakland desde la fecha de la aparición de la epidemia hasta el 30 de junio de 1909 puede ser calculado en más de un millón. De este número, 423,346 fueron cogidas

y 200,871 examinadas. Durante el mismo período en Seattle se cogieron 92,750 ratas y examinaron 89,652.

Uno de los más importantes deberes encomendados al Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos en relación con la epidemia, fué la fumigación minuciosa de buques que partían de San Francisco y de Seattle, con el fin de impedir que la infección de propagara á otros puntos. Hasta el 30 de junio de 1908, 2,796 buques fueron desinfectados en San Francisco, y 145 en Seattle, habiendo sido esta obra tan eficaz y de tanto alcance, que no se ha registrado un sólo caso que se pueda atribuir á San Francisco ó á Seattle, en ninguna de las muchas ciudades conectadas por mar con aquellos dos puntos.

El importante descubrimiento de que las ardillas podían ser infectadas con la peste, fué hecho poco después de la disminución de la epidemia en San Francisco, cuando un niño que fué mordido por una ardilla enfermá en Los Angeles, California, dió síntomas de peste. De las 423 ardillas del condado de Contra-Costa, California, que fueron examinadas en laboratorios, 4 dieron pruebas positivas de infección pestosa. Hacia el 1º de mayo de 1909 el Servicio emprendió una campaña sistemática para la destrucción de estos animales. Esta obra tendría que ser continuada por un período indefinido, á causa de las costumbres de estos animales y de sus extensa distribución. Hasta el 30 de octubre de 1909, 44,843 ardillas habían sido destruidas, de las cuales 298 resultaron infectadas. Y hemos continuado y seguimos llevando á cabo una campaña contra las ardillas en los condados de California y las encontramos infectadas. Todas ellas son sometidas á exámen.

A fin de impedir la trasmisión de la peste y de evitar toda interrupción del tráfico con las Repúblicas hermanas, han sido destacados en Guayaquil, Callao, Río Janeiro y La Guaira oficiales del Servicio de Sanidad y Hospitales Marítimos, con instrucciones especiales para que ejerzan estricta vigilancia sobre los buques que salen para los Estados Unidos, y para que hagan destruir las ratas que se encuentren á bordo. A ruego de las autoridades venezolanas un oficial del Servicio fué estacionado permanentemente en La Guaira y se le suministra con el equipo de laboratorio necesario para hacer la rápida diagnosis de la enfermedad.

Para no ocupar demasiado vuestra atención hablaré solamente de tres ó cuatro de las enfermedades especiales que han tenido grande interés para los Estados Unidos durante los dos últimos años.

Una de ellas es la pellagra, enfermedad que, según veo, Señor Presidente, es desconocida aquí, pero que es muy común en ciertas partes de Europa, particularmente en Italia, y que existe también en los Estados Unidos. El gran temor es de que llegue á ser permanente en los Estados Unidos, como ha llegado á ser en Italia, y estamos llevando á cabo una campaña activa contra el mal y tomando medidas preventivas para impedir que se afianza y evitar las muertes y la miseria que produce. Se ha nombrado una comisión con el fin de estudiarla, la cual se halla actualmente haciendo las investigaciones del caso.

Otra enfermedad de grande interés es la unciniarasis, la cual creo que existe en este país; y tengo el placer de mencionar la gran donación que hizo Mr. Rockefeller de un millón de dollars, para cooperar en la eliminación de la unciniarasis en el Sur. Ha dado esa suma de dinero, no para establecer un fondo cuyo interés se aplique á esta obra determinada, pero lo ha dado para que todo él sea gastado, y se cree que se gastarán 200,000 dollars al año hasta que toda la cantidad se haya agotado. Cuando yo salí de los Estados Unidos, la manera cómo debía gastarse la donación todavía no había sido decidida. El Doctor Stiles, que se ha dedicado especialmente al estudio de la unciniarasis, es uno de los miembros de la comisión. Es el zoólogo médico del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos y prestará sus valiosos servicios activamente á la campaña para la destrucción de la unciniarasis.

Aquí traigo algunos folletos que tratan de dicha enfermedad, así como también otros que versan sobre la pellagra, folletos que pasarán á los Delegados para que puedan estudiarlos.

Es motivo de sumo placer pensar que ya no necesitamos dedicar nuestra atención, como anteriormente nos veíamos obligados, á las enfermedades contagiosas ordinarias, tales como la viruela, el cólera y la peste bubónica. Esas enfermedades son bien conocidas por lo que se refiere á su naturaleza y á los métodos de combatirlas, y nosotros, en los Estados Unidos, dedicamos mayor atención y mayor estudio á las enfermedades como las que acabo de mencionar.

ACTUALES PROBLEMAS DE SALUBRIDAD PÚBLICA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

PELLAGRA.

Esta enfermedad, que ha existido en la Europa meridional por más de un siglo, atrae ahora gran atención en los Estados Unidos, desde la aparición de considerable número de casos en diferentes partes del país. La primera aparición de pellagra se registró en Alabama en mayo de 1907, habiendo ocurrido antes de dicha fecha algunos casos esporádicos, uno de ellos en Georgia en 1902. Cuando los primeros casos de la enfermedad fueron notificados de Alabama, en donde á la sazón asumió las proporciones de una epidemia, un oficial del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, que había estado largo tiempo en Italia, llamó la atención á la importancia del asunto en relación con la salubridad pública, y recomendó, que se hicieran investigaciones. En vista de ello, el Cirujano General pidió que se hiciera un informe sobre la enfermedad con referencia especial á su existencia en Alabama.

Después empezaron á recibirse informes de la aparición de pellagra en otros Estados, y se hizo evidente de estudios hechos, que la nueva enfermedad era cuestión muy seria para los Estados Unidos. Si bien al principio la pellagra ocurría únicamente en los Estados del Sur, los informes recibidos sucesivamente demostraron que la enfermedad existía en no menos de 18 Estados.

En el verano de 1908 un oficial del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos preparó un trabajo sobre la pellagra, que fué publicado y distribuido para el uso de los funcionarios de Sanidad. Después de aparecer esta publicación, los médicos y otras personas de los distritos afectados, demostraron considerable interés por la nueva enfermedad, reconociendo las autoridades sanitarias desde un principio la importancia del problema sanitario que acababa de aparecer. Durante los años de 1908-09 el Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos hizo investigaciones sistemáticas de la enfermedad desde su punto de vista crónico, epidemialógico, patológico, bacteriológico y terapéutico. A fin de ensanchar el alcance de las investigaciones, se nombró una comisión compuesta de siete hombres de ciencia, quienes dedicarán sus mejores energías á los diferentes aspectos del pellagra, con el fin de aclararlos. El conocimiento que hay de la enfermedad indica que no es transmisible y que se halla relacionada de manera indefinida con el consumo del maíz deteriorado. Esta última probabilidad tienen significación importante, tanto desde el punto de la salubridad pública, como el económico; y la Oficina de Industrias Vegetales del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha emprendido una investigación del maíz, con el fin de determinar su posible relación con el desarrollo del pellagra.

A causa de la falta de conocimiento acerca de la enfermedad y de su creciente existencia, se ha originado gran temor en ciertas localidades, lo que ha motivado el aislamiento de los atacados. Sin embargo, á falta de pruebas de que el contagio desempeña un papel en la existencia continua de la enfermedad, el Gobierno Nacional no ha juzgado conveniente ni necesario instituir medidas cuarentenarias.

La presencia de la pellagra en cualquiera enfermedad, debe ser considerado como un problema sanitario de consecuencia nacional. Pero esto no quiere decir que se produzca pánico, sino más bien ello debe estimular el interés por el estudio de la enfermedad, que habrá de resolverse por sí mismo y traducirse en medidas profilácticas y mejoramiento sanitario.

TUBERCULOSIS.

Los Estados Unidos han contribuído y siguen contribuyendo en la campaña universal que se ha emprendido contra esta enfermedad. El gran interés que despierta este asunto fué demostrado por el éxito que coronó el Congreso Internacional de Tuberculosis celebrado en Wáshington en octubre de 1908, bajo los auspicios del Gobierno de los Estados Unidos. Sus deliberaciones fueron indudablemente valiosísimas, dándose oportunidad á todos los Delegados para que discutieran plenamente las ideas científicas modernas sobre los métodos de combatir la tuberculosis. La organización del Congreso incluyó siete secciones, estando el séptimo dedicado el estudio del dominio de la enfermedad por

los Gobiernos de los Estados y de los municipios; sus reuniones fueron dedicadas virtualmente á todos los aspectos del asunto y no hay duda que tuvieron gran influencia en llamar la atención del público á los métodos modernos de combatir la enfermedad y en encauzar la legislación sanitaria en lo futuro.

Tanto la iniciativa particular como la oficial realizó muy buenos trabajos para el estudio y prevención de la tuberculosis. Las numerosas é importantes leyes relativas al asunto que han sido aprobadas en los distintos Estados, son mencionadas en todas partes. Es satisfactorio notar que se están formando rápidamente en los Estados varias sociedades con el objeto de impedir el crecimiento de la enfermedad y los resultados que ya se han alcanzado pueden ser apreciados por el hecho de que la mortandad por cada 100,000 habitantes, debido á la tuberculosis, que en 1907 llegó á 183.6, bajo á 173.9 en 1908. El medio más eficaz para ilustrar al pueblo ha resultado ser hasta ahora las exposiciones gratuitas juntamente con conferencias populares y la distribución de folletos relativos al asunto.

El problema de la tuberculosis entre la población negra es de importancia grave, pues la enfermedad causa en aquella raza un número de muertes cuatro veces mayor que entre los blancos. Un oficial del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, en una conferencia que dió ante una concurrencia de agricultores negros en marzo pasado, sugirió la idea de que se formaran en los Estados Unidos ligas anti-tuberculosas de negros, y esbozó un plan para el funcionamiento de ellas. La sugestión fué acogida favorablemente y entusiásticamente endosada en la conferencia de sanidad de los Estados y Territorios, que se celebró en Wáshington en 1909. En aquella época se habían organizado cinco ligas con sucursales en iglesias de negros, en diferentes Estados. Se cree que este plan ayudará á las autoridades sanitarias en la campaña contra la tuberculosis, y de esta cooperación pueden esperarse resultados benéficos. Por este plan los mismos negros prestan ayuda económica á aquellos de su raza que sufren de la enfermedad, y sus fases positivas tienen necesariamente que producir una mejora en las condiciones en que viven los negros.

III y V. EXTRACTOS DE INFORMES SOBRE LAS CONDICIONES SANITARIAS DE PUERTOS AMERICANOS. (PREPARADOS POR OFICIALES DEL SERVICIO DE SANIDAD PÚBLICA Y HOSPITALES MARÍTIMOS EN PRESENCIA DE DATOS SUMINISTRADOS POR AUTORIDADES LOCALES.)

NUEVA ORLEANS, LOUISIANA.

ABASTECIMIENTO DE AGUA.

La Junta de Alcantarillado y de agua cuenta actualmente con una instalación para purificar agua con capacidad para 40,000,000 de galones al día, y las conexiones domésticas se están haciendo con toda la rapidez posible. Cuando la obra de conexión se haya terminado, se espera que podrán dejar á un lado el uso de cisternas, por haber demostrado la experiencia que sirven de criaderos de mosquitos, si no están cuidadosamente protegidas.

ALCANTARILLADO.

La mencionada Junta ha terminado también 325 millas de alcantarillado y pronto llevará á término su obra, pues faltan por construirse 50 millas solamente.

DESECACIÓN.

Hay 7 enormes bombas desecadoras que llevan el agua á canales de desecación y lo larga en los lagos y esteros. El 60 por ciento de los canales y conductos proyectados se hallan funcionando, y conforme esta obra adelanta las anteriormente frecuentes inundaciones se van haciendo más y más raras.

PAVIMENTACIÓN.

El área pavimentada se extiende continuamente, pero no puede adoptarse un sistema general, hasta tanto que no se hayan terminado las obras de desecación, alcantarillado y aguas.

DESTRUCCIÓN DE MOSQUITOS.

De acuerdo con las disposiciones de la ordenanza municipal de 27 de septiembre de 1905, se lleva á cabo una activa campaña contra el mosquito, bajo la dirección de la Junta local de Sanidad, desde el 1º de febrero hasta el 30 de noviembre. Un pelotón especial de hombres está á cargo de esta obra, que consiste principalmente de tres inspecciones generales, con el fin de investigar y remediar las condiciones defectuosas de la ciudad.

FILADELFIA, PENNSYLVANIA.

La mortandad durante el año 1908 fué la más baja que se ha registrado hasta ahora en aquella ciudad. La causada por la fiebre tifoidea fué singularmente pequeña, debiéndose esta disminución á las plantillas de filtración que se han instalado gradualmente en los últimos años. La última plantilla fué abierta en el año actual, de modo que toda la ciudad está ahora abastecida con agua filtrada. El 65 por ciento del agua potable se obtiene del río Delaware, y el resto del Schuylkill. Se dice que las plantillas de filtración de la ciudad elimina próximamente el 100 por 100 de bacterias. Los registros de años anteriores, cuando la ciudad estaba provista sólo parcialmente con plantillas de filtración, demuestran que ocurrieron 61 y medio casos de fiebre tifoidea en los Distritos que tenían agua filtrada, por cada 100 casos que ocurrían en los Distritos que no lo tenían, disminución que, comparada con los años anteriores, es de cerca del 80 por ciento en donde se usaba agua filtrada. La baja en el número de casos de fiebre tifoidea, se debe en parte al hecho de que los médicos están en la obligación de declarar inmediatamente todos los casos de la enfermedad al Departamento de Sanidad; tan pronto como se hace la diagnosis, y se envían inspectores á fin de averiguar el origen de la enfermedad, y de hacer que se tomen precauciones debidas para impedir la propagación del mal.

El Gobierno municipal tiene actualmente 30 camas para casos avanzados de tuberculosis en mujeres, y 100 camas para hombres, en el Hospital General de Filadelfia. La ciudad ha construido también un sanatorio con capacidad para 100 camas y una enfermería con capacidad para 30 enfermos, del sexo masculino. Los tuberculosos también pueden ser enviados al sanatorio mantenidos ó costeados por el Estado, de acuerdo con las leyes aprobadas en 1905 y 1907.

Las alcantarillas de Filadelfia descargan actualmente en los ríos vecinos, y se están llevado á cabo experimentos con el fin de ver cómo se puede mejorar el sistema, pero no se ha decidido todavía ningún plan. Una ley de la legislatura aprobada en 1907 y que entrará en vigor en 1912, obliga á todas las ciudades del Estado á construir instalaciones para la descarga de las alcantarillas.

BALTIMORE, MARYLAND.

Durante los seis últimos años se ha observado una disminución constante en la mortandad, bajando de un promedio anual de 20 por mil en 1904, á 18.21 por mil en 1908. Las cifras del presente año todavía no están listas, como es claro, pero todo parece indicar que habrá una disminución mayor.

ABASTECIMIENTO DE AGUAS.

El abastecimiento de aguas de la ciudad se obtiene del río Gunpowder y de la cascada de Jones (agua superficial). El abasto actual resulta ahora insuficiente, y el Municipio espera que en fecha no lejana podrá emprender la construcción de obras con el fin de aumentar la producción. Es probable que al mismo tiempo se construya también un filtro de arena.

ALCANTARILLADO.

La ciudad se halla ahora en vías de terminar la construcción de un sistema sanitario de alcantarillado, para lo cual levantó un empréstito de 10,000,000 de dollars. Parte de este dinero ha sido empleado en la construcción de los alcan-

tarillados necesarios para el agua de lluvia. Se han hecho contratos para la construcción del desagüe (consisten de un tanque séptico y de canal de filtración) y la estación de bombas, la cual conectará las alcantarillas de servicios alta y baja. Las alcantarillas incipientes bajas han sido construídas ya, y en la sección oriental de la ciudad muchas de las laterales están ya terminadas y listas tan pronto como la estación de bombas y el desagüe se hayan terminado.

SEATTLE.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD.

La reorganización del Departamento de Higiene y de Saneamiento fué hecha en marzo de 1908 en que se aprovecharon los adelantos recientes en saneamiento municipal para establecer un departamento que podía compararse con el mejor de los Estados Unidos. La baja de la mortandad de 9.27 en 1907 á 7.35 en 1908 se atribuye á la campaña sanitaria emprendida en el otoño de 1907 y continuada hasta la fecha.

INSPECCIÓN DE ESCUELAS.

El Departamento de Higiene ha establecido un sistema de inspección médica sobre los alumnos. La inspección está á cargo de diez médicos y tres enfermeras, visitándose cada escuela una vez por semana. Llévase un registro del estado físico de cada niño desde el día en que ingresa en la escuela hasta que la deja. Los niños que padecen de enfermedades contagiosas son excluidos de las escuelas y se les admite solamente con permiso del médico inspector. La vacunación es condición obligatoria para ingresar en una escuela. Los defectos físicos ó enfermedades distintas de las contagiosas son anotados, y se envía á los padres ó tutores del niño una tarjeta llamanda su atención al estado del alumno, y si se le somete á tratamiento, el médico que le asista tiene que llenar una tarjeta al efecto.

INSPECCIÓN SANITARIA.

El Ingeniero Sanitario en Jefe tiene á su cargo los inspectores sanitarios, los inspectores de mercados de leches, de carnes y de tuberías, y los cazadores y envenenadores de ratones.

Los inspectores sanitarios inspeccionan todas las casas é informan sobre su estado y condiciones sanitarias, tales como las de desagüe, alcantarilla, tubería, ventilación, depósitos y eliminación de basuras. La remoción de inmundicias se efectúa mediante aviso de palabra ó por escrito, y en el caso de que no se obedezca la orden, denunciando al dueño ú ordenando que el domicilio sea vacado. El Departamento sanitario da permisos para la construcción y el arreglo de tuberías. Al instalarse una tubería un inspector verifica un exámen preliminar y otro final al terminar la obra.

ABASTECIMIENTO DE AGUAS.

Las aguas potables de la ciudad de Seattle se captan del río Cedar cuyo origen se halla á una altitud de 6,000 pies sobre la ciudad, en las montañas Cascade, al sureste de Seattle. El agua es llevada á la ciudad á través de una distancia de 28 millas y á gravitación por medio de tubos de madera. Hay en servicio como 400 millas de cañerías principales que sirven al 37 por 100 de la población. Se espera que para el año próximo el servicio se haya extendido á toda la ciudad. La vertiente del que se obtiene el abastecimiento abarca unas 140 millas cuadradas. El Municipio ha adquirido la propiedad de unas 12 millas cuadradas, y se ha instituido juicio de expropiación contra 82 millas cuadradas. Con esto el Municipio estará en dominio de la vertiente, pues que el resto del terreno es ó bien inservible ó bien está dentro de la reserva del Estado. La policia de esta sección está á cargo del Departamento de Higiene de la ciudad y el río es vigilado por inspectores, con el fin de impedir la contaminación del abastecimiento de aguas.

ELIMINACIÓN DE DESECHOS.

La ciudad de Seattle produce como 200 toneladas de desechos al día, incluyendo cenizas, estiércol, basuras, despojos de alimentos, etc. La eliminación final de estos desechos es problema que todavía no ha resuelto el Municipio. La recolección de la basura se efectúa por vagones particulares, licenciados por el Municipio y por este servicio los inquilinos pagan una suma semanal.

En diciembre de 1907, la ciudad terminó la construcción de un crematorio de basuras del sistema Meldrum, á un costo total de \$36,134.50, sin incluir el terreno. Este incinerador tiene una capacidad de 67 toneladas de 20,000 libras por 24 horas, y como combustible se utiliza la misma basura. Durante el año pasado este crematorio incineró un promedio de 70 toneladas diarias, á un costo medio de 50 centavos por tonelada. Del resto de los desechos de la ciudad, se calcula que como 70 toneladas se descargan en los bancos ó se queman al aire libre, y el resto es incinerado por los particulares ó descargado en Puget Sound ó en terrenos bajos.

ALCANTARILLADO.

El sistema de alcantarillas de Seattle es del sistema llamado de gravitación combinadas. Es decir, una línea de las alcantarillas pasa por las calles y recibe, tanto el desagüe de los domicilios como el de las calles, y descarga por gravitación, y los líquidos son conducidos por la gravitación hasta la desembocadura, que se halla en aguas profundas en Puget Sound, lo suficientemente lejano de la playa, para no producir inmundicias en ella. Este sistema ha resultado ser muy satisfactorio.

La ciudad de Seattle tiene un área de 60 millas cuadradas aproximadamente, del cual como un 22 y medio por 100 está reservado por el sistema de alcantarillado. Hay 245 millas de alcantarillas en la ciudad. Cuando una alcantarilla ha sido tendida en una calle y aceptada por la ciudad, es le deber de los dueños de todas las fincas adyacentes conectar sus cañerías con ella, como lo dispone una ordenanza municipal. En los sitios en donde hay servicio de aguas potables, pero que no están suficientemente cerca de la alcantarilla para establecer conexión directa con él, los médicos están en la obligación de instalar pozos ó tanques sépticos para recibir los desechos líquidos de sus casas. En los sitios de la ciudad en donde no hay servicio de aguas, se permite el uso de excusados de bóvedas.

BOSTON, MASSACHUSETTS.

ABASTECIMIENTO DE AGUAS.

El agua se obtiene de tres fuentes: el lago Cochituate, el río Sudbury y el brazo Sur del río Nashua. El servicio metropolitano de aguas consiste de una serie de estanques, acueductos y una estación distribuidora, que dan abasto á 18 municipios en los alrededores de Boston. El abasto diario es de unos 25,000,000 de galones. No hay plantilla de filtración para el abasto general, pero el agua que se obtiene de algunas partes de la vertiente, que están expuestas á ser contaminadas, son filtradas antes de pasar á los estanques. Mantiénese la inspección sanitaria de la vertiente y de los estanques, á fin de evitar la contaminación.

ALCANTARILLADO.

El servicio de alcantarillas se efectúa mediante un extenso y completo sistema de obras de ingeniería que consisten de alcantarillas principales é incoactivos, tuneles, sifones, estaciones de bombas, estanques y alcantarillas de desagüe. En una palabra, los líquidos son tamizados y llevados á las alcantarillas de depósito y después á los estanques, y por último, descargados en las alcantarillas de desagüe á la entrada de la bahía de Boston. Durante la marea alta los líquidos son retenidos en los estanques, y descargados durante las dos primeras horas de la marea baja. Las alcantarillas de desagüe descargan en puntos distantes unas 5 millas de los muelles de la ciudad. El cieno de las alcantarillas de depósito es recogido periódicamente y arrojado en alta mar.

SAVANNAH, GEORGIA.

La mortandad de 1908 fué la más baja que se ha registrado en la historia de la ciudad.

En 1908 se estableció un laboratorio para trabajos bacteriológicos, químicos y patológicos y para el estudio de los problemas de la ciencia sanitaria. Esta institución da gratuitamente á los médicos de la localidad las siguientes oportunidades:

- Exámenes de la garganta para cultivos de difteria.
- Exámenes de la sangre para parásitos de la malaria, y para la reacción Widal en casos sospechosos de fiebre tifoidea.
- Examen del esputo para bacilos tuberculosos.
- Examen del perro para la hidrofobia.
- Examen de la materia fecal para los huevos de la uncinaria.
- Exámenes especiales del agua, hielo, leche y alimentos usados en la ciudad.

IV. INFORME RELATIVO AL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DE POBLACIÓN Y DE LA MORTANDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS DURANTE EL AÑO DE 1908.

(COMPILADO PRINCIPALMENTE CON DATOS CONTENIDOS EN EL BOLETIN DEL CENSO No. 104 DE 1909.)

El área de registro de los Estados Unidos, el cual con los datos disponibles pertenecientes al año de 1908 abarca solamente los Estados y ciudades separados que tienen establecido el registro de defunciones, basado en la exigencia de permisos para entierros obligatorios. Diez y siete Estados, es decir, California, Colorado, Connecticut, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, South Dakota, Vermont, Washington y Wisconsin, y el Distrito de Columbia, y 74 ciudades en Estados que no tienen establecido el registro, componen esta área cuya población total se calcula en 45,000,000, ó sea más de la mitad de la población calculada de los Estados Unidos propiamente dichas. El número total de muertes registradas durante el año, fué de 691,574, que viene á ser el 15.4 por mil de la población calculada. La mortalidad durante el año fué notable por lo baja y por la ausencia general de epidemias severas y mortandad anormal por otras causas; en verdad fué la más baja que se ha registrado en los Estados Unidos.

La mortalidad proporcional entre las mujeres fué escasamente mayor que en 1907, en tanto que el verdadero número de defunciones entre hombres fué menos que en dicho año. El tanto por ciento de defunciones entre niños menores de un año, aumentó en cierto modo, pero las proporciones de las muertes entre niños de uno ó más años, fueron casi idénticas á las que en 1907. Los subsiguientes períodos quinquenales acusan cifras semejantes, siendo la distribución algo más favorable para el año de 1908 en las edades de 15 á 49 años. Como una quinta parte de todas las muertes ocurridas entre niños menores de un año, y más de una cuarta parte (200,000 defunciones aproximadamente) entre niños menores de 5 años. Bien sabido es que la mortandad de un país depende mayormente de la infantil, que es la más elevada y afecta numerosos elementos de la población. Se espera que en lo futuro se de en los Estados Unidos mucha atención á este asunto. La posibilidad de salvar en grandes números la vida de los niños es asunto que merece cuidadosa investigación, y hay motivo para creer que, aún con los medios con que contamos en la actualidad, se podrá conseguir mucho. Es probable que de las 200,000 defunciones que ocurren entre niños en el área de registro de los Estados Unidos, se podrá salvar un gran número de vidas si las medidas sanitarias fueran generalmnete comprendidas y puestas en práctica.

La mortandad en cada Estado varía entre 18.4 en California y 10.1 en South Dakota. Sin embargo, California, así como Colorado, sufren indebidamente en comparación con otros Estados, debido al hecho de que muchos enfermos de otras partes del país se trasladan á ellos en busca de salud, y una parte proporcional de la mortandad podrá ser indudablemente atribuida á nuevos residentes.

La mortandad por mil en las ciudades mayores, fué como sigue:

	1907	1908
Nueva York	18.5	16.8
Chicago	15.3	14.0
Filadelfia	18.7	17.4
Boston	19.2	19.1
Nueva Orleans	24.0	22.7
St. Louis	15.7	14.5
Pittsburg (incluso Allegheny).....	18.3	16.5
Baltimore	19.9	18.3
Washington, D. C.....	20.3	19.3
Detroit	16.5	15.6
Minneapolis	10.4	10.3
Milwaukee	14.4	13.6
Omaha	12.4	12.1
Memphis	19.0	17.5

CAUSAS DE MUERTE.

	Número de muertes en 1908.	Muertes por cada mil habitantes.	
		1907	1908
Fiebre tifoidea	11,375	30.3	25.3
Sarampión	4,611	10.3	10.2
Escarlatina	5,577	10.3	12.4
Tosferina	4,969	11.6	11
Difteria y croup.....	10,052	24.3	22.3
Tuberculosis en todas sus formas	78,289	183.6	173.9
Cancer	33,465	73.1	74.3
Enfermedad del corazón....	60,038	141.7	133.3
Pulmonia en todas sus formas	61,259	161.2	136.0
Diarrea y enteritis.....	52,213	116.7	116.0
Albuminuria	39,203	94.6	87.1
Suicidios	8,332	16.2	18.5
Accidentes	44,087	109.7	97.9

EDADES DE LOS DIFUNTOS.

	Hombres.	Mujeres.
Menores de 10 años.....	112,638	93,049
De 10 á 14	5,437	5,151
De 15 á 19	9,317	8,828
De 20 á 24	14,503	12,634
De 25 á 34	31,642	26,049
De 35 á 44	35,741	26,013
De 45 á 54	39,120	27,725
De 55 á 64	41,460	32,695
De 65 y más.....	84,961	83,710
Desconocidos	678	223
Total	375,497	316,077

RELACION DE LOS OFICIOS CON LAS CAUSAS DE MUERTE

Con el fin de hacer frente á la urgente necesidad datos sobre la relación de los oficios con la mortalidad, la Oficina del Censo preparó algunas estadísticas correspondientes á 1908. Los datos contenidos son necesariamente incompletos, y abarcan solamente un 74.6 del número total de enfermedades registradas entre hombres de 10 años ó mas, y 11.7 de las enfermedades entre mujeres de la misma

edad, por más valiosa que pueda ser la información dada, solamente puede considerarse como una preparación para estadísticas más completas y precisas acerca de los oficios en relación con la mortandad.

Sin embargo del conocimiento imperfecto hasta ahora obtenido, algunos hechos muy importantes pueden ser deducidos. Las estadísticas compiladas demuestran que en el área de registro de los Estados Unidos, de cada 100 defunciones entre obreros muertos durante el año de 1908 entre las edades de 25 y 34 años, 30.9 fueron causadas por tuberculosis pulmonar, ó sea una muerte por cada tres. En las mismas edades esta enfermedad fué la causa de 41.9 muertes de cada 100 ocurridas entre tenedores de libros, dependientes y copistas; 40.1 por 100 entre barberos y peluqueros; 40.9 por 100, entre criados; 44.1 por 100, entre limpiabotas y zapateros; 49.2 por 100, entre cajistas, impresores y prensistas; 41.2 por 100, entre sastres; en tanto que sus estragos entre los agricultores bajó á un 25.6 por 100, y entre mineros y canteros á 5.3 por 100. Es interesante hacer notar que los médicos y cirujanos en todas las edades presentan el promedio más bajo en las muertes causadas por tuberculosis, así como la proporción más reducida de todas las profesiones, entre las edades de 35 y 54.

VI. MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE PASAJEROS QUE EMBARCAN EN PUERTOS INFECTADOS.

Los reglamentos que el Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos ha juzgado necesarios para la protección de pasajeros, pueden resumidos del siguiente modo:

1. Siempre que sea factible, ningún pasajero debe salir de un puerto infectado.
2. No debe permitirse el embarque de ninguna persona que sufra de enfermedad cuarentenable, ó de escarlatina, sarampión, difteria ú otros males contagiosos.

3. Los pasajeros, para los fines de estas reglas, se dividen en dos clases: de camarota y de proa.

4. Los pasajeros de proa y tripulantes, que vienen de distritos infectados de cólera, deben ser detenidos por espacio de cinco días en casas ó barracas adecuadas situadas en sitios donde no haya peligro de infección, y sus equipajes deben ser desinfectados.

5. Los pasajeros de proa y tripulantes que vienen de distritos no infectados de cólera y que hayan tocado en un puerto sí infectado, deberán ser tratados como los del último párrafo, á menos que hayan pasado sin peligro de infección y no se haya permitido comunicación alguna entre dichas personas y la localidad contaminada.

6. Los pasajeros de camarote procedentes de distritos infectados y que hayan embarcado en un puerto limpio ó contaminado, deben exhibir pruebas satisfactorias con respecto á su residencia durante los cinco días inmediatamente precedentes á su embarque. Y si resulta que ellos ó su equipaje han estado expuestos á contagio, el equipaje deberá ser desinfectado y los pasajeros detenidos bajo la vigilancia médica durante un tiempo que comprenda el periodo de la incubación, desde la última vez que estuvieron expuestos á la contaminación.

7. Los pasajeros de proa y los tripulantes que, á juicio del Oficial Inspector, hayan estado expuestos al contagio de fiebre amarilla, serán detenidos bajo observación médica en un sitio libre de peligro de contaminación durante un periodo de 5 días ó 6 en algunos casos, antes de su embarque.

Los casos á que aplicamos la detención de 6 días son, por ejemplo, entre la Habana y Cayo Hueso. Para este viaje sólo se requiere cinco horas y siemos que Cuba está infectada con fiebre amarilla detenemos los pasajeros 6 días en Cayo Hueso, por cuanto que llega á los Estados Unidos el mismo día que sale de la Habana. Los reglamentos que preceden se ponen en vigor en todos los puertos extranjeros con respecto á los buques destinados á los puertos de los Estados Unidos. La responsabilidad de su ejecución en dichos puertos, cae sobre el Oficial de servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, destacado en el puerto respectivo.

8. Los pasajeros de proa y tripulantes que vienen de distritos en donde prevalece la viruela en forma epidémica, ó que hayan estado expuestos á dicha enfermedad, deben ser vacunados antes de embarcarse, á menos que presenten

pruebas de haber adquirido inmunidad por ataque anterior ó vacuna reciente que haya dado resultado.

9. Los pasajeros de proa y tripulantes que, á juicio del Oficial Inspector, hayan estado expuestos á la infección de fiebre tifoidea, no podrán desembarcar durante un período de doce días por lo menos, después de haber estado así expuestos y de que se haya desinfectado el equipaje.

10. Las pasajeros de proa y los tripulantes que, á juicio del Oficial Inspector, hayan estado expuestos á la infección de peste, serán detenidos bajo observación médica en un sitio libre de contagio durante un período de siete días antes de embarcarse, y sus equipajes serán desinfectados.

11. Los pasajeros de camarote que vienen de distritos infectados de peste, sea que hayan embarcado en un puerto limpio ó infectado, deberán presentar pruebas satisfactorias del sitio exacto de su residencia durante los siete días inmediatamente precedentes al embarque. Y si resulta que ellos ó su equipaje han estado expuestos á contagio, el equipaje será desinfectado y los pasajeros detenidos bajo observación médica durante un período que abarque el de la incubación de este la última vez que estuvieron expuestos.

12. Si se presenta un caso de enfermedad cuarentenable en las casas en donde se hallan detenidos los pasajeros, ninguno de aquellos que hayan estado aparentemente expuestos á esta nueva infección, podrá embarcar hasta después de que expire el período de la incubación de la enfermedad en cuestión, después de la última vez que estuvo expuesto al contagio, y de la aplicación de todas las medidas sanitarias del caso.

13. En un puerto en donde prevalece alguna enfermedad cuarentenable, el personal de los buques deberá permanecer á bordo durante su estancia en dicho puerto.

14. Los pasajeros y tripulantes, mercancías y equipajes, de una localidad infectada, con destino á un puerto limpio, se sujetarán á las mismas restricciones que se imponen en un puerto infectado.

15. El Capitán de un buque deberá observar las siguientes medidas á bordo:

(a) Los retretes, el castillo de proa, las entinas y otras partes del buque capaces de infección, deberán ser desinfectados y limpiados con frecuencia.

(b) Durante el viaje todas las partes del buque deberán ser bien ventiladas y perfectamente limpias, y se tomarán medidas para destruir ratas, ratones, pulgas, mosquitos, cucarachas, moscas y otros bichos.

(c) Los enfermos de males contagiosos deberán ser aislados, y para que los cuiden y atiendan, se designará un miembro de la tripulación, el cual, de ser posible, debe ser inmune contra la enfermedad.

(d) La comunicación entre el enfermo ó su enfermero y otras personas á bordo, deberá ser reducida á grado mínimo.

(e) Los vestidos, ropa interior y de cama usados por el enfermo y el enfermero, deberán ser sumergidos inmediatamente en agua hirviendo ó en una solución desinfectante.

(f) El compartimiento que ha dejado un enfermo será desinfectado y perfectamente limpiado. Los artículos que pudieran llevar la infección se dejarán en el compartimiento durante la desinfección cuando ésta se hace por gases.

(g) Los enfermos de palúdica ó de fiebre amarilla deberán ser encerrados en mosquiteros, y las habitaciones en donde se hallen estarán protegidas con telas de alambre. La destrucción de mosquitos á bordo se efectuará mediante la incineración de polvos de pyrethrum (polvos persa insectisida) ó la fumigación con azufre. Las larvas de mosquitos que haya en balsas de agua, cubos y otros recipientes de á bordo, serán destruidas con petróleo; de no ser posible, se usarán telas de alambre para impedir la salida de los mosquitos de dichos criaderos.

(h) En el caso de peste se tomarán medidas especiales para la destrucción de ratas, ratones, pulgas, moscas, hormigas y otros bichos que haya á bordo.

(i) En el caso de cólera, fiebre tifoidea ó disentería, el agua potable deberá ser hervida y los alimentos perfectamente cocidos. Las deposiciones de los enfermos serán desinfectadas inmediatamente y arrojadas al mar.

16. El médico del buque efectuará una vez al día una inspección general, incluyendo la proa.

17. Si durante la investigación del buque se presentara algún caso de cólera, fiebre amarilla, viruela, tifo, peste ú otras enfermedades contagiosas, los que presenten síntomas de dichas enfermedades, serán aislados inmediatamente en

un sitio adecuado; el médico del buque notificará entonces inmediatamente al Capitán, quién hará la anotación del caso en su cuaderno de bitacora, y todos los efectos que puedan llevar el contagio y que han estado expuestos, deberán ser destruidos ó desinfectados.

18. El hospital será desinfectado tan pronto como sea desocupado.

19. El cadáver será envuelto en una mortaja saturada con una solución desinfectante poderosa, sin haber sido llevado antes, é inmediatamente será arrojado al mar, ó bien, colocado en una ataúd herméticamente cerrado.

El Gobierno de los Estados Unidos exige ahora que los reglamentos que anteceden se han observados por los buques antes de su salida de un puerto extranjero si van con destino á un puerto americano. La responsabilidad de su observancia en dichos puertos recae sobre los Oficiales del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos destacados en los consulados americanos, ó sobre los funcionarios consulares que expidan la patente de Sanidad en los puertos en donde no haya un funcionario médico.

VII. DE LAS ENFERMEDADES NO INCLUIDAS EN LA CONVENCIÓN DE WASHINGTON DE 1905 Y ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA LEPROSA.

Parece llegado el tiempo para que en este Continente se tome una determinación concertada con respecto á enfermedades como el tracoma, la tiña, el beri-beri y la lepra.

En el informe relativo al tracoma, que el Cirujano General Wyman presentó en la Conferencia de México, se mencionaba el hecho de que en los Estados Unidos desde 1907 se ha considerado el tracoma como enfermedad "contagiosa peligrosa," y de acuerdo con la ley de Inmigración de 1891 todos los inmigrantes que padecen de dicha enfermedad no han sido admitidos en el país. Tampoco son admitidos los que padecen de cualquiera de las otras enfermedades. Los informes presentados por los Delegados á las Convenciones anteriores demuestran que el tracoma y el beri-beri eran hasta entonces casi desconocidas en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras y el Salvador, en tanto que en el Brasil, Cuba y México se han adoptado leyes semejantes á las de los Estados Unidos contra la introducción del tracoma, y también contra el beri-beri en México y el Uruguay.

Con respecto á la lepra, sería muy conveniente una acción coordinada. Se ha visto que á fin de obstruir el paso de esta abominable enfermedad, no es bastante impedir la introducción de nuevos casos de países como la China, el Japón y la India, en los cuales es endémica, sino que para dominar los casos existentes, es preciso aislarlos, medida que ha resultado eficaz. Es extraño el hecho de que la lepra, que fué el flagelo del mundo en la edad media, cuando atacaba tanto á ricos como á pobres, fué virtualmente dominada, cuando la gente dándose cuante de la gravedad de sus estragos, puso en práctica un sistema de riguroso aislamiento, que, si bien era cruel, dió resultados felices. La desaparición de la enfermedad fué seguida bien pronto de un absoluto descuido de medidas preventivas, resultando que la lepra, que se consideraba desaparecida de Europa en el siglo XVII, volvió á invadirla.

No es necesario tratar aquí de las varias circunstancias (la expansión colonial, el ensanche del comercio, la libre comunicación entre países infectados, etc.) que han producido estas condiciones. Lo que sí haremos es apuntar el hecho de que si se deja el principio del contagio de la lepra, la propagación de este mal sería solo cuestión de tiempo. Se observa, entre otros muchos ejemplos, que en Hawái, en donde no había casos antes de los cincuentas, la introducción de la lepra fué pronto seguida de tal propagación, que ahora constituye un sério problema en aquellas islas. En el Estado de Luisiana, en donde probablemente no existía el mal hace 140 años, el número de mendigos leprosos que pululaban por las calles de Nueva Orleans, era tan considerable en 1786, que las autoridades tuvieron que aislarlos en una casa radicada en las afueras de la ciudad. Esta medida motivó, si no la eliminación del mal, por lo menos su desaparición hasta que, á causa de la apatía de la gente, reapareció con violencia inesperada en los setentas, é hizo que la Junta de Sanidad tomara medidas inmediatas para la segregación de todos los casos conocidos. En Colombia el número de los atacados, que hace 40 años se calculaba en 400, se cuentan ahora por

millares. En Argelia se ha notado lo mismo. En aquella colonia francesa, la enfermedad que hasta año tan reciente como el de 1897 era muy rara, ha tomado proporciones alarmantes desde la inmigración de varios leprosos españoles.

Actualmente no hay país ni raza que esté enteramente libre de la lepra. No hay nada que ofrezca inmunidad contra ella, por más que se ha notado que es más común en las regiones húmedas cercanas á la costa, y es rara en las regiones montañosas ó elevadas.

En los Estados Unidos hay relativamente una proporción reducida de casos, distribuidos parcialmente en los Estados de Luisiana, Florida, Minnesota y California. En los dos primeros fué introducida de las Antillas; en Minnesota por los inmigrantes escandinavos y en California, del Extremo Oriente. Una comisión de Oficiales del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, creada por una ley del Congreso para que investigara la enfermedad, pudo encontrar solamente 278 casos en 1900, pero se cree que el número verdadero es considerablemente mayor. La gran mayoría de los Estados y Territorios de la parte continental de los Estados Unidos obliga la declaración y el aislamiento de los casos de lepra, y clasifica la enfermedad como peligrosa y transmisible.

En Luisiana se ha observado esta práctica desde hace algún tiempo, y la leprosería de aquel Estado alberga por lo general 60 enfermos. En Massachusetts, en donde la segregación se observa rigurosamente, el Gobierno del Estado construyó hace poco un hospital de leprosos. En Tejas se ordenó en 1909 el establecimiento de una Institución de esta clase, y Puerto Rico cuenta ya con otro igual que se halla situado de los islotes vecinos. Sin embargo la opinión general parece abogar por el establecimiento de una leprosería federal, en el que se alojen todos los leprosos de los Estados Unidos. En cierta ocasión se presentó en el Congreso un proyecto de ley con dicho fin, pero por varias causas no pudo ser aprobado entonces. Según se ha visto en Luisiana y en Hawái, hay indudablemente grandes dificultades con respecto á la política del aislamiento, pero si se inculcara en el pueblo el debido espíritu de responsabilidad, esas dificultades podrían ser allanadas. Una que pudiera resultar sería frecuentemente, es la dificultad de hacer un diagnóstico definitivo en muchos casos. Hace poco que en nuestra Capital nacional tuvimos una lección objetiva en el caso de un enfermo que fué declarado leproso por las autoridades sanitarias locales y aislado de acuerdo con el diagnóstico (que poco después fué confirmado por una de los especialistas más prominentes del mundo). Aquel enfermo fué después trasladado á Nueva York y allí se le puso en libertad y se le permitió reunirse á su familia. Cítase este caso solamente para dar un ejemplo de la divergencia de opinión que existe entre los peritos, y de la obscuridad que aún rodea algunas fases del mal.

Los Estados Unidos han establecido en la Isla de Molocai, Hawái, una estación de investigación con el fin, entre otros, de remediar este defecto obteniéndose un conocimiento mejor y más exacto de todos los factores que contribuyan á la solución del problema.

Esta Estación, que existe gracias á una ley del Congreso, se halla ahora á cargo del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos. En ella se llevan á cabo estudios de la lepra con el fin de determinar el valor relativo de preparaciones diferentes en el tratamiento de la enfermedad, y se consagra atención especial al cuidado y tratamiento de leprosos en Hawái. Que se sepa, esta es la primera institución que haya organizado un Gobierno para la investigación científica continuada de la lepra, y no hay duda que los datos obtenidos, abarcando como abarcará un basto campo de experimentación, habrá de ser de considerable valor en lo que se refiera á los trabajos futuros sobre esta enfermedad.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA INFECCIÓN DEL EXTERIOR.

Por el CIRUJANO AUXILIAR R. H. VON EZDORF,

De Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos de los Estados Unidos.

Los orígenes de enfermedades infecciosas en una comunidad, son dos, á saber: los del sitio mismo ó país en que está situado, es decir, nacionales; y, segundo, los de países extranjeros.

Proponemos tratar principalmente de los orígenes extranjeros y de las medidas

preventivas que debieran dictarse en relación con ellos. Como es claro, los pueblos costaneros son los más expuestos á esta fuente de infección.

Los puertos de mar tienen mayor responsabilidad para con el resto del país que las ciudades interiores, puesto que son las puertas del comercio y de la intercomunicación con Estados extranjeros, estando por lo tanto constantemente expuestos al contagio del exterior. Cuando esos puertos se contagian á sí mismos, contagian también al resto del país.

Las naciones se hacen cargo de este hecho, y en muchos casos los Gobiernos acuden en ayuda del puerto para efectuar su saneamiento.

Citaré como ejemplo ciudades como la Habana y Veracruz que en tiempos pasados eran focos endémicos de la fiebre amarilla. Mucho se ha hecho para destruir el mosquito *stegomyia*, el agente de transmisión de la fiebre amarilla, y el resultado ha sido que no volviera á aparecer en aquellos sitios una epidemia de fiebre amarilla, si las medidas actuales continúan llevándose á cabo. Por lo tanto, presentamos un nuevo factor al tomarse en consideración la cuarentena de dichos sitios. Sin que haya noticia de casos de fiebre amarilla desde hace largo tiempo, no habrá lugar á restricciones cuarentenarias como la detención de buques y personas procedentes de dichos sitios, como pasaba anteriormente. Esto es lógicamente seguro, pero como esos territorios siguen expuestos á la infección mientras tanto que el factor del mosquito *stegomyia* permanece, debe tenerse en cuenta un elemento de peligro. En años anteriores cuando aparecía un caso sobrevenía un epidemia que nos advertía de lo que ocurría y de la presencia de la infección, sin embargo, ahora si se desliza una infección desconocida su presencia no podría descubrirse sino después de algún tiempo, por lo que su posible propagación á otros países podría tener lugar.

La exención de enfermedades infecciosas ó más bien la protección contra enfermedades de orígenes exteriores, los cuales una vez que han invadido pueden propagarse por todo el país, es propiamente un problema nacional.

Siendo de interés nacional, lo propio sería que la nación acudiera en auxilio del puerto y se hiciera cargo de parte de la responsabilidad.

Sin embargo, las medidas que pudieran adoptarse y observarse para la protección contra el contagio del exterior, pueden ser reasumidas en tres clasificaciones:

1ª. Saneamiento del puerto.

2ª. Cuarentena.

3ª. Observación de pasajeros entrantes durante el período de incubación de ciertas enfermedades.

Desde hace muchos años el Cirujano General Wyman ha abogado por la forma de protección más lógica, es decir, el saneamiento de puertos de mar. Citaré á continuación un párrafo de una carta que él dirigió al Secretario Root en la que indicaba algunas proposiciones para ser sometidas á la Tercera Conferencia de Estados Americanos, celebrada en Rio Janeiro en julio de 1906:

"Al estudiarse la posibilidad de un acuerdo internacional que provea influencia más directa y eficaz de los Gobiernos nacionales en el saneamiento y la higiene locales, será más factible limitar dicho acuerdo á puertos y ciudades costaneros, pues que ellos son los puntos de contacto entre las naciones."

En nuestro propio país se hace todo lo posible para establecer las mejores condiciones sanitarias, pero como ellas no serán completas sino después de muchos años, nos vemos obligados á adoptar medidas preventivas y protectoras.

El tráfico entre puertos aumenta de año en año, y con las facilidades modernas de transporte, los pueblos de los diferentes países se ponen en íntimo contacto, todo lo cual aumenta las facilidades para la propagación ó importación de enfermedades infecciosas.

El puerto debe ser el primero en perfeccionar su estado sanitario á fin de que si apareciera en él una enfermedad cuarentenable, esta no se propague y de que el comercio, que es lo que le da vida, continúe efectuándose sin restricciones de ningún género. Una vez conseguido esto, no hay porqué temer la infección del exterior, y así habrá seguridad de que la infección no se propague á un puerto extranjero.

El servicio de cuarentena en cada puerto es la siguiente defensa establecida para proteger la ciudad y la nación contra exóticas invasiones de enfermedades. Por muchas razones este servicio no puede ser absoluto, pero puede restringir, ó por mejor decir, reducir á grado mínimo las probabilidades de que entre una enfermedad infecciosa en el país. En la actualidad, la función principal del

servicio de cuarentena es impedir la introducción de enfermedades cuarentenables, que son las siguientes:

Fiebre amarilla, viruela, tifo, peste, cólera y lepra.

Los reglamentos que determinan las medidas que deben adoptarse contra buques emanan del Secretario del Tesoro, á recomendación del Cirujano General del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos. Estos reglamentos se dividen en dos clases: los que deben observarse en puertos extranjeros; y los que se ponen en vigor en los puertos nacionales.

Los reglamentos de cuarentena que deben observarse en puertos extranjeros, tienen por fin implantar las mejores condiciones sanitarias en un buque, su cargamento, pasajeros y tripulantes antes de hacerse á la vela con rumbo á un puerto de los Estados Unidos.

De acuerdo con las leyes de cuarentena, los buques destinados á los Estados Unidos están en la obligación de proveerse de patentes de sanidad, expedidas por nuestros funcionarios consulares. Estas patentes de sanidad dan al Oficial de cuarentena en el puerto de los Estados Unidos todos los datos necesarios sobre las condiciones sanitarias del puerto de salida, la historia sanitaria del buque, su cargamento y personal en la fecha de la emisión de la respectiva patente.

En virtud de la misma ley, el Presidente de los Estados Unidos puede destacar oficiales médicos en los consulados, con el fin de expedir las patentes de sanidad y de hacer cumplir nuestros reglamentos de cuarentena en los puertos extranjeros. Estos oficiales médicos son escogidos por el Cirujano General del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, y son asignados por lo general á puertos infectados ó sospechosos, ó á puertos que están en comunicación con ellos, siempre que se estime que con ello se consiga mayor protección para nuestros puertos.

Daré un breve resumen de estos reglamentos, por considerarlo de interés. El funcionario destacado en un puerto extranjero puede, antes de expedir la patente de sanidad, exigir que todos los reglamentos y leyes de cuarentena de los Estados Unidos, sean observados. Así, la patente de sanidad no se expide hasta que el Oficial médico haya comprobado y determinado todos los hechos mediante una inspección efectiva.

Los reglamentos prescriben que sean inspeccionados:

(a) Todos los buques que salen de puertos en donde existe el cólera, la fiebre amarilla, ó la peste, ó en donde la viruela ó el tifo prevalecen en forma epidémica.

(b) Todos los buques que lleven pasajeros de proa. La inspección consiste en el examen del buque; de los pasajeros y tripulantes, de los manifiestos y otros documentos, de los alimentos y del abasto de agua; información con respecto á la comunicación con tierra; posibilidad de invasión mediante animales pequeños, etc., á fin de determinar si todos los reglamentos han sido cumplidos.

Los reglamentos enumeran detalladamente los requisitos relativos á los buques, pasajeros y tripulantes, tanto con respecto á puertos limpios, como á aquellos en que existe alguna enfermedad cuarentenable.

Tenemos un reglamento que prohíbe el embarque de una persona que padezca de una enfermedad cuarentenable, ó de escarlatina, sarampión, difteria, ú otras enfermedades transmisibles.

Los siguientes requisitos deben observarse antes de permitir el embarque de pasajeros y tripulantes que aparentemente han estado expuestos á una de las enfermedades cuarentenables, á causa de su existencia en puertos ó distritos de donde provienen:

Para cólera: cinco días de detención ú observación; desinfección del equipaje

Viruela en forma epidémica: vacunación ú otra prueba de inmunidad.

Tifo: deben haber transcurrido doce días después de la última exposición; desinfección del equipaje.

Peste: siete días de detención ú observación; desinfección del equipaje.

Fiebre amarilla: cinco días de detención, ó inmunidad.

Todos los bultos de equipajes pertenecientes á pasajeros de proa, tienen que ser rotulados: con etiqueta roja cuando han sido "aprobados"; con etiqueta amarilla cuando "desinfectados." Estas etiquetas llevan el sello del Oficial Inspector, y la fecha del examen.

Á cada buque se le suministra una copia de los requisitos y medidas que deben ser observados á bordo durante la navegación, los cuales son de carácter consultivo y se refieren á:

(a) A la limpieza de retretes, castillo de proa y sentinas.

(b) Ventilación, limpieza y medidas para la destrucción de ratas, ratones, moscas, cucarachas, mosquitos y otros bichos.

(c) Aislamiento de los enfermos y medidas que deben adoptarse con respecto á enfermedad cuarentenable, así como también casos de malaria, fiebre tifoidea, ó disenteria.

Todas las enfermedades deben anotarse en el libro de bitacora, y el médico del buque hará entrega el funcionario de cuarentenas de los registros crónicos de todos los casos de enfermedad ocurridos á bordo.

La observancia de estos reglamentos tiende á aminorar la rigurosidad de medidas cuarentenarias en el puerto de llegada. De los reglamentos de cuarentena en puertos nacionales se trató detalladamente en la Segunda Conferencia Internacional, pues que al defender un puerto se protege hasta cierto punto á aquellos del extranjero con los cuales mantiene comunicación directa.

Para la inspección de buques procedentes de puertos extranjeros, estos se clasifican en infectados, sospechosos y limpios.

Todos los buques de puertos extranjeros, excepto los canadienses, están sujetos á inspección.

Al llegar un buque á la estación de cuarentena, el Inspector médico se embarca en él para obtener del Capitán ó Piloto una declaración sobre la historia del buque, su cargamento, pasajeros y tripulantes. A fin de comprobar esa declaración se examinan los documentos del buque, tales como patente de sanidad, manifiestos, y algunas veces, el libro de derrota. A fin de determinar la salud de las personas que hay á bordo, todas ellas son sometidas á examen. Los buques son tratados según procedan de puertos infectados, sospechosos ó limpios. Si la historia del buque es limpia y todas las personas que hay á su bordo, gozan de buena salud, se da al buque libre plática para entrar en el puerto.

Si el buque procede de un puerto sospechoso ó infectado, se ponen en vigor los reglamentos relativos á las enfermedades cuarentenables respectivas.

Si ocurre á bordo un caso de enfermedad, ó si hubiera ocurrido durante la navegación, proceda el buque de un puerto limpio ó no, el funcionario de cuarentena tiene la obligación de averiguar si el caso es ó fué de una enfermedad cuarentenable. En este respecto, el cargo del funcionario de cuarentena, no es envidiable. Si diagnostica el caso como de una enfermedad no cuarentenable, y después resulta que sí lo es, muy bien pueden comprobarse las consecuencias ó daños que resulte de semejante equivocación.

Por el contrario, si el buque es detenido por haberse declarado que en él existió una enfermedad cuarentenable, y después resulta que no lo es, se causan considerables pérdidas á los intereses navieros.

Casos de enfermedades cuarentenables pueden ocurrir á bordo de un buque procedente de un puerto limpio—ello ha sucedido y volverá á sucederse. Por eso es que aún tratándose de buques que vienen de puertos limpios, se debe observar sumo cuidado y estricta vigilancia. Por esto se verá, aún tratándose de territorios considerados limpios—pero que así y todo están expuestos á la infección—cómo algunas enfermedades cuarentenables pueden introducirse. Un individuo procedente de semejantes puntos puede estar bien de salud al llegar á la estación de cuarentena, pero al mismo tiempo puede estar en el período de incubación de una enfermedad cuarentenable, que, desarrollándose después del arribo al puerto, puede ser el principio de una epidemia, siempre que, como es claro, todas las demás condiciones sean favorables á su propagación. Por lo tanto se hace más patente la importancia de que el puerto se halle en tal alto grado de saneamiento.

Ya que hay buques que aunque procedentes de un puerto aparentemente limpio, pero susceptible de ser infectado, puede estar atravesando por el período de incubación de una enfermedad cuarentenable, se hace más patente la tercera medida de defensa, á saber: la observación de personas que llegan á un puerto durante el período de incubación de la enfermedad cuarentenable.

Tal es el servicio que el Gobierno, por medio del servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, ha mantenido en Nueva Orleans y Galveston. Personas que llegaban de un puerto extranjero tropical eran examinadas diariamente hasta después de haber transcurrido seis días contados desde el de su salida del último puerto extranjero, ó en otras palabras, el último origen de posible exposición á la infección de fiebre amarilla; siendo esta la enfermedad que mayormente interesa á los puertos del Sur.

Sobre este particular es de interés dar una idea de los métodos que se siguen en la estación de cuarentenas de Nueva Orleans:

El tráfico ha sido principalmente con puertos tropicales en donde la fiebre amarilla ha prevailecido en tiempos pasados, los cuales todavía continúan expuestos á la infección á causa de la presencia del *stegomyia*. La inspección de todas las personas procedentes de aquellos puertos tropicales consiste en una minuciosa inspección visual y en tomarles la temperatura por termómetro clínico á todos y cada uno de los individuos. Si una persona resultaba tener una temperatura de 37.3 C., ó sea 99.2 F., ó más, era detenida para ser sujeta á otra inspección más crítica. Si la temperatura era de 37.8 C., ó 100 F., ó más, el individuo era trasladado al Hospital de cuarentena para observación y tratamiento. Si el individuo presentaba síntomas considerados sospechosos de enfermedad cuarentenable, el buque, aunque procedente de un puerto aparentemente limpio y de historia limpia, era detenido hasta tanto que se diagnosticaba el caso. Si no habia síntomas indicativos de enfermedad cuarentenable, pero sí fiebre indicada por el termómetro, el funcionario de cuarentena asumía la responsabilidad de que el caso no complicaba enfermedad cuarentenable alguna, y, por lo tanto, se permitía al buque que procediera, deteniéndose al individuo para la observación.

Como el individuo es el factor principal, si no el origen de la propagación de la enfermedad, la detención y el aislamiento de un enfermo de mal infeccioso, es lo mejor que se puede hacer. El aislamiento de un origen conocido de infección elimina por completo la propagación del mal.

Durante el periodo desde el 1º de julio de 1907 hasta el 1º de diciembre de 1909, fueron llevadas al Hospital de la estación de cuarentena de Nueva Orleans 395 personas para su observación. Á continuación se da una lista parcial de las enfermedades tratadas:

Malaria	112 casos
De los cuales 54 fueron de la variedad estivo-otoñal.	
Fiebre tifoidea	29 casos
Tuberculosis	11 casos
Beri-beri	1 caso
Papera	1 caso
Enfermedades generales	241 casos

Uno puede imaginarse el gran beneficio que se consiguió para el puerto de Nueva Orleans con el aislamiento de estos casos.

Los reglamentos de cuarentena contienen la siguiente disposición:

“Párrafo 67. Cuando un buque que llegue á la estación de cuarentena tiene á su bordo algún caso de enfermedad transmisible, pero no cuarentenable, el funcionario de cuarentena notificará inmediatamente á las autoridades sanitarias locales la existencia de fermedad á bordo, y hará todo lo posible para enviar dicho aviso con tiempo suficiente, de ser posible, para que el caso sea examinado por las autoridades locales antes de que sea dado de alta.”

Las autoridades sanitarias pueden ó no tomar medidas para protegerse contra infecciones del exterior; los asuntos de su propia comunidad pueden ser suficientes para ocupar toda su atención. Lo cierto es que no se les debe obligar á hacerse cargo de esta fuente exterior de infección. La nación tiene tanto interés como ellos para que el puerto esté libre de infección, pues que ella pudiera propagarse á otros sitios, es decir, á otros puertos extranjeros ó á puntos del interior. Creo que el deber de la nación es protegernos y, por lo tanto, aislar todas las personas que lleguen á la estación de cuarentena en el periodo activo de una enfermedad infecciosa. Claro está que este principio no puede aplicarse á personas que se hallan en el periodo incubativo de una enfermedad, pues no contamos con ningún medio práctico para determinarlo. No quiero decir que se pongan en vigor restricciones cuarentenarias, sino solamente me refiero á los individuos que llegan en el periodo activo de alguna enfermedad supuestamente infecciosa. Esas medidas, tal como han sido propuestas, afectaría solamente una pequeña proporción de personas, y, por lo tanto, no sería obstáculo de consideración; indudablemente nuestro pueblo ganaría con ello, y tal es, después de todo, el objeto de poner en vigor medidas protectoras.

Solamente he dado una lista de los casos detenidos; una relación de los que han sido pasados, puede dar idea también de las dificultades que tienen que allanarse.

Durante el año económico del 1º de julio de 1908 al 1º de julio de 1909, los casos de enfermedad pasados en buques, fueron como sigue:

Fiebre tifoidea	6 casos
Malaria confirmada microscópicamente.....	19 casos
Tuberculosis confirmada microscópicamente..	6 casos
Pulmonía	3 casos
Disentería	1 caso
Impétigo—contagiosa	1 caso
Enfermedades generales	35 casos
Escarlatina (de un puerto nacional).....	1 caso

Una vez que ha sido pasado un individuo que sufre de una enfermedad no cuarentenable, puede hacerse asistir por un médico, si así le place, ó continuar su viaje á algún punto interior, siempre que, como es claro, la enfermedad no sea cuarentenable, de acuerdo con los reglamentos sanitarios locales.

El promedio anual de personas examinadas en este puerto viene á ser de 41,000 tripulantes y 10,000 pasajeros. De estos números un promedio de 132 personas fueron detenidas, la mayoría de las cuales fué de tripulantes, siendo muy reducida la proporción de pasajeros detenidos.

Por lo tanto, me parece que el deber de una estación de cuarentena debiera extenderse al aislamiento de todos los casos de fiebre y á su detención si resulta ser infecciosas. Yo incluiría la fiebre palúdica, puesto que en el territorio del Sur existe el mosquito *anopheles* y, por lo tanto, esta forma de infección pudiera aumentarse. A las personas que sufran de fiebre palúdica ó de tuberculosis deben darse instrucciones sobre el cuidado que deben tomar para evitar la propagación de su enfermedad. Las leyes de Inmigración prohíben la introducción de extranjeros que sufran de tuberculosis, pero hay americanos que ignoran la naturaleza de su afección; del mismo modo y por medio del termómetro se ha descubierto la enfermedad en extranjeros que aparentemente gozaban de buena salud, y así se han descubierto casos de tuberculosis laringea en la incipencia del mal. Estas personas pasarían un examen ordinario.

Por lo tanto, considero que la eliminación de los orígenes extranjeros de infección, es factor importante para la comunidad, especialmente para un puerto de mar; que el saneamiento de tal ciudad es de importancia primordial, y á falta de condiciones perfectas son esenciales las medidas preventivas para la eliminación del origen de infección del exterior, y las únicas medidas que pueden adoptarse ó son factibles son las dos de que se ha tratado; que el servicio de cuarentena sea ensanchado de manera que incluya entre sus condiciones el aislamiento de todas las enfermedades contagiosas que lleguen en buques, además de la función principal de impedir la admisión de enfermedades cuarentenables; y que la inspección de individuos que lleguen á un puerto de entrada se haga bajo vigilancia durante cierto tiempo para interceptar á una persona que esté en el período incubativo de alguna enfermedad transmisible.

INFORME DEL DOCTOR NAZARIO TOLEDO, DELEGADO DE GUATEMALA.

Habiendo sido designado á última hora para representar á la República de Guatemala en la presente Conferencia, no me ha sido posible recopilar los datos referentes á la tarea realizada en aquel país respecto del estado sanitario y mejoramiento de su salubridad, ni mucho menos preparar en debida forma el informe exigido por el Programa Provisional y que habría de versar sobre los puntos concretos en él especificados. Sirva pues esto de excusa á la deficiencia de este informe, y prometo que antes de clausurarse las sesiones de la Cuarta Conferencia, yo habré tenido el gusto de proporcionar dichos informes y de cumplir este grato deber.

Siendo los puertos la entrada de las enfermedades que azotan nuestros países, el Gobierno de Guatemala ha puesto un particular interés en el mejoramiento de las condiciones higiénicas de sus puertos abiertos al tráfico internacional, y en particular en el de Puerto Barrios, situado sobre el litoral atlántico, por ser el de mayor movimiento.

Con este objeto, el Gobierno acordó, dentro del período correspondiente al receso de estas Conferencias, la inversión de dos millones de pesos en obras de salubridad de dicho puerto, á las cuales se ha dado principio, ordenándose además la importación de máquinas y aparatos adecuados conforme á los modelos más recientes para la desinfección de carga y pasajeros.

Refiriéndome al estado sanitario de la República, he de manifestar que las enfermedades endémicas que más estragos causan en su población, son la tifoidea, la tuberculosis, las fiebres eruptivas, y en particular la viruela, y en las costas la fiebre amarilla. Con respecto á la tuberculosis, contra la cual se ha emprendido una campaña universal que tiende á disminuir su propagación, el Gobierno de Guatemala, celoso de sus deberes humanitarios, ha dado los pasos para establecer cuanto antes un sanatorio situado en lugar que llene las condiciones que un establecimiento de ese género requiere, y mientras tanto ha destinado un pabellón del Hospital General para el aislamiento de los tuberculosos.

En cuanto á la viruela, habiendo aparecido el año próximo pasado una fuerte epidemia, el Gobierno tomó todas las medidas enérgicas y oportunas que están indicadas para combatirla y evitar su propagación, con resultados sumamente favorables, advirtiendo que por ley del Estado la vacuna es obligatoria y que existen establecimientos para la elaboración de suero vacuno en las principales poblaciones situadas en la región central, oriental y occidental, de los cuales podría dar algunas otras referencias.

Igualmente se presentaron en poblaciones de la zona atlántica varios casos fiebre amarilla, y con este motivo el Gobierno dispuso aumentar la vigilancia sanitaria, poniendo en práctica las medidas conducentes al aislamiento de los enfermos, por medio de habitaciones resguardadas por tela de alambre y además por una activa persecución del mosquito stegomyia, propagador de aquella terrible enfermedad, con lo cual se logró afortunadamente contrarrestar el peligro y detener su propagación, y puede decirse que hace casi dos años no se ha presentado en Guatemala ningún caso nuevo de fiebre amarilla.

En la capital de la República reside el Consejo General de Higiene, compuesto por miembros de la Facultad de Medicina é ilustrados juriconsultos y presidido actualmente por el Decano de la misma Facultad, doctor Ortega; y en las principales poblaciones de la República hay cuerpos dependientes de dicho Consejo.

Ultimamente se han introducido importantes mejoras en el ramo de higiene, y mencionaré las más interesantes, que son: 1º, el cambio de la tubería de la cañería, que antes era de barro, por tubos de hierro; 2º, el mejoramiento de las aguas que servían de abastecimiento de dicha cañería, las cuales han sido examinadas y llenan las condiciones de aguas potables de primera clase; 3º, las cloacas, que han sido reformadas, poniéndose en este servicio aparatos de desinfección.

Hay crematorios para la incineración de todas las sustancias y residuos orgánicos que se recojen al hacer la limpieza diaria de la ciudad.

Debo hacer mención asimismo de la apertura al servicio público, fuera de los Hospitales, entre los cuales se incluye uno de leprosos situado á dos millas de la capital y que aloja ciento cincuenta enfermos próximamente—debo hacer mención repito, del Asilo Estrada, especial, para convalescientes, y anexo á la Escuela de Medicina un departamento de la Gota de Leche, en protección de la infancia y con resultados verdaderamente satisfactorios.

Siendo limitado el tiempo disponible para nuestros informes, concluyo esta rápida ojeada de la salubridad pública de Guatemala, solicitando la benevolencia de mis distinguidos compañeros para que por los motivos que he manifestado se sirvan excusar las omisiones de este informe, que serán llenadas á la mayor brevedad posible, y aprovecho esta oportunidad para desearle el mayor éxito á la Cuarta Conferencia.

Cumplo con mi ofrecimiento de informar mas extensamente á esta ilustrada convención sobre las condiciones de salubridad existentes en la actualidad en la República de Guatemala.

La salubridad en general ha sido buena en toda la República, y solamente en el año pasado hubo de lamentarse el aparecimiento de la viruela que, en casos aislados se presentó en varios puntos del territorio; pero el gobierno con la actividad requerida estableció varios Lazaretos con el fin de asilar á los atacados, dándoseles por cuenta del estado todos los auxilios que la ciencia y la humanidad exigen.

Siendo la vacunación el único medio conocido para detener los avances de esta terrible enfermedad, se emitió el Decreto No. 691 de 8 de Diciembre de 1908, estableciendo la vacunación obligatoria así como la revacunación cada cinco años, para todos los habitantes de la República; y para llenar las necesidades consiguientes se establecieron Institutos de Vacuna Animal en la capital de la República, en la ciudad de Quezaltenango y en la cabecera del nuevo departamento de Progreso. Estos institutos han prestado su valiosa cooperación para extirpar el mal casi definitivamente, pues en la actualidad no se han presentado nuevos casos.

El Instituto Nacional de Vacuna establecido en la capital está dotado con personal competente y los elementos necesarios traídos de los Estados Unidos y de Europa. Allí se observan los métodos mas modernos que aconseja la ciencia y se practican en los países civilizados. Dió principio á sus labores en Junio de 1908 las que han sido continuadas sin interrupción habiéndose producido desde entonces á la fecha mas de 400 mil dosis de fluido antivarioloso.

Una labor notable ha sido la que se emprendió para sanear la costa y departamentos del Norte invadidos por la fiebre amarilla en otros años. Hay establecido Cuerpo Médico que cuenta con todos los auxilios necesarios para prevenir esa enfermedad y está autorizado por el Consejo Superior de Salubridad de la República que radica en la ciudad de Guatemala, para dictar las mas amplias medidas de profilaxia. Durante el año de 1908 y el corriente no se han presentado casos de fiebre amarilla. Entre las obras que deben mencionarse está la introducción de agua potable á Gualán y el establecimiento de un Lazareto en la propia población; un hospital en Zacapa; una casa de Cuarentena entre Puerto Barrios y Livingston y se ha establecido una vigilancia estricta en todos los puntos donde por su situación pudiera desarrollarse la enfermedad.

Especial cuidado ha tenido y tiene el gobierno en dictar todas las medidas que tienden á mejorar la salubridad pública. Tambien se han tomado las medidas oportunas de cuarentena á fin de evitar la invasion de fiebre amarilla, peste bubónica y otras enfermedades de caracter contagioso que desgraciadamente aparecieron en algunos de los países del Continente.

Por contratos celebrados con la Compañía del Ferrocarril de Guatemala, ésta se compromete á llevar á cabo importante trabajos preliminares de saneamiento de Puerto Barrios. En estos trabajos preliminares se han hecho considerables trabajos é importantes rellenos en algunas depresiones del terreno, habiéndose tambien excavado mas de seis mil yardas de zanjas de drainage; se ha surtido á los habitantes del puerto con abundante agua potable procedente de pozos abiertos a propósito y se continuan los trabajos con bastante actividad notándose ya que las condiciones sanitarias han mejorado notablemente, lo que hacen

esperar que en breve Puerto Barrios será, entre los puertos tropicales, no solo uno de los mas seguros sino tambien uno de los mas salubres.

Recientemente el Gobierno de aquella República ha celebrado un importante contrato con la United Fruit Company, la que á cambio de importantes concesiones otorgadas por el gobierno, se compromete á hacer el saneamiento permanente de dicho puerto, en cuya obra obra habrá de invertir hasta dos millones de dollars. Estas obras incluirán cañerías de agua, sistema moderno de cloacas, pavimentación de calles y el edificio destinado á estacion de cuarentena. Por lo pronto existe una estacion provisional provista con todos los aparatos científicos y máquinas modernas necesarias para el servicio, segun las actuales exigencias del tráfico. Allí se hace en debida forma la desinfección de pasajeros y sus equipages, así como la fumigación de buques, procedentes de puertos donde existen enfermedades contagiosas.

En cada uno de los puertos existen autoridades sanitarias y si cuando los señores delegados de los Estados Unidos pasaron por Puerto Barrios no tuvieron ocasion de verlo sería por que siendo tan extensa la zona que tiene que cuidar, estaría en alguna mision en el interior, y á eso se debió su falta temporal. Los puertos de San José de Guatemala y Champerico en el Pacífico también estan dotados con vigilancia médica y se cuenta con los elementos necesarios para evitar la introducción de enfermedades contagiosas. Queda pues determinado el punto que en Puerto Barrios existe medico de sanidad y que su falta debió ser temporal.

Por lo que toca á datos estadísticos de movimiento de población, no podré por hoy suministrarlos pues aún no han llegado á mi poder. Puedo sin embargo decirles que, la Direccion encargada de la Estadística General ha continuado sus trabajos. Durante las sesiones del V Congreso Médico Pan Americano celebrado en la ciudad de Guatemala en el primer semestre de 1908 se presentó un cuadro gráfico de las enfermedades que predominaron en la República.

Esta misma dependencia se ocupa en la actualidad con toda diligencia en preparar los elementos necesarios para hacer una nueva edición de la Demarcación Política de la República, obra que se hace indispensable por las modificaciones que se han venido operando desde el año de 1892 en que fué publicada la última. Prepárese tambien para proceder al levantamiento del Censo General de la República que, por causas justificadas, dejó de verificarse en el tiempo señalado por la ley. Está, además, acumulando datos para la Guia del Inmigrante la cual se publicará cuando se promulgue la nueva ley de Inmigración y Colonización.

Para terminar, creo de mi deber, señores delegados, manifestar que el gobierno que tengo la honra de representar en esta ilustrada convención hace todos los esfuerzos á su alcance para cumplir debidamente todas las disposiciones acordadas en las tres conferencias anteriores y que está dispuesto á cooperar con sus escasos elementos á la realización de los fines altamente humanitarios que viene persiguiendo.

Prueba de ello es que ha nombrado representante en esta asamblea, y pueden ustedes estar seguros de que he de hacer todo cuanto esté dentro de mis humildes facultades para ver realizados las justas aspiraciones de los gobiernos que se preocupan por la salubridad de las Repúblicas Americanas. Contad incondicionalmente con mi cooperación, y si bien es cierto que no podré llevar luz á las discusiones, si estoy dispuesto á confirmar y aceptar todas las medidas y resoluciones que debidas á tan ilustrados hombres resulten de nuestras deliberaciones.

INFORME PRESENTADO POR EL DOCTOR FERNANDO VÁSQUEZ, DELEGADO DE HONDURAS.

En mi carácter de Delegado de la República de Honduras á la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, tengo el honor de presentar el informe á que se refiere el Programa Provisional.

1. No se han dictado leyes sanitarias especiales, después de la última Convención. En los puertos hay estricta vigilancia á fin de impedir que lleguen al país personas atacadas de fiebre amarilla, peste bubónica ó cólera; este servicio está á cargo de médicos competentes que hacen la visita reglamentaria á todos los buques antes de admitirlos á libre plática. La vacunación contra la viruela es obligatorio en la República, por ley promulgada desde hace muchos años.

2. Las dificultades políticas en que ha estado el país, durante los últimos años, no le han permitido codificar sus leyes sanitarias, pero el gobierno del Señor General Dávila se propone ordenar en breve su codificación, y una vez terminada será enviada á la Oficina Internacional de Wáshington.

No ha habido necesidad de declarar obligatoria la vacuna, pues, como dije arriba, por ley vigente desde hace muchos años, todos los habitantes tienen la obligación de hacerse vacunar.

La mala situación económica de Honduras no le ha permitido declarar absolutamente libres de derechos fiscales las sales de quinina, petróleo crudo, tela de alambre y mosquiteros confeccionados; pero dichos derechos son tan bajos que los mencionados artículos están al alcance de todos los bolsillos, y debido á su empleo el número de víctimas de malaria ha sido notablemente reducido.

El Gobierno ha tomado especial empeño en dar á conocer al público la categoría de la malaria y en vulgarizar los medios profilácticos y manera de combatir la enfermedad.

En Los Puertos de Honduras no se admiten enfermos de tracoma ó beri-beri. En los ferrocarriles de la República es prohibido el uso de alfombras y cortinas; se usan en ellos escupidoras profusamente distribuidas y se tiene cuidado de que los vagones se encuentren en estado de aseo, haciendo en ellos una limpieza y desinfección periódicas.

No hay en el país hospitales especiales para enfermos de tuberculosis, pero en los hospitales generales existen pabellones separados destinados al tratamiento de los atacados de dicha enfermedad.

3. Las condiciones sanitarias de los dos puertos principales de Honduras no son perfectas; pero tampoco puede decirse que dichos puertos son insalubres. En Amapala, puerto del Océano Pacífico, hace 15 años que no se registra un solo caso de fiebre amarilla; la última invasión tuvo lugar en 1894, y á mí me cupo en suerte ser el oficial de sanidad que la combatió; entonces no conocíamos la verdadera causa de la enfermedad, y contábamos con imperfectísimos elementos para la lucha; á fuerza de aislamiento y limpieza se logró vencer la epidemia; y en años posteriores, ya con conocimiento perfecto de su etiología, se ha logrado tener alejado el terrible flagelo desecando los pantanos y cubriendo con tela de alambre los grandes receptáculos de agua de lluvia que se encuentran sobre los tejados de las casas, única fuente de abastecimiento de agua potable de la población. En Puerto Cortés, situado en el Mar Caribe, la cruzada contra el *stegomya* ha sido más enérgica y se han tomado rígidas medidas de cuarentena, de acuerdo con las autoridades sanitarias de New Orleans, y á pesar de ellas, de cuando en cuando aparece un caso aislado de fiebre amarilla, cuya propagación se impide por medio del más estricto aislamiento.

El paludismo ó malaria hace estragos en ambos litorales, del Atlántico y del Pacífico, y es el enemigo más formidable que tiene la salubridad pública en las costas del país; pero la lucha para aniquilarla es vigorosa y constante, y gracias á ella hemos de llegar á dominar la enfermedad que abate esas regiones.

4. El registro del movimiento de población se ha llevado de manera imperfecta, y no tengo datos precisos de la proporción de mortalidad.

Como ampliación al informe que presente á esta Convención en su primera sesión, tengo el honor de agregar algunos datos que acabo de recibir del Gobierno de Honduras. Refiriéndome al primer punto del Programa Provisional relativo á las medidas y leves sanitarias de mi país, tengo la satisfacción de manifestar que el Ejecutivo Nacional someterá al Congreso Constitucional en sus próximas sesiones ordinarias un proyecto de Código de Sanidad, una copia del cual me permito acompañar como anexo al presente informe. Dicho Código crea un Consejo Superior de Salubridad con residencia en la capital de la República, formado por dos médicos, un farmacéutico, un perito químico, un abogado, y un ingeniero, teniendo bajo su dependencia consejos departamentales y locales. Contiene disposiciones relativas al servicio de sanidad de las poblaciones fronterizas ó al servicio de sanidad general de los departamentos, á la estadística médica, á la higiene de habitaciones y escuelas, á los alimentos y bebidas, á la higiene del interior de las fábricas, cuarteles, presidios, etc., á la inhumación, exhumación y traslación de cadáveres; contiene también rigidísimas medidas de aislamiento en los casos de enfermedades infecciosas y contagiosas, medidas de policía sanitaria con relación á los animales, medidas de higiene de establos, y mataderos, y establece penas severas para los infractores. Las disposiciones que el Código contiene referentes á la administración sanitaria en los puertos de la República, son muy completas, y su estricto cumplimiento pone al país al abrigo de epidemias procedentes del exterior y garantiza la salubridad de los países á donde se dirijan las naves procedentes de puertos hondureños. En los puertos principales habrá estufas de desinfección establecidas bajo el plan que designe el Consejo Superior de Salubridad. El Código contiene como anexos modelos de documentos sanitarios.

El Gobierno de Honduras se ha adherido á la Convención Sanitaria de Washington, de 14 de octubre de 1905, y será declarada ley de la República por el Congreso Constitucional en sus próximas sesiones ordinarias.

Con respecto á los otros puntos del Programa Provisional, me referiré al saneamiento de ciudades y puertos, diciendo que en la capital de Honduras hay un sistema perfecto de cloacas y cañería, como también la hay en las ciudades de Yuscarán y San Pedro Sula; en muchas otras poblaciones del país hay proyectos de acueductos y en muchas de ellas en vía de realización.

Debo agregar que el Gobierno del Señor General Don Miguel R. Dávila, pone todos los medios á su alcance por colocar á su país á la altura de los países más civilizados del mundo en materia de salubridad y que uno de los principales fines de su administración es desterrar del territorio las enfermedades infecciosas, dedicando especialísima atención al paludismo ó malaria, que es el azote de las costas de Honduras, y á la tuberculosis, que causa todos los años unas cuantas víctimas en algunas de las ciudades del interior.

INFORME PRESENTADO POR LA DELEGACION MEXICANA, COMPUESTA POR LOS DOCTORES EDUARDO LICÉAGA Y JESUS E. MONJARAS.

Al rendir el presente informe, que es un resumen de lo que se ha hecho en la República Mexicana, la Delegación seguirá el orden marcado por el Programa Provisional, refiriéndose sólo á los puntos que conciernen á México.

1. Informes presentados por los diferentes Delegados, acerca de las medidas y leyes sanitarias, vigentes en sus respectivos países desde la última Convención.

En 22 de diciembre del año de 1908, se expidió en México una Ley de Inmigración, que aun cuando lleva ese nombre, se refiere no sólo á los inmigrantes, sino á todos los extranjeros que lleguen al país por sus puertos de mar ó ciudades fronterizas.

Esta ley prohíbe la entrada á los enfermos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis cerebro-espinal, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, difteria ó cualquiera otra enfermedad aguda, cuando el Ejecutivo la considere transmisible.

Prohíbe también la entrada á los enfermos de tuberculosis, lepra, beri-beri, tracoma, sarna egipcia ó de cualquiera otra enfermedad crónica que el Ejecutivo considere transmisible.

No se admitirán tampoco los epilépticos ni los que padezcan enajenación mental, ni los que por ancianos, raquíticos, deformes, cojos, mancos, jorobados, paralíticos, ciegos ó de otro modo lisiados, ó por cualesquiera defectos físicos ó mentales, sean inútiles para el trabajo y hayan de convertirse en una carga para la sociedad; ni á las mujeres que hagan oficio de la prostitución, ni á los individuos que intenten introducir las en el país para comerciar con ellas ó vivir á sus expensas.

La ley impide la entrada de otros extranjeros, que no mencionamos, por no referirse su excepción á los asuntos puramente de higiene.

Por supuesto que hay excepciones en algunos de estos casos, pero entonces se exigen garantías á fin de que los emigrantes ú otros extranjeros exceptuados, no lleguen á convertirse en carga para el Estado.

Las compañías navieras y las de inmigración se consideran pecuniariamente responsables de las violaciones de la presente ley, ya sea que la violación la cometan ellas ó sus agentes.

La misma ley establece las reglas á que se ha de sujetar á los buques que conduzcan pasajeros á los puertos de la República, señalando para los enfermos, los casos en que deban ser conducidos á los lazaretos ó á las estaciones sanitarias, y aquellos otros en que no puedan ser admitidos absolutamente.

Considera aparte á los inmigrantes-trabajadores y á las empresas de inmigración, comenzando por definir á quiénes considera como *inmigrantes-trabajadores*; señala los puertos destinados más especialmente para la llegada de los inmigrantes, cuando su número pase de diez, y establece las reglas á que deben someterse las embarcaciones que los transporten.

El servicio de inmigración queda directamente bajo la dependencia de la Secretaría del Interior, la que administra este ramo por medio de funcionarios especiales, que son los Inspectores de Inmigración, los Agentes Auxiliares y los Consejos de Inmigración.

La ley somete á los tribunales federales todos los casos de violación de la misma.

El reglamento de esta ley fué expedido el 25 de Febrero del año actual, y en él se establecen con mucho detalle las reglas que fijan la manera como se han de recibir los pasajeros en los puertos de mar, así como los inmigrantes-trabajadores; las reglas á que se han de someter los pasajeros por la vía terrestre, y fija la jurisdicción administrativa en materia de inmigración.

Por la sola enumeración que acabamos de hacer, se comprenderá que la ley á que nos referimos, no solamente está destinada á proteger á la República Mexicana, de las enfermedades transmisibles, agudas ó crónicas, sino que, haciendo su propia defensa, hace la de las naciones que tienen relaciones con la nuestra, por las vías terrestres ó marítimas.

2. Informe especial presentado por cada Delegado oficial, acerca de la manera como se han puesto en práctica en sus países respectivos, las resoluciones adoptadas en las tres Convenciones anteriores.

Vamos á examinar separadamente las resoluciones tomadas en cada una de las tres convenciones sanitarias.

PRIMERA CONVENCION.

La resolución primordial fué que la Convención se había de regir por las resoluciones aprobadas por la Segunda Conferencia Pan-Americana, celebrada en México de 1901 á 1902. Como la resolución se refiere á la Convención misma, los Delegados no tenemos que dar cuenta de ella; pero sí podemos recordar que ha sido escrupulosamente obedecida en todas las Convenciones.

La segunda resolución dice: "Que el periodo de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena marítimas ha de ser el más breve posible, compatible con la seguridad pública y de acuerdo con los preceptos de la ciencia."

México no ha aplicado las cuarentenas más que durante la epidemia de peste bubónica que hubo en Mazatlán; pero tratándose de la fiebre amarilla en los puertos del Golfo, no establece cuarentenas; no detiene á los buques más que el tiempo necesario para hacer la desinfección y para la inspección sanitaria de los pasajeros, y no somete á observación á los no-inmunes que son sospechosos, sino que simplemente los vigila por medio de las autoridades sanitarias y de las políticas, pues nuestra Nación ha estado sosteniendo constantemente en los Congresos Científicos y en las Convenciones y en la práctica, esta tesis: "Defender los intereses de la salubridad pública, sin perjudicar ó perjudicando lo menos posible los de las naciones que tienen relación con la que toma las medidas de defensa, pero fundando siempre éstas en los principios de la ciencia sanitaria."

Respecto de la tercera resolución, México ha modificado sus procedimientos para recibir los buques en sus puertos, cuando se trata de la fiebre amarilla, desde que se confirmó la doctrina de la transmisión de esta enfermedad por medio de los mosquitos del género *stegomya*; de modo que puede decirse que México ha cumplido estrictamente con esta prevención.

Relativamente á la cuarta, ha seguido estudiando la distribución geográfica del mosquito del género *stegomya*, para establecer sus servicios sanitarios en los lugares en donde existen estos mosquitos, á fin de extinguir la fiebre amarilla, cuando se presenta, ó para prevenir que aparezca.

México siguió estrictamente los consejos que contiene la quinta resolución, cuando la peste bubónica invadió el puerto de Mazatlán. No ha tenido que practicar esas medidas en ninguna otra población, porque desde el verano de 1903 no ha vuelto á presentarse en todo el país un solo caso de peste bubónica.

Las sexta resolución se refiere al modo de tratar las deyecciones de los enfermos de cólera ó de fiebre tifoidea. Como el cólera no se ha presentado en la República Mexicana desde el año de 1883, no ha habido necesidad de tomar medidas especiales de precaución contra esta enfermedad, sino sólo las contenidas en el Código Sanitario. En cuanto á la fiebre tifoidea, es precepto legal que se haga la desinfección de las habitaciones en donde se presenta algún caso, y los reglamentos obligan á hacer la de las deyecciones y de todos los objetos manchados por ellas.

En cuanto á la séptima resolución, como se refiere á obligaciones de la Oficina Sanitaria Internacional, no corresponde á los Delegados más que consignar que México ha contribuido regularmente con la cantidad que le fué asignada para el sostenimiento de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas.

SEGUNDA CONVENCION.

Respecto á la tercera resolución en su inciso (b), la Delegación Mexicana puede asegurar que se ha establecido el plan de defensa contra la propagación de la fiebre amarilla, desde el año de 1903; que ha obrado conforme lo dispone el inciso (c), notificando oportunamente los casos, y respecto del inciso (f), desde 1894 los servicios de cuarentena marítima están bajo la dependencia del Gobierno Federal, y desde 1903 la campaña contra la fiebre amarilla la hace el mismo Gobierno Federal, ayudado por algunos de los Estados de la República.

En cuanto á la Convención Sanitaria firmada en Wáshington el 14 de octubre de 1905, ha sido constantemente acatada por el Gobierno de la República Mexicana.

TERCERA CONVENCION.

En cuanto á la segunda resolución, México tiene codificadas sus disposiciones sanitarias en un Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, desde el año de 1891, y en un Reglamento de Sanidad Marítima, que se refiere á la policía sanitaria internacional, desde el año de 1894.

Con referencia á la quinta resolución, informamos que en México es obligatoria la vacuna contra la viruela, desde el año de 1891.

No se ha logrado todavía que se declaren libres de derechos fiscales las sales de quinina, las telas de mallas de alambre, el petróleo crudo ni los mosquiteros, á que se refiere la sexta resolución; pero está en la práctica la distribución de esos efectos, en todos los lugares que invadía anteriormente la fiebre amarilla y en los que hay enfermos de malaria.

Respecto á la séptima resolución, México ha hecho la propaganda á que se refiere, estableciendo ligas contra la malaria y la fiebre amarilla en Campeche, Coatzacoalcos, Córdoba, Mérida, Progreso, Salina Cruz y Laguna del Carmen, y dando conferencias para propagar la doctrina de la transmisión de esas dos enfermedades, por medio de los mosquitos; enviando además un agente especial, para que divulgara en el litoral del Pacífico la mencionada doctrina.

México ha cumplido igualmente con la octava resolución, gastando enormes cantidades de quinina, que distribuye gratuitamente, no sólo para el tratamiento de los enfermos, sino como recurso profiláctico, entre las personas que están expuestas á contraer la malaria.

En acatamiento á la undécima resolución, México ha publicado folletos en que se da á conocer la doctrina de la transmisión de la malaria y de la fiebre amarilla, en los que se aconsejan los medios más eficaces para prevenir la invasión de esas enfermedades. Estos folletos contienen instrucciones concisas, redactadas con mucha claridad y en un estilo llano, para que la doctrina llegue al conocimiento de todas las clases sociales, y se han repartido profusamente.

Con referencia á la duodécima resolución, México no permite la introducción al país, de enfermos que padezcan de tracoma ó de beri-beri.

Refiriéndonos á la décimatercera resolución, diremos que México no ha logrado todavía la creación de un Ministerio de Higiene Pública, pero las autoridades sanitarias la siguen gestionando cerca de su Gobierno. Sin embargo, prácticamente, los servicios de higiene pública están centralizados en el Ministerio del Interior, en todo lo que se refiere al Distrito Federal, á los Territorios Federales, á los puertos del Golfo y del Pacífico y á todas las ciudades fronterizas; lo mismo en los Estados, en lo que se refiere á evitar la propagación de las enfermedades epidémicas.

En el combate contra la fiebre amarilla, los Estados de Yucatán, campeche, Chiapas, Tabasco, Oaxaca, Veracruz y Tamaulipas, confiaron al Gobierno Federal la dirección de dicho combate. Cuando se presentó la epidemia de peste bubónica en Mazatlán, los Estados que corresponden al litoral del Pacífico confiaron igualmente al Gobierno Federal la dirección de la campaña contra aquella enfermedad.

México lleva muchos años de haber emprendido la campaña contra la tuberculosis, á que se refiere la décimacuarta resolución.

3. Informes con respecto á las condiciones sanitarias en los puertos, y medidas propuestas para mejorar estas condiciones (con referencia especial á los puertos principales).

Como en el informe presentado por la Delegación Mexicana á la Tercera Convención Sanitaria, que se reunió en México, se hizo una exposición muy detallada de las condiciones en que se encontraban los principales puertos de la República, muy especialmente los de Tampico, Veracruz, Coatzacoalcos, Manzanillo y Salina Cruz, los Delegados se refieren á ese informe, agregando solamente que el Gobierno Federal acaba de autorizar un empréstito de un millón de pesos, para el complemento de las obras sanitarias en el puerto de Tampico.

En el informe á que aludimos, hicimos conocer las cantidades gastadas por el Gobierno Federal en México y otras ciudades de la República, con un costo total de \$45,831,361.64, al cual hay que agregar ahora el de \$801,913.06, que se han gastado después de la reunión en México, y \$1,000,000.00 que se acaba de decretar para Tampico. Así es que el Gobierno Federal ha gastado en el saneamiento de los puertos, en el de la ciudad de México y en el de algunas otras poblaciones, la suma de \$47,633,274.70.

Además de esto, están haciendo á sus propias expensas su saneamiento las ciudades de Monterrey, Guadalajara, Puebla y Oaxaca.

4. Informes acerca del registro del movimiento de población, y de la proporción de mortalidad en cada país, especificando los de los puertos y ciudades principales.

No se ha podido cumplir con esta prevención, porque hasta el año de 1910 se volverá á verificar el censo de la República entera, y hasta entonces podrá enviarse á todos los países que están ligados con México por la Convención Sanitaria de 1905, la nota de la mortalidad, es decir, la proporción que hay entre el número de personas que habiten una ciudad y el de las defunciones que hubieren ocurrido en el mismo año de 1910.

5. Saneamiento de las ciudades, y especialmente de los puertos.

En el informe presentado por esta Delegación á la Tercera Convención Sanitaria, á que se refiere la prevención 5ª, se detalla el saneamiento de las principales ciudades y puertos.

6. Medidas para la Protección de Pasajeros que Embarcan en Puertos Infectados.

A fin de cumplir con esta parte del Programa, la Delegación Mexicana tiene el honor de exponer los métodos que se observan en México, y con tal objeto nada mejor puede hacer que transcribir el artículo relativo á dicho punto y que contiene el Código Sanitario de 1891, y el desarrollo de los principios de aquel artículo en el Reglamento de Sanidad Marítima.

El primero es como sigue:

“Art. 22. Cuando un buque esté para salir de un puerto mexicano, el Delegado del Consejo Superior de Salubridad procederá á hacer la visita oficial prescrita en el Reglamento de Sanidad Marítima, y expedirá la Patente de Sanidad haciendo constar la hora en que fué librada.”

El Reglamento de Sanidad Marítima contiene las siguientes disposiciones:

“Art. 57. El Delegado entregará la Patente de Sanidad al Capitán ó Médico del buque, sólo después de haber hecho la visita oficial, á fin de que pueda anotar en ella su conocimiento personal del estado sanitario del buque, pasajeros, tripulación y mercancías susceptibles de infección.

“Art. 58. Las Patentes de Sanidad serán expedidas gratuitamente á los buques de guerra extranjeros, y sin expresarse su destino.

“Art. 60. El Capitán ó Agente de un buque que está para zarpar solicitará

por escrito al Delegado del Puerto ó al funcionario que lo represente, el despacho de su buque, dando los siguientes datos: Clase del buque, nacionalidad; toneladas; nombres del capitán y del médico; número de tripulantes; número de pasajeros en tránsito y para el puerto; carga recibida en él; puestos de escala; destino final; y hora exacta de la salida del buque.

“Art. 61. La solicitud prescrita en el artículo precedente será entregada al Delegado de la Junta por lo menos tres horas antes de la salida del buque, á fin de que dicho funcionario tenga tiempo para inspeccionar los principales compartimientos del buque; los haga desinfectar si fuere necesario; haga cambiar el agua de la sentina, si lo considerare necesario; investigue el estado sanitario de la tripulación y de los pasajeros, y tome otras medidas que sean necesarias para el buque que sale de un puerto mexicano esté en buen estado sanitario,

“La autoridad sanitaria que represente al Delegado en puertos de la clase cuarta, hará la visita oficial antes de la salida, expedirá la Patente de Sanidad, y si nota algo que lo requiera lo comunicará á la Junta á fin de que ésta decida lo que deba hacerse de acuerdo con las circunstancias.

“Art. 63. Todo buque que zarpe de un puerto mexicano deberá cumplir con los siguientes requisitos:

“I. Los alimentos que se lleven á bordo deben de ser de buena calidad, en forma que puedan conservarse en buen estado y en cantidad suficiente para el número de tripulantes y pasajeros y para el número de días que dure el viaje.

“II. El buque deberá llevar suficiente cantidad de agua potable para el número de días que ha de durar el viaje.

“III. Los camarotes y literas para los pasajeros y tripulantes serán de capacidad suficiente para impedir la conglomeración.

“IV. El agua de la sentina debe de estar en buen estado, y será renovada en caso de que resulte infectada.

“V. Siempre que la capacidad y construcción lo permita, se destinará un sitio adecuado para el aislamiento de personas que sufran de enfermedades contagiosas.

“VI. Siempre que los utensilios de cocina sean fabricados de cobre, deberán ser esfañados adecuadamente.

“VII. Debe haber un botiquín provisto de todas las medicinas necesarias.

“VIII. El buque debe estar provisto de los desinfectantes más indispensables para su propia desinfección, para el caso de que sea infectado.

“IX. El equipo de salvavidas debe encontrarse en buen estado y en proporción con el número de personas que lleve el buque.

“X. Las condiciones generales de limpieza del buque y de la tripulación deben de ser satisfactorias.

“XI. Los retretes deben estar provistos de un desinfectante adecuado.

“XII. No podrá llevarse á bordo ninguna persona que sufra de cualesquiera de las enfermedades transmisibles mencionadas en este Reglamento, y si se sospecha que cualquier pasajero padece de tuberculosis, el Capitán hará que se desinfecte y el camarote y la ropa tan pronto como dicho pasajero salga del buque.

“Art. 65. Los comerciantes que exportan mercancías susceptibles de puertos mexicanos, deberán desinfectarlas á fin de evitar la necesidad de ponerlas en cuarentena.”

Además, al tratarse de los casos de fiebre amarilla, se dispone que el buque sea fumigado si ancla cerca del muelle ó si se encuentran mosquitos á bordo.

Como puede verse, se toman todas las medidas preventivas para la protección de los pasajeros que salen de puertos mexicanos, no sólo cuando dichos puertos están infectados, sino también en cualesquiera circunstancias.

7. Discusión de medidas en contra de la introducción de enfermedades no incluídas en la Convención de Washington de 1905.

La Convención de Wáshington no ordena medidas más que contra la peste bubónica, el cólera y la fiebre amarilla. La República Mexicana se defiende de todas estas otras enfermedades: entre las de marcha aguda, la meningitis cerebro-espinal, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarla-

tina, virucia, difteria, y el Ejecutivo Federal se reserva el derecho de incluir cualquiera otra enfermedad aguda que considere transmisible.

Entre las enfermedades de marcha crónica, la Ley de Inmigración incluye la tuberculosis, la lepra, el beri-beri, el tracoma, la sarna egipcia ó cualquiera otra enfermedad crónica que el Ejecutivo considere transmisible. La Ley prohíbe la entrada también á los epilépticos y á los que padecen enajenación mental y, como se recordará, impide igualmente la entrada á los raquíticos, deformes, cojos, mancos, jorobados, paralíticos, ciegos, ó de otro modo lisiados, que se pueden convertir en carga para el Estado.

Las medidas para defenderse de las enfermedades transmisibles están consignadas en los siguientes artículos del Código Sanitario:

"Artículo 26. Las medidas de profilaxis en los puertos mexicanos, con objeto de impedir la importación de las enfermedades epidémicas y transmisibles, consistirán:

"1º. En la inspección médica sanitaria de las embarcaciones;

"2º. En la vigilancia y aun el aislamiento de los pasajeros sospechosos;

"3º. En el aislamiento de los enfermos hasta su completa curación, en los lazaretos ó lugares aislados de la localidad;

"4º. En la desinfección de las embarcaciones, equipajes y mercancías que la requieren, y

"5º. En la destrucción de los animales vectores del contagio."

"Artículo 27. Las medidas de profilaxis á que se refiere el artículo anterior se sujetarán en todo á lo que prevenga el Reglamento de Sanidad Marítima, quedando facultados el Consejo Superior de Salubridad y sus Delegados en los puertos, para detener las embarcaciones por el tiempo que fuere necesario, mientras se *practican dichas medidas.*"

8. Modelos y formas sanitarias que se adoptarán por las Naciones que formarán parte de esta Convención.

Acompañan á este informe los modelos que se usan en la República Mexicana, tanto para la entrada de buques como las patentes de sanidad como anexos que se presentan para conocimiento de los Señores Delegados.

9. Discusión de medidas sanitarias con referencia á la Fiebre Amarilla, Peste Bubónica, Malaria y otras enfermedades, de conformidad con nuevos descubrimientos y experiencias.

Como reputamos un estudio experimental la manera de proceder para recibir los buques en nuestros puertos, si se compara con el modo de proceder en los puertos de otras naciones, venimos á presentar el siguiente informe:
Señores Delegados:

La V. de las Resoluciones adoptadas por la Segunda Conferencia Internacional Americana, que se reunió en la ciudad de México de 1901 á 1902, dice así:

"V. La Segunda Conferencia Internacional Americana recomienda igualmente, en beneficio de todas las Repúblicas Americanas, y á fin de que éstas cooperen pronta y eficazmente en todo lo relativo á las materias mencionadas en las anteriores resoluciones, que se convoque la reunión en Washington, D. C., de una Convención General de representantes de las oficinas de salubridad de dichas Repúblicas, dentro de un año contando desde la fecha en que la Conferencia adopte estas resoluciones; que cada uno de los Gobiernos representados en esta Conferencia designe dos delegados, por lo menos, para asistir á dicha Convención, confiriéndoles las facultades necesarias, á fin de que, en unión de los delegados de las demás Repúblicas, celebren los convenios sanitarios y formulen los reglamentos que á juicio de la misma Convención fueren más benéficos á los intereses de todos los países en ella representados; que los votos en dicha Convención sean computados por Repúblicas, teniendo cada una de ellas un voto; que la Convención adopte las medidas más convenientes con el objeto de que, en lo sucesivo, se reúnan otras Convenciones Sanitarias, en las fechas, y en los lugares que se juzguen más adecuados; por último, que nombre un consejo ejecutivo de cinco miembros, por lo menos, que funcione hasta que se congrege la siguiente Convención, renovándose entonces el personal del Con-

sejo, con un Presidente, que será electo en escrutinio secreto por la misma Convención. Dicho Consejo se denominará Oficina Sanitaria Internacional y residirá en Wáshington, D. C.

Como veís, señores, el objeto de las Convenciones como la que nos reúne aquí, según la cláusula inserta, es el de celebrar los convenios sanitarios y formular los reglamentos que fueren más benéficos á todos los países representados en la Convención, y el de las Repúblicas Americanas cooperen pronta y eficazmente en este sentido.

Esta cooperación no podrá realizarse si se perjudican los intereses de un país en que existen enfermedades transmisibles, por las restricciones que imponga á su comercio y navegación el país que de aquél quiera defenderse.

La mejor manera de que las diferentes naciones de América contribuyan á su recíproco provecho y bienestar, es la de facilitar las relaciones existentes entre ellas. Como ya en esta misma reunión lo hemos manifestado, tenemos el sagrado deber de resguardar los intereses de la salubridad, sin perjudicar los de aquellos pueblos de que nos hemos de defender. Este criterio, adoptado sin restricciones ni reticencias, deberá normar en lo sucesivo las relaciones de todos los pueblos americanos.

Aplicando el mismo criterio á las cuestiones de policia sanitaria internacional, significa que al resguardar los intereses de la salubridad no debemos perjudicar los de la libre comunicación de los hombres.

La Convención que firmamos en Wáshington en octubre de 1905, nos ha dado reglas muy precisas, que concilian constantemente esos intereses, que antes se habian considerado como antagónicos, y que el texto de la Convención demuestra hasta la evidencia que no lo son.

Hay, sin embargo, un artículo, el IX, que absolutamente corresponde, no sólo al espíritu, sino á la letra de todo el Convenio, Convenio que está fundado en las doctrinas más bien aceptadas de la ciencia sanitaria. Una de estas doctrinas, adoptada ahora universalmente, es la de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito; doctrina que se afirma más y más cada día. Pues bien, esta doctrina establece los hechos siguientes:

El período durante el cual puede infectarse el mosquito, es el de los tres ó cuatro primeros días de la enfermedad.

El período de incubación de la fiebre amarilla, demostrado por la observación y por la experimentación, es el de seis días, como máximum.

Ni los efectos de uso de los enfermos, ni sus deyecciones, son vehiculos de transmisión de la fiebre amarilla.

No lo son tampoco los departamentos del buque en donde hubo anteriormente enfermos.

Los únicos vehiculos de transmisión demostrada hasta hoy son, pues, los mosquitos que hayan sido previamente infectados.

Todas las medidas de policia sanitaria internacional que dicte esta Convención, deben estar fundadas en estos conocimientos, alejando todo procedimiento empírico, como las que servían anteriormente para establecer las disposiciones cuarentenarias.

Pues bien, el artículo LX de la Convención de Wáshington, dice así:

“Artículo IX. Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada, se necesita la comprobación oficial: (1) de que no ha habido ni defunciones ni caso nuevo de peste ó de cólera desde hace cinco días, sea después del aislamiento, sea después de la muerte ó de la curación del último pestoso ó colérico; en el caso de fiebre amarilla el período será de dieciocho días, pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período; (2) todas las medidas de desinfección han sido aplicadas, y si se trata de los casos de peste, que se han ejecutado las medidas contra las ratas, y en el caso de fiebre amarilla, que se han ejecutado las medidas contra el mosquito.”

Señores Delegados: Respecto de la fiebre amarilla, el período de dieciocho días es el límite en que, según el artículo transcrito, ya no se considera contaminada una circunscripción que fué invadida por esa enfermedad.

¿A qué precepto científico obedece al término de dieciocho días?

Este período no corresponde ni al de la incubación de la enfermedad, que es de seis días, ni al tiempo que el mosquito necesita para ser capaz de infectar, porque es doce días. Luego el período de dieciocho días es establecido sumando estas dos cifras.

Ese mismo artículo IX dice, como lo hemos visto, que una circunscripción

contaminada deja de serlo, si se trata de la peste ó del cólera, cuando pasan cinco días después de la muerte ó curación del último enfermo. ¿Por qué no se da el límite científico de seis días para que deje de considerarse como contaminada una circunscripción en donde se ha dado un caso de fiebre amarilla?

Hemos oído un razonamiento emitido para justificar ese período de dieciocho días, y es el siguiente: Se dice que es posible que un mosquito haya sido infectado cuando el buque partió del puerto en donde reina la fiebre amarilla, y como necesita doce días para hacerse capaz de inocular á un hombre sano y como en éste la incubación dura seis días hasta que pasen dieciocho sin que haya aparecido esta enfermedad, debe considerarse alejado todo peligro. Vamos á examinar este razonamiento.

No debe legislarse para los casos excepcionales; pero aún suponiéndolos frecuentes, no podrían servir para fundar en ellos la duración de una cuarentena, porque, tomando ese criterio como base, las cuarentenas serían impuestas por tiempo ilimitado, como vamos á intentar probarlo.

Se supuso que el mosquito se infectó precisamente antes de que el barco dejase el puerto y que á los doce días picaba á un hombre sano no inmune. Pues vamos á suponer que la travesía fué larga y que el mosquito picó á los quince, á los veinte, á los treinta días, y como deberíamos agregar los seis días de incubación al período de observación, ésta se prolongaría veintiuno, veintiséis ó treinta y seis días. Más como se ha demostrado experimentalmente que un mosquito infectado puede vivir hasta ciento cincuenta y cuatro días, no habría razón para dejar de prolongar una cuarentena hasta ciento sesenta días (agregando siempre los seis días del período de incubación). ¿Sería esto razonable? ¿Sería siquiera posible? Evidentemente no. Si, pues, es inaceptable el período de dieciocho días, menos puede serlo el plazo indefinido del artículo IX, cuando dice: “* * * pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período. * * *” Luego debemos desechar esos casos y poner como límite para dejar de considerar como contaminada por fiebre amarilla una circunscripción, el período de seis días, que es el que dura la incubación.

Si seguimos admitiendo el artículo IX de la Convención Sanitaria de Washington en la parte que dice: “* * * en el caso de fiebre amarilla el período será de dieciocho días; pero los Gobiernos se reservan de prolongar este período * * *”; si se conserva decimos, esta excepción para la fiebre amarilla, os preguntamos, Señores Delegados, ¿qué objeto tiene la Convención de Washington, si cada Gobierno se puede reservar el derecho de prolongar indefinidamente las medidas cuarentenarias contra una circunscripción, que ya no está contaminada? ¿de qué sirve, repetiremos, la Convención que está destinada, según la resolución V de la Conferencia celebrada en México de 1901 á 1902, á celebrar los convenios sanitarios y formular los Reglamentos que á juicio de la misma Convención fueren más benéficos á los intereses de todos los países en ella representados?

Decid, señores, el artículo IX de la Convención, en lo que se refiere á la fiebre amarilla, está destinado á “celebrar los convenios sanitarios y formular los reglamentos que fueren más benéficos á los intereses de todos los países en ella representados?” Evidentemente no, pues no dice la cláusula citada que esos convenios y reglamentos deben ser más benéficos á unos países con detrimento de los otros.

Decíamos que es inútil la Convención Sanitaria de Washington, si no se reforma el artículo IX, en lo que se refiere á la fiebre amarilla. En efecto, señores: si cada Gobierno tiene el derecho de prolongar indefinidamente la cuarentena, sin avisar siquiera previamente á aquella nación que va á perjudicarse con esas restricciones, es inútil imponer la declaración obligatoria; es inútil señalar período de incubación para la fiebre amarilla; es inútil establecer reglas para tomar medidas de precaución; son inútiles todos los preceptos de la Convención, supuesto que, apoyándose en lo dispuesto en el artículo IX, tal como está redactado, volvemos á los viejos tiempos en que no había solidaridad entre las naciones, sino que la que se defendía imponía sus condiciones absolutas á las otras, interesándole muy poco que se perjudicaran. Esta es la situación que actualmente tenemos con la Isla de Cuba; nosotros no le imponemos restricción alguna; ella, alejándose de los preceptos científicos, nos impone restricciones por un tiempo tan largo como es el que dura la estación de verano. ¿A qué, pues, ligarnos con una Convención que no tiene objeto?

No se puede alegar, para el caso de México, un hecho excepcional que vamos á referir:

Un español, llamado Federico Gallo Mancilla, que hacia tres años residía en Puebla, en donde jamás ha existido la fiebre amarilla, bajó á Veracruz el 12 de junio próximo pasado; permaneció allí hasta el 16, en que se embarcó en el vapor Furst Bismarck, de la línea alemana. Al segundo día de estar á bordo se enfermó, y el 19, que llegó á la Habana, fué aislado como sospechoso en el Hospital Las Animas. Allí se confirmó el 22 de junio que, en efecto, estaba atacado de fiebre amarilla, de forma benigna. Este caso ha dado lugar á una controversia entre las autoridades sanitarias de México y las de Cuba. Estas últimas han sostenido que la enfermedad fué contraída en Veracruz.

Como en este puerto no se habia registrado ningún caso desde el 11 de febrero de este año, para aceptar que Gallo Mancilla contrajo la enfermedad en Veracruz, era preciso convenir en que habia quedado un mosquito infectado de fiebre amarilla. Pero si se acepta esa suposición, es preciso aceptar esta otra; que Gallo Mancilla tuvo el privilegio de ser picado por un mosquito infectado que no picó á ningún otro de los diez mil no-inmunes que residen constantemente en Veracruz, en el espacio transcurrido del 11 de febrero al 16 de junio, y que ese mosquito tampoco infectó á ninguno de los diez mil no-inmunes que han quedado viviendo en Veracruz del 16 de junio á la fecha. No se puede admitir ninguna de las dos suposiciones.

En la Isla de Cuba parece que domina esta idea; que los niños nacidos en la localidad contraen la fiebre amarilla en formas muy benignas, con síntomas muy poco marcados, y se dice que estos niños infectan á los mosquitos que dan lugar á la aparición de estos casos aislados que parecen espontáneos. En el caso de Gallo Mancilla tampoco puede aceptarse esta explicación, porque resultaría que un mosquito infectado en un niño atacado de fiebre amarilla de forma anómola, picó sólo á Gallo Mancilla, sin picar, ni antes, ni después, á uno sólo de los diez mil no-inmunes que habitan en Veracruz.

El caso á que nos referimos no ha podido recibir explicación satisfactoria, pero lo presentamos como un hecho incuestionable.

Os preguntamos, señores: ¿cuando no se encuentra explicación de un hecho, que es enteramente excepcional, este hecho excepcional debe servir de base para legislar, no para un pueblo, sino para todos los pueblos que forman el Continente Americano? Evidentemente no, porque entonces no podría formularse ninguna regla general.

Pero vamos á considerar la cuestión de otra manera.

¿Que perjuicio resulta de no tener en cuenta un caso excepcional? al menos para México no resulta ninguno en que vaya á nuestras costas un enfermo de fiebre amarilla, porque al pasar la visita de sanidad al buque que lo conduce, se lleva á ese enfermo en una camilla cubierta de alambrado, para que en el camino no pueda infectarse con él los mosquitos stegomyia que hubiere en la localidad; se le conduce al lazareto, á un cuarto que también está alambrado en sus puertas y ventanas y se le mantiene aislado en los días en que es peligroso. ¿No fué esto lo que se le hizo en la Habana el 19 de junio, con el enfermo Gallo Mancilla? ¿Que consecuencias prácticas tuvo? El caso no determinó una epidemia en esa ciudad ni en ninguna otra de la Isla.

En México nos ha pasado lo mismo: El día 23 de septiembre último, llegó de Mérida á Veracruz, en el vapor Sonora un enfermo que, al pasar la visita, presentaba el conjunto de síntomas que caracterizan la fiebre amarilla. Se le puso en la camilla cubierta de alambrado, se le transportó al hospital, á un cuarto también provisto de alambrado en sus puertas y ventanas. El enfermo murió, pero no se convirtió en foco de epidemia.

Luego qué consecuencia práctica perniciosa puede tener el aplicar á la fiebre amarilla el mismo periodo que se aplica á la peste ó al cólera, de acuerdo con el periodo de incubación de cada una de esas enfermedades, en que se fija el plazo de seis días para dejar de considerar como contaminada una circunscripción determinada, siempre que se adopten, como se han adoptado y se llevan á cabo en México, las medidas contra los mosquitos?

Además, esta práctica que venimos aconsejando no es nueva; es anterior al conocimiento del germen del cólera y de la peste; es anterior al descubrimiento del modo de transmitirse estas dos enfermedades, como es anterior también el descubrimiento del mecanismo de transmisión de la fiebre amarilla. Es una práctica aceptada hace más de sesenta años en los puertos de Inglaterra; en

ellos no se establece cuarentena; se hace la visita sanitaria; si se encuentra un enfermo, se le conduce al hospital, con las precauciones debidas; se le aísla, se desinfecta el buque y se le pone á libre plática. ¿Que habría hecho Inglaterra si estuviera imponiendo cuarentena á los buques que le llegan de la India, con enfermos de cólera ó de peste bubónica? Y allí no hay el temor quimérico de que exista la enfermedad en el lugar de procedencia, porque es evidente que no deja de haber alguna de estas dos enfermedades, ó las dos, casi constantemente en la India.

Luego si el procedimiento que recomienda el artículo IX de la Convención Sanitaria de Wáshington, en lo que se refiere á la fiebre amarilla, no está fundado ni en los conocimientos que la ciencia sanitaria posee actualmente, ni en la práctica está sancionado por la observación dicho procedimiento, ¿porqué lo hemos de conservar?

Señores Delegados; si la doctrina que venimos sosteniendo desde que se inauguraron estas Convenciones, que es: "El de resguardar los intereses de la salubridad, sin perjudicar los de aquellos pueblos de quienes nos hemos de defender," no se lleva á la práctica, ¿de qué nos servirán estas Convenciones?

Señores: por todas las consideraciones antes expuestas, proponemos la enmienda del artículo IX de la Convención Sanitaria de Wáshington, en la forma que adelante se indicará.

Se ordena la fumigación á los buques que llegan de puertos infectados, aún cuando hayan pasado los seis días después de la salida, fundándose en que el buque puede llevar mosquitos infectados que, al picar á las personas no inmunes, en el puerto de llegada, darian lugar á la aparición de la enfermedad. Esta fumigación, si ha de ser bien hecha, es tan prolongada como la que se hacía cuando se creía que las ropas y efectos de uso propagaban la enfermedad. Además, se supone que los efectos de los pasajeros pueden llevar mosquitos. Esto no pasa así.

El Dr. Doty, Jefe del Servicio de Cuarentenas en Nueva York, ha demostrado experimentalmente que los mosquitos no pueden ir en los equipajes, y para ello los ha colocado vivos, en tubos de ensayo, á cubierto del maltrato y de la presión, y ha observado que encerrados en esas condiciones, en medio de las ropas, no viven ni treinta horas. Luego los mosquitos no van en los equipajes en travesías que duran más de treinta horas.

La existencia misma de los mosquitos á bordo de los buques es negada también por el Dr. Doty. Su experiencia personal le ha enseñado que los mosquitos no caminan á bordo; que los casos que él ha estudiado le han convencido de que los enfermos á bordo contrajeron la fiebre amarilla en el punto infectado; que los casos que se señalaban como infestados por mosquitos, no han sido de fiebre amarilla, pues el examen microscópico ha demostrado que se trataba de casos de malaria.

El mismo Dr. Doty dice que sus observaciones son de valor, porque las ha hecho en Nueva York, donde no hay *stegomyias*. Si estos fueran en los buques, picarían á los empleados que se acercan á ellos y les producirían la fiebre amarilla en ese puerto; y si los mosquitos llegaran en los meses de calor, se propagarían en ese puerto y ciudad, como sucedió en tres épocas. Las grandes epidemias que se observaron en 1792 á 1803; las de 1803 á 1822, menos intensas, y las de menor intensidad aún, registradas hasta 1856 y 1870, demuestran que, cuando los buques de vela, que estaban mucho tiempo en contacto con tierra, llevaban *stegomyias* infectados, estos se propagaban, determinado las epidemias.

El razonamiento del Dr. Doty puede extractarse así: en Nueva York no existe el *stegomyia*; si los buques lo llevarán infectado, en tiempo de calor, se desarrollaría allí, como ha sucedido en las épocas antes citadas; la aparición de la enfermedad no podría atribuirse allí más que á los mosquitos importados; si no se registran epidemias, á pesar de existir comunicaciones más frecuentes entre Nueva York y los puertos infectados, se puede concluir que no llegan mosquitos en los buques.

Es de advertir que el número de embarcaciones que arriban á Nueva York es la mitad de todas las que llegan á los Estados Unidos, de modo que las oportunidades de contagio son allí mayores que en otro puerto; Nueva York es apropiado para el estudio experimental, porque allí no hay *stegomyias* y no lo es Nueva Orleans, por ejemplo, porque allí sí hay *stegomyias*.

Si, pues, no llegan mosquitos en los buques, debe pensarse en la conveniencia

de no hacer la fumigación de las embarcaciones á su llegada á los puertos, sino en el caso de que no se haya practicado en el puerto de salida.

Adoptando el criterio que hemos tenido la honra de proponer, el de defender nuestros legítimos intereses sin lastimar ó lastimando lo menos posible los intereses, también legítimos, de los países de los cuales nos defendemos, venimos á solicitar otra enmienda á nuestra Convención á propósito de la fiebre amarilla; la de emplear la palabra *vigilancia* en los casos en que la emplea la Convención de París, en vez de la de *observación*.

La palabra *observación* significa "aislamiento de los viajeros á bordo de un buque ó en una Estación Sanitaria, antes de ponerlos á libre plática." La palabra *vigilancia*, según la Convención de París, significa "que los viajeros no quedarán aislados que obtienen desde luego la libre plática; pero se les señala á las autoridades de los diversos lugares de destino, para que se les someta á un examen médico á fin de comprobar su estado de salud.

En la Sección V de la Convención de Washington, que se refiere á la fiebre amarilla, se emplea sólo la palabra *observación*, es decir, aislamiento de todos los pasajeros sanos, ya sea que lleguen en un buque infectado, sospechoso ó indenne.

Juzgando esta práctica con los datos que actualmente nos proporciona la ciencia sobre la etiología de la fiebre amarilla, resulta inconducente. En efecto: Supongamos que llega á un puerto un buque con enfermos de fiebre amarilla á bordo. Los mosquitos que se infectaran con algún enfermo Precisamente en los 3 ó 4 primeros días de la enfermedad, podrían contaminar á los pasajeros sanos después de transcurridos doce días. Es decir, que sería preciso someter á *observación* solamente á aquellos pasajeros sanos que vinieran en un buque en que estuvieran realizadas estas tres condiciones.

Que la enfermedad hubiera comenzado el día de la partida. Que los mosquitos que pudieran existir á bordo, hubieran picado á ese enfermo en los tres primeros días de enfermedad, y que hubieran transcurridos todavía doce días para que picaran á un individuo sano.

Sólo entónces sería cuando los pasajeros sanos podrían llevar en incubación la enfermedad y sería preciso aislarlos. Se ve que este caso es enteramente excepcional.

Es, por tanto innecesario el aislamiento de los pasajeros sanos que llegan en buques infectados de fiebre amarilla, "si se ha tenido cuidado se aislar el pasajero no inmune desde que se descubre que tiene calentura."

Señores Delegados: Como pudiera pareceros esta enmienda como una concepción especulativa, permitidos que os refiramos la práctica que seguimos en México, conforme á nuestra legislación, modificada, es cierto, por la nueva doctrina de la transmisión de la fiebre amarilla.

Llega á Veracruz un buque procedente de la Habana, en época en que existen enfermos de fiebre amarilla y no imponemos cuarentena á la embarcación. Se hace la visita médica (inspección); se cerciora el Delegado, por medio del termómetro, de que ningún pasajero tiene fiebre, y no se ocupa de ellos. Toma los nombres de los no inmunes y nota de los lugares á donde van á residir. Si van á un punto situado en la altiplanicie de la Meseta Central del Anahuac, y, en toda caso, á una altura mayor de 1,200 metros sobre el nivel del mar, no se ocupa tampoco de ellos, pues á esa altura no hay *stegomyias*, y en caso de que algún pasajero llegue á tener la fiebre, no es peligroso, porque no habiendo mosquitos que puedan infectarse, la enfermedad no se propagará.

Si el viajero no inmune debe quedarse en Veracruz, se le somete á *vigilancia* durante seis días; esto es, se le deja libre, y sólo se le visita diariamente, con el objeto de cerciorarse de que, en esos seis días, no ha contraído la fiebre. En caso de que ésta se presente, se la aísla desde luego. Por último, si el viajero se dirige á otro lugar en que haya *stegomyias*, se avisa á la autoridad respectiva, para que se le vigile como se le habría vigilado en Veracruz.

Como se ve, nosotros no imponemos la *observación* sino simplemente la *vigilancia*.

Esta es la práctica que se está siguiendo en México desde que tenemos la noción exacta del modo de transmitirse la fiebre amarilla, y, ejerciendo sólo una *vigilancia* conveniente, hemos logrado no tener casos importados de fiebre amarilla de la Habana, cuando allí la había. Esto prueba que la *observación*, es decir, el aislamiento de los individuos sanos, es innecesario, tratándose de la fiebre amarilla.

Nos afirma en nuestro modo de ver la cuestión, el hecho de que en la República de Cuba, á pesar de la severidad de las restricciones impuestas, la enfermedad llegó á ser importada.

Como en México no se pone en aislamiento á los pasajeros que tienen interés en llegar al lugar de su destino, ya sea para ver á sus familias, para la prosecución de sus negocios ó porque solamente van de tránsito, dan con la mayor franqueza las noticias que se les piden, y no tienen interés en engañar á las autoridades, pues saben que no se les impone restricción alguna. Si les pusiéramos las trabas que se emplean en otros países, nos expondríamos á que se ocultaran, y entonces no tendríamos manera de descubrir á un individuo que tuviera en incubación la fiebre amarilla, en el momento de desarrollarse ésta. Por esto, quizá, es más conveniente ejercer la simple vigilancia con los pasajeros sanos, que someterlos á observación.

Una última palabra: en cada buque de los que tocan puertos infectados de fiebre amarilla, se establecerán uno ó más camarotes que tengan sus puertas y ventanas provistas de redes de alambre, para alojar á los pasajeros que sufran de la fiebre amarilla ó sea sólo sospechosos de padecerla. Para considerar á un pasajero como sospechoso, basta que, siendo no inmune, se le encuentre con elevación de temperatura.

Si los enfermos ó sospechosos son aislados, nada importaría que el buque hubiera salido de puerto infectado, ni que tuviera mosquitos *stegomyias* á bordo. Al recibir este buque en un puerto indemne se someterá á los pasajeros á la sola vigilancia.

Por todo lo dicho, proponemos que se introduzcan las siguientes enmiendas á la Convención Sanitaria de Wáshington:

“Artículo IX. Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada, se necesita la comprobación oficial: (1) de que no ha habido ni defunciones ni casos nuevos de peste ó de cólera, desde hace cinco días, sea después del aislamiento,* sea después de la muerte ó de la curación del último pestoso ó colérico; en el caso de fiebre amarilla, el período será de seis días: (2) que todas las medidas de desinfección han sido aplicadas; si se trata de los casos de peste, que se han ejecutado las medidas contra las ratas, y en el caso de fiebre amarilla, que se han ejecutado las medidas contra el mosquito.

“Artículo XXIX. La autoridad competente tendrá en cuenta, para la aplicación de las medidas indicadas en los artículos del XXI al XXVIII, la presencia de un médico y de aparatos de desinfección (estufas) á bordo de los buques de las tres clases arriba mencionadas.

“En lo que se refiere á la peste, tendrá también en cuenta la instalación á bordo de aparatos destinados á la destrucción de las ratas.

“En lo que se refiere á la fiebre amarilla, la autoridad competente tendrá en cuenta para la aplicación de las medidas indicadas en los artículos del XLVI al XLVII inclusive, que el buque tenga uno ó más camarotes con sus puertas y ventanas alambradas, en donde se hayan aislado los enfermos confirmados ó sospechosos de tener la fiebre amarilla.

“Las autoridades sanitarias de los países á los cuales convenga entenderse sobre este punto, podrán dispensar de la visita médica y de otras medidas á las naves indemnes que tuvieran á bordo un médico especialmente comisionado por su país.

“Artículo XLVI. Con respecto á los buques infectados de fiebre amarilla, se adoptará el régimen siguiente:

“1º. Visita médica (inspección). 2º. Los enfermos serán desembarcados inmediatamente en una lancha protegida contra los mosquitos por tela de alambre, y conducidos al lugar de aislamiento en una ambulancia ó camilla igualmente protegida contra los mosquitos. 3º. Las personas sanas deben ser también desembarcadas y sometidas á una vigilancia,† de seis días, á contar desde el día de su llegada. 4º. En los campamentos de observación habrá casetas alambradas donde se recluirá inmediatamente á toda persona que presente una

*La palabra aislamiento significa: aislamiento del enfermo, de las personas que lo cuidaban de un modo permanente é interdicción de visitas de cualquiera otra persona, exceptuándose el médico.

†La palabra vigilancia significa que los viajeros no serán aislados, que obtendrán desde luego la libre plática; pero que serán señalados á la autoridad de los diversos lugares de destino y allí sometidos a examen médico para comprobar su estado de salud.

temperatura superior á 37.06, C., hasta que se le pueda conducir en la ambulancia ó camilla ad hoc al lugar del aislamiento. 5º. El buque deberá anclar á una distancia de 2,000 metros por lo menos, de tierra habitada. 6º. Siempre que sea posible se fumigará el buque contra los mosquitos, antes de la descarga; pero si la fumigación no fuese practicable, la autoridad sanitaria podrá disponer uno de estos dos medios, á saber: (a) El empleo para la descarga de un personal inmune ó, (b) Si esto fuese imposible, se sujetará á vigilancia al personal de descarga durante el tiempo de ésta, y por seis días más, á contar desde el último de exposición á bordo.

“No debe fumigarse un buque indemne por fiebre amarilla, en el puerto de llegada, sino sólo en el caso de que no haya sido fumigado en el puerto de salida.”

REPÚBLICA MEXICANA.

Timbre de Documentos
y Libros.

CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD DE MÉXICO.

Patente de Sanidad núm.....	
El suscrito, Médico Delegado del Consejo Superior de Salubridad en el puerto de.....	certifica: que.....
de la matrícula de.....	con el porte de.....
toneladas, su Capitán.....	sale de este puerto con destino á.....
.....	y escalas en.....
.....	conduciendo....., pasajeros....., toneladas de carga.....
.....	Asimismo certifica: que el estado higiénico en general del buque, tripulantes y pasajeros.....
.....	y que el estado higiénico del puerto.....
.....	el de la ciudad y sus alrededores.....
.....	Expedita en..... á las..... h.....
.....	del mes de..... del mes de..... de 19.....
.....	EL MÉDICO DELEGADO.
Valor \$.....	

TALON.

Patente núm.....	
Clase del buque.....	
Nacionalidad.....	
Nombre.....	
Puerto de matrícula.....	
Toneladas.....	
Nombre del Capitán.....	
Nombre del Médico.....	
Destino.....	
Escalas.....	
.....	
Número de tripulantes.....	
Número de pasajeros.....	
Toneladas de mercancías.....	
Clase de mercancías.....	
.....	
Estado higiénico del buque.....	
“ “ de la tripulación.....	
“ “ de los pasajeros.....	
“ “ del puerto.....	
“ “ de la ciudad y alrededores.....	
.....	
Puerto de..... á las..... h.....	
del mes de..... m. del día..... de 19.....	
Autoridad que la expidió.....	
derechos devengados \$.....	

REPÚBLICA MEXICANA.

Puerto de.....

DELEGACIÓN SANITARIA.

ENTRADA DE BUQUES.

- Clase del buque y nombre.....
- Nacionalidad
- Su porte en toneladas de arqueo.....
- Nombre del Capitán ó Patrón.....
- Nombre del Médico.....
- Número de tripulantes.....
- Número de pasajeros en tránsito.....
- Número de pasajeros para este puerto.....
- Procedencia del buque.....
- ¿A quién viene consignado?.....
- Procedencia de los pasajeros.....
- Días de navegación del primer puerto de salida.....
- Escalas que ha hecho.....
- Días de navegación del último puerto que tocó.....
- Toneladas de carga para este puerto, especificando la clase de mercancías.....
- Toneladas de carga en tránsito, especificando la clase de mercancías.....
- Lugares de procedencia de las mercancías ó cargamento que contenga el buque
- ¿Tiene el buque enfermos á bordo? ¿De qué enfermedad?.....
- ¿Los ha tenido en la travesía? ¿De qué enfermedad?
- ¿Recibió enfermos en alguno de los puertos que ha tocado? ¿Cuántos y de qué enfermedad?
- ¿Ha tenido algún muerto durante la travesía?.....
- ¿Qué causa produjo la muerte?.....
- ¿Ha tenido comunicación con otro buque durante la travesía?.....
- ¿A dónde se dirigía éste, en qué consistió la comunicación y cuánto tiempo duró?
- ¿Cuál era el estado sanitario del buque?.....
- ¿Procedía de puerto infectado ó sospechoso?.....
- ¿Trasbordó alguna persona ó cargamento?.....
- Si trasbordó cargamento, ¿especificuese la clase de mercancías y su procedencia
- Vienen en el cargamento del buque: ¿trapos viejos?.....
- ¿hilachas?¿cueros?¿plumas?¿pieles?
- ¿cerdas?.....¿restos de animales?.....¿lana?.....¿objetos confeccionados con ella, pero sin venir empacados?.....
- Hora de fondeo.....
- Todo lo que certifico para constancia en el puerto de.....
- á los.....días del mes de.....de 190....

CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD—MÉXICO.

DELEGACION SANITARIA EN.....

*Hoy he expedido á.....
patente para puerto nacional y.....para puerto extranjero.*

*Lo que tengo la honra de participar á Ud. para su conocimiento y fines
consiguientes.*

Libertad y Constitución.

.....de.....de 190....
Delegado.

Médico,

Al Administrador de la Aduana Marítima.

Presente.

CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD—MÉXICO.

DELEGACION SANITARIA.....

*Hoy fondeó en este puerto.....de.....
toneladas de registro, procedentes de.....
siendo éste el.....puerto nacional que ha tocado.*

*Lo que tengo la honra de participar á Ud. para su conocimiento y fines
consiguientes.*

Libertad y Constitución.

.....de.....de 190....
Delegado.

Médico,

Al Administrador de la Aduana Marítima.

Presente.

INFORME DEL DR. BELISARIO PORRAS, DELEGADO DE PANAMÁ.

He tenido el honor, muy singular, y que de ningún modo merezco, de ser designado por el Excelentísimo Señor Presidente de la República de Panamá Delegado para representar, con plenos poderes, á dicha República en esta IV^a Convención Sanitaria Internacional, y con temor, por causa de mi insuficiencia, bien notoria, tengo ahora el de someter á vuestra consideración el informe en síntesis acerca de las medidas y leyes sanitarias vigentes en mi país, desde la última Convención Sanitaria Internacional; sobre el modo como se han puesto allí en práctica las resoluciones adoptadas en las tres Convenciones anteriores; sobre las condiciones sanitarias en sus puertos, y sobre todos los demás puntos del Programa Provisional de la Convención.

A.

I.—Á contar del último Congreso Sanitario Internacional, verificado en México, el cual dió fin á sus tareas en Diciembre de 1907, se han cumplido en Panamá de la manera mas rigurosa todas las prevenciones relativas al tratamiento de enfermedades infecciosas. Puede decirse, aunque sea de paso, que desde 1907 para acá, el Istmo de Panamá ha estado libre de fiebre amarilla, viruela, peste bubónica y otras enfermedades sujetas al régimen de cuarentena. El último caso de fiebre amarilla ocurrió en Noviembre de 1905; y el último caso sospechoso de esa enfermedad se presentó en Mayo de 1906. Por lo tanto, las labores sanitarias llevadas á cabo en el Istmo por el Ilustre Coronel W. G. Gorgas, Jefe de Sanidad de la Comisión del Canal en su aplicación al saneamiento en tierra y por el Consejo de Salubridad Pública de los Estados Unidos y del Servicio de Hospitales Marinos en su aplicación á la cuarentena, demuestran palmariamente los efectos y ventajas del saneamiento moderno, emprendido con la aplicación inteligente de hechos probados, respecto á la propagación de enfermedades.

Enumeraré brevemente las leyes, reglamentos y medidas sanitarias que rijen en Panamá, Colón y la Zona del Canal, promulgadas en 1904 y ampliadas luego de tiempo en tiempo á fin de acomodarlas á las circunstancias.

(1) Se han instalado abastos de agua potable en las ciudades de Panamá y Colón y en toda la Zona del Canal, los cuales suministran un abundante abastecimiento de ella, permitiendo destruir los tanques, aljibes, barriles y otros receptáculos de agua lluvia. Todos aquellos receptáculos de agua que pudieran formar incubadoras de mosquitos, han sido removidos y destruidos. Tambien se han instalado sistemas modernos de cloacas, y en los pueblos pequeños y distritos circunvecinos se ha implantado el servicio de valdes ó cubos para el manejo y disposición de las materias excrementicias. Las calles de Colón y Panamá se ha pavimentado de tal modo que solo en las principales Capitales de Europa ó de los Estados Unidos podrán haber iguales ó mejores á algunas de ellas, y se mantienen caminos de macadam en toda la Zona del Canal.

(2) Para mejorar las condiciones sanitarias de las poblaciones y terrenos adyacentes á los campamentos de trabajos del Canal, se ha instalado un extenso sistema de drenaje con el fin de disminuir en lo posible las acumulaciones de agua estancada y poder disminuir ó exterminar los mosquitos hasta donde sea practicable, y de este modo evitar las enfermedades en cuya trasmisión estos insectos son factores. En efecto la cantidad de mosquitos en las ciudades de Colón y Panamá es muy reducida, casi puede decirse que ya no existe, y la notable disminución en el número de los llamados *stegomya calopus* efectuada por las medidas sanitarias puestas en práctica en el país, hacen que Panamá y Colón, así como la Zona del Canal se encuentran virtualmente seguras, desde el punto de vista de la fiebre amarilla. Todos los charcos, pozos y lugares cenegosos donde los mosquitos pudieran procriar son constantemente examinados, empleandose en ellos petróleo crudo ó bien aceite Phinotas, que son de resultados de los más satisfactorios, para la destrucción de las larvas.

(3) Se mantiene á todo trance un sistema de recolección de desperdicios,

y todas las basuras de las casas son depositadas en cubos metálicos perfectamente cerrados, los cuales son removidos y vaciados por el departamento de Aseo, cada veinticuatro horas.

(4) Se han dictado disposiciones adecuadas para las nuevas construcciones, las cuales previenen que todo edificio que haya de levantarse deberá tener suficiente ventilación, drenaje y luz, y en las ciudades deberán tener conexiones con la cañería de agua y con el sistema de cloacas. Estas disposiciones previenen que las construcciones han de ser á prueba contra ratas hasta donde sea posible, edificando á suficiente altura sobre el nivel del suelo, ó con pisos de concreto, y si fueren de construcción de madera deberán tener tabiques ó divisiones sencillas. Si se hicieren tabiques dobles, estos deberán tener en el fondo una capa de concreto de tres pulgadas de espesor entre madera y madera á fin de evitar la entrada de las ratas. Esa es una medida cuerda, pues con ella se reduce el número de las ratas y se coloca las construcciones en mejores condiciones sanitarias, evitando la introducción de la peste bubónica. Para poder construir un nuevo edificio es indispensable, presentar los planos respectivos al empleado de sanidad para su aprobación por él. Sin estos requisitos no se concede permiso para la nueva construcción.

Existen en vijencia reglamentos sobre la construcción de establos ó caballerizas que previenen que esta construcciones deben edificarse de acuerdo con los principios higienicos á fin de que no se convierta en madrigueras de ratas.

(5) Reglamentos que rijen la guarda y matanza de ganados, carneros, cerdos y otros animales que se sacrifican para el consumo, y la conservación de comestibles que se hayan de poner á la venta para la alimentación humana, se mantienen en toda su fuerza. Los mercados y otros sitios donde están á la venta los artículos de alimentación, se inspeccionan cuidadosamente, y se requiere su mayor limpieza.

Los reglamentos de sanidad requieren que todas las casas y predios se mantengan limpios y en condiciones sanitarias, y los Inspectores del Departamento de Salubridad hacen que tales reglamentos se cumplan fielmente. Si alguna persona dejare de hacer el aseo de su casa ó predio despues de recibir á ese efecto la notificación de las autoridades sanitarias, se le impone una multa, y la autoridad del ramo tiene facultades para asear la propiedad y cobrar su costo al dueño ó dueños.

(6) Los reglamentos que exigen inmediato aviso sobre la aparición de enfermedades contagiosas, tales como difteria, escarlatina, sarampión, viruelas, etc., etc., se mantienen en vigor de tal manera que toda notificación se recibe en el acto, y con la mayor prontitud se procede al aislamiento del caso y á la desinfección necesaria.

(7) Se mantienen en vigor ríjidas disposiciones para evitar la incubación de mosquitos en las casas, prohibiendo el uso de latas, valdes, cubos y otros receptáculos, y si alguna persona viola estas disposiciones despues de haber sido notificada por los agentes del Departamento de Salubridad, se le impone una multa.

Durante los últimos diez y ocho meses se ha proseguido una vigorosa cruzada contra las ratas por medio de venenos y trampas con el propósito de destruir estos roedores y de colocar los puertos en tan buena condición sanitaria como sea posible, desde el punto de vista de la peste bubónica.

B.

II.—En cuanto á las condiciones sanitarias en los puertos de la República de Panamá diré que se mantiene en ellos el más estricto servicio de cuarentena contra puertos infestados, y todo buque que llega de puertos extranjeros donde prevalecen enfermedades sujetas al régimen de cuarentena, así como los buques procedentes de puertos domésticos con enfermos á su bordo, se inspeccionan cuidadosamente antes de permitirles la entrada.

En Panamá se ha construído nuevamente una amplia estación de cuarentena, y se ha equipado una planta desinfectadora flotante para la desinfección por medio del gas sulfuroso, vapor, y gas de formaldehida. En Colón se ha construído temporalmente una estación de cuarentena de tres edificios y amplio pabellón, á la vez que existen medios apropiados para la fumigación y desinfección de los buques y efectos de los pasajeros. Pronto se dará principio á la construcción de una estación de cuarentena grande y permanente en Colón.

En Bocas del Toro, el otro puerto de entrada que tiene la República, se mantiene el servicio de cuarentena, y los trabajos sanitarios se han llevado á efecto en aquel puerto de la misma manera y bajo los mismos reglamentos arriba mencionados.

La ley de vacuna obligatoria, tambien está en vigor, y toda persona que llega para residir en las ciudades de Panamá y Colón y la Zona del Canal debe ser vacunada, á no ser que ya esté protegida contra las viruelas por reciente vacunación eficaz.

Por todo lo expuesto se verá que las resoluciones aprobadas por las Convenciones anteriores se han puesto en práctica en Panamá y han estado en vijencia desde 1904.

C.

III.—Las condiciones de salubridad en los puertos de la República de Panamá, y las de la Zona del Canal son de lo más satisfactorias. Estos puertos como dejo dicho arriba tienen abastos de agua potable y sistemas de cloacas, y se mantienen limpios. Cada sección está bajo la vijilancia de una autoridad de salubridad quien tiene á sus órdenes el número necesario de inspectores y empleados de sanidad para asegurar el mantenimiento de las condiciones sanitarias apropiadas. La prueba más evidente de todo esto está en el hecho que no ha ocurrido un solo caso de fiebre amarilla ó peste bubónica desde 1905, y que cuando en 1906 ocurrieron algunos casos de viruelas en Colón por la aparición de la enfermedad en un niño, varios días despues de haber desembarcado precedente de Cartagena, la enfermedad fue desarraigada prontamente y no hubo propagación, excepto entre los habitantes de la casa que ocupaba el niño y otras dos casas contiguas.

Algunas mejoras se proyectan, y al propio tiempo las mismas condiciones sanitarias se mantendrán y ampliarán. El año entrante se llevará acabo en Colón la obra de la ampliación del pavimento en la parte de crecimiento de la población, del abastecimiento de agua potable y del sistema de cloacas, que incluirá la porción más grande de la isla. En Panamá se ampliará, igualmente la pavimentación de calles, abastecimiento de agua potable y sistema de cloacas extendiéndose estos hasta los suburbios que hoy estan ocupados por casas de vecindad. El costo de estas mejoras será de \$800,000.00 de los cuales se invertirán \$300,000.00 en Panamá y \$500,000.00 en Colón. Las condiciones sanitarias y especialmente los resultados del saneamiento, se demuestran de manera palpable en el promedio de mortalidad de estos distritos, el cual procedo á hacer á continuación:

D.

IV.—A fin de tener datos verídicos referentes al movimiento de población, se ha levantado por dos veces un censo cuidadoso; éste ha sido rectificado por las estadísticas de inmigración que se compilan mensualmente, obtenidas de los informes de los departamentos de inmigración y cuarentena, los cuales demuestran con toda exactitud el número de personas que entran y salen; y por tanto, el aumento de población obtenido en estas fuentes es correcto.

La mejor manera de demostrar este aumento de población y el promedio de mortalidad, es presentando aquí dicho aumento y promedio por años desde 1905 á 1909, inclusives.

1905—Población de la Zona, Panamá y Colón.....	56,624	{ Panamá....22,000 Colón.....11,000
Mortalidad anual, 50 por 1,000.		
1906—Población de la Zona, Panamá y Colón.....	73,000	{ Panamá....25,000 Colón.....13,000
Mortalidad anual, 48 por 1,000.		
1907—Población de la Zona, Panamá y Colón.....	102,000	{ Panamá....33,000 Colón.....14,000
Mortalidad anual, 33 por 1,000.		
1908—Población de la Zona, Panamá y Colón.....	120,000	{ Panamá....37,000 Colón.....15,000
Mortalidad anual, 24 por 1,000.		
1909—Población de la Zona, Panamá y Colón.....	142,000	{ Panamá....43,000 Colón.....18,000
Mortalidad anual, 19 por 1,000.		

E.

V.—Refiriéndome más ampliamente á los reglamentos sobre cuarentena, puedo asegurar que en mi país se toma toda clase de precauciones en los puertos de entrada para evitar la introducción de enfermedades, ya sea por medio de buques infestados, su cargamento ó pasajeros procedentes de puertos infestados. En la mayoría de los casos se toman medidas protectoras por empleados del servicio de cuarentena en los puertos de salida. El buque es fumigado en el puerto infestado antes de zarpar con rumbo á los puertos de la República de Panamá; los pasajeros y sus equipages son cuidadosamente examinados y cuando es necesario se desinfectan. No es permitido el embarque de cargamento que se considere como posible conductor de infecciones.

Es de notarse que con el cumplimiento de tales medidas en el puerto de salida, lo cual se hace bajo la supervijilancia de un Delegado Médico agregado al Consulado en el lugar de partida, el buque zarpa del puerto con patente limpia, de suerte que el tiempo consumido en la travesía puede contarse para los fines de la cuarentena, y los pasajeros procedentes de puertos infestados con fiebre amarilla ó peste bubónica que hubieren estado en viaje cuatro días, solamente se les defiene dos días, ó el tiempo necesario para completar el período de cuarentena de la enfermedad, contándose desde la fecha de la partida del buque del puerto infestado. A su llegada, los pasajeros ú otras personas á bordo que no hubieren completado el período de la cuarentena en la travesía, son trasladados á la estación de cuarentena por el número de días requerido para completar dicho período. Si arribare algún buque con enfermedad á su bordo, ó contra el cual no se hubieren tomado las medidas protectoras de cuarentena en el puerto de salida, se observan las medidas de cuarentena necesarias según lo prescrito por los artículos de la Convención.

Toda vez que los pasajeros que llegan de puertos infestados se consideran como procedentes de centros infestados, según lo prescrito por los artículos de la Convención, á tales pasajeros no se les permite continuar su viaje á países adyacentes hasta que el periodo de cuarentena no se haya completado en Panamá, porque el permitirles tal cosa, constituiría una amenaza seria para los puertos adyacentes y otros países, y no se permite el pasaje á viajeros de esta clase, á no ser que las autoridades del puerto del país á donde se dirijen dichos pasajeros, estén anuentes á recibirlos.

F.

VI.—Respecto de las "Formas y Modelos" que debían adoptarse por las naciones que tomaran parte en la Convención Sanitaria Internacional, en el párrafo 2º de la Convención adoptada en Wáshington, en la cual se previenen reglamentos sobre equipajes y mercaderías, no se hace mención de una clase de carga que, según opinión de competentes en la materia es especialmente peligrosa, y son aquellos artículos que proporcionan alimentación á las ratas, y que se embarcan y reciben procedentes de puertos infestados por la peste bubónica. Bajo esta clasificación pueden ponerse los granos, afrechos ó salvados, etc., etc., que, debido á su mucho atractivo para las ratas podrían infestarse facilmente, ya sea por sus excrementos ó por los insectos que llevan en la piel estos roedores, y que al ser desembarcados en un puerto sano y limpio transmitirían la enfermedad á las ratas del lugar.

El segundo punto que en esta materia es digno de consideración, es el que se refiere al buque indemne. Los artículos de la Convención anterior manifiestan que se considera indemne el buque que, aunque procedente de un puerto infestado no haya tenido defunción de peste bubónica, cólera morbo ó fiebre amarilla á bordo, ya sean antes de su salida, durante la travesía ó al tiempo de su arribo al puerto. El artículo 23 previene que los buques indemnes de peste bubónica serán admitidos al puerto inmediatamente, cualquiera que sea su patente de sanidad. Los requisitos que rigen á tales buques, son; la desinfección de la ropa sucia y de uso personal, los efectos de la tripulación y los pasajeros; pero solamente en casos excepcionales. Además de ésto, el exterminio de las ratas á bordo por medio de la fumigación, si las autoridades sanitarias lo estiman necesario.

Si únicamente se pone en vigor el minimum de los requisitos que rigen á los buques indemnes, podrá verse claramente que si existía infección á bordo, ya sea por ratas infestadas ó por ropas de uso infestadas, los pasajeros podrán desembarcar inmediatamente despues de la fumigación ó desinfección, y naturalmente habrían

estado expuestos á infección de peste bubónica hasta el momento mismo de la desinfección, y podrían desarrollarla en cualquier tiempo durante los cinco días después de su desembarque. El asunto del buque indemne es, conforme á datos de los ilustres médicos que rijen la Sanidad en mi país, Gorgas, Peary y Pierce, de más trascendental importancia, y los artículos que á él se refieren debieran estudiarse mas detenidamente y hacerse mas terminantes. Estos distinguidos médicos creen que si se examina la historia de la introducción de la peste bubónica en puertos limpios y sanos, se puede ver que casi siempre se ha debido su aparición á los llamados buques indemnes.

Muy conveniente sería pues, investigar si cinco días es suficiente período de cuarentena para la peste bubónica. Muchos países, inclusive el Japón, mantienen una cuarentena más rigurosa y prolongada, y algunos casos de peste bubónica se desarrollan después de los cinco días desde que estuvieron expuestos á la infección.

En resumen puedo decir respecto de los puntos del Programa Provisional de la Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas lo siguiente:

I.—Las leyes y medidas sanitarias que estan en vigor en la República de Panamá desde que se efectuó la última Convención, han sido aquéllas adoptadas por el Jefe de Sanidad de la Comisión del Canal del Istmo en su aplicación al saneamiento en tierra, y los reglamentos del Consejo de Salubridad Pública de los Estados Unidos y del Servicio de Hospitales Marinos en su aplicación á la cuarentena. Se han expedido circulares especiales de tiempo en tiempo, modificando las prácticas de cuarentena para puertos especiales conforme los cambios de las condiciones sanitarias han justificado los cambios.

II.—Las resoluciones aprobadas por las tres conferencias anteriores se han observado y cumplido en todo su significado por el Gobierno de Panamá y las autoridades sanitarias de la Zona del Canal. En el convenio *ad referendum* concluido en la segunda Convención Sanitaria Internacional, en Washington el 14 de Octubre de 1905, en el Artículo Iá, Párrafo 2°, Capitulo 1°, en la parte que determina el tiempo en que deba considerarse un país como ya no infectado, dice: "Pero cada Gobierno podrá reservarse el derecho para extender este período." Los médicos de la Sanidad de Panamá han considerado necesario extender largamente este período por lo que toca á la detención de pasajeros procedentes de lugares donde ha prevalecido la peste bubónica ó la fiebre amarilla, así como también la desinfección de equipajes de aquéllos procedentes de puertos en que se sospecha la existencia de la peste bubónica, y la prohibición de desembarcar cargamentos que pudieran acarrear infección.

III.—Las condiciones sanitarias en todos los puertos de la República y las principales ciudades, Panamá y Colón, son excelentes. Las mejoras proyectadas en esas ciudades de Panamá y Colón son muchas y extraordinarias y con gusto presento á mis Ilustres Colegas de la Convención los informes ya impresos en el "The Canal Record" de Noviembre 3 y 17 relativos á dichas mejoras.

IV y V.—Se conservan datos exactos referentes á todos los pasajeros que llegan á los puertos principales. Anualmente el Servicio de Cuarentena é Inmigración en Colón publica un extenso informe sobre este punto. El de 1908 es de lo más notable é interesante. También sobre esto me permito presentar á mis Ilustres Colegas un pliego que demuestra el promedio de mortalidad, la población y enfermedades especiales en Panamá y Colón.

VI.—No existen puertos infectados en la República. Los pasajeros que llegan al Istmo procedentes de puertos infectados son inspeccionados por los empleados de Salubridad Pública de los EE. UU. y del Servicio de Hospitales Marinos, si éstos estan presentes.

Por lo expuesto que me duele no haber presentado á vuestra consideración, por mi insuficiencia, de un modo brillante como la materia lo merece, podeis juzgar de las maravillas realizadas en mi país en materia de Sanidad, gracias, sin duda, al saber, á la perseverancia y al poder del Gobierno Americano, al cual encomendó Panamá en los albores de su Independencia tan especial é importante servicio de la vida pública. No ha trascurrido una decena de años desde esa fecha y ya hoy la fama, tan conocida y extendida por el mundo de la

insalubridad proverbial de Panamá ha desaparecido por completo y puede hoy afirmarse enfáticamente, sin temor de ser tachado de exageración, que el que fué antes foco de infección de todas las enfermedades conocidas es un paraíso por su salubridad á donde pueden inmigrar y en donde pueden reproducirse, crecer, enriquecerse y ser felices los hombres de todas las razas, oriundos de todos los climas y de todas las zonas de la tierra.

OPERACIONES DE CUARENTENA EN COLÓN DURANTE EL AÑO DE 1908.

Número de buques inspeccionados y admitidos.....	792
Número de buques fumigados á su llegada.....	3
Número de buques fumigados antes de zarpar.....	50
Número de piezas de equipaje desinfectadas.....	1,371
Número de tripulantes examinados.....	51,172
Número de pasajeros examinados.....	53,328
Total de personas examinadas.....	104,500
Número de personas vacunadas en puerto al llegar.....	11,894
Número de personas vacunadas en el puerto de salida ó en viaje.....	16,262
Número de personas detenidas en cuarentena para completar el período de incubación de fiebre amarilla.....	2,170
Número de personas detenidas en cuarentena para completar el período de incubación de la peste bubónica.....	53
Número de personas detenidas á bordo de buques.....	1,405
Número de personas desembarcadas procedentes de puertos extranjeros, de cámara 14,154 y de cubierta 23,973.....	38,127
Número de personas embarcadas para puertos extranjeros de cámara 12,602 de cubierta 15,006.....	27,608
Número de personas en tránsito.....	12,727
Número de personas de poblaciones sobre las costas (examinadas)....	2,474
Número de personas de poblaciones sobre las costas (no examinadas)..	2,092
Número de personas embarcadas en Colón con destino á poblaciones situadas sobre las costas.....	1,951
Número de personas desembarcadas durante el mes:	
Para el informe de la inmigración al Istmo.....	38,779
Para puertos del Pacífico.....	3,914
	42,693
Número de Patentes de Sanidad visadas.....	187
Número de personas recomendadas para su deportación.....	115

DATOS DE INMIGRACIÓN RELATIVOS Á COLÓN DURANTE EL AÑO DE 1908.

<i>Procedentes de</i>	<i>Cámara.</i>	<i>Cubierta.</i>	
Puertos Europeos.....	498	1,471	
Estados Unidos.....	8,742	874	
Jamaica y Antillas.....	1,820	11,124	
Guatemala.....	95	11	
Venezuela.....	46	26	
Colombia.....	520	1,617	
Cuba.....	145	211	
Costa Rica.....	1,057	1,442	
Bocas del Toro.....	129	2,345	
Poblaciones de la Costa.....	0	2,092	
	13,052	21,213	34,265
Trabajadores contratados:			
De Barbados.....		2,229	
De España.....		1,989	
De Guadalupe.....		296	
		4,514	
Total.....			38,779
Hombres.....		26,091	
Mujeres.....		7,498	
Niños.....		3,098	
No clasificados.....		2,092	
		38,779	38,779

DEFUNCIONES EN LAS CIUDADES DE PANAMÁ E COLÓN Y LA ZONA DE CANAL—1908.

	<i>Población.</i>	<i>Defunciones.</i>	<i>Promedio por 1,000.</i>
Panamá	37,073	1,292	24.83
Colón	15,878	418	26.32
Zona del Canal	67,146	1,273	18.95
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	120,097	2,983	24.83

MEJORAMIENTO QUE SE HA EFECTUADO.

<i>Años.</i>	<i>Población.</i>	<i>No. de Defunciones.</i>	<i>Promedio por 1,000.</i>
1904	35,000	1,224	52.45
1905	42,699	2,793	65.41
1906	66,011	3,544	49.10
1907	102,133	3,435	33.63
1908	120,097	2,983	24.83

PROMEDIO DE DEFUNCIONES ENTRE LOS EMPLEADOS DE LA COMISIÓN DEL CANAL Y DEL FERROCARRIL DE PANAMÁ, SOLAMENTE.

1904	14.31	por 1,000.	(Setiembre.)
1905	32.40	“	“
1906	57.34	“	“
1907	28.63	“	“
1908	12.78	“	“
1909	12.76	“	“

PROMEDIO DE ENFERMEDADES ESPECIALES.

Disentería	1906	ocurrieron	69	defunciones entre	26,705	empleados.
“	1907	“	48	“	39,343	“
“	1908	“	16	“	43,890	“
Malaria	1906	“	233	“	26,705	“
“	1907	“	154	“	39,343	“
“	1908	“	73	“	43,890	“

Fiebre Tifoidea, 1907 ocurrieron 98 defunciones; 1908, defunciones 19; Pulmonía, 431 defunciones en 1906; 328 en 1907 y 93 en 1908. El último caso de fiebre amarilla ocurrió en el Istmo en Noviembre de 1905. El último caso de peste bubónica ocurrió en el Istmo en Agosto de 1905. No ha habido casos de viruelas desde 1906.

INFORME DE LOS DELEGADOS DE VENEZUELA, SEÑORES DOCTORES P. ACOSTA ORTIZ Y L. RAZETTI.

Señor Presidente y demás Miembros de la Conferencia: En cumplimiento de lo dispuesto en el Programa Provisional de esta reunión de la Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, tenemos la honra de presentaros el siguiente

Informe Acerca del Estado Sanitario de Venezuela.

Situada Venezuela en el extremo norte de la América del Sur, entre 1° 40' de latitud sur y 12° 26' de latitud norte, se encuentra colocada en plena Zona Tropical. Su extensa superficie de 1,552,741 kilómetros cuadrados está ocupada por la escasa población de 2,323,527 habitantes. La climatología del país varía según la altura sobre el nivel del mar. En las tierras frías de las montañas de Mérida, cuyos picos más altos se elevan á 4,526 metros, el termómetro marca dos ó tres grados bajo cero; en las templadas, varía entre diez y ocho y veinte y cinco grados centígrados; y en las cálidas oscila entre veinte y cinco y treinta y dos grados centígrados. Sus extensas llanuras que miden más de 400,000 kilómetros cuadrados se inundan durante la estación lluviosa, y á la bajada de las aguas, dejan éstas charcos grandes que son inmensos criaderos de mosquitos, vectores del paludismo, la gran endemia de los países tropicales.

Además del paludismo, existen en Venezuela todas las enfermedades propias de la Zona Intertropical: fiebre amarilla, disentería, beri-beri, lepra, filariosis, anquilostomiasis, buba, etc.; y reinan endémicamente otras enfermedades tales como: tuberculosis, fiebre tifoidea, sífilis, etc.

Hasta el año de 1908 no nos había visitado la peste. Dada la importancia de esta enfermedad para las relaciones internacionales, creemos de nuestro deber comenzar este informe por una relación sucinta de la marcha de la epidemia.

LA PESTE EN VENEZUELA.

La Epidemia de La Guaira.

Venezuela había permanecido indemne de la peste hasta principios de 1908 que se introdujo por el puerto de La Guaira, el principal de la República, distante 28 kilómetros de la Capital.

Como ha sucedido en todas partes, los primeros casos pasaron desapercibidos para las autoridades sanitarias. Fué en el mes abril que el bacteriólogo Señor Rafael Rangel, enviado expresamente por el Gobierno á estudiar la naturaleza de la enfermedad, que los médicos no conocían, determinó el diagnóstico.

No se sabe á punto fijo como se introdujo la peste en nuestro país. Lo más acertado es atribuirlo al vapor italiano "Cita de Torino," que proveniente de Colón desembarcó el cadáver de un sacerdote que venía de Guayaquil, puerto infectado por la peste. Los cuatro hombres que se encargaron del entierro fueron los primeros atacados; pero como para entonces la enfermedad era desconocida, no se diagnosticó.

El 15 de abril de 1908, después de minuciosas investigaciones, el Señor Rangel pudo afirmar la naturaleza de la enfermedad, y á partir de ese día estableció la campaña contra el flagelo, fundada en el aislamiento de los enfermos en un Degredo, la desinfección de las viviendas, la inmunización con suero de Yersin de los habitantes de las casas infectadas y de las colindantes, la persecución sistemática de los roedores, las inoculaciones con linfa de Haffkine á todos los habitantes de la ciudad y la práctica de las reglas generales de la higiene pública y privada.

El movimiento del Degredo de La Guaira del 15 de abril al 10 de julio de 1908, fue el siguiente:

Número total de casos.....	64
Hombres	40
Mujeres	9
Niños	15

64

Según la forma de la enfermedad:

Peste bubónica	48
“ neumónica	6
“ septicémica	2
“ asociada	8

64

De estos sesenta y cuatro casos fallecieron treinta y ocho, lo que dá una proporción de la mortalidad general igual á cincuenta y nueve treinta y siete por ciento. Sin embargo, en los casos tratados desde el principio con suero á altas dosis y extirpación de los ganglios infectados, la mortalidad descendió hasta diez y seis sesenta y seis por ciento, como lo demostró el Doctor F. Mendoza en su tesis de doctorado.

No es posible precisar el número de casos de peste ocurridos en La Guaira de mediados de enero al 15 de abril de 1908; pero se calcula en 25 lo que dá un total de casos para la epidemia de dicho puerto igual á 89.

El 10 de julio de 1908 se cerró el Degredo de La Guaira, y desde entonces no se ha vuelto presentar ni un sólo caso más de peste humana, ni se ha podido comprobar la enfermedad en los roedores. La epidemia de La Guaira no duró sino seis meses, debido á los esfuerzos del Gobierno para combatirla, noblemente secundado por el alto comercio, que no omitió gastos ni sacrificios en beneficio de la salubridad pública.

En el plano de La Guaira que acompaña este informe se señalan los principales focos de la peste.

LA EPIDEMIA DE CARACAS.

La proximidad de La Guaira hacía inminente la infección en Caracas y se se tomaron todas las precauciones para evitarla: se interrumpió el tráfico del ferrocarril y se estableció un cordón sanitario con destacamentos de la fuerza de línea en los caminos que atraviesan el cerro del Avila. No obstante estas precauciones, los habitantes de La Guaira llegaban á la Capital por caminos extraviados.

El 18 de abril de 1908 apareció el primer caso de peste en una una mujer que habitaba en las cercanías de la estación del ferrocarril, y que sostenía comunicación con el puerto por medio de sus parientes, empleados en la línea férrea. La casa que habitaba esta enferma está marcada en el plano con un signo especial.

He aquí el resumen de la marcha de la epidemia en Caracas.

Del 18 de abril de 1908 al 2 de octubre de 1909 han sido comprobados 107 casos de peste, que se clasifican así:

Según el sexo: 83 varones y 24 hembras;

Según la edad; menores de 15 años, 16; mayores, 91;

Según la forma de la enfermedad:

Peste bubónica	83
“ bubónica y neumónica.....	12
“ neumónica pura	4
“ septicémica	6
“ neumónica é intestinal.....	1
“ bubónica generalizada.....	1

107

Número de curados: 62. Número de muertos: 45. Porcentaje: 42 de mortalidad por cada cien enfermos.

Distribuidos según los meses los 107 casos observados en Caracas, tenemos:

AÑO DE 1908.

Mes de abril	Casos	2
“ “ mayo	“	1
“ “ junio	“	13
“ “ julio	“	24
“ “ agosto	“	18
“ “ septiembre	“	12
“ “ octubre	“	8
“ “ noviembre	“	0
“ “ diciembre	“	0

 78

AÑO DE 1909.

Mes de enero	Casos	3
“ “ febrero	“	1
“ “ marzo	“	0
“ “ abril	“	0
“ “ mayo	“	4
“ “ junio	“	12
“ “ julio	“	2
“ “ agosto	“	5
“ “ septiembre	“	1
“ “ octubre	“	1

 29

La historia de la epidemia de peste en Caracas se divide en tres períodos: 1°, del 18 de abril al 20 de octubre de 1908; 2°, del 20 de octubre de 1908 al 20 de mayo de 1909; 3°, del 20 de mayo al 2 de octubre de 1909. En el primer período hubo 78 casos en siete meses; en el segundo 4 casos en siete meses y en el tercero 29 casos en seis meses.

Esta marcha intermitente de la epidemia demuestra que la peste ofrece períodos de calma entre épocas de recrudescencias, y que la enfermedad puede desaparecer como epidemia humana hasta por varios meses, para reaparecer aunque en forma atenuada, como ha sucedido en Caracas. Esta modalidad de las epidemias de peste nos indica la necesidad de no abandonar la lucha contra los roedores, en los cuales la enfermedad persiste por tiempo mayor. En Caracas la campaña contra las ratas no ha sido interrumpida desde el principio de la epidemia. Para destruir estos peligrosos animales nos hemos valido de todos los medios conocidos, dando la preferencia á las medidas que tienen por objeto el aniquilamiento de la raza, evitando que encuentren en las habitaciones alimentos, envenenando las cuevas, persiguiendo las madrigueras, etc. (vease la “Ordenanza General para la defensa de Caracas contra la peste,” anexos B y C).

En los momentos actuales no se puede decir que en Venezuela existe una verdadera epidemia de peste, pues la proporción de 0.66 por 100 de ratas infectadas y la ausencia de casos nuevos de peste humana, indican claramente que la enfermedad va camino de desaparecer por completo.

La peste en Caracas no ha alcanzado el grado de letalidad que es común en esta enfermedad, como lo demuestra la cifra de la mortalidad: 42; y el reducido número de atacados: 107, para una población de 100,000 habitantes.

En nuestro país se ha observado un hecho sobre el cual nos permitimos llamar la atención de los honorables Miembros de esta Asamblea. Hace dos años que existe la peste en el Distrito Federal (Caracas y La Guaira), que es el centro comercial y político de la República; durante ese tiempo no se han interrumpido ni las comunicaciones con el interior por la vía terrestre, ni el comercio de cabotaje entre La Guaira y los puertos de la costa del mar Caribe. Sin embargo la enfermedad no se ha observado en ningún otro punto del país, ni en los

puertos, ni en las ciudades del interior, muchas de las cuales están unidas por ferrocarril con la Capital.

Esta limitación de la epidemia á una sola región del país se puede explicar, por la acción combinada de los medios de defensa puestos en práctica por las autoridades sanitarias, á saber: destrucción rápida de los focos de peste humana; aislamiento riguroso de los atacados; persecución sistemática de las ratas; inyección preventiva de linfa Haffkine, que se hizo obligatoria para todos los habitantes y especialmente para los que por causa de sus ocupaciones, tenían necesidad de salir y entrar á las ciudades infectadas.

También hacemos observar que en Venezuela no se ha comprobado como en otras partes una excesiva mortalidad de ratas, á pesar de que estos animales son abundantes en el país. Se han encontrado ratas muertas, pero no en cantidades que llamaran la atención de los habitantes. La benignidad de la enfermedad en los roedores debe ser también causa que explique el limitado desarrollo de la epidemia en los hombres.

Además, todos los casos de peste han ocurrido en personas que vivían en condiciones higiénicas desfavorables; las personas cuidadosas de la higiene personal y domiciliaria, han permanecido indemnes. Este hecho viene en apoyo de la teoría que sostiene que la peste es una enfermedad de las clases bajas del pueblo, de la gente sucia, de los que viven en habitaciones inmundas. El contagio puede evitarse con la simple observancia de las reglas de la higiene personal y domiciliaria.

PROFILAXIA.

Tanto en La Guaira como en Caracas la campaña contra la peste se estableció de acuerdo con los principios científicos modernos sobre la etiología de la peste, procurando dar la preferencia á aquellas medidas que en otras partes han dado los mejores resultados.

Esta campaña se fundó en los puntos principales siguientes:

1º. Aislamiento del enfermo en el Degredo ó en su domicilio, cuando las reglas extremas del aislamiento estaban aseguradas.

2º. Inmunización de todos los habitantes de las casas infectadas y de las casas inmediatas con suero de Yersin;

3º. Desratación de las mismas (esta operación la ejecutaban las cuadrillas de saneamiento);

4º. Inmunización de todos los habitantes de la ciudad con linfa Haffkine. Ningún habitante podía abandonar la ciudad sin presentar certificado de estar inmunizado;

5º. Inspección sanitaria domiciliaria sistemática por medio de Inspectores de Sanidad, con el fin de denunciar ante la autoridad sanitaria el mal estado higiénico de las viviendas y obligar á los propietarios á ejecutar las medidas dictadas por la Comisión de Higiene Pública;

6º. Persecución constante de los roedores por todos los medios conocidos (vease el anexo B);

7º. Desinfección rigurosa de las casas infectadas y de todo el vecindario.

Para dar cumplimiento á estas disposiciones, la Comisión de Higiene Pública dictó una "Ordenanza para la defensa de Caracas contra la peste," y redactó las instrucciones que debían servir de norma al personal sanitario en el cumplimiento de su misión. (Vease anexos B y C.)

Merced á la actividad desplegada por las autoridades sanitarias y el apoyo que le prestaron el Gobierno, el Comercio y los particulares la peste no ha hecho en nuestro país los estragos que en otras partes. Ciento siete casos en diez y ocho meses, con una mortalidad de cuarenta y dos por ciento, es un resultado bastante satisfactorio, si se piensa que, para la época de la aparición de la epidemia, ni aún en la Capital había una organización sanitaria regular. Fué necesario improvisarlo todo.

La epidemia de La Guaira apenas duró seis meses y desde el 10 de julio de 1908 no ha vuelto á aparecer ningún caso más de peste humana, ni se ha podido comprobar la enfermedad en los roedores.

TRATAMIENTO.

Nuestro enfermos de peste han sido tratados sistemáticamente con el suero de Yersin en inyecciones intravenosas ó subcutáneas á altas dosis según la gravedad del caso. En algunas formas benignas de la peste bubónica, ha sido usado el colargol con muy satisfactorios resultados.

Al tratamiento seroterápico se ha agregado la extirpación precoz de los ganglios infectados, sobre todo los inguinales, siguiendo los consejos del Profesor S. Cantlie, de Londres. Cuando esta operación ha sido ejecutada antes de las cuarenta y ocho horas, se ha logrado bajar la mortalidad hasta diez y seis sesenta y seis por ciento.

Contra las neumónicas y septicémicas graves, todo tratamiento es impotente.

ESTADO ACTUAL DE LA EPIDEMIA.

El estado actual de la epidemia en Venezuela es el siguiente:

La Guaira.—La enfermedad desapareció de este puerto el 10 de julio de 1908, y desde entonces no se ha vuelto á observar ni un caso más de peste humana, ni se ha podido comprobar la enfermedad en los roedores.

Caracas.—La epidemia está dominada. En el presente año de 1909 no han ocurrido sino veinte y nueve casos de peste humana, con una mortalidad de treinta y ocho por ciento; y en los roedores, la proporción de los infectados es de cero sesenta y seis por ciento. Como la campaña contra estos animales se continua con la misma actividad, se examinan en el Laboratorio de Bacteriología ratas procedentes de todos los puntos de la ciudad y se hace el servicio de inspección domiciliaria permanentemente, creemos que podemos considerarnos á cubierto de una nueva recrudescencia de la epidémica enfermedad.

En ninguna otra ciudad de la República ni ha habido, ni hay peste. En ninguno de nuestros puertos existe hoy enfermedad infecciosa cuarentenable. No obstante este estado satisfactorio de la salubridad de las costas venezolanas, la Sanidad del puerto de Colón trata los barcos procedente de nuestros puertos como si arribaran de lugares infectados por la peste. Esta conducta no está de acuerdo con lo dispuesto en la Convención de Washington en su artículo IX. y sobre éllo nos permitimos llamar la atención de esta ilustrada Asamblea.

FIEBRE AMARILLA.

Aunque la fiebre amarilla reina endémicamente en Venezuela, no sólo en algunos puertos del litoral, como Puerto Cabello, Maracaibo, Ciudad Bolívar, etc., sino en poblaciones distantes de la costa, y aún de cierta altitud, como Caracas, Valencia y otras, es necesario convenir en que el mal no reviste, sin embargo, ni la gravedad ni la frecuencia observados en otros países de focos amarillógenos.

En el año de 1907 la fiebre amarilla produjo en toda la República un total de 31 defunciones, de las cuales 16 pertenecen al Distrito Federal, 2 al Estado Aragua, 8 al Estado Bolívar, 3 al Estado Mérida, 1 al Estado Miranda y 1 al Estado Trujillo.

Las recrudescencias de la enfermedad se observan sobre todo en ciertas épocas del año y aun en ciertos años más que en otros.

Los meses del calor y condiciones atmosféricas aún no determinadas favorecen su desarrollo; y las facilidades del tráfico han hecho aparecer la afección en lugares donde antes era desconocida, como sucedió hace algunos años en ciertas poblaciones de la Cordillera de Los Andes, altiplanicies muchas de ellas de bastante elevación.

Además de las medidas que se toman habitualmente en todos los casos de enfermedades transmisibles, la Comisión de Higiene Pública ha iniciado últimamente una campaña contra el mosquito y propagado una cartilla de instrucciones populares con tal propósito; aislando los atacados con todas las precauciones encaminadas á proteger á las personas no inmunes, y desinfectando después de la muerte las casas contaminadas y los edificios colindantes.

El Reglamento de Policía Sanitaria Marítima en vigencia (anexo No. A) prescribe el tratamiento que se aplica en nuestros puertos á los pasajeros, equipajes y mercancías provenientes de buques *infectantes*, todo de acuerdo, por supuesto, con la Convención de Washington de 1905, aplicado á las relaciones internacionales tanto como al comercio interior de cabotaje, procurando, en la medida de lo posible, no perturbar éste, por ser un movimiento continuo y permanente, hecho por embarcaciones en su mayor parte de vela, que llevan ordinariamente productos naturales y cuyo tráfico constituye la vida diaria de los pequeños puertos del litoral.

PALUDISMO.

El paludismo es nuestra gran endemia nacional; no sólo siega muchos millares de vidas por año, sino que debilita profundamente el organismo de aquéllos mismos que no mata, con un estado de pobreza física, de debilidad general, que imprime como un sello especial á los desgraciados habitantes de las vastísimas regiones dominadas por esta enfermedad, que reviste entre nosotros todas sus formas y variedades.

Exceptuando algunas alturas y otros lugares donde probablemente no se cría el *anopheles*, como sucede en Caracas, por ejemplo,* el mal reina en casi todo el litoral del país, y muy especialmente en nuestras llanuras, de una gran extensión éstas, y sumamente despobladas; esa es en su gran parte la zona pecuaria de Venezuela, cuya superficie de muchos miles de kilómetros cuadrados está constituida en varias porciones por terrenos anegadizos cuyo desagüe y saneamiento es prácticamente imposible.

Igual cosa sucede con las riberas de nuestros caudalosos ríos, donde el paludismo se recrudece á la salida del invierno, cuando comienzan á bajar las aguas, lo que coincidiendo con una temperatura muy elevada, hace que se reunan las mejores condiciones para el aumento y propagación del mal.

Por las razones anotadas no se ha podido combatir la malaria de una manera eficaz hasta ahora, ya que precisamente son las regiones de cría generalmente las menos ricas, y es difícil que los Gobiernos seccionales puedan contribuir, y mucho menos el particular, pobre de suyo, á una obra de tanto aliento y de costo tan subido.

La fiebre hemoglobinúrica considerada por muchos de nuestros facultativos como de origen palúdico, ha hecho muchos estragos en los últimos años, sobre todo en los Estados Guárico y Apure, aunque sólo desde 1870 se tiene una noticia cierta de la aparición entre nosotros, propagándose con más fuerza después de la guerra legalista en 1892.

La "Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas" dirigió en 1894 una circular á todos los médicos de las localidades donde tenía su principal asiento la llamada fiebre hematúrica y algunos interesantes trabajos sobre este asunto han sido discutidos en la Academia Nacional de Medicina en varias ocasiones, tratando de dilucidar su naturaleza íntima é instituir una profilaxia y un tratamiento adecuados.

La Comisión de Higiene Pública ha sometido ultimamente á los Poderes Públicos un proyecto de ley sobre *Protección de la Salud Pública*, con un vasto plan en que entra por mucho la grave cuestión del paludismo y la precisión de crear fondos para atender á las necesidades de una campaña seria dirigida en ese sentido.

BERI-BERI.

Puede decirse que hasta hace cosa de unos veinte y cinco años el beri-beri era una afección completamente desconocida en Venezuela.

Los primeros casos de la enfermedad se presentaron en Ciudad Bolívar y al principio no fueron diagnosticados por tratarse de una entidad patológica no observada anteriormente.

El Doctor Pedro I. Aguerrevere publicó en 1882 un interesante trabajo sobre el asunto y fue quién puso en claro la existencia del beri-beri por primera vez entre nosotros.

Es muy probable que la importación de los casos primitivos se haya verificado por buques llegados al puerto de Ciudad Bolívar, ó lo que es aún más posible, la entrada ha podido hacerse por la frontera del Brasil.

Luego el mal se ha propagado por las vías fluvial y terrestre á los Estados Apure, Guárico y Zamora, llegando hasta el Estado Miranda, limítrofe con el Distrito Federal, siguiendo en su marcha de preferencia los caminos reales y fijándose en los puntos más concurridos y en las poblaciones de más tráfico.

*Esas son las conclusiones de la tesis de Doctorado del Señor J. M. Romero Sierra, quien ha estudiado los mosquitos de Caracas.

Según las aseveraciones de la tesis de Doctorado de González Rincones, "el paludismo caraqueño no existe ó por lo menos es muy raro."

Se observa, sí, en la capitalla fiebre *tifoidea clásica*, pero la existencia en Venezuela de la *fiebre recurrente de Obermeier*, el *tifus exantemático*, la fiebre *dum-dum* y la de *Malta*, es asunto, según el último autor, que puede tenerse por ahora como discutible.

La diversidad de sus formas hace algunas veces delicado el diagnóstico diferencial, sobre todo con ciertas neuritis de orden tóxico ó infectivo y aún con variedades mismas de la caquexia palúdica y probablemente de la anquilostomiasis.*

LEPRA.

La lepra apareció por primera vez en Cumaná en 1730 en una familia de Islas Canarias, trasmitiéndose á Caracas en 1740, á Maracaibo en 1804 y á Carúpano en 1820.

Hoy predomina en algunos puntos de la costa oriental y en los Estados limítrofes con Colombia.

Con las medidas que se han tomado para impedir su difusión y con el aislamiento de los atacados en asilos especiales, la enfermedad no ha tomado mayor incremento, y se ha limitado á ciertas regiones únicamente.

Existen dos leprocomios, uno en Maiquetía, cerca de Caracas, y el otro en la isla Providencia, en Maracaibo, Estado Zulia. En estos establecimientos se recluyen los leprosos de toda la República y los dos suman una población de quinientos á seicientos enfermos.

TRACOMA.

Desde 1894 uno de nuestros oculistas distinguidos, el Doctor Couturier, llamó la atención sobre la conjuntivitis granulosa, y su frecuencia entre los inmigrados asiáticos que llegan á nuestras costas.

Estos *turcos*, como se les llama habitualmente entre nosotros, viven hacinados en habitaciones malsanas, pero el tracoma no se ha extendido mucho y los casos casi no se observan sino entre esa gente ó en personas muy desaseadas.

Según el Doctor Dagnino, otro de nuestros buenos especialistas, la generalidad de nuestras calles, y habitaciones, llenas de aire y de luz, serían poco propicias para la propagación del tracoma, que tiene como sitios de predilección, lugares sombríos y calles húmedas y poco ventiladas, donde nunca entra la luz solar, como sucede en ciertos barrios bajos de las grandes ciudades.

Los Directores de Sanidad de nuestros puertos y muy especialmente de La Guaira, por donde entra la inmigración aludida, tienen instrucciones muy terminantes á ese respecto y varios individuos han sido reembarcados por tal motivo.

VIRUELA.

Después de la primera invasión de la viruela en el siglo diez y seis por el puerto de Caraballeda, en la costa de La Guaira, y que devastó y diezmo horrorosamente la población indígena, reapareció el flagelo en 1776, entrando por el Oriente y propagándose á gran parte del país donde hizo millares de víctimas, debido todo, naturalmente, á la falta de medios preventivos y á las condiciones de ignorancia é incuria innatas á la época.

Desde los comienzos del siglo pasado en que hubo una pequeña epidemia menos mortífera, puede decirse que la viruela era casi desconocida en Venezuela, hasta 1898 que fue cuando un caso importado por Puerto Cabello, dió margen á la epidemia de Valencia, que se propagó de una manera rápida, invadiendo muchas poblaciones del Estado Carabobo, con una gran mortalidad entre los atacados ocasionada por la falta de inmunidad y la escasez de fluido vacuno.

Al acercarse el mal á las puertas de Caracas, el "Laboratorio Pasteur," institución privada formada por los Doctores Dominici, Guardia, Meier, Rodríguez y Acosta Ortiz, fue comisionado por el Gobierno Nacional para la preparación del fluido vacuno en grande escala, y ahí se fabricó la vacuna animal por primera vez entre nosotros, enviándose á todo el país después de haber inoculado á casi toda la población de Caracas y sus alrededores, donde el mal revistió un carácter muy benigno.

Desde entonces el fluido se remite periódicamente á toda la República por los cuidados del Ministerio de Relaciones Interiores.

*Esta enfermedad se ha extendido á varias poblaciones cercanas á Caracas; allí fue descubierta y descrita por Rafael Rangel, Jefe del Laboratorio del Hospital Vargas, quien la encontró después en el Guárico y Los Andes.

En el anexo n°. E se verá el Decreto sobre vacunación obligatoria y pronto se piensa proceder á la construcción y organización del Instituto de Vacuna, á que se refiere dicha disposición ejecutiva.

DISENTERÍA.

La disentería de origen amibico es frecuente en algunas regiones del país, cuyas condiciones climatéricas favorecen su desarrollo.

Lo mismo sucede con el abceso tropical del hígado, debido á la misma causa etiológica y sobre cuya afección se han publicado trabajos muy interesantes por nuestros hombres de ciencia, observaciones casi todas salidas de la Escuela del Hospital Várgas de Caracas.

CÓLERA.

El cólera no existe en Venezuela.

MORTALIDAD INFANTIL.

En Venezuela mueren anualmente alrededor de 3,000 niños menores de 3 años, debido principalmente á la mala alimentación de la clase baja del pueblo.

Para conjurar este mal se ha fundado la hermosa institución conocida con el nombre de "La Gota de Leche," que funciona desde el 24 de julio de este año. La creación de tan útil obra de caridad se debe á la iniciativa privada de un médico, el Doctor J. de D. Villegas Ruiz, y cuenta con el apoyo de los particulares y del Gobierno. Más de 400 niños se han inscrito hasta hoy. Se les da leche esterilizada de excelente calidad y se instruye á las madres con consejos sobre las reglas de la crianza y de la higiene del niño, demostrándoles las inapreciables ventajas de la crianza materna.

Una Junta de personas respetables de ambos sexos extá al frente de esta Institución, de la cual se esperan grandes beneficios para el país, pues es de todos sabido que la mortalidad infantil es una de las mayores causas que detienen el desarrollo normal de las sociedades, muy especialmente en los países que aún no han llegado á una gran altura de civilización.

Además de la diarrea infantil, el tétano por infección umbilical causa un número considerable de defunciones en los países tropicales. En Venezuela el tétano infantil está representando en nuestra estadística demográfica con la cifra de 4,000 defunciones anuales. Esta enfermedad no reconoce otra causa sino la ignorancia de las madres. El medio más eficaz para conjurarla sería la educación higiénica de la mujer desde la escuela popular.

TUBERCULOSIS.

La mortalidad por tuberculosis está representada por una cifra alrededor de 5,000 defunciones por año.

El 5 de julio de 1905, el Doctor Andrés Herrera Vegas fundó la "Liga Venezolana contra la Tuberculosis," y el 10 de abril de 1906 abrió su Dispensario.

Esta Institución cuenta con el apoyo de personas notables y está sostenida por los particulares. Ejerce su misión por medio de la propaganda escrita y las conferencias populares, y publica un periódico que se distribuye gratis, "La Liga Antituberculosa," dirigido por el mismo Doctor Herrera Vegas.

Al Dispensario han concurrido hasta el 30 de noviembre de este año, 4,000 enfermos, á los cuales se les ha dado medicinas, auxilios monetarios y se les ha desinfectado sus habitaciones. Para este servicio cuenta con aparatos de desinfección modernos.

Los 4,000 enfermos registrados en el Dispensario se distribuyen así:

De 0 á 1 año.....	313
De 1 á 10 años.....	981
De 11 á 20 años.....	1,044
De 21 á 40 años.....	1,296
De más de 40 años.....	366

4,000

Según su estado :

Casados	1,516
Solteros	2,006
Viudos	478
	<hr/>
	4,000

Según el sexo :

Varones	1,289
Hembras	2,711
	<hr/>
	4,000

Según la forma de la enfermedad :

Enfermos de un pulmón	617
Enfermos de ambos pulmones	428
Tuberculosis laringea	48
Tuberculosis intestinal	104
Otras localizaciones	287
Escrofulismo	1,946
Raquitismo	176
Sospechosos y en observación	638

ORGANIZACIÓN DE LA HIGIENE PUBLICA.

La Higiene Pública está organizada en Venezuela del modo siguiente :

En la capital de la República existe la Comisión de Higiene Pública, que es un cuerpo consultivo y técnico, compuesto de ocho miembros: seis médicos, un ingeniero y un abogado. Esta Comisión está bajo las inmediatas órdenes del Ministerio de Relaciones Interiores. La Oficina de la Comisión está dividida en nueve secciones: 1ª. *Policia Sanitaria Marítima*; higiene internacional, cuarentenas, lazaretos, etc. 2ª. *Saneamiento General*: inspección sanitaria domiciliaria, mercados, mataderos, etc. 3ª. *Desinfección especial*: enfermedades contagiosas, propagación de sueros y vacunas, etc. 4ª. *Bacteriología*: análisis microscópicos, preparación de sueros y vacunas, etc. 5ª. *Química*: análisis químicos de las aguas, víveres y comestibles, etc. 6ª. *Ingeniería*: Construcción de edificios, cloacas, acueductos, pavimentos, etc. 7ª. *Estadística Demográfica*. 8ª. *Legislación sanitaria é Higiene social*. 9ª. *Secretaría y Administración General*. Al frente de cada una de estas Secciones está un Miembro de la Comisión.

Al servicio de esta Oficina Central hay Médicos Oficiales de Sanidad, Inspectores Sanitarios y cuadrillas de saneamiento, encargados de la inspección domiciliaria, de la desinfección de las viviendas, de la destrucción de los roedores y de los mosquitos y de todas las demás disposiciones que dicta la Comisión de Higiene Pública.

Posee además una "Estación de desinfección" provista de dos aparatos Clayton, tipo H, tres generadores de formol al vapor, tres pulverizadores de soluciones antisépticas, y tres rociadores para lechada.

Esta Estación está dirigida por un Médico, jefe del servicio, tiene un mecánico para el manejo de los aparatos y una cuadrilla especial de peones adiestrados en las desinfecciones. Inmediatamente que se denuncia un caso de alguna de las enfermedades de declaración obligatoria, se ordena la desinfección de la vivienda y se dictan las medidas de aislamiento de acuerdo con la naturaleza de la enfermedad.

Los Inspectores de Sanidad visitan diariamente quince casas de las comprendidas en su jurisdicción y llenan un boletín especial en el cual se expresan las condiciones sanitarias de la vivienda. El Oficial de Sanidad respectivo comunica á la autoridad civil de la parroquia las medidas sanitarias que requiere la finca, y se obliga al propietario á ejecutarlas en un plazo determinado é improrrogable, salvo inconvenientes de fuerza mayor.

En esta inspección domiciliaria se atiende con especial esmero á la destrucción de los roedores y de los mosquitos, vectores unos de la peste y los otros de la fiebre amarilla.

La Comisión de Higiene Pública estudia actualmente la reglamentación sanitaria de los mataderos, mercados, vaquerías, escuelas, casas de prostitución, etc., etc.; y si no ha llevado á cabo toda esta importante labor, débese á que ha tenido que concentrar toda su atención en la campaña contra la peste.

Del mismo modo se propone luchar contra el paludismo, la disentería, la fiebre amarilla, el tétano y las demás enfermedades que azotan las tierras intertropicales. De las conclusiones muy sabias que adopte esta ilustre asamblea, habremos de recoger utilísimas enseñanzas en beneficio de la salubridad de nuestros respectivos países.

DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Un Decreto Ejecutivo establece la declaración obligatoria de las enfermedades siguientes: Fiebre tifoidea, Tifus exantemático, Paludismo, Viruela y varioloides, Sarampión, Escarlatina, Tos-ferina, Difteria, Fiebre miliar, Cólera asiático y nostras, Disentería epidémica, Peste, Fiebre amarilla, Lepra, Erisipela, Beriberi, Actinomicosis, Parotiditis epidémica, Tétano infantil, Tiñas, Tracoma, Filariosis, Infecciones, puerperales, Oftalmía de los recién nacidos. La declaración de la Tuberculosis, la Gripe, la Sífilis y las Enteritis, es facultativa. (Véase anexo D.)

SANIDAD DE LOS PUERTOS.

Venezuela posee una Ley de Policía Sanitaria Marítima calcada en las conclusiones de la Convención de Washington. Por esta Ley el litoral de la República se divide en Circunscripciones Sanitarias y éstas se subdividen en Agencias de Sanidad. En cada puerto habilitado al comercio exterior hay una "Junta de Sanidad" compuesta de: un Médico Director de Sanidad, el Administrador de la Aduana, el Jefe Civil del Distrito, el Presidente del Consejo Municipal y un comerciante designado por la Cámara de Comercio. (Véase anexo A.)

Actualmente se construyen Estaciones de desinfección en cada uno de los puertos de La Guaira, Puerto Cabello y Carúpano, provistas de aparatos Clayton y generadores de formol para hacer la desinfección sistemática de los equipajes de todos los pasajeros que entren ó salgan del país.

DATOS DEMOGRÁFICOS.

Las enfermedades que en Venezuela determinan el mayor número de defunciones son: paludismo, tuberculosis, disentería, tétanos, diarreas infantiles, anquilostomiasis, fiebre amarilla, etc. La fiebre amarilla, á pesar de ser endémica en la región de la costa, no contribuye notablemente á aumentar la cifra de la mortalidad; apenas se registran 30 defunciones por año en todo el país. (Véase el anexo F.)

La más mortífera de las endemias tropicales es el paludismo; en Venezuela representa la quinta parte de la mortalidad general. El paludismo es el gran enemigo del progreso en los países tropicales, no sólo por el número de las defunciones que determina, sino porque sus formas crónicas convierten á los que las padecen en verdaderos valetudinarios. Actualmente la Comisión de Higiene se ocupa en estudiar un medio práctico de combatir esa grande epidemia; pero no se le escapan las grandes dificultades de semejante empresa, pues la campaña contra el flajelo tiene necesariamente que abarcar una extensión de más de 400,000 kilómetros cuadrados que ocupan nuestras llanuras, en las cuales la malaria es endémica.

El movimiento general de la población ha sido en los últimos cuatro años el siguiente:

1905.	Nacimientos:	68,978	Defunciones:	58,343	Dif. en pro:	10,635
1906.	"	70,221	"	53,801	" " "	16,420
1907.	"	74,324	"	52,310	" " "	22,926
1908.	"	71,033	"	57,088	" " "	13,033

Los coeficientes anuales son:

Natalidad	—31.1	por 1,000.
Mortalidad	—25	" "
Nupcialidad	—2.6	" "

ANEXOS AL INFORME.

- Anexo A.—Ley de Policía Sanitaria Marítima.
“ B.—Ordenanza General para la defensa de Caracas contra la peste.
“ C.—Instrucciones para el personal sanitaria.
“ D.—Decreto sobre declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas.
“ E.—Decreto sobre vacunación obligatoria.
“ F.—Demografía Venezolana.

PLANOS.

Plano topográfico de la ciudad de Caracas con anotación de los focos de peste en la epidemia de 1908 á 1909.

Plano topográfico de las ciudades de La Guaira y Maiquetía con anotaciones de los focos de peste en la epidemia de 1908.

FILE COPY -- LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D. C.