



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 24 BOLIVIA-SUCRE, ENERO Y FEBRERO DE 1928. Nº 48



La digitalización de este número de la revista es el producto de la investigación doctoral llevada a cabo por el candidato a doctor, Javier Andrés Claros Chavarría, con financiamiento otorgado por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile. Durante este proceso, colaboraron dos instituciones: el Instituto Médico “Sucre”, propietario de las revistas, y la Fundación Flavio Machicado Viscarra, responsable de la digitalización.

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

PUBLICACIÓN BIMENSUAL

DIRECCIÓN:

"Instituto Médico Sucre".—Sucre—Bolivia
Calle San Alberto Nº. 3

COMITÉ DE REDACCIÓN

Doctores *Ezequiel L. Osorio, Anastasio Paravicini, Manuel Gerardo Pareja y Claudio Roso*

SUMARIO

	Págs.
I.—TRACOMA.—Comunicación presentada a la Cuarta Conferencia Sudamericana de Higiene, Microbiología y Patología.—Por el Dr. Aniceto Solares.....	1
II.—Discurso pronunciado por el Dr. Ezequiel L. Osorio en la sesión de apertura del Primer Congreso Internacional de la Federación de la Prensa Médica Latina.....	18
III.—Proyecto de creación de una Oficina Internacional de la Prensa Médica Latina.—Por el Dr. E. L. Osorio.....	21
IV.—La Sociedad de las Naciones y el problema del opio y otros estupefacientes.—Por el Prof. M. Cuéllar.....	24
V.—La tuberculosis y el procedimiento Robertson-Lavalle.—Por el Dr. Ml. Gerardo Pareja.....	42
VI.—Veteado capilar cutáneo, síntoma de afecciones inflamatorias profundas.—Por el Dr. Anastasio Paravicini..	49
VII.—Fisiología patológica del bazo y diagnóstico de las esplenomegalias.—Por el Dr. Charles André.....	54
VIII.—Servicio sanitario nacional.—Por el Dr. Ezequiel L. Osorio.....	63
IX.—CRONICA.....	94

SUCRE—BOLIVIA

“INSTITUTO MÉDICO SUGRE”

MESA DIRECTIVA

Presidente Dr. Ezequiel L. Osorio.
Vicepresidente » Néstor F. Careaga.
Secretario » Claudio Roso.
Tesorero » Arcil Zamora.
Vocales: Drs. Anastasio Paravicini y Ar-
mando Solares A.

Comisión calificadora de nuevos socios

Drs. Pastor Reynolds, Ml. Gerardo Pareja y Clo-
vis Urioste Arana.

JEFES DE SECCION

1º.—BIBLIOTECA.—Dr. Claudio Roso; Dr. Jaime
Mendoza (adscrito).

2º.—MUSEO DE ANATOMIAS NORMAL Y PATOLOGICA.—
Dr. Wálter Villafani.

3º.—MUSEO DE HISTORIA NATURAL.—Dr. Arcil Za-
mora.

4º.—SECCION DE VACUNA ANTIVARIOLOSA.—Dr. Ar-
mando Solares Arroyo.

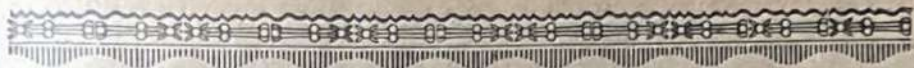
5º.—SECCION DE METEOROLOGIA.—Dr. Gregorio Mel-
dízábal.

6º. » » BACTERIOLOGIA Y SEROLOGIA.—Dr.
Clovis Urioste A.

7º.—SECCION DE QUIMICA BIOLOGICA Y TOXICOLOGIA
Dr. Néstor F. Careaga.

8º.—SECCION DE RADIOLOGIA Y TOXICOLOGIA.—Dr.
Anastasio Paravicini; Dr. Ml. Gerardo Pareja (adscrito).

9º.—SECCION DE TERAPEUTICA Y FISIOLOGIA EXPERI-
MENTALES.—Dr. Genaro Villa E.



Comunicación presentada

a la Cuarta Conferencia Sudamericana de
Higiene, Microbiología y Patología,
por el doctor Aniceto Solares,
Delegado del Gobierno de Bolivia.

TRACOMA

Consideraciones generales de etiología.—El tracoma en Bolivia. Origen de la enfermedad.—Datos estadísticos.—Caracteres generales del tracoma en Bolivia. Condiciones climáticas del país.—Análisis de los casos, y deducciones.—Profilaxia.

He sido el primero en señalar, desde el año 1913, la existencia del tracoma en Bolivia. Sin embargo, la afección, que seguramente existía ya mucho antes de aquella época, no fué reconocida. Mi primera observación data de abril de 1913.

Sin otra explicación que la falta de datos, se ha llegado a afirmar, aun en estos últimos años, que en Bolivia no existe el tracoma. Para referirme a una de las más modernas opiniones de oftalmólogos, citaré a Marín Amat, que en su libro «Tracoma y sus complicaciones» que data de

1913, escribe esta frase: «En Bolivia, según el Dr. Viaña, es desconocida la enfermedad», (pág. 37).

Curiosa coincidencia es la de que el mismo citado doctor Viaña, cuya opinión exhiben también los Dres. Herrera Vegas y Cranwel, en su libro «*Quistes hidatídicos*», asevere así mismo que los quistes a tenia equinococo no existen en Bolivia, conclusión que en lo referente a los de la órbita demostré ser errónea, al publicar en—«*Archives d' Ophtalmologie*» de París un trabajo fundado en observaciones personales en mi clientela, la primera de las que data del año 1914, aparte de que antes de esa época ya se observaron casos de hidátides de hígado y pulmón, por los profesores Nicolás Ortiz, Calderón Mendoza y Ezequiel L. Osorio.

Volviendo al asunto tracoma, a más de mis primeros casos constatados ya en 1913, a fines de 1916 y parte del 1917 la frecuencia de ellos aumentó en proporciones que se hicieron alarmantes en la ciudad de Sucre, donde se presentó realmente una epidemia escolar, acerca de la que en 1918 publiqué un breve trabajo en la misma revista francesa de oftalmología antes enunciada.

Para mantenerme dentro de los límites y objeto de los asuntos tratados en esta Conferencia, y para deducir conclusiones, he de indicar muy someramente los caracteres que conforme a mis observaciones personales ofrece en Bolivia la conjuntivitis granulosa, y he de tener en cuenta, para ciertas deducciones, las condiciones topográficas y climatéricas del país.

Encuentro inútil, por lo que concierne a los fines prácticos de profilaxia que persiguen los trabajos presentados a la Conferencia, disertar acerca de la etiología parasitaria de la afección. El

descubrimiento de von Prowazek y Halberstaedter, del «Chlamydozoon» o Clamidozoario, aunque aportando un dato nuevo al conocimiento de esa etiología, está lejos aún, según pienso, de haber despejado la incógnita, pues tal vez no ha hecho sino abrir la vía para nuevas orientaciones en la investigación etiológica parasitaria, que quizá en breve plazo resuelvan el problema. Basta para fundamentar esta afirmación lo demostrado por Heymann, Stargardt, etc., de haberse encontrado formas análogas a las descritas por v. Prowazek, en las blenorreas, habiendo llegado Ugo Lombroso a idénticas constataciones. Además, se sabe que en la vagina se han encontrado en las células epiteliales de la mucosa, las «inclusiones», los «corpúsculos» tenidos por específicos en el tracoma. Señalo muy especialmente este último hecho, ya que si hubiese similitud entre el presunto parásito del tracoma y las formas análogas encontradas en la vagina, habría motivo para preguntarse qué analogías hubiesen en el mecanismo del contagio de la conjuntivitis purulenta gonocócica del recién nacido y el tracoma, máxime si para muchos oculistas las granulaciones tracomatosas las adquieren los niños principalmente en el medio familiar, sobre todo de la madre y por lo común en temprana edad. Y también surgiría un nuevo problema por despejar: un posible origen genital de la infección tracomatosa. Para que se vea que estas suposiciones no tienen un fundamento ilógico, recordaré que los órganos genitales, origen y substrátum de los demás tejidos y órganos de la economía, son por lo mismo aptos para conservar y cultivar muchos microbios, parásitos y virus a germen desconocido aun: tal han podido obtener en las interesantes series de sus experimentos en el Instituto Pasteur de Túnez, los doctores Ch. Nicolle y Cuénod, cultivando en el testículo del conejo el virus tracomatoso, cuya ino-

culación ha sido positiva en la conjuntiva de conejos y monos.

Todos estos hechos, aunque abogan por la especificidad parasitaria del tracoma, no dilucidan la individualización del germen causal. Acaso si, hasta prueba más concluyente, haya que pensar, como Nicolle, P.—J. Petit y C. Charlin (de Chile), que hay que agregar uno más a la lista de los virus filtrantes.

Por otra parte, no haré sino recordar muy someramente los modos de propagación del tracoma. Se sabe, y ya desde mucho tiempo, que la secreción conjuntival del granuloso es esencialmente virulenta, y no cabe la menor duda de que los tracomatosos secretantes son notablemente más peligrosos en este concepto que los tracomatosos *secos*, llamaré así a los que no sufren de hipersecreción conjuntival, siendo ésta, las más veces obra de infecciones sobreañadidas (bacilos de Weeks, de Morax o *cocci* diversos). Bien pues, todos los objetos tocados por las manos del tracomatoso llevan en sí los gérmenes del contagio, y con mayor motivo si el enfermo es *secretante* conjuntival o lagrimal.

¡Cuán grande aparece, en efecto, el peligro de contagio que lleva el granuloso a donde va!—Ya serán los útiles de toilette, sobre todo toallas y pañuelos; ya el periódico que vende, o la moneda que maneja, de la que el billete de papel, cuando muy usado, más o menos húmedo, y conservado en medio de cierto calor en el bolsillo, constituirá un medio casi óptimo para conservar más que otros, la virulencia de muchas infecciones, y del tracoma entre otras. Ya será el sujeto que contamine los pasamanos y sitios de apoyo en los tranvías y otros medios de locomoción, etc.

No insistiré en la influencia que para la propagación del tracoma tienen las grandes aglomeraciones humanas, o la vida en común de varias per-

sonas. Desde antaño se sabe que en los cuarteles, presidios, orfelinatos, escuelas, reina el tracoma, y mayormente allá donde la aglomeración tiene los caracteres de hacinamiento, y donde la miseria añade sus notas dolorosas a las penurias cotidianas de la vida de los indigentes.

Está ya suficientemente demostrado que las moscas son agentes importantes de difusión, sobre todo en determinadas localidades en que la suciedad de las gentes y del medio ambiente y la temperatura facilitan la pululación de estos repugnantes insectos. Si fuera del organismo la virulencia se mantiene por lo menos 6 horas en los objetos contaminados, las moscas que han tocado esos objetos o que han estado en contacto con los ojos de granulosos conservan, según los experimentos demostrativos de Nicolle y Cuénod, ya hoy clásicos, por lo menos durante 24 horas su aptitud para llevar el contagio al hombre. «Este rol explica bien la intensidad de ciertos focos, la frecuencia del mal entre los indígenas (1), y la eclosión de casos a distancia.» (Nicolle y Cuénod).

Anotaré que el Dr. Orizombo Correa Netto (1918) indica la hipótesis de que los *piojos* serían los transmisores intermediarios del parásito inconocido del tracoma. Deduce esta idea de la propagación enorme de la pediculosis en los medios pobres y sucios, en donde también el tracoma tiene, como ya se sabe su *cuartel general*; más, no aporta prueba alguna para apoyar tal suposición.

El haberse dicho que el tracoma no existe en Bolivia, sólo es explicable o por la falta de datos al respecto, o por deducciones a priori intentando guiarse por analogías topográficas entre aquel país y Suiza. Ya se recordará que la Confederación

(1).—Se refiere a los indígenas de la región sud de Túnez.

Helvética es uno de los países más libres de tracoma. Es muy justificada la opinión de Axenfeld, de que el clima no confiere inmunidad (*Klinische Monatsbl. Augen.*—1915), por más que la respetable aseveración de Haab es constatando (1921) una vez más que la Suiza goza vis-a-vis del tracoma, de inmunidad que hace innecesaria toda medida profiláctica en las fronteras.

La exarcebación epidémica producida en Sucre (Bolivia) en 1916-17, predominando en el elemento escolar, y que requirió un examen sistemático en escuelas y liceos, permitió encontrar entre 2260 personas observadas, 86 tracomatosos evidentes y 218 sospechosos.

En cuanto al posible origen de la enfermedad, sería difícil establecerlo. La inmigración no es aún un factor importante de desarrollo de la población de Bolivia. Sobre los 185 tracomatosos que como veremos forman el total de mi estadística, figuran dos nativos de Siria, tres de Palestina y uno de Cerdeña. Tampoco puede hablarse de preponderancia por cuestión de raza, pues los enfermos que fueron a solicitar consulta se distribuyen entre blancos, mestizos e indígenas, bien que en estos últimos sea menor la cifra de los afectados. Sólo en los casos encontrados entre los escolares en 1916-17, por la calidad del elemento que asiste a los establecimientos de enseñanza predominaron los sujetos blancos y mestizos.

Pero seguramente la enfermedad ha sido importada al país y estoy de pleno acuerdo con lo que sostiene el Profesor Demaría, de la Universidad de Buenos Aires, de que el tracoma ha sido introducido por «la masa de inmigrantes europeos y y aún del oriente» venidos a América en busca de trabajo y bienestar (Comunicación presentada al Segundo Congreso Nacional de Ciencias Médicas de Sevilla).

Debo ya examinar los datos que suministran las estadísticas. La de mis enfermos de clínica privada y de hospital, me da las siguientes cifras, referentes a las distintas poblaciones de Bolivia donde he tenido oportunidad de atender enfermos oculares:

SUCRE (Departamento de Chuquisaca), entre 2116 enfermos de ojos, 74 tracomatosis evidentes y 5 dudosos.

« Durante la epidemia de 1916-17, entre 2260 escolares examinados sistemáticamente, 86 tracomatosis y 218 sospechosos.

LA PAZ, sobre 387 enfermos oculares, uno tracomatosis evidente y uno sospechoso.

ORURO, entre 808 enfermos de ojos, 7 casos.

COCHABAMBA, entre 1040 enfermos, 7 tracomatosis y 1 sospechoso.

POTOSÍ, con las localidades de Uncía, Llallagua y Cotagaita, sobre 974 enfermos, 10 de tracoma y 1 sospechoso.

En suma, sobre la totalidad de los enfermos de mi estadística propia, que a la fecha es sólo de 5325, hay 99 casos de tracoma, lo que da la proporción de 1 por 53,25 aproximadamente, sin contar los sospechosos. Si añadimos a estos números los individuos examinados con ocasión de la epidemia de 1916-17 y los enfermos y sospechosos, tendremos en gran total lo siguiente:

Entre 7,585 personas examinadas de los ojos por causas diversas, 185 casos evidentes de tracoma, y 226 sospechosos.

Lo que en total da, para el tracoma en Bolivia, una proporción aproximada de 2,45 %.

Prolongaría demasiado este trabajo comentar las diferentes estadísticas publicadas en países extranjeros. Sólo he de anotar unas cuantas, para establecer comparaciones con la mía, que es la única existente en Bolivia.

El estudio realizado por el Prof. Demaría,

pertinente a la República Argentina, demuestra que en la clínica del extinto Profesor Lagleyze, entre los años de 1886 y 1909, entre los diversos enfermos oculares el término medio de tracomatosos era de 10, 3 % y en el Instituto Oftalmológico de Santa Lucía, las cifras eran de 10 a 20 % según Wernicke. Actualmente, en la Clínica de la Facultad a cargo del doctor Demaría, la cifra es de sólo 4 %, en el Hospital Ramos Mejía de 1, 4 % y en el de niños de 2,29 %.

Si en las provincias de Entre-Ríos y Corrientes la proporción no es grande, ya que las cifras sólo señalan el 2 y 1, 5 %, en cambio en las de Tucumán y Salta los porcentajes son más elevados, dando del 34 al 16,5 % en la primera ciudad, y hasta un 70 % en el Consultorio oftalmológico del Hospital Santillán, el año 1924, lo que denota un incremento notable, ya que las primeras cifras de Demaría son de 1910.

Por contraste, el Dr. R. Pacheco Luna indica que en Guatemala el tracoma ofrece un aspecto particularmente benigno, y no parece contagioso (?).

En Portugal, el Dr. Mario Moutinho revela que en las clínicas de Lisboa los tracomatosos dan el 4, 7 % en tanto que en las poblaciones alejadas de la costa sólo se cuenta el 1, 5 %.

Es de notar cómo en Prusia, donde en el ejército se contaban de 1881 a 1884, 3, 7 tracomatosos por 1,000 hombres (o sea 0,37 %), hasta 1911-12 la disminución fué a 0,17 por mil, o sea proporcionalmente de 95, 4 %. En el mismo período de tiempo, la disminución en la población civil dió el 86, 2 %.

En cuanto a cegueras producidas por el tracoma, indico las siguientes cifras:

En Egipto, según Mac Callan, el 60 % de ciegos son por la granulosa.

En España, según Hirschberg, el 9, 1 %.

En Rusia, según Golovine, el 21 %.

En Holanda, según Smidt, había 44 ciegos y 144 semiciegos entre 1,444 cegueras de causa diversa.

En Francia, para Trousseau y Truc, sobre 7.027 cegueras hay 90 producidas por la conjuntivitis granulosa.

En suma, la comparación con estadísticas extranjeras indica que la conjuntivitis granulosa está aún poco difundida en Bolivia. Pero he de insistir algo acerca de las condiciones del país en lo referente a topografía y climatología.

Se puede considerar el país dividido en tres zonas: a) Altiplanicie y cordillera alta; b) Valles o cuencas de la cordillera; c) Llanuras bajas.

La altiplanicie y la cordillera alta, si bien son diferentes en su configuración, en cambio son análogas en sus condiciones climáticas: constituyen la región intensamente fría en invierno y muy templada en verano. Atmósfera muy seca en invierno, muy electrizada en primavera y verano, que son las estaciones lluviosas, y cielo sumamente límpido y luminoso, sobre todo en invierno, en que también suele haber vientos fuertes. En la alta cordillera está Potosí, a 4040 metros sobre el nivel del mar; en la altiplanicie se hallan Oruro y La Paz, la primera de estas ciudades a cerca de 3,713 mts. y la segunda a de 3,660.

En las regiones de los valles y cuencas de la cordillera, el aire es o muy seco (Sucre), o medianamente húmedo (Cochabamba). La atmósfera es asimismo límpida, particularmente en la estación fría, muy ozonizada en la de las lluvias por las frecuentes tempestades eléctricas, y las temperaturas, que no ofrecen oscilaciones extremas, son sumamente suaves en invierno y moderadamente calurosas en verano. La capital, Sucre, se halla a

2,844 mts. y la ciudad de Cochabamba a 2,575 mts. Su ubicación en la zona intertropical explica que en esas considerables alturas el clima sea tan templado en toda estación.

Las llanuras bajas se extienden al noreste, oriente y sudeste de la república. Son muy extensas, muy boscosas y húmedas y recorridas por grandes y numerosos ríos que bajando de la meseta alta y la cordillera, van a verter sus aguas en los grandes estuarios del Amazonas y el Plata. No he permanecido en ninguna región de las llanuras mencionadas, pero creo probable que haya más casos de tracoma, ya que se sabe en general que los climas cálidos y húmedos son más favorables para la propagación de la enfermedad aludida.

Las moscas existen en todas partes, aun en las ciudades altas. Durante el verano de 1925 he constatado aún en barrios céntricos de la ciudad de Potosí una cantidad enorme de esos insectos. Naturalmente que éstos abundan mayormente en las poblaciones de clima cálido. En las zonas templadas hay paludismo, como en las regiones cálidas, y en estas últimas también se encuentra no pocos casos de lepra perfectamente identificada; en sujetos examinados bacteriológicamente, he encontrado el bacilo de Hansen.

Finalmente, hay que tener en cuenta que como en todo país de altura, la atmósfera tan nítida y luminosa es plena de rayos de corta longitud de ondas.

Para fundamentar algunas deducciones, he de indicar las principales características del tracoma en Bolivia.

En lo general, las granulaciones son discretas, y sobre todo de dimensiones medianas o pe-

queñas. Excepcionales son los casos en que ellas llegan a ser gruesas o muy confluentes. Estos caracteres todavía fueron más notorios en los casos observados durante la epidemia de 1916-17, en que el desarrollo tan incipiente de las neoformaciones tracomatosas fué el hecho más interesante en este orden.

Es asimismo de notar la rareza relativa de complicaciones. En el total de mis observaciones sólo puedo mencionar lo que sigue:

Leucoma sólo	2 casos (1 palestino)
Entropión sólo	1 caso
Pannus	2 casos (1 sirio y 1 palestino)
Leve infiltración querática	1 caso
Ulceración de la córnea	1 «
Leucoma, entropión y triquiasis	2 casos
Leucoma, pannus y lesiones cicatriciales	1 caso (palestino)
Entropión y triquiasis	1 «
Leucomas, cicatrices y astigmatismo	1 « (italiano)
Leucomas, pannus y entropión	1 «

Como se ve, de los 13 casos con complicación 5 son extranjeros. También indicaré que en otro sujeto extranjero (un sirio), había secreción conjuntival. No es de extrañarse que éstos, cinco asiáticos y un italiano, sean los más afectados. Son sujetos de malas condiciones económicas, faltos de hábitos de higiene, y que en fin pertenecen a países muy contaminados por el tracoma; descontados éstos sólo quedan 7 casos complicados, sobre el total de 179 nativos restantes tracomatosos.

Este análisis de datos estadísticos permite deducir una primera constatación: que la frecuen-

cia del tracoma en Bolivia no es grande. Un segundo hecho, es el de que las complicaciones son raras. Y una tercera afirmación, que explica la rareza de las complicaciones es sin duda la moderada intensidad de la afección, o si se quiere la atenuada virulencia del tracoma.

Mi idea es que esa atenuación no se debe a condiciones de raza ni de relativa inmunidad atribuible al factor *terreno*. Para mi entender, es la altura y son las condiciones climatéricas las que atenúan la virulencia del tracoma. Es seguro que los extranjeros que presentan lesiones más intensas, llegaron al país ya enfermos, y descuidaron el tratamiento, ingresando ya con un tracoma *florido* o ya con lesiones cicatriciales. Sequedad del aire, tensión eléctrica y alta ozonización, atmósfera poco cargada de polvo, intensa luminosidad del ambiente donde abundan los rayos de ondas de corta longitud, el no haber los intensos calores que en otros países, son sin duda un conjunto de circunstancias que hacen que la mayoría de las enfermedades infecciosas pierdan mucho de su virulencia. Este es un fenómeno que tiene ciertos caracteres de generalidad. La gripe, la tifoidea, los paratífus, la exantemática, la tuberculosis, el sarampión, etc. han decrecido en virulencia en las poblaciones del altiplano y la sierra.

PROFILAXIA

El profesional que tiene la plena conciencia de sus deberes, ha de estar imbuído de la idea de que lo primero que se impone como medida profiláctica, es el tratamiento de los enfermos. *Todo tracomatoso es un peligro*. Lo es aún mayor si su conjuntiva segrega, o si sufre también de lagrimeo. Todas estas secreciones son vectoras del virus.

En el tratamiento del tracomatoso, el primer

deber de profilaxia es *secar la secreción*. El segundo, curar al sujeto. Y el tercero, no dejar de vigilarle. Quizá si aun después de desaparecidas las granulaciones de la conjuntiva, no llegue a desaparecer el peligro de contaminación, ya que parece que en ciertos casos la mucosa del saco lagrimal, imposible de alcanzar por los medios de exploración usuales, pueda ser asiento de algunas granulaciones. En caso tal, se infiere pues el peligro que con sigilo llevara el tracomatoso *curado*, cual el diftérico o tífico curados y sin embargo vectores *porteurs*, según la expresión francesa, de gérmenes.

No debo insistir mucho acerca de las medidas ya universalmente adoptadas para la lucha antitracomatosa. Sólo las indicaré brevemente:

I.—Educación higiénica del individuo, en la escuela y mediante conferencias populares, enseñando prácticas higiénicas.—Indicación de los peligros del tracoma, y manera de evitarlo.

II.—Combatir el hacinamiento. Luchar contra la miseria y la suciedad. Resolver el problema de la vivienda limpia y aireada para el obrero y el indigente.

III.—Inspecciones sistemáticas y periódicas de escuelas, orfelinatos, cuarteles, presidios, asilos, etc.

IV.—No aceptar, a semejanza de los Estados Unidos de N. A., inmigrantes, si no previo examen ocular, rechazando los enfermos, mejor que obligándolos a someterse a tratamiento.

V.—En los países muy infectados: creación de hospitales especiales para atender a los granulados; creación de dispensarios para el mismo fin, y de brigadas móviles para atender los centros más alejados. En el Annam, se hace en las escuelas el tratamiento de muchos niños tracomatosos, lo que tiene la ventaja de hacer efectivo el tratamiento obligatorio.

VI.—Difundir entre los médicos las nociones diagnósticas y terapéuticas más útiles. Sólo así se podrá encarar con probabilidades de éxito la posibilidad de la declaración y tratamiento obligatorios.

VII.—Guerra sin tregua a las moscas. Puede recomendarse el uso de la preparación que indica Gabrielidès de Constantinopla), consistente en el uso de aceite crótonizado y azucarado, que atrae las moscas y las mata rápidamente.

VIII.—Para el enfermo:—Enseñarle que *sólo él* debe usar sus pañuelos, toallas, lavador y ropa de cama.—Que debe jabonar frecuentemente sus manos, sobre todo después que haya tocado los ojos.—Hacerle comprender que debe ser perseverante para curarse.—Será conveniente hacerle sus recetas en hojas de papel que al reverso tengan impresas algunas instrucciones de profilaxia para que el paciente las observe.

Nunca se habrá dicho demasiado que lo principal en materia de profilaxia es extinguir las fuentes de propagación del tracoma, y ello sobre todo tratando debidamente los afectados. Luego vienen las medidas defensivas contra la diseminación del virus. Pero aun hay un asunto de la mayor importancia, aun no resuelto definitivamente: es el conocimiento exacto del germen de la enfermedad de que me ocupo. Cuando se le haya llegado a conocer, a identificar bien, se habrá dado un gran paso para la precautelación del tracoma. Verdad que, como para la rabia, será tal vez posible llegar a obtener una vacuna o suero inmunizante, y ya se diseñan las tentativas en este orden: Demaría y Mazza en Buenos Aires, T. Kleczhowski y K. Karelus en Cracovia.

En Francia, desde hace ya varios años, la lucha antitracomatosa siguióse de buenos resultados. Más, la gran guerra, al obligar a recurrir a jornaleros extranjeros, principalmente asiáticos

originó una recrudesencia de importancia, sobre todo en Marsella y en el ejército. Con tal ocasión, lanzó la voz de alarma en Marsella el profesor Aubaret. Mi maestro de Lapersonne, fué designado por la Academia de Medicina, juntamente con los doctores Kermorgant y Jeanselme, para informar al Ministerio de Higiene, acerca del asunto *declaración obligatoria del tracoma*.

Después de demostrar una vez más la contagiosidad, y de pasar en revista los conocimientos de etiología parasitaria y los últimos trabajos experimentales, los enunciados autores se ocupan de los medios de diseminación, remarcando el hecho que señalé años atrás, de que las grandes alturas no ponen al abrigo de la conjuntivitis granulosa. (Archives d' Ophtalmologie, Paris, décembre 1920).

Luego de indicar la necesidad de tomar precauciones con los inmigrantes, de vigilar las fronteras y puertos, todo ello para impedir el arribo de tracomatosos, se indica en el referido informe la urgencia de las inspecciones sanitarias en los grandes centros industriales, así como en las escuelas, con creación, en su caso, de clases aisladas para tracomatosos. En fin, han señalado los miembros de aquella Comisión la necesidad de efectuar la lucha antitracomatosa en las Colonias y países de protectorado. Como complemento, pidieron la declaración obligatoria, terminando un artículo del Profesor de Lapersonne con las siguientes palabras: «Bajo reserva de las observaciones que preceden, la Comisión opina que, a fin de luchar de una manera más eficaz contra una afección que debe desaparecer gracias a los progresos de la higiene social, se inscriba la conjuntivitis granulosa en la lista de enfermedades contagiosas cuya declaración debe ser obligatoria».

Por lo que toca a nuestros países de América, la conveniencia de la declaración obligatoria del tracoma creo que no debería discutirse. Lo

que se deberá estudiar es la posibilidad de que tal declaración sea efectiva y se la realice de manera que pueda surtir sus efectos en pro de la profilaxia. De otro modo se caería en el ridículo de tantas disposiciones legisladas que se quedan escritas, mostrándonos con un snobismo perjudicial a la seriedad científica. Propondría que complementando el trabajo de la presente Conferencia, se señale para la próxima como uno de los temas de estudio el de la posibilidad y medios de hacer efectiva y provechosa la declaración obligatoria. Con ella vendrá también el resolver que el tratamiento sea igualmente obligatorio.

Para los países contaminados, la declaración obligatoria será una medida que acabe por librarlos de la temible dolencia. Para los poco infectados, este desiderátum será más rápido y más completo.

Creo que así como en Francia y en algunos otros países se ha creado una Liga Antitracomatosa, esa organización debería universalizarse, poniéndola bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones, o por lo menos procurar la organización de una Liga Panamericana auspiciada por los Gobiernos y cuyas decisiones tendrían éstos el deber de aceptar haciéndolas ley del Estado.

Finalmente, sería de interés proponer la creación de algunos Institutos, o por lo menos de uno central, para dedicarse exclusivamente a investigaciones de etiología parasitaria y vacunoterapia o sueroterapia. Acaso, por las condiciones predominantes en la mayoría de granulosos, no llegue a verse que en la patogenia del tracoma hay una influencia de carencia, como en las avitaminosis.

Conclusiones.

1.—La profilaxia antitracomatosa debe tener como base el concepto de contagiosidad de la afec-

ción. Las manos del enfermo, los objetos que ellas tocan o que se ponen en contacto con sus ojos, así como las moscas, son los vectores del contagio!

2.—El tratamiento es un medio importante de profilaxia. Lo son también las inspecciones sistemáticas de los establecimientos, centros e instituciones en que se aglomeran numerosas personas, sobre todo si hay condiciones defectuosas de higiene.

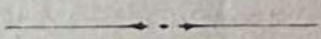
3.—La inmigración debe ser cuidadosamente reglamentada y vigilada.

4.—La educación higiénica del individuo, así como el conocimiento, por parte del tracomatoso, de los peligros de la enfermedad y de las medidas de precautelación, son asimismo de importancia.

5.—En principio, debe aceptarse la declaración obligatoria. Se estudiará la manera de hacerla efectiva, y eficaz en sus resultados. Subsidiariamente, se resolverá hacer obligatorio también el tratamiento.

6.—Los poderes públicos deben contribuir directamente a que se inicie y continúe la campaña antitracomatosa.

Buenos Aires, julio de 1926.



Primer Congreso Internacional de la Federación
de la Prensa Médica Latina,
reunido en París, en abril de 1927.

*Representación de la prensa
médica de la República de Bo-
livia.*

Discours prononcé par
Mr. E. L. Osorio dans la
séance d'ouverture du
Congrès de la P. M. L.

Délégué par le Gouvernement de mon pays, j'ai le grand honneur de le représenter dans cette Assemblée, dont la réunion constitue un progrès nouveau vers le noble idéal de la solidarité latine, uniquement réalisable par l'unification des aspirations et des activités des différents peuples de notre race; elle figure, en outre, un jalon de plus sur la voie du progrès du journalisme médical.

Je sens flotter dans cette atmosphère un esprit de fraternité et de concorde, propice à toutes les initiatives. C'est le même esprit qui anima le sentiment et la pensée du peuple hellène berceau de la civilisation actuelle; le même qui inspira plus tard les sciences et les arts incomparables des peuples latins de l'Europe, pour aller, enfin, traversant l'Atlantique, former la mentalité des

jeunes nations ibéro-américaines, avides de puiser dans les sources de culture que leur offre le Vieux Continent.

Le génie gréco-latin! Ce fut lui le précurseur et le créateur du progrès contemporain; c'est à lui qu'on doit le raffinement intellectuel des peuples qui descendent de cette souche, héritiers de ses glorieuses traditions. Et c'est lui, par dessus tout, qui servira toujours d'appui et de soutien à tout labeur intellectuel.

Le génie gréco-latin! Oui, parce que c'est l'influence de cette légendaire patrie péninsulaire, dont les rochers plongent dans la mer. Egée et dont l'Olympe couronne les cimes, qui est inséparable de celle de l'autre péninsule qui fut jadis la maîtresse du monde, et où se trouve le moule originaire des langues que nous parlons.

Les destinées de l'humanité réclament une tâche essentielle, celle du perfectionnement de la culture qui s'est imposée dès son avènement, la pensée latine. Les journalistes médicaux, actifs propagandistes de la diffusion des idées et doctrines de leur sphère scientifique, en se réunissant dans cette assemblée significative, apportent aussi la contribution de leurs forces vives et de leurs actives énergies à cette évolution continuelle, qui portera utilement ses fruits pour l'avenir. La solidarité latine dans le travail n'est pas, en effet, synonyme d'égoïsme. Elle est la première à reconnaître que la science n'a pas de frontières. Mais elle comprend aussi que, pour arriver au concert universel de toutes les nations et de toutes les races, il faut commencer d'abord par établir l'harmonie de celles qui ont des origines communes, en imitant ainsi la Nature même, qui a édifié l'échelle zoologique et botanique sur la base d'une organisation parfaite des espèces, des genres et des familles.

Dans cette voie, qui va de la simplicité vers la complexité, tout effort réalisé est toujours louable.

L'effort qui a été effectué pour organiser ce Congrès, je viens de le dire, est un pas vers la solidarité latine. Souhaitons que ce pas soit suivi de plusieurs autres et que la solidarité latine devienne à la fin la fraternité humaine: voilà les vœux que je crois voir naître dans tous nos coeurs au moment où nous inaugurons cette première Réunion de la Presse Médicale Latine.

Messieurs les délégués: En finissant, je me fais un devoir de vous inviter à rendre le chaleureux hommage de nos applaudissements au Comité organisateur du Congrès, pour l'éclatant succès qu'il a obtenu.



Del doctor E. L. Osorio.

Proyecto de creación de una Oficina Internacional de la Prensa Médica Latina (1)

(Traducción del francés para la «Re-
vista del Instituto Médico Sucre»).

La raza latina, ha probado al mundo; con la evidencia de los hechos cumplidos, que cuanto se habrá afirmado hasta nuestros días con respecto a la lijereza de su espíritu, es infinitamente contestable. En estos alegatos de la tradición y de la rutina se ha comparado la rapidez y el fulgor deslumbrante de las concepciones espirituales de la raza, a la duración de un relámpago, sin comprender la penetración y difusión de la luz que ese relámpago despide y que es la esencia verdadera. Es justamente en esta primera reunión de la Prensa Médica Latina que voy a tener el honor de contribuir a demostrar que la solidez, la fijeza, la permanencia de las instituciones creadas por el genio latino pueden rivalizar y así mismo sobrepasar la legendaria perennidad de las instituciones anglo-sajonas, miradas como patrimonio exclusivo de las naciones del Norte.

Las relaciones de la Prensa Médica Latina tienen necesidad de ser más íntimas y más estrechas. La aproximación de aquellas que la representan en nombre de sus diferentes países, en es-

(1)—Comunicación leída en la primera sesión del Congreso de la Prensa Médica Latina.—París, 1927.

ta Asamblea, ha comenzado la realización de este voto; las asambleas ulteriores seguirán marcando, cada vez más adelante, la vía de la solidaridad del pensamiento latino que nos conducirá a la realización, por nuestra parte, de la gran obra de fraternidad a la cual aspiramos todos.

En este orden de ideas, creo que es en el seno de esta reunión, que seguirá verificándose periódicamente en las otras capitales latinas, que se debe resolver la cuestión de la estabilidad de la sede de su comité directivo, pues no es únicamente por el sistema de las reuniones periódicas, que se podrá mantener constantemente vivo el sentimiento del cual acabo de hablar, el de la solidaridad de raza y del aproximamiento interrumpido entre los colegas escritores y diaristas de las lenguas latinas. La creación de una Oficina Internacional de la Prensa Médica Latina, en la cual estuvieran centralizadas todas las actividades, donde convergieran los más lejanos ecos de la vida profesional, y de donde irradiaran las ideas directrices de unificación y de intensificación de esfuerzos para el más grande éxito de la obra en proyecto, debe ser considerada como una necesidad del momento actual.

Las interesantes y notables relaciones, comunicaciones y conferencias que han sido presentadas a esta reunión, concernientes a la historia de la Prensa Médica, a la unificación de la terminología, de la clasificación y de la bibliografía en la literatura médica, a la propiedad literaria y a la prensa médica, el papel que ésta debe jugar en la preparación, la organización y confección de las memorias de los congresos médicos, y de otras todavía, demuestran el estrechamiento de los lazos que unen ya el diarismo médico de los países latinos. No nos falta más que encontrar el medio de ensamblar de una manera permanente estas acti-

vidades dispersas; además, la creación del Hogar o Casa de la Prensa Médica Latina respondería a esos desiderata. Allí se reunirían, metódicamente clasificadas, todas las publicaciones profesionales de todos los países y más especial y minuciosamente las de los países latinos; allí se tendría una bella biblioteca enriquecida por todos los buenos libros publicados en Francia, en Italia, en España, en la América Latina, en Portugal, en Bélgica, en Rumania, en Suiza, en Grecia.

Allí se mantendría la publicación de una Revista de las Revistas Médicas Latinas, cuya lectura bastaría a todos los médicos latinos, para ponerlos al corriente de cuanto les interese especialmente, desde el punto de vista de los progresos o de los descubrimientos hechos en los países de la misma raza.

La O. I. M. L. se convertirá, además, en un centro de información concerniente a todo lo que es de orden médico o paramédico: asistencia pública, higiene, salud, hospitales, laboratorios, clínicas, médicos, farmacéuticos, especialistas, etc...; de tal manera que todo colega pueda, en pocos instantes, informarse sobre los servicios profesionales organizados en cada país.

¿Cuál sería la sede de esta Oficina, de esta Casa de la Prensa Médica Latina? Creo yo que no podrá ser otra que París, la capital incontestable del mundo latino.

¿Los recursos? Se podría obtenerlos por donaciones privadas, suscripciones oficiales de los gobiernos, de las asociaciones médicas, de las revistas y publicaciones del mismo género y, en fin, por las de los colegas latinos que así tendrían un abono a la Revista publicada por la Oficina.

La sociedad de las naciones y el problema del opio y otros estupefacientes (1)

Por el Profesor GUÉLLAR

Es-Decano de la Facultad de Medicina de Sucre (Bolivia), Delegado de la Comisión consultiva del tráfico del opio, de la Sociedad de las Naciones, Miembro del Comité de Honor de la UMFIA.

(Traducida del francés por el Dr. F. V. Caballero).

Señoras, Señores:

En el curso de una comida en casa de mi excelente amigo el Dr. Dartigues, presidente de la UMFIA, a la que se encontraba igualmente invitado el profesor Roger que había llegado a París con objeto de asegurar ciertas colaboraciones para las jornadas médicas de Marsella que debían tener lugar en el mes de abril de este año, la conversación giró, naturalmente, sobre este asunto. El señor Dartigues, con su habitual entusiasmo para el desarrollo de las relaciones médicas, insistió ante mí para que prestara mi colaboración como repre-

(1).—Conferencia dada en Marsella, con ocasión de las Jornadas Médicas, en la asamblea plenaria de la UMFIA. (Abril de 1927).

sentante de la UMFIA a esta simpática manifestación de la gran ciudad focense. Me dijo también que en mi calidad de delegado de Bolivia a la Comisión consultiva del tráfico de opio de la Sociedad de las Naciones, podría yo dar una conferencia sobre este asunto que es poco conocido, aún del público médico; pensaba, igualmente, que los médicos de Marsella verían con placer la presencia entre ellos de un colega sudamericano que tomase parte en sus trabajos.

El Profesor Roger acogió con entusiasmo la idea, prometiendo hablar de ella al comité organizador.

Pocos días después recibía yo la invitación oficial del comité, seguida de la visita del profesor Beltrami, en que me rogaba tomar parte con una conferencia en las jornadas médicas de Marsella.

A pesar de mi insuficiencia, he aceptado esta cortés invitación, tanto para responder al deseo del presidente de la UMFIA, al que nada se puede negar, cuanto demostrar mi simpatía hacia nuestros colegas marselleses.

El tema elegido para mi conferencia merecía ser tratado por una persona más calificada que yo. Pero al menos que mi buena voluntad me sirva de excusa para disimular las lagunas que encontraréis en esta «causerie», y, contando sobre todo con vuestra cordial acogida, paso a exponer mi tema.

Me propongo, después de una corta reseña histórica, exponeros en algunas palabras la situación actual del problema del opio y de otros estupefacientes ante la Sociedad de las Naciones.

Hacia fines del último siglo, hombres de corazón generoso y que conocían los estragos que hacía el opio en el Extremo Oriente, y particularmente en China, emprendieron una campaña para ilustrar a la opinión pública sobre este asunto; pero

no es sino a partir de 1906 que ella comienza a tomar un carácter internacional. Algunas potencias reconocieron que para que China pudiera desembarasarse de la calamidad que la afligía desde hacía tanto tiempo era indispensable asegurarle el apoyo de otros países.

Para facilitar su tarea, las misiones de China, así como otras organizaciones propusieron al gobierno de los Estados Unidos de Norte América tomar la iniciativa de una conferencia de los gobiernos interesados en el comercio del opio. El presidente Roosevelt entró en comunicaciones con las potencias interesadas y convocó a Shanghai, en 1909, a una conferencia internacional del opio, a la que varios países se hicieron representar. Dicha conferencia trazó el plan general de la lucha contra el abuso del opio y adoptó igualmente las medidas precisas para ayudar a la China en sus esfuerzos.

Esta reunión tuvo la ventaja de interesar la opinión pública internacional hacia el problema del abuso del opio, considerándolo como un flagelo y como una vergüenza para los países que autorizaban su consumo abusivo, así como para aquellos que fabricaban cantidades excesivas de alcaloides para usos ilícitos.

El voto expresado por la conferencia no comprometía formalmente a los gobiernos, pero debía servir de base a la primera convención internacional del opio. En efecto, en 1912, el gobierno de los Estados Unidos de Norte América propuso reunir una conferencia con el fin de fijar los términos de una convención del opio. Esta conferencia fué convocada a La Haya y elaboró la Convención internacional de 1912 a la que concurrieron 27 estados que se comprometieron con su firma.

En 1913, tuvo lugar una segunda conferencia

en la misma ciudad; pero por diferentes razones un cierto número de países rehusaron su ratificación. Sin embargo, la conferencia adoptó la resolución de invitarlos a ratificarla y decidió que en el caso de que el aviso de ratificación no hubiese sido recibido hasta el 31 de diciembre de 1913, las potencias signatarias serían insinuadas para designar sus representantes para estudiar la posibilidad de ponerla en vigor. Pero la falta de una reglamentación satisfactoria de la cuestión, hizo que el Gobierno de los Países Bajos convocara a la tercera conferencia internacional en junio de 1914 y el resultado obtenido fué más feliz puesto que once estados ratificaron la convención y otros siete se mostraron dispuestos a hacer lo mismo. Se decidió, en consecuencia, ponerla en vigencia, a pesar de que no fué ratificada por todos los Estados signatarios. Fué abierto para el efecto un protocolo en La Haya: las potencias que firmaban dicho documento, se comprometían a poner en vigor la convención.

La guerra de 1914 estalló antes que muchos países hubiesen ratificado la convención, y las hostilidades paralizaron toda actividad en el asunto, y, no obstante de reiterados esfuerzos, ningún resultado práctico pudo obtenerse.

Después de la guerra la situación había empeorado: en algunos países occidentales se pudo fijar en un 2 % de la población total el número de víctimas de las diversas drogas, y en el Extremo Oriente esta proporción se elevaba al 5 %. En algunas prisiones, se evaluaba en el 60 % del efectivo total de los detenidos el número de aquellos que se habían entregado al opio y otros estupefacientes.

Hasta ese momento la cuestión de las toxicomanías era mirada con indiferencia por la mayoría de los gobiernos que no habían escuchado

el grito de alarma lanzado por los médicos de todos los países; pero comprendieron al fin la gravedad del peligro que se cernía sobre el mundo.

Encontrándome rodeado de un público profesional, no me detendré en describir los síntomas y las perturbaciones psíquicas y morales que sienten los toxicómanos, y los efectos deplorables que producen las toxicomanías tanto sobre el individuo como sobre la raza. En efecto, el abuso del opio bajo sus diversas formas y de todas las otras drogas perjudiciales, tales como la cocaína, el *haschich*, etc., cuyo uso tiende a generalizarse más y más en el mundo, y particularmente en algunos países occidentales, está a punto de convertirse en una plaga universal. La *coca*, de que tanto se ha hablado en estos últimos tiempos, se generaliza en Francia de una manera alarmante, sobre todo en ciertas capas sociales.

Las personas entregadas a los estupefacientes, cualquiera que sea la sustancia empleada, a parte de la acción particular a cada una, presentan caracteres comunes a todas. La satisfacción y la euforia producidas por la absorción del tóxico, la depresión consecutiva, el hábito, la necesidad de aumentar progresivamente las dosis, y, cuando la necesidad se hace sentir, la impulsión imperiosa e irresistible a obtenerla por cualesquier medio, sacrificando para esto, si fuese preciso, la dignidad, la conciencia, y hasta el honor: tales son los rasgos generales que caracterizan al toxicómano. Vive sólo para satisfacer su vicio; fuera de éste, nada le interesa. Cuando el enfermo está bajo la acción de su droga favorita, todavía se interesa por la vida y con frecuencia su inteligencia se despierta con lucidez, para caer en seguida en el marasmo.

Naturalmente la acción varía con cada droga. Así, la de la morfina, a parte de sus efectos físicos

conocidos de todos los médicos, sería, bajo el punto de vista moral, más deprimente, convirtiendo a los enfermos en kleptómanos, falsarios, delinquentes, en fin, pero poco inclinados a los grandes crímenes. La cocaína, al contrario, haría a los mismos más impulsivos, agresivos y con frecuencia criminales. Pasa lo mismo con los otros estupefacientes, que producen todos ellos la degeneración completa del individuo, que se convierte en una carga y al mismo tiempo que un peligro para la sociedad que lo alberga. Y el mal no concluye allí: a parte de las taras de degeneración tanto físicas, como psíquicas, sus descendientes serán toxicófilos, es decir, que tendrán un terreno preparado extraordinariamente para adoptar los vicios de sus progenitores. Está perfectamente demostrado que la tendencia al vicio es hereditaria, y, como dice Legrand en su obra *LOS GRANDES NARCÓTICOS SOCIALES*, «La China va al opio con una espontaneidad natural, irrazonada, como la Francia se inclina por el vino y la Germania por la cerveza», y nosotros podríamos agregar, como los niños de los toxicómanos irán tarde o temprano al tóxico que había envenenado a sus padres.

En suma, el toxicómano es un ser que, a causa de su vicio, se ha vuelto un enfermo que produce mal, poco, o nada y que constituye, en consecuencia, una carga para la sociedad; sus trastornos psíquicos y morales que lo empujan al delito o al crimen, constituyen un peligro social, y la degeneración de sus descendientes, un peligro para la Humanidad.

Desde la aplicación de la ley seca en Estados Unidos de Norte América se había notado la recrudescencia de las toxicomanías en este país, y, a pesar de las leyes severas que han sido promulgadas para reprimir el mal, este gran país no ha podido todavía suprimir este abuso. En el últi-

mo informe extremadamente interesante, por el año civil corrido del 1° de julio de 1925 al 30 de junio de 1926, que el Gobierno yanki ha transmitido a la Comisión consultiva, se encuentran las cifras siguientes, sobre infracciones a las leyes:

Número de infracciones de importancia mínima.....	10.342
Asuntos importantes juzgados por los Tribunales.....	5.324
Asuntos que concluyeron en condenación	5.120
« seguidos de absolución.....	204
Porcentaje de las condenaciones	96.2%
(El conjunto de las condenaciones representa una duración de 6797 años, 11 meses y 19 días).	

Número de asuntos que han concluido por multas..... 2.019
 Cifra total de las multas... 374,677 dólares.
 Los embargos de drogas en el año transcurrido han sido):

Opio	449 libras
Morfina.....	673 onzas
Heroína.....	46 —
Cocaína.....	163 —

Calculando en un décimo la proporción que representan los embargos sobre el conjunto del contrabando (porcentaje que la comisión ha encontrado aproximado), se puede estimar en 4490 libras de opio, 6730 onzas de morfina, 460 onzas de heroína y 1630 onzas de cocaína la cantidad de estupefacientes que, escapando a todo control, ha pasado para el uso de personas entregadas al vicio.

He tomado como ejemplo los EE. UU. de N. América, porque, según mi opinión, es el país que

tiene la legislación más completa sobre el asunto y la aplica con la más grande severidad.

Entre las enseñanzas obtenidas por la comisión consultiva sobre la Rusia, se encuentra los resultados siguientes que no puedo resistir a la tentación de citarlos textualmente: «La indagación que acaba de concluirse sobre las instituciones para niños, en Moscou, revelan la existencia de una cantidad muy elevada de cocainómanos y de alcohólicos entre los niños sin hogar. Cómo viven estos niños? Mendigando, cantando en los tranvías, pero su principal ocupación es el robo. Se encuentra entre ellos hasta asesinos. «Cuando se ha aspirado (1) no se sienten los golpes». «Aspiro siempre antes de ir al trabajo, para tener fortaleza» Tales son las finalidades que persiguen.

Según su propia confesión, los niños toman de 3 a 5 grms. de cocaína por día. Qué suma les es necesaria para satisfacer este vicio? Un gramo de cocaína vale 5 rublos en los «*bouges*» y, para las Pascuas, se eleva a 7 y 8 rublos.

Un niño vicioso debe disponer pues de 15 a 25 rublos diarios para la cocaína. No obstante de ser una gruesa suma, los niños se la procuran. Por qué medios? Por el robo. Los jóvenes cocainómanos son cuidados en un dispensario especialmente organizado en Moscou. Los médicos se encuentran pues frente a una situación enteramente nueva, puesto que es la primera vez, no sola en la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas, sino en el mundo entero, que el tratamiento de la cocainomanía en los niños se encuentra organizado en una gran escala».

Y más lejos agrega: «Se ha dicho en diferentes ocasiones, en la prensa diaria soviética, que la proporción de los cocainómanos, entre los ni-

(1)—Muchos viciosos usan la cocaína como el café (N. del T.)

ños sin hogar, era de 50 a 80 %. Estas cifras no se aplican probablemente más que a las ciudades, y se dice que el número de niños sin hogar para Moscou y sus alrededores solamente es de 50,000».

Por los datos que se tiene, la cocaína no se fabrica en Rusia, y la que los niños llegan a conseguir es, según toda probabilidad, introducida de contrabando en el país. La comisión ha tenido a la vista muchos documentos que indican que se ejerce en Rusia un contrabando activo de estupefacientes que provienen de los países vecinos.

Sería muy largo enumerar lo que pasa en cada país a este respecto, pero un hecho se desprende con toda claridad, y es que las toxicomanías se convierten en un flagelo para la humanidad y todos los gobiernos se preocupan seriamente y tratan de combatir el mal por todos los medios posibles. Pero, como las medidas aisladas no son suficientes y es precisa la colaboración de todos los países para hacer efectivas las medidas de defensa, los Estados han comprendido la necesidad de trabajar en común para este fin. He aquí lo que ha facilitado los acuerdos ulteriores en los que han tomado parte casi todas las potencias.

Por una cláusula del Tratado de Versalles, los estados firmantes, se comprometieron a poner en vigor la Convención internacional del opio de 1912. Además, el artículo 23 del mismo tratado confía a la Sociedad de las Naciones el control general de los acuerdos relativos al tráfico del opio, y es de este artículo 23 del pacto que ha nacido la comisión consultiva del tráfico del opio y otras drogas perjudiciales instituida por la primera asamblea de la Sociedad de las Naciones. Esta decisión fué tomada en pleno acuerdo con el gobierno de los Países Bajos que había convocado a la conferencia de La Haya en 1912.

Antes de trasferir el gobierno de los Países

Bajos a la Sociedad de las Naciones las obligaciones que se desprendían de la ejecución de la convención del opio, y aunque la Sociedad de las Naciones se convirtió en el órgano oficial encargado de la ejecución de la convención, se decidió que todas las comunicaciones con los estados que no fuesen miembros de la Sociedad, se efectuarían por intermedio del gobierno de los Países Bajos.

La Comisión consultiva permanente creada por la primera asamblea de la Sociedad de las Naciones fué compuesta por los representantes de los países más directamente interesados. En ese momento solamente ocho países estaban representados, y, por consiguiente la comisión aumentó el número de sus miembros, y actualmente está formada por los delegados de los países siguientes: Alemania, Bolivia, China, Francia, Gran Bretaña, India, Italia, Japón, Países Bajos, Portugal, Reino de los Servios, Croatas y Eslovenos, Suiza y la delegación de EE. UU. de Norte América; por los asesores técnicos M. Brenier (Francia) y el Coronel Wood (EE. UU.).

La Comisión juega, frente al consejo de la Sociedad de las Naciones, el rol de un órgano consultivo. Según los términos de la resolución de la asamblea, esta sección está encargada del cuidado de recoger, entre otras informaciones, las que conciernen a todas las medidas tomadas por los diferentes países para asegurar la ejecución de la convención del opio, y las relativas a la producción, distribución y consumo de los estupefacientes, y de una manera general todas las informaciones precisas que permitan a la Sociedad ejercer el control sobre la aplicación de los acuerdos. Reune todas las indagaciones, dirige las estadísticas, de donde saca conclusiones, discute todas las medidas útiles para hacer efectivas las resoluciones, recibe directamente todos los informes de los diversos gobier-

nos y hace directamente, o por intermedio del consejo, indicaciones u observaciones generales o particulares para cada país a fin de obtener los mejores resultados. Todo este enorme trabajo se concentra en la secretaría de la comisión, la que, me complazco en reconocer, llena su tarea de una manera perfecta.

Desde el comienzo de los trabajos la comisión se ha dado cuenta de la dificultad de su tarea y de la insuficiencia de las medidas tomadas por la convención de 1912, para la supresión del comercio ilícito de los estupefacientes; ha reconocido que si las materias primas necesarias a la elaboración de los estupefacientes continuaban siendo producidas de una manera exagerada, la limitación de la venta de dichos productos sería ilusoria o, por lo menos, muy difícil. El enorme beneficio que obtienen los que se ocupan de este comercio ilícito y la facilidad de su transporte, puesto que en un pequeño volumen representa un gran valor, estimula el contrabando. La limitación a la producción de las materias primas fué una de las primeras resoluciones adoptadas por la comisión para completar el programa de la convención de 1912. Pero esta medida hería directamente los intereses particulares de los países en cuyo territorio se cultivaba la amapola, la coca, el cáñamo indio, etc; y no estando previsto este punto en la convención tantas veces citada de 1912, urgía proceder a un nuevo acuerdo internacional. Hacía falta, además, determinar para el mundo entero las cantidades anuales de estupefacientes necesarios a las necesidades legítimas, es decir, a las necesidades médicas, y científicas de cada país.

Un comité mixto de la comisión consultiva del opio y del comité de higiene de la Sociedad de las Naciones estima en 450 miligramos la cantidad necesaria por persona y por año de opio bruto;

esta cifra está considerada como máxima aún para los países que tienen un servicio de asistencia pública bien organizada.

Las respuestas de ciertos gobiernos llegaron a la comisión, y en el curso de la sesión de mayo de 1923, recibió al mismo tiempo nuevas proposiciones de la delegación americana que estaban concebidas así: «Si se quiere poner en práctica en su espíritu y sus propósitos el objetivo de la convención del opio, es preciso reconocer: 1º. que el uso del opio y sus derivados para necesidades distintas de las de uso médico y de la ciencia, constituye un abuso y no es, por consiguiente legítimo; 2º. para evitar este abuso es indispensable ejercer un control sobre la producción del opio bruto de tal manera que no quede un excedente disponible para usos no médicos y no científicos». La comisión se adhirió a esta manera de pensar y decidió tomar medidas a objeto de preparar la convocatoria a una conferencia internacional.

El informe de la comisión favorable a una convocatoria a una conferencia fué aprobado por la quinta asamblea de la Sociedad de las Naciones y tuvo por resultado la reunión de dos conferencias que tuvieron lugar en Ginebra en noviembre de 1924 y febrero de 1925. La primera tenía por objeto la supresión gradual y total del opio de fumar en el Extremo Oriente y concluyó por un acuerdo, mediante el cual las potencias signatarias se obligaban a reforzar las medidas tomadas en la convención de La Haya en 1912 y acordaron nuevas disposiciones para procurar la supresión completa en los territorios del Extremo Oriente sometidos a su autoridad, el consumo del opio en un plazo de 15 años.

La segunda conferencia de 1925, en que tomaron parte 31 Estados, elaboró una convención, que tenía por fin completar y afianzar más toda-

vía las disposiciones de la convención de La Haya, destinada a reducir de una manera más eficaz la producción y fabricación de los estupefacientes y a ejercer sobre el comercio internacional un control más eficaz.

Las sustancias sometidas a este control son el opio bruto, el opio medicinal, la cocaína bruta, las sales de la misma, la ecgonina y el cáñamo indio. Se prevee también la supervigilancia de los países productores del opio bruto, de las hojas de coca y del cáñamo indio, así como de los estupefacientes manufacturados. Decidió igualmente que cada país debería indicar, de anticipado, la cantidad de estupefacientes para sus necesidades normales y concretar las medidas tomadas para asegurar el control del comercio internacional por medio de autorizaciones de importación y de certificados de exportación. De otra parte, si de las investigaciones que ejerce la comisión consultiva se desprende la conclusión de que un país dado acumula cantidades exageradas de una de las sustancias contempladas por la comisión y hay el temor de que dicho país se convierta en un centro de tráfico ilícito, la comisión tendría el derecho de pedirle explicaciones, por intermedio de la secretaría de la Sociedad de las Naciones. La conferencia llegó igualmente a la conclusión de un Protocolo por el que los países firmantes reconocían que les asiste el derecho de ejercer sobre el comercio, la repartición y la exportación del opio bruto un control suficiente para impedir el tráfico ilícito y se comprometen a tomar medidas para impedir completamente, en el espacio de 5 años, a partir de 1925, el contrabando del opio.

Se ve pues que los resultados obtenidos eran muy satisfactorios y que se podía desde este momento mirar con un poco más de optimismo el problema de los estupefacientes en el mundo.

Es quizás permitido dudar sobre la eficacia de la Sociedad de las Naciones como órgano de pa mundial. También se puede dudar de que la humanidad haya llegado a un grado tal de cultura para que un organismo, desprovisto de fuerza material, pueda imponer sus decisiones y hacer triunfar la justicia y el derecho apoyándose solamente en las fuerzas morales. Pero, si bien es difícil que los pueblos se entiendan sobre las graves cuestiones de política internacional, no es menos cierto que el sentimiento de solidaridad se ha desenvuelto en el mundo para defenderse de ciertos peligros comunes que conciernen a la salud pública; y bajo este punto de vista, en lo que concierne al problema del opio, la obra de la Sociedad de las Naciones, ha sido verdaderamente eficaz.

Se ha observado, no sin cierta apariencia de razón, que la comisión consultiva estaba formada precisamente por los países interesados sea en la producción de las materias primas, o en la elaboración de las drogas. Esta crítica no es del todo exacta puesto que Italia, por ejemplo, que no produce ni materias primas ni alcaloides, hace parte de aquél y presta una colaboración entusiasta. Por mi parte, encuentro que esta medida ha sido oportuna, puesto que si los países productores hubiesen sido descartados sistemáticamente de la comisión, las resoluciones tomadas por ésta hubiesen sido difícilmente aplicables sobre todo a causa de la mala voluntad de los países productores que se hubiesen creído perjudicados en sus intereses. En la situación actual los delegados que hacen parte de la comisión discuten las resoluciones con un amplio espíritu humanitario sin descuidar la salvaguardia de los intereses que representan, siendo los primeros en hacer aplicar, en sus respectivos países, las resoluciones tomadas.

Para combatir un mal, preciso es conocerlo;

y empleando un lenguaje médico, es necesario hacer desde luego el diagnóstico, estudiando su etiología para aplicar en seguida un buen tratamiento. La comisión consultiva, de acuerdo con este criterio, ha comenzado por hacer las estadísticas de la producción y consumo de los estupefacientes en el mundo.

Me excuso dar lectura a numerosas columnas de cifras que fatigarían vuestra atención. Pero de la observación comparativa de los cinco últimos años se desprende un hecho importante, y es que la situación mejora progresivamente a medida que los acuerdos se ponen en práctica. Lo que demuestra más claramente esta afirmación es el precio exorbitante que alcanzan los estupefacientes para los usos ilícitos, de tal suerte que la toxicomanía se vuelve más y más cara y que no está al alcance de todos los bolsillos.

Es también verdad que las estadísticas que han sido levantadas no tienen una exactitud matemática, pues varios países han omitido enviar sus informes anuales a la comisión, y otros, poco numerosos felizmente, no se han adherido a la convención de La Haya, ni a la de Ginebra, y parecen desinteresarse de tan importante cuestión, lo que es verdaderamente doloroso, no solamente porque esta abstención falsea en cierta forma las estadísticas, sino que dada la poca vigilancia que hay en dichos países, hace que puedan convertirse en centros de contrabando muy difíciles de combatir.

Sin embargo, ciertas medidas tales como el sistema de los certificados de importación y de exportación (que es uno de los ejes esenciales de una supervigilancia efectiva) comienzan a ser aplicados gradualmente por las potencias de una manera cada vez más general y dando ya apreciables resultados.

Algunas disposiciones tomadas por algunos go-

biernos y que conciernen a los envíos de drogas por vía postal, y aún para las que están en tránsito, han probado igualmente su eficacia.

La cuestión de las puertas francas y de las zonas francas ha preocupado hondamente a la comisión en razón de la libertad comercial de que allí se goza haciendo la supervigilancia insuficiente y el contrabando fácil. No obstante, muchos países han contestado ya en el sentido de que las leyes y reglamentos sobre el opio y otros estupefacientes son aplicados en los puertos francos, o lo serán bien pronto.

Todas estas medidas se encaminan ciertamente a restringir el contrabando, pero, como lo hace notar el delegado italiano, no se llegará a obtener resultados verdaderamente eficaces en tanto que la fabricación de los estupefacientes continúe haciéndose en proporciones que sobrepasan en mucho a las cantidades necesarias para las necesidades médicas y científicas mundiales y ha presentado a la comisión un proyecto así concebido: «Habiendo constatado la comisión consultiva que es indudable que la fabricación de los estupefacientes continúa en proporciones que llegan más allá de las necesidades médicas y científicas mundiales, y que por consiguiente, el contrabando aumenta siempre, como así mismo el embargo de los mismos, considera oportuno: 1°. Dar plena aplicación a los principios contenidos en la convención de La Haya (art. 9) y confirmados por la segunda conferencia de Ginebra de 1925 (art. 5) según la que las partes contratantes se comprometen a reducir la fabricación de las drogas manufacturadas a sólo las cantidades precisas para las necesidades médicas y científicas; opina, además, que hay lugar a estudiar las medidas o previsiones que deben tomarse a objeto de establecer una cuota en la fabricación de estas drogas; 2°. emprender con ur-

gencia un estudio completo sobre el problema del contrabando de los estupefacientes, insistiendo en especial en las causas que lo producen o en las medidas aún penales que habría que usar para impedirlo».

Esta sugestión ha sido en principio aceptada por la comisión, pero no es difícil comprender que costará trabajo su aplicación, dado el número considerable de intereses particulares que rosará.

El representante del Japón ha declarado que su gobierno había decidido disminuir la fabricación de la cocaína en el país reduciendo las importaciones de la materia prima. Es un bello ejemplo que esperamos será bien pronto seguido por otros países.

Tal es, señores, la situación actual del problema del opio y otros estupefacientes cuya supervigilancia ha sido confiada a la Sociedad de las Naciones. Se está ciertamente lejos de haber obtenido resultados definitivos, pero es igualmente cierto que se ha hecho a este respecto apreciables progresos, y si no es permitido esperar la supresión total de las toxicomanías en el mundo, es permitido esperar que en un devenir próximo se llegará a restringir el uso de los estupefacientes en proporciones tales que no constituyan un peligro para la humanidad.

Es de desear igualmente que no sean sólo los gobiernos quienes se interesen por este movimiento de defensa social; deben contribuir a él todos los hombres sensatos, sobre todo los médicos, puesto que se trata de una cruzada esencialmente humanitaria.

Y, para concluir, no me queda más que dirigir mis felicitaciones al comité organizador por el magnífico éxito de las jornadas médicas y agradecer la benévola acogida que hemos recibido; mi gratitud se extiende también a la ciudad de Mar-

sella por la generosa y cálida hospitalidad que ha sabido dispensar a sus huéspedes.

El tiempo desgraciadamente muy corto que hemos pasado en esta Provincia, que amo y admiro, dejará un recuerdo inefable en mi memoria. No olvidaré jamás este cielo azul, cuyo tinte profundo parece confundirse con las olas agitadas del Mediterráneo; este ardiente sol que reanima el corazón y ennoblece el alma, y esta bella y lujuriante naturaleza que me recuerda ese lejano país donde ví la luz.

Asignaremos un sitio aparte, en el campo de nuestros recuerdos, a nuestra visita a esta grande y soberbia ciudad meridional llamada, a justo título, la perla del Mediterráneo.



Del Dr. Ml. Gerardo Pareja.

La tuberculosis y el procedimiento Robertson Lavalle

Constituye en este momento motivo de gran interés, en el campo de la medicina, los importantes trabajos realizados por el inteligente y distinguido profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, doctor Robertson Lavalle, referentes al tratamiento de la tuberculosis por el procedimiento de la desestrangulación y los homoinjertos. Me refiero a la tuberculosis en general, por que actualmente trata de generalizar su tratamiento aun a la tuberculosis pulmonar, de cuyos ensayos he tenido la suerte de presenciar éxitos halagadores, que pintan ya, la finalidad de las aspiraciones del autor que en feliz momento se inspiró en tan benéfico propósito.

El estudio de las alteraciones anatómo-patológicas engendradas por el bacilo de Koch introducido al organismo, confirma la unidad de las lesiones tuberculosas que Laënnec fué el primero en descubrirlas. Ya sean las granulaciones o la infiltración difusa tuberculosas, originan en el sitio de la localización una reacción de defensa capaz, en algunos casos por desgracia raros, de aislar el foco infeccioso y procurar la curación. Si esta unidad o identidad de las lesiones tuberculosas es un hecho por demás demostrado, debemos pensar también y

no sin optimismo, que la unidad de tratamiento quirúrgico cualquiera que sea el foco tuberculoso, debe conducir a la curación. El procedimiento quirúrgico de Robertson Lavallo puede llegar al resultado que esperamos al ser aplicado a cualquier víscera donde se presenten focos tuberculosos.

La lucha entre los elementos fagocitarios y el agente infeccioso, da origen a zonas bien determinadas en el proceso evolutivo tuberculoso: granulaciones, tubérculos e infiltración difusa, despiertan una reacción defensiva a expensas de núcleos celulares que envuelven al microbio y al producto destruido.

Estos pequeños datos de anatomía patológica muestran ligeramente la formación del foco tuberculoso, que siguiendo al profesor Robertson Lavallo en su comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires al hablar de la tuberculosis ósea, copio esta clara descripción del manual de Patología Externa de Forgue: «Si uno abre con una sierra la epífisis de un hueso o un hueso afectado de caries, encuentra las tres zonas siguientes: 1º una zona periférica rojo violácea (infiltración de vino de Taignot), zona de hiperhemia, en la cual se ven los vasos llenos de sangre y una proliferación marcada de elementos celulares; 2º una zona media más pálida grisácea, zona de invasión, ocupada por folículos tuberculosos; 3º una zona central, zona de reblandecimiento, en donde la confluencia y disgregación de los folículos han creado un foco supurante con masas fungosas conteniendo pequeños secuestros óseos, secuestros traveculares.»

Al explicar Robertson Lavallo el punto al que debe dirigirse en su procedimiento, dice: «De estas tres zonas tan claramente definidas por el talentoso profesor de Montpellier, es el de la infiltración

borra de vino de Tavignot, que es la inicial de todo proceso tuberculoso, sobre la cual actúa mi procedimiento.»

Consiste pues el tratamiento quirúrgico que nos ocupa, en penetrar hasta la zona de Tavignot, sirviéndose de un perforador y aplicar en este trayecto el injerto óseo tomado generalmente por su fácil acceso del hueso tibia. Siguiendo esta técnica el resultado seguro será la curación, dice el profesor.

Fácil parece a primer golpe de vista; más, sin número de fracasos han ocurrido al seguir esta técnica. El autor del procedimiento explica: «Diez años de continua práctica me han llevado a la seguridad en mi intervención; he tenido muchos casos desgraciados en mi práctica, más ahora puedo asegurar que el ciento por ciento de las osteoartritis tuberculosas que opero, curan.»

No entro en detalles de la técnica del procedimiento Robertson Lavalle, por ser ya conocidos, pero sí diré que se ha simplificado con la supresión del puente óseo y que es suficiente llegar a la zona congestiva de un foco para obtener un espléndido resultado aun en otros de la misma región.

Al llegar al foco mediante la trepanación, persigue el autor el objeto de dar salida a la sangre que por éxtasis circulatorio, congestiona la zona periférica de borra de vino. En efecto, la compresión venosa por los elementos celulares embrionarios y la infiltración debida al mismo proceso infeccioso, detiene la sangre que por los capilares llega, que no encontrando accesible el retorno, es, según la expresión de Robertson Lavalle, una verdadera estrangulación la que allá se realiza siendo la des-estrangulación, el fin perseguido en la intervención quirúrgica. En principio, sería una revulsión directa al foco tuberculoso.

Viene hacer esta interrogación: ¿Puede la simple revulsión directa del foco tuberculoso curar todo un proceso de tuberculosis? Indudablemente la respuesta será negativa, máxime si se tiene en cuenta que con esta sola perforación y consiguiente desestrangulación de un foco único, se curan además otros focos aislados. Tomemos además en consideración el hecho de que también curan localizaciones tuberculosas distantes de la región operada, no siendo raro ver la modificación franca y favorable de lesiones acentadas en vísceras distantes del sitio intervenido.

Debe haber; por consiguiente, otro proceso orgánico que se opera a raíz de la Robertson Lavalle, siendo por el momento obscura aun para el autor esta explicación, quien sin embargo trata de explicar la curación con esta teoría: «Va una teoría cuyo valor es para mí desde ya relativa: la desestrangulación del foco activo permite la formación en este sitio de antígenos débiles, pues el tejido focal se ha vigorizado al ser desestrangulado por la reabsorción de edemas y equímosis, como objetivamente todos lo vemos, se produce al desestrangular una anza intestinal; además, en dicho foco la virulencia de los bacilos de Koch se ha atenuado al cambiarle bruscamente su medio de cultivo, pues ahora pasa rápidamente sangre roja en lugar de la infiltración borra de vino de antes (foco activo en evolución perforada).»

«Estos antígenos débiles obran como autovacunas, probocan la formación de anticuerpos capaces de transformar y excretar los productos tuberculosos.»

Para explicar la remineralización dice: «la remineralización que se opera en los casos que se curan, es porque no necesitando el organismo movilizar sus sales de cal para luchar contra los ácidos

grasos tan tóxicos que se producen por el ataque de las lipasas a las grasas neutras, de la envoltura sero-grasosa de los bacilos, emplea sedientamente las sales de cal de los alimentos para remineralizar todos sus tejidos. La desmineralización general del organismo que probocaba las toxinas tuberculosas, ha cesado y se puede seguir la remineralización como lo hace siempre con mis enfermos el distinguido radiólogo doctor Guardado, series de radiografías con la misma intensidad y duración de exposición. Sobre todo el espesor aumentado de la cortical de la diáfisis de los huesos operados, lo mismo que el sombreado mayor que en todos los tejidos del organismo se observa, son los comprobantes de la eficaz remineralización realizada »

Cuando seguía los casos operados por el doctor Robertson Lavalle, me hacía notar lo difícil de su procedimiento, atribuyendo a éste el fracazo de otros cirujanos, de donde se originó la resistencia a admitir como un hecho indiscutible la bondad de sus efectos. La dificultad, me decía, estriba en el diagnóstico y en la técnica a seguir. Si bien el diagnóstico de una osteoartritis tuberculosa es relativamente sencillo en la mayoría de los casos, no lo es cuando se trata de localizar exactamente el foco. La exploración clínica minuciosa y sobre todo la radiografía se encargan de precisar el sitio focal y muy especialmente de señalar con toda exactitud la zona de Taignot. La radiografía es la principal guía en la intervención; sin ella, sólo casualmente se puede obtener un éxito; debe ser nítida y tan cuidadosamente tomada que haga ver en la observación del foco tuberculoso los menores detalles, especialmente la zona congestiva de capital importancia en el procedimiento de Robertson Lavalle.

En multitud de radiografías que con toda gentileza me mostraba, el profesor Robertson Lavalle me hacía notar: 1º que la zona de Tavignot no siempre se presenta en la radiografía, tal como se la ve en los focos circunscritos; 2º que en las formas de infiltración difusa, se debe buscar un punto congestivo que represente a la zona de Tavignot; 3º que siempre y en cualquiera que sea la lesión tuberculosa y cualquiera el tiempo de la afección, siempre se debe encontrar zona de Tavignot; 4º que esta zona se reconoce en la radiografía por su mayor opacidad y la ausencia de travéculas óseas.

Las dificultades de técnica, se desprenden de las diagnósticas y además del mayor o menor hábito del cirujano para esta intervención. Bien dice el profesor Robertson Lavalle: «La falta de éxito en muchos casos por mí operados al empezar con mi procedimiento, fueron debidos a que aun no perfeccioné en la técnica».

En la operación de Robertson Lavalle mal practicada puede suceder: o bien se ha pasado por ésta y se ha abierto el foco necrótico, o por último no se ha seguido el trayecto que indica la técnica, por tejidos sanos y se ha perforado otros focos para llegar al que uno persigue. El primer caso, por suerte no tiene consecuencias desagradables para el enfermo; si bien inmediatamente de la intervención han calmado los dolores lo que hace creer un éxito seguro, la lesión sigue evolucionando, poco después reaparecen los dolores, el estado local en nada ha cambiado, no hay reabsorción inflamatoria y la dificultad funcional aumenta. Una nueva intervención bien llevada dará en estos casos resultado favorable.

Cuando se ha abierto un foco necrosado, la gravedad es grande, el enfermo sufre una sacudida

que generaliza la infección, concluyendo rápidamente con su vida.

He podido observar casos operados con brillante éxito por el eminente cirujano argentino; principalmente me llamaron la atención, entre varias tuberculosis de la columna vertebral, cadera, rodilla, mano, pie, etc., uno de coxalgia en que el enfermo curó tan perfectamente que se dedicó a su sport favorito: el foot-ball; un segundo caso de panartritis tuberculosa de pie en el que se veía a diario la regresión de la enfermedad.

La tuberculosis pulmonar ocupa actualmente la atención del profesor, con casos de visible éxito. La intervención es igual a la de la osteoartritis.

Para concluir: el procedimiento Robertson Lavalle es la gran esperanza en el tratamiento de la tuberculosis, y los trabajos que con todo brillo realiza el distinguido profesor, son hasta ahora el más grande paso dado para combatir este flajelo en beneficio de la humanidad.





VETEADO CAPILAR CUTÁNEO,

síntoma de afecciones inflamatorias profundas.

Comunicación presentada por
el Dr. ANASTASIO PARAVICINI,
en la sesión ordinaria del Instituto Médico "Sucre": 2 de abril
de 1927.

Abierta la sesión presidida por el Dr. José M. Araujo, y con la concurrencia de los señores socios doctores Gregorio Mendizábal, Ml. Gerardo Pareja, Clovis Urioste A., Claudio Roso, y Renato Riverín, invitado a esta sesión, el Dr. Anastasio Paravicini, dió comienzo a su comunicación:—

Señores socios:

Presento a vuestra consideración el estudio que de tiempo atrás tengo hecho sobre un síntoma que he denominado «*Veteado capilar cutáneo*», que lo he observado en muchos enfermos que presentan procesos inflamatorios profundos, y que se caracteriza por estrías filiformes sub-epidérmicas, de color rojo escarlata, de carácter permanente, localizado en la piel del tronco, especialmente en la que cubre las fosas supraespinosas, en el sitio que corresponde a los vértices pulmonares, coincidiendo su extensión con el grado de la lesión. Suele presentarse también en puntos más bajos, en distintos lugares de la piel de la espalda y del pecho, coincidiendo siempre con alteraciones mediástin-

cas y aun pericardiacas y otra clase de afecciones, sin ser infrecuente las de las pleuras.

Tiene grande parecido con el veteado de la nariz de los alcohólicos, del que se diferencia por su mayor delgadez. Cada estría capilar es de forma curvilínea y parece que fuera un capilar dilatado con éstasis sanguíneo.

Por su aspecto, se trata de verdaderos capilares y no de vasos arteriales ni venosos.

En los mineros que presentan pneumoconiosis, pleuritis secas (éstas pasan en los mineros casi desapercibidas por los pacientes, con mucha frecuencia), procesos inflamatorios crónicos, entre los que tiene en su haber un porcentaje grande la tuberculosis de los órganos torácicos, y otras muchas entidades morbosas que seguramente irán relacionándose a medida que estudie mejor el signo que describo. Su verdadera ubicación parece ser en las capas superficiales del dermis.

DIFERENCIACIÓN.—

Como he indicado, se trata de un veteado por dilatación vascular, con éstasis sanguíneo de los capilares verdaderos, cuya localización, dependencia y relación está íntimamente ligada con alteraciones patológicas de órganos profundos, y se diferencia del veteado capilar de la piel de la nariz y cara de los alcohólicos en que éste es más grueso, de forma serpiginosa y como constituido por neoformaciones de capilares arteriales, y finalmente por su localización. Y la diferenciación con el veteado venoso de la piel de los miembros inferiores en la mujeres múltiparas, es también evidente, pues, en éste, el color es netamente venoso, de mayor dimensión y ubicado debajo del dermis, en suma con todos los caracteres de las varicosidades; evidente también tal diferenciación con el veteado venoso varicoso que se presenta en todos los estados mor-

bosos que ocasionan un obstáculo a la circulación de retorno con estancación sanguínea y su consiguiente dilatación venosa; entre éstos se incluye también la circulación suplementaria cuya patogenia es parecida.

El signo *veteado* está en relación constante, en todos los casos que he observado, con alteraciones profundas, comunmente tuberculosas, y también de otro género de lesiones, como pleuritis, pleuresías curadas, sínfisis pleurales, pneumonías crónicas, mediastinitis, y en suma, con la mayor parte de las afecciones inflamatorias crónicas de los órganos subyacentes.

La idea *anatomo-patológica* que tengo de este signo es la siguiente: Trátase, probablemente, de una dilatación de los capilares cutáneos superficiales que, siendo en comienzo de carácter transitorio, por la cronicidad del mal se hace permanente, siendo el contenido del vaso sangre arterial. Por lo demás, no se observan grandes variaciones en la constitución de la piel, fuera de una sequedad y quizás de algún aumento de espesor que se puede apreciar a simple vista; hay también descamación furfurácea abundante y en algunos casos ligeras adherencias.

ESTUDIO FISIO-PATOLÓGICO —

Teniendo en cuenta que el tegumento externo se continúa anatómicamente con el interno, y originándose embriológicamente de manera semejante, tienen cierta concomitancia funcional y patológica por consiguiente, llegando las alteraciones del uno a influir sobre el funcionalismo del otro y determinando, en algunos casos, un cierto grado de suplencia funcional bajo control del gran simpático que, a su vez, haría un mandato de suplencia aun para la función de la hematosi misma, y bajo este concepto el *veteado capilar* se produ-

ciría a manera de una hiper-respiración cutánea de suplencia que repitiéndose determinaría la dilatación definitiva de los capilares superficiales; sería una manera de explicar la génesis del signo veteadado.

Otra forma de explicar la formación de la dilatación capilar cutánea sería por el sistema linfático que, como es sabido, tiene unidad anatómica-funcional: siendo esencialmente linfáticas las pleuras y serosas en general, las inflamaciones de ellas podrían determinar en la piel esa funcionalidad anormal que termina por la formación definitiva del veteado, siempre bajo el control del gran simpático y tal vez, muy probable, por reacción endocrínica.

Caben, por consiguiente, las interrogaciones siguientes: ¿Es suplencia funcional cutánea? Alteración linfática es, que por unidad del sistema simpático obra en la piel? ¿Es, en uno y otro caso, una función de defensa orgánica bajo el control siempre del gran simpático? ¿O es, más bien, una manifestación de degeneración orgánica consecutiva a alteraciones anatómica-funcionales crónicas?

He ahí el signo que en el campo de la observación clínica he caracterizado y que someto a la consideración de mis ilustrados colegas para que se sirvan estudiarlo y comprobarlo, para discutirlo después ampliamente. Signo de gran valor en mi concepto, al que se puede imprimir mayor importancia sometiéndolo a las investigaciones de laboratorio que yo no he podido hacer por falta de medios, teniendo en cuenta que la mayor parte de mis observaciones las recogí en los centros mineros donde he visto este síntoma con mucha frecuencia.

Tiene para mi concepto, he dicho, mucha importancia porque, como es signo objetivo, que se descubre por la inspección, su estudio e investigación, harán de él síntoma de alarma que determinará al práctico a buscar alteraciones profundas, que por los datos subjetivos y también objetivos, no se ha sospechado nada; de todo esto formulo el siguiente precepto:—Cuando se ve el signo veteado, hay que buscar algo debajo. El valor de éste es mayor si se tiene en cuenta—como ya he dicho—que resulta ser testigo de pasados patológicos de importancia y que aun pueden haber pasado desapercibidos por el paciente, como ocurre en la pleuritis seca de los mineros de que he hecho mención.

La discusión de esta comunicación será publicada oportunamente. (N. de R.)





FISIOLOGIA PATOLOGICA DEL BAZO Y DIAGNOSTICO de las Esplenomegalias

Lección clínica por el doctor
Charles ANDRE, ex-profesor de
Clínica Médica y de Anatomía
Patológica de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Asun-
ción (Paraguay).

Hoy desearía exponerles, en breve, el diagnóstico de las *esplenomegalias*; pero previamente vamos a hacer un largo desvío, pues creo que no serán inútiles algunos datos de fisiología patológica.

Las alteraciones esplénicas, sean las que fueran, no tienen sino una expresión clínica única: la *esplenomegalia*; de modo que ésta resume, en sí sola, toda la patología esplénica.

Pero, bajo la máscara uniforme de la *esplenomegalia* se encubren lesiones de las más variadas que nos importa revistar luego antes de examinar los problemas del diagnóstico.

Situación del bazo.—

El bazo asienta en el hipocondrio izquierdo, en la concavidad del diafragma, siendo móvil con los movimientos de este músculo: ascendiendo en la inspiración, bajando en la espiración. Sus relaciones con el estómago y el colon explican su rechazamiento hacia arriba cuando se dilata el colon y hacia atrás cuando el estómago. Esa movi-

lidad suele exagerarse notablemente en los grandes aumentos de volumen del bazo, dando lugar entonces al síntoma del «bazo movable».

Normalmente el bazo es inaccesible a la palpación, está escondido debajo de las falsas costillas. Su área de percusión ocupa los espacios intercostales noveno y décimo, un poco detrás de la línea vertical axiliar media. En realidad esta área de matidez normal del bazo es de una comprobación delicada. En cambio, cuando se hipertrofia, el bazo desciende hacia adelante y abajo; su área de percusión, a la vez más anterior y más grande, se extiende entonces entre la línea axiliar mediana y la anterior. A la palpación, en las fuertes inspiraciones, los dedos, introducidos debajo del reborde costal, perciben el contacto de su polo inferior. En fin, cuando llega a traspazar las costillas y a extenderse en el hipogastrio, la mano exploradora puede juzgar su volumen, su consistencia, su regularidad y su movilidad.

Histología del bazo.—

El bazo está envuelto por una cápsula delgada compuesta de fibras conjuntivas elásticas y musculares.—De la cápsula se destacan trabéculas que convergen hacia el hilio, dividiendo el parenquima en tajadas, como un melón. De lo que resulta una segmentación del bazo, siempre muy neta en los animales, algo más confusa en el hombre.

Pero, que se trate de animales o del hombre, cada segmento, cada lóbulo tiene su arteriola propia; cada arteriola es del tipo terminal, es decir sin anastomosis con sus vecinas. Tal disposición explica la frecuencia de los infartos esplénicos.

Cada arteriola esplénica, en sus últimas ramas, se divide, a ángulo derecho, en unas finas ramificaciones vasculares; cada una lleva en su extremi-

dad un corpúsculo de Malpighi. De tal modo esos corpúsculos de Malpighi están colgados a las ramificaciones vasculares como lo están las frutas a las ramas de los árboles.

El lóbulo esplénico consta de tres elementos: corpúsculo de Malpighi, pulpa esplénica y senos venosos. Algunas palabras diremos sobre cada uno.

Corpúsculos de Malpighi.—

A un débil aumento aparecen como masitas ovales, de color blanquizeo, midiendo cerca de medio milímetro. Por poco que estén hipertrofiados se dejan ya divizar a simple vista.

Esos corpúsculos de Malpighi constituyen la parte linfática, linfógena del bazo. Están formados por mallas de tejido reticulado, mallas de finas fibrillas colágenas, dispuestas en círculos concéntricos al rededor de una arteriola central. Entre esas mallas se ven las diferentes clases de células linfáticas: los linfocitos, los más numerosos, y los leucocitos mononucleares de tamaño mediano, de ancho protoplasma y de núcleo débilmente coloreado. Ningún glóbulo rojo se observa en el corpúsculo de Malpighi;—

Pulpa esplénica.—

La pulpa esplénica forma contraste, por su color rojo obscuro, con los corpúsculos de Malpighi. Se compone de cordones celulares, separados unos de otros por los anchos senos venosos, que vamos a estudiar después.

Los cordones celulares (cordones de Billroth) constan de una fina red cuyas mallas encierran glóbulos rojos y blancos.

El aspecto es algo variable: unas veces los cordones de Billroth parecen estrechos, apretados, casi vacíos de sus elementos migradores, casi únicamente formados de fibras reticuladas y de célu-

las fijas conjuntivas. Otras veces están dilatados, rellenos de glóbulos rojos y blancos.

Para ver mejor esos elementos es preciso cortar el bazo con un cuchillo grande y aplicar encima de la superficie plana de la tajada unas láminas. En esas láminas, fijadas y coloreadas, se estudiarán hematíes y leucocitos.

Hematíes:—

La gran mayoría son normales, pero entre ellos se encuentran unos pocos hematíes nucleados, de tamaño mediano o grande (normoblastos y megablastos). Entre ellos se ven también restos de glóbulos rojos semidestruidos y granos de pigmento ocre.

Leucocitos:—

Se notan linfocitos y mononucleares de todo tamaño; los más grandes (mononucleares macrófagos) fagocitando a menudo restos de polinucleares o de hematíes, o bien granos de pigmento ferruginoso.

El bazo normal no forma sino linfocitos y mononucleares, pero —según demostró Dominici—, no escasean los casos en los cuales este órgano del adulto vuelve a producir, como solía hacerlo en el niño, células de la serie mieloide, es decir mielocitos, desde las células cefas hasta los mielocitos granulados, neutrófilos, eosinófilos o basófilos.

Senos capilares venosos:—

Los senos capilares venosos son, proporcionalmente, anchísimos. En un corte perpendicular a su eje, los senos aparecen redondos; sin embargo se nota una disposición curiosa de sus células endoteliales.

Esas células constan de un núcleo voluminoso, sobresaliente en la luz del vaso. Pero no todos los núcleos sobresalen en el mismo nivel, se dis-

ponen según una línea helicoidal, de tal suerte que el corte transversal del seno muestra las células parietelas salientes de un lado del vaso y aplastados del otro.

De tal disposición resulta que se verificará en la luz del vaso una doble corriente: una central, en que circulan libremente glóbulos rojos y blancos de toda laya, y otra periférica que tropieza y se detiene en contra de la orladura helicoidal de los núcleos sobresalientes. En esta corriente marginal circulan despacio y salen con facilidad los glóbulos blancos y rojos, sea los neoformados por el bazo que penetra en el vaso, sea los viejos que se escapan de éste para sumerjirse en la pulpa esplénica, donde serán destruidos.

Las células endoteliales parietales son largas, esbeltas en sus extremidades y anchas en su centro. De tal modo, no se tocan sino en esta parte mediana, dejando entre sí intersticios, estomas que permiten una airosa comunicación del seno con la pulpa que les rodea.

La pared del seno está reforzada por fibras circulares, espaciadas, que aseguran la permanencia del calibre del seno (fibras de Henle). La distensión del seno, en efecto, no se verifica salvo en casos patológicos, verbigracia, en las éstasis de larga duración (bazo cardiaco). Lo que ordinariamente se llama congestión esplénica no corresponde a dilataciones vasculares, pero sí a extravasaciones sanguíneas, a pequeñas hemorragias dentro de la pulpa.

Jolly y Chevalier pusieron en evidencia una peculiaridad de estructura de las arteriolas del bazo. Bien es sabido que la arteria esplénica al penetrar en el órgano tiene un calibre enorme y una pared muy rica en fibras musculares. Para proteger la pulpa contra los arrebatados empujes de las variaciones vasomotrices las arteriolas esplénicas

atraviezan, cuando están para penetrar en la pulpa, una sortija fibrosa inextensible hecha de fibrillas apretadísimas. En casos de vasodilatación repentina y violenta la hipertensión tropieza y se amortigua contra la sortija arterial que estrangula el vaso. Más allá, en la pulpa, reinará la calma necesaria para asegurar la elaboración y la depuración de la sangre, en un ambiente de baja presión.

Fisiología patológica del bazo.—

No queremos revisar acá la fisiología del bazo, en que caben todavía cuántas obscuridades. Bien es sabido que el bazo no es indispensable para la vida; después de la esplenectomía, hombres y animales siguen con vida; los trastornos digestivos y las alteraciones de la sangre no son sino pasajeros, como si fuese el bazo suplido por otros órganos, verbigracia, ganglios y médula ósea.

Sin embargo, daremos a continuación algunas indicaciones sobre las funciones del bazo, en lo que se refiere a la fisiología patológica de las esplenomegalias.

Glóbulos rojos:—

El bazo parece que suele fabricar glóbulos rojos, pero en realidad son muy escasos, en los adultos, los hematíes que tienen su origen en el bazo; la inmensa mayoría nacen en la médula ósea. Más importante es el papel del bazo en la «maduración» de los glóbulos rojos, es decir en la acción de suministrarles la hemoglobina. Después de una esplenectomía los glóbulos rojos vuelven pronto a su número normal, pero son pobres en hemoglobina. El bazo la fabrica a expensas del hierro, siempre abundante en su parenquima, y la transfiere a los glóbulos jóvenes y pálidos.

En los esplenectomizados el hierro cesa de estar utilizado y va sobrecargando poco a poco los

demás órganos, bajo forma de depósitos inutilizables. En los enfermos que padecen de insuficiencia esplénica las cosas pasan lo mismo, y se nota la misma infiltración pigmentaria generalizada (por ejemplo, en la cirrosis pigmentaria del hígado).

Por otra parte, el bazo destruye los glóbulos rojos envejecidos. En la pulpa abundan los hematíes alterados y las granulaciones de hemoglobina, los unos libres e incluidos en el protoplasma de los macrófagos los otros.

El bazo parece limitarse a destruir los hematíes. La hemoglobina, así puesta en libertad, sufre pocas alteraciones en el bazo mismo; pero se verá en el hígado donde se transformará en pigmentos (pigmento ocre, pigmentos biliares, etc.).

El bazo parece transformar el hierro inasimilable (tal como resulta de la destrucción de los hematíes o tal como proviene de la alimentación) en un hierro más asimilable para el organismo.

Notemos de paso que el bazo es el proveedor de azufre al organismo, sacado de los viejos hematíes destruidos.

De todo eso ustedes colegirán que no hay que extrañar de la coincidencia frecuente de la esplenomegalia con las anemias, aunque no sea necesario definir claramente las recíprocas relaciones de esos dos síntomas.

Cada vez que la hemolisis de la sangre sufre un brusco aumento (que se trate de hemorragias locales y patentes o que se trate de lisis de origen general y oculto) el bazo desempeña un papel de primer orden en la destrucción de los hematíes, y consecutivamente en la producción de la anemia y de la ictericia hemolítica que no tardan en verificarse.

Chalier opina que el bazo produce, en ciertas circunstancias, (diabetes bronceada, por ejemplo) una hemolisina activa, la cual empapa los hema-

tías y facilita así la destrucción de los mismos. Otros autores piensan que la adulteración primitiva estriba más bien en una alteración sanguínea desconocida, en una fragilidad exagerada de los glóbulos rojos, que dejan deshacerse abundantemente en el bazo (Vaquez y Aubertin).

En otras ocasiones, en ocasiones contrarias digámoslo así, el bazo no basta a destruir los hematíes: la enfermedad de Vaquez, la eritremia, se origina no solamente de una sobrada producción de hematíes por la médula ósea, pero sí a la vez de la función hemolítica del bazo.

Glóbulos blancos:—

Ya hemos dicho que normalmente el bazo fabrica toda la serie de los mononucleados y, anormalmente, cuando sufre por parte la transformación mieloide, la serie de los mielocitos y polinucleares. Pero el bazo comparte este papel con los ganglios, de modo que la esplenectomía no perturba, sino muy poco, la producción de los leucocitos.

Circulación esplénica:—

El bazo constituye un receptáculo colocado en medio del sistema portal para templar las bruscas variaciones de la presión sanguínea en la circulación abdominal. Bancroft vió que, en las hemorragias, el bazo presenta contracciones enérgicas, que arrojan a la corriente circulatoria una buena cantidad de la sangre almacenada en el órgano, tratando así de remediar la vacuidad de los vasos y de realzar la presión.

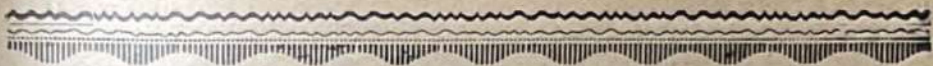
Lo mismo ocurre cuando hay amenazas de asfixia; el bazo moviliza los hematíes y los empuja en los vasos, produciendo una hiperglobulia útil en la lucha contra la asfixia (L. Binet).

Experimentalmente el bazo, en el cadáver, puede almacenar diez veces su peso de agua, antes de reventarse. En el vivo la repleción sanguínea del

bazo depende del nervio esplénico; la excitación de dicho nervio produce una retracción del bazo, cuya superficie se afloja y se arruga. La sección del nervio produce la congestión y dilatación del órgano. Muy probable que esta acción nerviosa intervenga en la congestión esplénica, en los síndromes de hipertensión portal.

(Continuará).





Del Dr. Ezequiel L. Osorio.

SERVICIO SANITARIO NACIONAL

Super omnia, salus.
Salus populi, suprema lex esto.

De la necesidad de crear un departamento de Higiene y Salubridad Nacionales.

¿Aducir razones en pro de la gran causa de la salud pública?—Eso equivaldría a intentar dar pruebas para establecer la verdad de un axioma. Postulado incontrovertible es, en efecto, el de que los pueblos necesitan imprescindiblemente, como obligación primordial, como razón de su propia existencia, como elemento esencial de capacidad vital, como primera arma de defensa en la lucha por la vida, como expresión de su instinto de propia conservación, organizarse convenientemente para la subsistencia de sus células constitutivas. Redundante sería, pues, apuntar aquí las razones por las que tenemos derecho a mantener nuestra salud, y, por consiguiente, nuestras actividades, base fisiológica sin la cual no se puede concebir la vida del organismo social.

La Naturaleza no da saltos; crea primero los organismos, luego las funciones vegetativas; por fin, las de la vida de relación. Las naciones son los organismos. Es preciso primero que éstos funcionen vegetativamente, es decir, que vivan; luego que recién se preparen para la vida de relación. *Primum vivere, deinde philosophare*. Todo esto es rudimental; casi no valía la pena de apuntarlo. Pero he aquí que las más rudimentales verdades o se olvidan o se menosprecian. Así es como Bolivia ha regulado las condiciones de desarrollo de la sociedad, ha legislado penalmente, ha redactado sus leyes y ha formado sus códigos, ha sentado las normas de sus relaciones internacionales, ha constituido sus instituciones democráticas, en fin, ha dado expansión a todas las manifestaciones de su psiquismo, sin haberse cuidado de establecer en primer término el fundamento natural de su existencia como organismo social.

Cuando se habla de higiene, de profilaxia, todo el mundo está acorde para conceder a este asunto la importancia que merece. Nadie hace objeciones; todos están convencidos. Es tal la fuerza de la convicción que se ha vuelto, dentro de nuestra mentalidad, un hábito inconsciente, una costumbre que hace inútil e inoficiosa toda conversación al respecto. Y, como todo lo que se admite irreflexivamente, con la mejor buena voluntad en teoría, se olvida o se descuida en su aplicación práctica, muy poco o nada se ha hecho por la salubridad pública.

La humanidad necesita ser severamente castigada por la Naturaleza para acordarse de cumplir sus más elementales deberes. Su inercia hace que piense en los medios preventivos cuando ya se encuentra al frente de una catástrofe inevitable.

Ocorre con las colectividades lo que pasa con

los individuos. Tal persona, que se encuentra con la salud en equilibrio inestable, pisando ya los linderos del terreno patológico, y que siente y se da perfecta cuenta del efecto nocivo que producen en su organismo ciertas sustancias cuyo uso podría evitar, se obstina en las dilaciones, en los plazos nuevos, y jamás recurre a la medida radical, hasta que el accidente grave o mortal estalla. Y entonces, ya es demasiado tarde o completamente inútil tomar cualquiera decisión.

Ya que la iniciativa privada, aun dentro de la más absoluta comprensión de su papel social, no se puede traducir en acción eficiente, es al Estado a quien toca tomar decisiones prontas para conservar el mayor de los capitales en estado de producir y sostener la vitalidad nacional: el capital humano.

Bolivia, que es el país más despoblado de la América entera, debe considerar como un precioso tesoro su escasa población, y no derrocharlo. Mientras el influjo de corrientes inmigratorias, creadoras de fuerzas y energías nuevas en servicio del progreso y del engrandecimiento nacionales, pueda hacerse sentir en nuestra patria, hay que saber aprovechar lo que ya es nuestro, lo que tenemos desde la fundación de la República y que no hemos sabido apreciar hasta ahora en lo que vale: nuestros dos millones y medio de población, que se mantiene estacionaria.

Países como Francia, cuya micronatalidad ocasiona el estacionamiento del crecimiento vegetativo de su población, se alarman y toman todas las providencias imaginables para combatir el mal; porque comprenden que un país que no aumenta de población es un país que se debilita, que retrocede y que se condena fatalmente a desaparecer del concierto político universal de las naciones.

¿Y nosotros? Nosotros, que vinimos a la vida

democrática hace más de cien años, ricos de territorio y pobres de gente, hemos perdido lo uno y vamos camino de perder miserablemente también lo otro.

Tenemos riquezas. Las pregonamos siempre. Pero ninguna riqueza es real sin el factor hombre. La minería agota la vitalidad de nuestros obreros, que además abandonan sus lares hacia la insalubre pampa salitrera, en éxodo interminable. La agricultura, cuya hora sonó ya, y a la cual deberíamos acogernos definitivamente si queremos ser dueños de nuestro porvenir, espera inútilmente el esfuerzo y la actividad de los bolivianos, porque no hay brazos que se le brinden. He ahí por qué los bolivianos somos mendigos dormidos sobre un lecho de oro.

El departamento de higiene y salubridad nacional sería justamente el encargado de salvaguardar la vida de los mineros, en primer lugar, porque el trabajo de las minas es la gran sangría a la vitalidad de la nación, mayor en todo caso que la que producen todas las otras causas juntas de morbilidad y mortalidad.

¿Por qué todas nuestras energías se agostan y aniquilan en la áspera lucha inclemente contra la sierra hostil y helada? Por la sugestión de encontrar la riqueza fácil del oro negro, por falta de energía, por carencia de espíritu emprendedor.

En occidente, en las cumbres de miles de metros, donde el aire rarefacto apenas permite respirar, centenares, millares de brazos son destruídos por el mal de mina, la terrible pneumoconiosis, que acecha cautelosamente al obrero en la labor cotidiana y que hace presa de su salud después de una corta época de trabajo asiduo. Jamás la fortuna, ni siquiera el mediano pasar para las pobres familias de los mineros. Ellas trabajan, ellas se sacrifican, enferman y mueren por los míseros jornales

que reciben para amasar los caudales fabulosos de tres o cuatro privilegiados. El capital humano declarado en quiebra ante el oro todo poderoso.

Para conservar, ya que no para aumentar nuestra población, es preciso alejar al obrero boliviano de esos antros mortíferos, que se tragan año por año lo mejor de la virilidad del país, y emplear a este sér útil e indispensable al progreso de Bolivia en el fomento de la colonización agrícola del oriente, para hacerlo nuestro, para evitar su desmembración, para explotar sus riquezas y para enriquecer al pueblo. La inmigración de cualquier raza debería ser buscada por los acaudalados propietarios, de las minas para que allí trabajen y se agoten en lugar de los ciudadanos de este país libre.

En el oriente está el bienestar, la vida fácil, la salud y el trabajo remunerador y fecundo; y con ellos la conquista del desierto y el engrandecimiento y la prosperidad de la patria. Con un servicio sanitario bien organizado, a cuya acción tutelar podamos recurrir siempre con éxito habremos realizado el ideal de mantener y acrecentar la población y, por consiguiente, mantener y acrecentar las fuerzas vivas del país.

En segundo término, y considerada ya la cuestión sanitaria desde un punto de vista general, universal, es de rigor hacer constar que es una obligación ineludible para el estado el encararla debidamente. El enfermo, como dice Duclaux, ha dejado de ser el *res sacra miser*, sobre el cual se agotaban en vano los recursos de la caridad. Se ha vuelto un ser temible por los millares de gérmenes de enfermedades que ha creado y esparce a su alrededor. Se tiene el deber de tratarlo humanamente porque padece y no es responsable o no lo es sino un poco del peligro que en él reside; pero se tiene el derecho de impedirle ser nocivo a la comunidad.

Acordes están todos, ya lo hemos dicho, para considerar como una necesidad primordial de nuestra organización nacional la institución de salubridad e higiene públicas. Más aún; hay verdadero interés en que se establezca ya con la mayor amplitud posible para que rinda los mejores frutos. El problema estriba actualmente en no juzgar con criterio arcaico esta institución nueva, formada a la sombra del nuevo concepto de la higiene social en el mundo civilizado. Todos los establecimientos hospitalarios, todos los asilos, sanatorios, etc., son considerados como establecimientos de caridad, de beneficencia. Lo son, en efecto, en cuanto al fundarlos ha sido el humanitarismo quien ha guiado a sus organizadores; pero el principio de la protección de la salud pública, bajo el aspecto social, es el que debe predominar en el criterio moderno, si se quiere realizar una obra de eficacia real y evidente.

Lo que interesa al Estado, representado por su institución protectora de la salud pública, es por un lado la enfermedad en sí misma, y por otro, y principalmente, el enfermo. Cuando éste guarda cama, pierde su tiempo, y vive de sus economías o a costa de la sociedad a que pertenece. Es una carga económica muchas veces, más también una ventaja social porque, estando encerrado, no puede diseminar los gérmenes morbosos de su mal. Caso contrario, si el enfermo no guarda cama y sigue trabajando, no cuesta dinero a la comunidad, pero en cambio propaga su enfermedad en la calle, en el taller o en los sitios públicos.

Reglamentar convenientemente, distribuir adecuadamente el trabajo en orden a salubridad social, haciendo una labor previsora o profiláctica y represiva o curativa, evitando el peligro social de la contaminación, creando los servicios necesarios para ello, he ahí la gran tarea de la institución de

salubridad e higiene nacionales cuya creación se hace inaplazable.

Lo que se se ha hecho en Bolivia hasta hoy en materia de sanidad.

Si recorremos desde antaño las disposiciones legales dictadas en Bolivia sobre asuntos de sanidad pública, encontraremos decretos y leyes sueltos, sin conexión alguna entre ellos, y con los cuales no se puede formar un cuerpo de doctrina homogéneo.

El Protomedicato ha sido la primera de las instituciones directoras de la organización profesional médica y encargada de intervenir en la vigilancia de la salubridad pública. Fué creado por decreto de 6 de abril de 1830 en forma provisional, habiendo desempeñado el grado de Protomédico el doctor José Cerdón y Labra, siendo examinadores los doctores Juan Nicoll y Pedro María Burnier de Fontaniel. La creación de esta institución respondió entonces a la necesidad social de evitar el curanderismo que infestaba el país y a la necesidad universitaria de comprobar mediante examen la competencia de los que aspiraban al título profesional.

Fuera de la cabeza, constituida por el Protomédico, existían las Tenencias del Protomedicato en todas las capitales de departamento, con las atribuciones de exigir dentro de cierto plazo el título o diploma profesional que acreditase como tal a todo médico, cirujano o farmacéutico residente dentro del territorio nacional. Los exámenes de fin de curso de los estudiantes de medicina debían recibirse por el Protomedicato. Los títulos profesionales eran conferidos por el tribunal del Protomedicato en el papel sellado correspondiente; el mismo tribunal conocía en los delitos o faltas

profesionales; visitaba las boticas; prohibía la venta de drogas al pormenor en lugares distintos de las farmacias; nombraba un escribano público como secretario; cobraba derechos fijados por arancel y por los exámenes las propinas siguientes: \$ 20 por los de cirujanos, \$ 25 por los de médico, y \$ 15 por los de farmacéutico. La sujeción estricta de los procedimientos judiciales y económicos a las pragmáticas no opuestas a las leyes nacionales y al decreto de erección, era la norma de sus actos.

Vino después la ley de 31 de octubre de 1833, reglamentada el 24 de enero de 1834, ampliando en el capítulo VIII las facultades concedidas al protomedicato en la siguiente forma: «Los médicos, cirujanos y farmacéuticos graduados en otras universidades y habilitados por otros protomedicatos, debían manifestar al de Bolivia los diplomas y títulos de su respectiva profesión, antes de usar de ella dentro del territorio de la República, debiendo darse el pase a los que fueren auténticos, previo examen». El Protomedicato y sus tenencias quedaron encargados de la conservación y propagación del fluido vacuno y la supervigilancia sobre los vacunadores. Además, la alta dirección de la higiene pública quedaba encomendada a los protomedicatos.

Desde abril de 1830 funcionó el Protomedicato en la ciudad de La Paz hasta el 22 de agosto de 1843, en que se dió un nuevo reglamento y se implantó su residencia en la capital de la República, donde funcionó hasta 1850, en que el titular, doctor Manuel Ascencio Cuéllar, fué suspendido de su cargo por enemistades de origen político por el en aquel entonces Presidente de la República, don Manuel Isidoro Belzu. El país se vió privado de esta útil institución hasta 1859, año en que el Dictador Linares lo restituyó en su

puesto. El 31 de diciembre de 1866 cesó el doctor Cuéllar, y el 67 ingresó a desempeñar las mismas funciones el Dr. Manuel María Raimundo Núñez; el 71 fué designado el Dr. Haigharth, quien no aceptó, habiendo quedado acéfalo el tribunal del Protomedicato, hasta 1882, en que la tenencia de Chuquisaca pidió fuera restablecido, cosa que no se pudo llevar a efecto por los informes desfavorables de las otras tenencias y por el espíritu descentralizador que reinaba y que inspiraba nuestra organización de ese tiempo y aun de ahora mismo.

En 1892 se suspendieron las tenencias y se fundó una nueva institución: la de los tribunales médicos.

Antes de pasar adelante, y aunque el recuerdo que vamos a hacer no revista importancia médica, es preciso anotar que el 9 de febrero de 1828 un reglamento dictado por el Gobierno estableció Juntas de Sanidad Pública encargadas de atender los hospitales, la salubridad y la conservación y propagación de la vacuna. Estas juntas eran de carácter religioso, y formadas por eclesiásticos. No dieron ningún resultado. A pesar de todo, fueron restablecidas en 1840 (ley del 5 de noviembre), quedando las municipalidades encargadas de su formación, bajo la Presidencia de un miembro del Concejo. En 1845 (25 de enero) se organizaron juntas de Propietarios en las que se refundieron las Sanidad; las cuales a su vez se asociaron en muchas ocasiones al Protomedicato y a sus tenencias. En 1858 se fusionaron con las municipalidades. En enero de 1865 se restablecieron las juntas de sanidad, menos en Sucre donde se le dió las mismas facultades por orden suprema de 18 de marzo de ese año a la Sociedad Humanitaria de San Vicente de Paul.

Siempre fruto de la tendencia descentralizado-

ra de la administración pública, de la que ya hemos hecho mérito anteriormente, fué la creación de los tribunales médicos en todos los departamentos, sin una cabeza dirigente. La ley de 4 de diciembre de 1893 les dió consistencia. Su objeto y fines eran entender con todo lo que se refiere al ejercicio de la medicina y la farmacia en todos sus ramos. Desde el mencionado año hasta 1907 (ley de 5 de diciembre) los tribunales médicos de la República desempeñaron casi siempre a satisfacción general sus funciones de autoridades profesionales y de examinadores de alumnos y médicos.

En 1908 fué creada la Dirección General de Sanidad Pública y las jefaturas departamentales. Fué contratado como director de este nuevo servicio un médico alemán del Instituto Koch, de Berlín, el doctor Treutlein; luego lo sustituyó un boliviano, el doctor Manuel Cuéllar.

La Ley General de Sanidad Pública está concebida en los siguientes términos:

ISMAEL MONTES

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Por cuanto el Congreso Nacional ha sancionado la siguiente Ley.

EL CONGRESO NACIONAL

DECRETA:

Apruébase el proyecto de ley sobre sanidad pública, con las ediciones y modificaciones anotadas, en la forma siguiente:

Ley General de Sanidad Pública

ISMAEL MONTES

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Por cuanto el Congreso Nacional ha sancionado la siguiente ley:

EL CONGRESO NACIONAL

Decreta:

Apruébase el proyecto de ley sobre Sanidad Pública, con las adiciones y modificaciones anotadas, en la forma siguiente:

Ley General de Sanidad Pública

Artículo 1º.—Créase una Oficina Nacional, dependiente directamente del Gobierno, denominada «Dirección General de Sanidad Pública», que tendrá a su cargo la superintendencia de los servicios nacionales de higiene, salubridad y asistencia pública; y que será desempeñada por un médico, con el título de Director General, y el número suficiente de empleados; teniendo por principales atribuciones las siguientes:

I. Velar por todo cuanto se refiere a la sanidad pública en general del país, y a la defensa nacional contra la importación de enfermedades exóticas y contra las endemoepidemias y enfermedades transmisibles o evitables.

II Entender en todo lo que se relaciona con el ejercicio legal de la medicina y de la farmacia, en todos sus ramos.

III. Formular los reglamentos sanitarios y administrativos que sean precisos.

IV. Informar ante el Ministerio de Gobierno, en todo lo relativo a asuntos de sanidad e higiene y ante el de Instrucción, en lo referente al ejercicio de la medicina y de la farmacia, en todos sus ramos.

V. Promover la vulgarización de los conocimientos higiénicos, mediante publicaciones, conferencias, exposiciones, etc.

VI. Comunicar a los Médicos de Sanidad departamentales y provinciales, todas las instrucciones que fueren indispensables para el mejor cumplimiento de sus funciones.

VII. Vigilar y propender a la propagación de la vacunación y revacunación contra la viruela.

VIII. Dictar todas las prescripciones profilácticas que se hiciesen necesarias y combatir, de un modo especial, la propagación del alcoholismo.

IX. Velar por la higiene urbana general, por la de los establecimientos de instrucción; de las oficinas industriales; de las iglesias, teatros, mercados, hoteles, posadas, casas de tolerancia y demás lugares de reuniones públicas; de las cárceles, hospitales, mataderos, establecimientos sanitarios, cementerios, etc.

X. Hacer prácticas las medidas que dictare sobre policía sanitaria en general; y especialmente en los puestos, radas y embarcaciones; en los ferrocarriles, mensajerías y demás medios de transporte.

XI. Suministrar las bases de los Convenios Sanitarios que hayan de celebrarse con las naciones extranjeras.

XII. Proveer al estudio de las condiciones sanitarias del país, a fin de determinar zonas insalubres y las obras y medidas de saneamiento que fuese necesario ejecutar; a la organización de la estadística sanitaria; al estudio de la demografía y climatología médicas; de las aguas potables, termales y minerales, etc.

XIII. Establecer cuando fuere preciso, inspecciones de higiene general o especial y de profilaxis.

XIV. Auxiliar a las Municipalidades en combatir las enfermedades infecciosas que aparecieran en el territorio de su jurisdicción; y tomar a su cargo los servicios de profilaxis y de desinfección pública, cuando la difusión de la epidemia amenaza convertirse o se convierta en un peligro general; y—

XV. Elevar, anualmente, al Ministerio res-

pectivo, un INFORME sobre el Servicio de Sanidad en toda la República, teniendo en vista los informes de los funcionarios de su dependencia y proponiendo todas las reformas y medidas que juzgue convenientes.

Artículo 2º.—Se crea en la capital de cada departamento, un funcionario especial rentado, que se denominará «Director de Sanidad del Departamento»; y, en la capital de cada provincia, un «Médico de Sanidad», igualmente rentado; siendo sus principales atribuciones las siguientes:

I. Velar por la sanidad pública en general del departamento o provincia de su jurisdicción, respectivamente.

II. Cuidar de que la medicina y la farmacia, en todos sus ramos, no sean ejercidas por personas que careciesen de título legal.

III. Visitar, periódicamente, las boticas y vigilar su correcto y legal funcionamiento.

IV. Cumplir y hacer cumplir todas las instrucciones que recibiesen de la Dirección General de Sanidad Pública o de la Dirección Departamental, en su caso.

V. Los médicos de sanidad provinciales ejercerán, además, las funciones de MÉDICOS FORENSES, sin remuneración alguna, siempre que sea a requerimiento de autoridad competente; y gozando de un viático diario de DIEZ BOLIVIANOS cuando tuvieren que ausentarse a más de una legua de los límites urbanos de la capital en que residen; y

VI. Los médicos de sanidad provinciales ejercerán también las funciones de MÉDICOS TITULARES en su respectiva circunscripción.

Artículo 3º.—El nombramiento de estos funcionarios públicos se hará por el Poder Ejecutivo, eligiéndolos de entre las nóminas respectivas que le eleven los cuerpos médicos residentes en las capitales de departamento: en esta forma:

a). Para elegir al Director General de Sanidad Pública, demandará al cuerpo médico de cada capital de departamento, la designación del nombre de UN SOLO FACULTATIVO, debiendo hacer la selección del conjunto de estas indicaciones, o de la mayoría de ellas, si alguno o algunos de dichos cuerpos omitieren la remisión oportuna de la que les corresponda; y

b). Cuando se trate de nombrar Médicos de Sanidad departamentales o provinciales, solicitará la terna o ternas correspondientes al cuerpo médico de la capital de departamento, en cuya jurisdicción deban funcionar él o los que se designen para ocupar esos cargos.

Artículo 4º.—Los Directores de Sanidad departamentales están subordinados inmediata y directamente, a la Dirección General; y los Médicos de Sanidad provinciales, al Director del Departamento, en cuya circunscripción territorial presten sus servicios.

Artículo 5º.—Para el mejor cumplimiento de las medidas sanitarias que se dictaren, los jefes de sanidad podrán requerir el auxilio de la fuerza pública, con cargo de cuenta y responsabilidad ante sus superiores.

Artículo 6º.—La Dirección General de Sanidad Pública podrá establecer, en sus ordenanzas sanitarias, multas que no excedan de CINCUENTA BOLIVIANOS, pudiendo doblarse en caso de reincidencia; con la facultad de percibir y destinar su importe para las diversas necesidades del servicio, con cargo de cuenta al Supremo Gobierno.

Artículo 7º.—Quedan derogadas la Ley de 4 de diciembre de 1893, que creó y organizó los Tribunales Médicos en la República y todas las demás disposiciones que le sean referentes.

Artículo 8º.—En los presupuestos respectivos para cada gestión económica, se consignarán las

partidas necesarias para el Servicio de Sanidad, desde el próximo año de 1907.

Artículo 9º.—El Poder Ejecutivo reglamentará esta Ley.

Comuníquese al Poder Ejecutivo para los fines constitucionales.

Sala de sesiones del H. Congreso Nacional.—
La Paz, 28 de noviembre de 1907.

VALENTIN ABECIA.—R. VILLALOBOS.—*José Carrasco*,—S. S.—*E. González Duarte*.—D. S.—*E. Careaga Lanza*.—D. S.

Por tanto: la promulgo para que se tenga y cumpla como ley de la República.

La Paz, a 5 de diciembre de 1907.

ISMAEL MONTES.—*Aníbal Capriles*.—*J. M. Saracho*.

La reglamentación de la ley anterior es de 7 de mayo de 1908, es la siguiente:

REGLAMENTO

DE LA

Dirección General de Sanidad Pública

ISMAEL MONTES,

Presidente Constitucional de la República,

En ejercicio de la facultad conferida por el art. 9º. de la Ley General de Sanidad Pública, de 5 de diciembre de 1907.

DECRETO:

Capítulo 1º

Artículo 1º.—Créase una oficina nacional dependiente directamente del Gobierno, denominada «Dirección General de Sanidad Pública» y que tendrá a su cargo la superintendencia de los servicios nacionales de higiene, salubridad y

asistencia pública; que será desempeñada por un médico con el título de Director General, y el número suficiente de empleados; teniendo por principales atribuciones las siguientes:

I. Velar por todo cuanto se refiere a la sanidad pública en general y a la defensa nacional contra la importación de enfermedades exóticas y contra las endemoepidemias y enfermedades transmisibles o evitables.

II. Entender en todo lo que se relaciona con el ejercicio legal de la medicina y de la farmacia en todos sus ramos.

III. Formular los reglamentos sanitarios y administrativos que sean precisos.

IV. Informar ante el Ministerio de Gobierno, en todo lo relativo a asuntos de sanidad e higiene; y ante el de Instrucción, en lo referente al ejercicio de la medicina y de la farmacia en todos sus ramos trimestralmente o antes en casos de urgencia.

V. Promover la vulgarización de los conocimientos higiénicos, mediante publicaciones, conferencias, exposiciones, etc.

VI. Comunicar a los médicos de Sanidad departamentales y provinciales, todas las instrucciones que fueren indispensables para el mejor cumplimiento de sus funciones.

VII. Vigilar y propender a la propagación de la vacunación y revacunación contra la viruela.

VIII. Dictar todas las prescripciones profilácticas que se hicieren necesarias y combatir de un modo especial, la propagación del alcoholismo.

IX. Velar por la higiene urbana general; por la de los establecimientos de instrucción; de las oficinas industriales, de las iglesias, teatros, mercados, hoteles, posadas, casas de tolerancia y demás lugares de reuniones públicas; de las cárceles, hospitales, mataderos, establecimientos sanitarios, cementerios, etc.

X. Hacer prácticas las medidas que dictare sobre policía sanitaria en general; y especialmente en los puertos, radas y embarcaciones; en los ferrocarriles, mensajerías y demás medios de transporte.

XI. Suministrar las bases de los Convenios Sanitarios que hayan de celebrarse con las naciones extranjeras.

XII. Proveer al estudio de las condiciones sanitarias del país, a fin de determinar las zonas insalubres y las obras y medidas de saneamiento que fuese necesario ejecutar, a la organización de la estadística sanitaria; al es-

tudio de la demografía y climatología médicas; de las aguas potables, termales y minerales, etc.

XIII. Establecer, cuando fuere preciso inspecciones de higiene general o especial y de profilaxis.

XIV. Auxiliar a las Municipalidades en combatir las enfermedades infecciosas que aparecieran en el territorio de su jurisdicción y tomar a su cargo los servicios de profilaxis y de desinfección pública, cuando la difusión de la epidemia amenace convertirse o se convierta en un peligro general.

XV. Elevar anualmente al Ministerio respectivo, un informe sobre el Servicio de Sanidad en toda la República, teniendo en vista los informes de los funcionarios de su dependencia y proponiendo todas las reformas y medidas que juzgue convenientes.

XVI. Proponer ante las autoridades respectivas los medios de combatir el alcoholismo; y

XVII. Publicar mensualmente su boletín demográfico.

Capítulo 2º

Artículo 2º.—Las obligaciones generales de los médicos Directores Departamentales, Provinciales y Seccionales serán:

a). Vigilar y reclamar el cumplimiento de la Ley de Sanidad Pública, las ordenanzas, decretos, reglamentos y órdenes superiores vigentes, relativas a todos los ramos de Sanidad, especialmente a las que comprenden el ejercicio de las profesiones médicas y farmacéuticas, a la elaboración, aplicación o venta de las sustancias medicamentosas o venenosas que puedan usarse en Medicina, en los términos y por los medios señalados en las disposiciones legislativas, gubernativas y de la Dirección General de Sanidad Pública, o del modo que en casos determinados prescribiere el Supremo Gobierno.

b). Velar porque ninguna persona ejerza sin título legal, el todo o parte del arte de curar, excepto en casos de grave y urgente necesidad o en aquellos lugares en que no existiese médico sin título alguno.

c). Cuidar de que los médicos y farmacéuticos se limiten al ejercicio de sus propias facultades o profesiones sin confundir la profesión del médico con la del farmacéutico o viceversa.

d). Examinar el título de los médicos y demás profesionales que tratasen de ejercer el arte de curar dentro de su distrito, o invalidar los sellos y firmas de los títulos de

facultativos que fallecieren para devolverlos a la familia de los extintos, si así lo solicitan.

e). Elevar a los Prefectos, Subprefectos y Municipalidades de sus distritos cuantas reclamaciones creyesen necesarias, para llevar a efecto el cumplimiento de la Ley de Sanidad Pública y de las disposiciones gubernativas referentes a faltas y contravenciones al ejercicio de las profesiones médicas como a la observancia de los principios generales de higiene pública y demás ramos de sanidad.

f). Cada Médico Director Departamental, Provincial o Seccional, llevará un Libro, en el que se anotarán los nombres de los médicos que en su distrito ejerciesen o tratasen de ejercer su profesión permanente, indefinida o temporalmente, anotando a los fallecidos y a los que trasladasen su domicilio a otro distrito; remitiendo en doble oficio semestralmente tanto al Prefecto o Subprefecto de su jurisdicción como al Director General de Sanidad Pública, en lista, la copia de su libro de anotaciones; debiendo hacerlo los médicos provinciales o seccionales por intermedio de sus respectivos jefes superiores.

g). Desempeñar los encargos o comisiones que les encomendasen sus respectivos jefes, o los representantes del Poder Ejecutivo, dentro de la esfera de sus atribuciones u obligaciones.

h). Llevar los registros que sean precisos para hacer oportunamente y con exactitud las listas y notas de que habla el artículo 1º, inciso f.

i). Es obligación de los médicos Directores de Sanidad Departamental, Provincial o Seccional, la vigilancia e inspección de los médicos, oculistas, dentistas, comadrones, parteras y de todos aquellos que ejercitan el todo o parte del arte de curar, para los efectos de los incisos anteriores.

Artículo 3º.—Cada Jefe de Sanidad Departamental, Provincial o Seccional, tendrá como norma de su deber, ser el primero en dar ejemplo a los médicos de su dependencia en el estricto cumplimiento de su profesión, y a la que en particular le ha señalado la confianza de sus colegas de distrito y la del Jefe Supremo de la Nación respecto de sus obligaciones generales expresadas en el artículo 1º, a las que se impusieren en el futuro, impetrando en caso necesario el auxilio de la autoridad competente.

Artículo 4º.—Los Jefes de Sanidad Departamental, Provincial o Seccional están obligados a transmitir semanalmente a sus superiores inmediatos una información detallada de las enfermedades que se presenten en sus respectivos distritos, clasificando sus caracteres esporádicos, endémicos o

epidémicos y las formas de relativa benignidad o gravedad en que se hubiesen producido, pudiendo solicitar de los médicos de su jurisdicción los datos que crean más convenientes para cumplir este cometido.

Dichas informaciones que comprenderán las medidas necesarias que se hubiesen dictado por cada Jefe de Sanidad, se elevarán gradualmente hasta la Dirección General, teniéndose entendido que el Director Departamental en cuya capital resida aquella superioridad lo hará diariamente.

Artículo 5º.—Si los jefes superiores de Sanidad o las autoridades nacionales solicitaren a los médicos departamentales, provinciales o seccionales informes u otros datos de orden sanitario, con relación a su profesión, los expedirán en el término más breve que les fuese posible.

Artículo 6º.—La vacunación y revacunación serán atendidas y fomentadas con especial cuidado por los respectivos jefes de Sanidad, debiendo pasar semestralmente iguales informaciones del estado en que se encuentren con las observaciones que creyeran convenientes.

Artículo 7º.—Corresponde en general a todos los médicos de la Sanidad Pública, hacer la vigilancia e inspección, el mes de diciembre de cada año, de las farmacias de su respectivo distrito, para todo lo indicado en el artículo 1º de este reglamento, con respecto a los farmacéuticos, drogeros y demás personas que comercian, elaboran o suministran sustancias medicamentosas o venenosas, debiendo, acompañarse, en este acto, de un miembro de la municipalidad respectiva y del químico municipal, si lo hubiere, para hacer un estudio del mal o buen estado de las sustancias que ellos expenden, y dando parte a su jefe respectivo, como a los Prefectos o Subprefectos de su distrito y a las corporaciones municipales, si aquellos establecimientos responden o no a las indicaciones que exige el arte de curar.

Artículo 8º.—Deberán también visitar acompañados de las personas de que habla el artículo anterior, las boticas que habiendo existido anteriormente, hayan cerrado su servicio público por más de tres meses, y que tratasen nuevamente de reabrirlo, o de aquellas de nueva creación, sujetándose en dichas visitas a los efectos del artículo 7º.

Artículo 9º.—Deberán además, inspeccionar solos, las boticas, en uno de los últimos tres días de cada mes, para confrontar las recetas que en cada una de ellas se hubieren despachado mensualmente, con el libro diario copiador de los propietarios, recabando de antemano con el nombre y rúbrica del jefe técnico, la lista de las recetas que hubieren de confrontarse con dicho libro; cuidando de que

en ella figure a la vez, el precio por el que se despachó cada receta, a objeto de vigilar los abusos que pudiesen cometerse con el público o de cualquier contraseña que indicase inteligencia entre médico y farmacéutico y si la botica visitada está servida por persona idónea y con título.

Artículo 10º.—Darán cuenta por los medios fijados en el artículo 1º, inciso f, de las epizootias que apareciesen en sus respectivos distritos, pudiendo en este caso auxiliarse de los veterinarios, obteniendo los datos que les fuesen necesarios, para llenar debidamente su cometido.

Artículo 11º.—Cada médico de la Sanidad Pública está obligado a llevar una lista con las respectivas anotaciones, en el libro de que habla el artículo 1º, inciso f, de los empíricos o intrusos en la medicina, que sin título legal quisieren ejercer el arte de curar, o vender y suministrar sustancias medicamentosas o venenosas, salvo la urgencia a que se refiere el artículo 1º, inciso b, con el objeto de denunciar estos casos ante el ministerio público.

Artículo 12º.—Siempre que los Directores Departamentales, Provinciales o Seccionales, para dar cumplimiento a la ley de sanidad y a todas las disposiciones de este reglamento hagan reclamación para el apercibimiento o castigo de cualquier infracción, intrusión o contravención a las disposiciones ya citadas, procurarán que contengan todas las pruebas necesarias, para dar luz a la autoridad que juzgue a aquellas.

Artículo 13º.—Los médicos, jefes de Sanidad Provincial o Seccional, harán además las funciones de médicos forenses, conforme a la Ley de Sanidad de 5 de diciembre de 1906, artículo 3º, inciso 5º, y a la reformatoria de 25 de octubre de 1907, reglamentada por el Supremo Gobierno en 26 de febrero de 1908.

Artículo 14º.—Ningún Jefe de Sanidad Departamental, Provincial o Seccional en tiempo de perfecta calma sanitaria, podrá dejar de hecho su puesto temporal o indefinidamente, sin anunciarlo antes a su superior inmediato o en su caso al Prefecto o Subprefecto de su respectivo distrito, para que estos designen provisionalmente a la persona que deba sustituirlos, mientras el Supremo Gobierno haga el nombramiento respectivo conforme a ley. La contravención será castigada conforme al Código Penal.

Artículo 15º.—Si estando amenazada la salud pública por enfermedades infecciosas o exóticas, con declaración expresa de la Dirección General o de las Direcciones Departamentales, cualquier empleado técnico de la Sanidad Nacional solicitase licencia o quisiere negarse, sin causa justificada,

al lleno de sus inmediatos e ineludibles deberes, quedará separado de su cargo sin trámite alguno y suspenso por el término de dos años del ejercicio de su profesión, salvo la facultad de prestar servicios gratuitos en tiempo epidémico.

Artículo 16º.—Podrá aceptarse licencia o excusa, en el caso previsto por el artículo anterior por causa de enfermedad comprobada y atestiguada por un médico de la parte interesada y confirmada esta última por uno o dos facultativos que eligiese en las capitales el Prefecto y el Subprefecto en las Provincias o empíricos en caso de urgencia, designados por la autoridad a falta de aquellos.

Artículo 17º.—Podrán rehabilitarse los que hayan sido separados de sus puestos, para obtener nuevamente cargos en la administración de Sanidad Pública, siempre que, después de transcurridos dos años desde la fecha en que sea confirmado por la Dirección General la separación referida, hayan prestado servicios gratuitos en tiempo epidémico.

Artículo 18º.—Siempre que los Directores Departamentales, Provinciales o Seccionales incurrieren en alguna falta contra sus deberes peculiares, comprobada que sea, serán penados por sus superiores inmediatos o por los prefectos o subprefectos respectivamente, con la suspensión de sus puestos de ocho a quince días, si la falta es leve y la de uno a tres meses si ella es grave, debiendo darse inmediata cuenta a la autoridad sanitaria respectiva.

Durante este intervalo de separación temporal, serán sustituidos por personas que dichas autoridades designen interinamente.

Artículo 19º.—En caso de que se produjesen denuncias contra los funcionarios sanitarios, por negligencia, conducta inmoral o infracción de las disposiciones de este Reglamento, las autoridades políticas o municipales tramitarán el proceso respectivo para elevarlo ante las autoridades sanitarias inmediatas, a fin de que estas lo remitan a conocimiento de la Dirección General; todo sin perjuicio de vía criminal que, en su caso pudiera intentarse.

Artículo 20º.—Para los efectos del artículo anterior el Director General, de acuerdo con el Secretario de esta repartición pronunciará su veredicto, separando temporal o definitivamente al funcionario denunciado previa audiencia de éste.

Artículo 21º.—No se puede obligar a ningún médico de la Sanidad Pública, a prestar otros servicios profesionales, que los consignados en este Reglamento.

Artículo 22º.—Los médicos directores de Sanidad Depar-

tamental, Provincial o Seccional, no tienen jurisdicción ni obligación alguna fuera de su distrito, salvo el caso en que las fronteras de dos Departamentos limítrofes se hallen amenazadas a la vez, en cuyo caso se trasladarán dos o más directores, con orden superior al punto infectado o que amenace infectarse, tomando de acuerdo, las medidas oportunas a su cometido, bajo de responsabilidad.

Artículo 23º.—Los médicos Departamentales tienen la obligación todos los días, de recibir en consulta médica en su domicilio, de 1 a 3 p. m., a todos los enfermos pobres, previa presentación del certificado de pobreza, expedido por el Cura de la Parroquia, Presidente de la Municipalidad, Intendente de Policía o de los directores médicos de su distrito; y si los enfermos pobres son extranjeros, requiriendo certificados de sus ministros o cónsules respectivos, siendo estos últimos válidos solamente por el plazo de 8 días mientras puedan obtener el de las autoridades nacionales indicadas en este artículo.

Artículo 24º.—Los Médicos de Sanidad Provincial, a parte de las horas de trabajo señaladas, para los iguales Departamentales, con los certificados de que habla el artículo anterior o con los del Subprefecto de su respectiva provincia, tienen también la obligación de visitar en sus domicilios a los enfermos pobres que soliciten su asistencia, cuidando en lo posible de que las recetas se formulen para productos farmacéuticos y no específicos.

Artículo 25º.—Los Médicos de Sanidad Pública Departamental, Provincial o Seccional, en las horas de consulta de que hablan los artículos 22 y 23, tienen la obligación de vacunar y revacunar a los niños u otras personas que lo precisen, expidiendo el correspondiente certificado si ha habido éxito.

Artículo 26º.—Es obligación de los médicos Sanitarios Departamentales, conseguir cada sesenta días el fluido vacuno preciso, del «Instituto Médico Sucre», para proveer de él a los Sanitarios provinciales, debiendo remitirlos oficialmente a las localidades respectivas.

Artículo 27º.—Para conocer la Demografía de la administración sanitaria de la República y hacer efectiva la mente de los artículos 22, 23 y 24 de este Reglamento, anotarán en libro especial a todas las personas enfermas o vacunadas por ellos, que hayan pasado en asistencia por su consultorio o fuera de él, indicando el nombre, edad, estado, profesión, domicilio, departamento, nacionalidad, enfermedad y tratamiento.

Artículo 28º.—Respectivamente, todo médico de Sanidad en su distrito, pasará un parte diario al Prefecto o

Subprefecto, dándole conocimiento con el detalle de que habla el artículo anterior, de todas las personas enfermas o vacunadas que hayan pasado por su asistencia médica. Este mismo parte lo elevará semanalmente, en iguales términos, a sus jefes sanitarios superiores, para que éstos, a su vez, conjuntamente con los correspondientes a su distrito, los remitan a la Dirección General, lo hará diariamente.

Artículo 29º.—Las recetas expedidas por los médicos sanitarios, en beneficio de los pobres, que lleven el certificado respectivo, serán despachadas gratuitamente por las boticas o farmacias municipales que gocen de subvención de los Tesoros Nacional o Departamental.

Artículo 30º.—Son obligaciones de los médicos de Sanidad: dar certificados de vacunación, visitar una vez por mes o más si lo creen conveniente, las escuelas fiscales o municipales, colegios nacionales, templos, cementerios, lazaretos, casas de tolerancia, hoteles, cuarteles del ejército y establecimientos industriales particulares o públicos, especialmente aquellos que puedan tener carácter insalubre o peligroso, cuidando de la sanidad e higiene de estos establecimientos y del cumplimiento de los deberes de los médicos o personas que los dirigen, dando parte, si es preciso a las autoridades respectivas, y pudiendo hacer uso, en caso necesario, de la fuerza pública, para llevar a efecto las determinaciones que se hayan tomado.

Artículo 31º.—Siempre que el Director General de Sanidad Pública ordenase trasladarse a los Directores Departamentales o estos últimos a los Provinciales, fuera del asiento de sus respectivas residencias, para combatir o tomar medidas sanitarias contra enfermedades infecciosas o exóticas, los médicos de Sanidad Departamental, además de su respectivo sueldo ganarán diez bolivianos por cada día de ausencia y dos bolivianos por cada legua de camino, los médicos Sanitarios de provincias o seccionales y los practicantes de medicina de la misma repartición técnica sanitaria, percibirán cinco bolivianos por día y un boliviano por legua.

Artículo 32º.—Para los efectos del artículo anterior, ningún médico de sanidad podrá residir en el punto al que fuere en comisión más de diez días, fijándose para los contraventores la suspensión de sus haberes por el tiempo excedente, salvo que su respectivo director le ordenase lo contrario, prolongando su permanencia en servicio público.

Artículo 33º.—Ninguna autoridad pública podrá obligar a otros médicos, que no ejerzan puestos técnicos dentro de la administración sanitaria, a actuar como

tales, excepto el caso de notoria urgencia o cuando ellos se presten voluntariamente a concurrir con sus servicios.

En estos casos serán remunerados los médicos concurrentes conforme al contrato que hubiesen estipulado previamente, con las autoridades que hayan solicitado sus servicios.

Artículo 34º.—En orden gerárquico, todos los médicos de Sanidad deben obligar a sus inferiores al cumplimiento de sus deberes, pudiendo también amonestarlos, calificar sus faltas, elevar quejas, organizar las denuncias con el trámite que exige este Reglamento en su artículo 18 y remitirlas a la autoridad que deba juzgarlos, escuchando antes la defensa del médico denunciado, y dando en los obrados pertinentes todos los detalles de la acusación de que fuesen objeto.

Artículo 35º.—Cuando por cualquier causal cesase en vida en sus funciones un médico de Sanidad, los Prefectos en las capitales departamentales y los Suprefectos en las provincias harán tomar inventario con el que deba sustituirlos provisoriamente, del archibo y papeles del cesante, inventario del cual se sacarán dos copias firmadas por ambos funcionarios, a fin de que una quede en el archibo oficial y la otra sirva de resguardo al cesante.

Artículo 36º.—En caso de muerte de un médico de Sanidad, del inventario de que habla el artículo anterior tendrán una copia el Prefecto o Subprefecto y otra el sustituto para el archibo; si no hay sustituto oportunamente, recogerá el archibo bajo su responsabilidad el Prefecto o Subprefecto, a presencia del Presidente de la Municipalidad y dos testigos de actuación, quedándose una copia del inventario en el archibo y otra en el poder del Presidente de la Municipalidad.

Artículo 37º.—En caso de que el Director General de la Sanidad Pública, cesase temporal o indefinidamente en sus funciones, hará sus veces el médico Secretario de la Dirección, mientras el Supremo Gobierno indique al que deba sustituirlo.

Artículo 38º.—Para ser Secretario General o Director Departamental de la Sanidad Pública, es preciso gozar de crédito profesional y haber tenido seis años de práctica desde la fecha en que hubiese obtenido el título de médico.

Artículo 39º.—Para ser Director Provincial o Seccional, se requieren dos años de ejercicio profesional, pudiendo en el caso de falta de profesionales titulados, ser elegido un estudiante del último año de la facultad.

Artículo 40º.—Los Prefectos o Subprefectos ejercerán toda vigilancia sobre el servicio facultativo a que están obligados los médicos de Sanidad en sus respectivas instituciones, incitándoies al cumplimiento de sus deberes.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Gobierno y Fomento queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente decreto.

Dado en el Palacio de Gobierno de esta ciudad, a los siete días del mes de mayo de 1908 años.

ISMAEL MONTES.

Aníbal Capriles.

Como se ve por la lectura de estos dos importantes documentos, hace veinte años ya se dieron los pasos necesarios para modernizar nuestra arcaica situación sanitaria; pero dificultades mínimas, escollos de poca importancia, roces que naturalmente debían producirse entre las ruedas del nuevo engranaje administrativo, llevaron el desaliento a las esferas oficiales y en 1912 quedaron otra vez restablecidos los tribunales médicos y en la misma situación la República en orden a salubridad.

En 1915, el Congreso se ocupa otra vez en la discusión de temas de sanidad e higiene, y otra vez se decreta el derrumbe de los tribunales médicos; para reemplazarlos con una legislación trunca de sanidad pública, creando las asistencias departamentales en noviembre de ese año, asistencias que en realidad no son más que puestos de socorro para accidentados, instituciones de carácter local y que en realidad nada tienen que ver con el objeto de la creación de la ley de sanidad pública, que era de grandes proyecciones y de verdadera utilidad general.

Desde entonces, ya van para doce años, estamos en peor situación que nunca. No hay auto-

ridad profesional; no hay autoridad sanitaria. Es una verdadera vergüenza nacional. Sin exageración podemos decir que Bolivia en 1928, está en peores condiciones de organización sanitaria que Bolivia en 1828. Y decimos que hemos progresado!...

Hace poco ha presentado el Ejecutivo a las Cámaras un proyecto para la creación del Ministerio de Higiene y Salud Públicas, o Departamento de estos ramos. Todavía no ha sido resuelta la proposición.

He ahí, en resumen, cuanto tenemos hecho en Bolivia hasta ahora en esta importantísima y vital cuestión de la salubridad nacional.

COMO DEBE PROCEDERSE

Antes de legislar administrativamente, hay que legislar económicamente en sanidad pública; de otro modo, es perder tiempo legislar aunque sea de la manera más práctica y más brillante.

Es indispensable crear los recursos con que ha de desenvolverse este ramo.

Estas rentas se formarían:

- A) Por una subvención del Tesoro Nacional.
- B) Por las de los Tesoros Departamentales.
- C) Por las de los Tesoros Municipales.
- D) Por el producto de una Lotería Nacional de Salubridad y Beneficencia, que habría que fundar con carácter nacional, distribuyéndose equitativa y proporcionalmente en todos los distritos de la nación.

E) Por las entradas provenientes de un impuesto sanitario especial, pagadero en timbres o

bajo otra forma, al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos.

F) Por las multas a las faltas de higiene y las contravenciones a los reglamentos sanitarios.

G) Por los impuestos al juego y a los espectáculos públicos.

H) Por los productos de tómbolas, kermesses y fiestas de beneficencia.

Formado con estos recursos el presupuesto especial de salubridad e higiene públicas, comenzaría paulatina y progresivamente la adquisición de material y útiles destinados a este fin. Hasta entonces, no habría más que erigir la dirección general de sanidad, promulgando la ley respectiva, que sería reglamentada en sus más mínimos detalles por aquélla.

Se ha hablado mucho en Bolivia de un Código Sanitario, como base de desenvolvimiento de la sanidad pública. Creemos sinceramente que no es la legislación la que nos hace falta en Bolivia, en este país que ha sido el primero en América en proclamar la ley de la enseñanza gratuita y obligatoria, sin haberla cumplido hasta hoy; en este país donde ya van a ser treinta años que se sancionó y promulgó la ley de la vacunación y revacunación obligatoria, y que ofrece todavía y con frecuencia casos de variolosis por falta de vacunación. Tenemos legislación sobrada; pecamos por exceso de legislación en todo orden. Pero no son las leyes escritas e incumplidas por imposibilidad material, las que han de resolver problema alguno ni salvar ninguna situación.

El Código Sanitario sería la resultante de todas las actividades de la institución de salubridad pública. Conforme lo permitan los recursos de que pueda disponer el país, las necesidades permanentes y momentáneas, el personal y el mate-

rial de que se disponga, se irían dictando una serie de medidas que podrían ser catalogadas con el nombre de código, de legislación sanitaria, o cualquier otro por el estilo, para satisfacer el anhelo de legislación sanitaria, o cualquier otro por el estilo, para satisfacer el anhelo de aquellos que creen que la letra muerta tiene más valor que el cumplimiento activo de una misión.

Si legislamos en el vacío, en el vacío también quedará el cumplimiento de la ley, que se resentirá de trunca e incompleta, de excesiva, o de inadaptable.

La ley de organización de la Sanidad Pública podría abarcar solamente en términos generales los principales puntos que ella comprende esta institución, limitándose a la enumeración de los servicios que se exigen de su funcionamiento.

Organización del Servicio Nacional de Sanidad en Bolivia

Presentada a continuación, sin comentarios, un *Proyecto de Estatuto General de Sanidad Pública*.

Estatuto General de Sanidad Pública en Bolivia

Art. 1º.—Créase el Departamento de Higiene, Salubridad, Asistencia Pública y Protección social.

Art. 2º.—Este Departamento tendrá por jefe al Director de Sanidad que el Gobierno designe, el cual desempeñará sus funciones con la misma independencia que un ministro de Estado.

Art. 3º.—La Dirección General de Sanidad será secundada por el número suficiente de colaboradores en su oficina; por los jefes de sanidad y su personal en las capitales de departamento; y por todos los médicos titulares o médicos de sanidad en las provincias, todos los cuales están subordinados al Director.

Art. 4º.—La D. G. de S. queda encargada de organizar debidamente los siguientes servicios.

1º.—Formación de la estadística demográfica sanitaria nacional.

2º.—Entender en todo lo que se relaciona con el ejercicio legal de la medicina y de la farmacia en todos sus ramos y especialidades.

3º.—Acesorar a la justicia y a los poderes públicos en cuanto atañe a cuestiones profesionales, y sanitarias, así como en lo referente a la enseñanza médica.

4º.—Vacunación y revacunación efectivas contra la viruela; vacunación antitífica.

5º.—Profilaxis severa del paludismo.

6º.—Lucha contra los azotes sociales: alcoholismo y toxicomanías, tuberculosis y enfermedades venéreas.

7º.—Prevenir y combatir las enfermedades epidémicas.

8º.—Supervigilar el funcionamiento de hospitales, hospicios, manicomios, sanatorios, clínicas, etc., creando en todos los departamentos juntas de salubridad y beneficencia con este objeto.

9º.—Establecer casas de socorro para accidentes y medios de transporte para trasladar a los accidentados.

10º.—Establecer en todos los departamentos y centros poblados oficinas de desinfección.

11º.—Reglamentar estrictamente la higiene de las industrias (la minera, en particular), la de los

viveres de consumo, bebidas, aseo de las poblaciones, establecimientos públicos y privados.

12°.—Crear Gotas de Leche, consultorios gratuitos de gestantes y lactantes y maternidades para combatir la mortalidad infantil.

13°.—Fomentar e impulsar la creación de laboratorios y oficinas de análisis para el servicio público.

14°.—Suministrar las bases de los convenios sanitarios que hayan de celebrarse con naciones extranjeras.

15°.—Promover por todos los medios a su alcance la vulgarización de la higiene, mediante publicaciones, conferencias, films cinematográficos, exposiciones, etc.

16°.—Elevar anualmente al Supremo Gobierno y a las Cámaras un informe sobre el servicio de sanidad en toda la República, en el que no se omitirán todos los datos y todas las iniciativas conducentes al progreso de la institución.

Art. 17°.—Los jefes de sanidad departamental, pagados con el presupuesto especial de cada departamento, tendrán como atribuciones y obligaciones todas las que les importa la dirección general de sanidad pública nacional, lo mismo que los médicos de sanidad provinciales o médicos titulares.

Art. 18°.—La dirección de sanidad pública nacional tendrá una secretaría y cuatro secciones que agrupen los servicios de higiene y salubridad similares.

Art. 19°.—La Dirección General de Sanidad Pública podrá establecer multas a los contraventores de las disposiciones, multas que no excederán de cien bolivianos, pudiendo ser mayores cuando se trate de empresas mineras que emplean millares de obreros.

Art. 7°.—Para la atención del servicio de sanidad pública se hará un presupuesto especial en los presupuestos nacionales, departamentales y municipales.

Art. 8°.—El Poder Ejecutivo queda encargado de reglamentar la Ley de Sanidad Pública.





CRONICA

Necrología

† El Doctor José M. Araujo

Presidente del Instituto Médico «Sucre»

Rara vez el sentimiento popular se ha expresado más sincera y más espontáneamente que con motivo de la llorada pérdida del Dr. Araujo. Y es porque el extinto colega poseía inapreciables dones. A su talento cultivado por el estudio, a su noble afán de progreso, a su vivacidad de espíritu unía un tacto exquisito, un tino delicado en el trato social, una bondad ingénita, una caballerosidad sin mácula que hacían de él el tipo del gentleman, del médico, del amigo y del ser generoso y noble.

No diremos nada de su prodigiosa actividad para el trabajo, de su incansable laboriosidad en el seno de numerosas sociedades científicas, de sus cualidades de su brillante carrera pública. Concretándonos a su labor profesional, lo vemos en su cátedra como profesor ameno y preparado, en el hospital como médico de conciencia y de experiencia, en los hogares como el práctico a quien se llama por su ciencia y abnegación; en la dirección de la Escuela Médica y en la Presidencia del Instituto, donde su consagración al cargo era superior a todas las consideraciones imaginables, y donde sus esfuerzos lograron grandes éxitos.

¿Quién no recuerda con simpatía y afecto la noble figura del Dr. Araujo, llena de alegría y de entusiasmo, de franqueza e hidalguía?

Los que supimos apreciar sus virtudes y rendir homenaje a sus méritos cuando vivía, no hacemos más que cumplir un deber humano al proclamar muy en alto que Chuquisaca ha guardado un duelo por la prematura desaparición de su hijo cariñoso, como han quedado en duelo el cuerpo médico, el Instituto, la Facultad de Medicina y la sociedad entera, que deploran sentidamente su inapreciable pérdida.

Descansad en paz, Dr. Araujo, porque vuestro nombre puro y honrado es recordado con veneración por cuantos os conocieron.

DOCTOR CLAUDIO SANJINES T.

† en Arica, en julio de 1927.

Y un médico ilustre más a la tumba. Otro cruel golpe sufre nuestra institución.

La muerte, fatídico fantasma, que arrebató de la vida a los seres que en ella son el norte de las instituciones; la encarnación del patriotismo y los abanderados del progreso; la muerte que no admite enemigos se llevó a uno más de los nuestros, al Dr. Claudio Sanjinés T., distinguido socio corresponsal del Instituto Médico «Sucre».

Su vida está delineada en su obra: Ilustre ciudadano que ha servido a Bolivia con el patriotismo grande de los grandes hombres. Después de haberse graduado de doctor en Medicina y Ciru-

gía en Santiago de Chile, hizo práctica especial en los hospitales de Berlín y Lepzig. Desempeñó cargos honoríficos en nuestra nacionalidad, como cirujano del Hospital Landaeta (La Paz), catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas (La Paz), cirujano mayor del ejército, Rector de la Universidad Andrés Santa Cruz, Ministro de Instrucción Pública, Delegado a la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional reunida en Santiago de Chile. Actuó brillantemente como médico interno de las clínicas de Santiago (Chile), como ayudante de la Clínica Ginecológica de la misma ciudad, y como cirujano del Hospital del Salvador (Antofagasta).

Su labor, como socio corresponsal de varias instituciones médicas de Europa, Estados Unidos y América del Sud, es por todos conocida.

Paz en su tumba.



Federación de la Prensa Médica Latina

El año pasado se reunió en París, del 28 al 31 de abril la primera asamblea de la prensa médica latina.

Las sesiones se realizaron en la Facultad de Medicina, en el gran salón de honor, habiendo sido constituido el Comité de honor por los Embajadores de Bélgica, Brasil, España e Italia, y por los Ministros plenipotenciarios de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Egipto, Grecia, Guatemala, Haití, Honduras, Luxemburgo, Méjico, Paraguay, Perú, Portugal, República Argentina, República Dominicana, Rumania, Suiza,

Uruguay y Venezuela. Además, el Comisario General de Canadá.

Igualmente, el Sr. Luis Barthón, ministro de Justicia, presidente de la Asociación de Periodistas Parisienses; Sr. Jorge Leygues, ministro de Marina, presidente del Comité Francia—América Latina; el profesor Bar, presidente de la Academia de Medicina; el Sr. René Doumic, Secretario perpetuo de la Academia Francesa, presidente del Sindicato de la Prensa periódica; el profesor Hartmann, presidente de la Asociación para el desarrollo de las relaciones médicas; el Sr. de Nalèche, presidente del Sindicato de la Prensa parisiense; y el profesor Roger, decano de la Facultad de Medicina de París.

El Comité de patronato y propaganda francés tuvo como miembros a Mr. Baugnies, administrador delegado de la Compañía de Vichy; al Dr. Bellencontre, presidente de la Asociación General de los Médicos de Francia; al Dr. Raúl Blondel, secretario general de la Asociación internacional de la Prensa médica; al Dr. Darras, presidente de la Caja Mutual de retiro de los periodistas médicos franceses; al Dr. Dartigues, presidente de la Unión Médica Franco-Ibero-Americana; al Dr. Dauzats, presidente de la prensa del Instituto y de las Sociétés Savantes; al Dr. Décourt, presidente de la Unión de los Sindicatos Médicos de Francia; al Sr. J. A. Faure, presidente de la Cámara Sindical de los fabricantes de productos farmacéuticos; al Dr. Fovau de Courmelles, presidente del Sindicato profesional de la Prensa científica; al Dr. F. Le Sourd, director de la *Gazette des Hôpitaux*, presidente honorario de la Asociación de la Prensa médica francesa; al Sr. Pierre Masson, editor de periódicos médicos, vicepresidente del Sindicato de la Prensa periódica; al Dr. Sabrazès

director de la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales* de Burdeos, presidente de la Asociación de los periodistas médicos franceses; al profesor Vanverts, de Lille, presidente de la Federación nacional de los Sindicatos médicos; al Sr. Maurice de Waleffe, secretario general de la Asociación de la Prensa latina.

Los *Comités extranjeros* estuvieron constituídos por el siguiente personal:

Bélgica: Dr. Léopold Mayer, Dr. Déjace, Dr. René Beckers.

España: Profesor Cortezo, Dr. Coca.

Italia: Profesor Ascoli, Dr. Lorenzo Verney.

Bolivia: Dr. Ezequiel L. Osorio.

Brasil: Profesor Austregesilo, Dr. Ulises Viana.

Chile: Dr. Eugenio Suárez Herrera.

Colombia: Prof. Jorge Bejarano.

Cuba: Dr. E. Kohly, prof. López Lilvero.

Canadá: Prof. Lesage de Montreal.

Grecia: Prof. Rondopoulos.

Haití: Dr. Dalencourt de Port au Prince.

Luxemburgo: Dr. Piérre Montier.

Méjico: Dr. Ph. Gracieux.

Portugal: Dr. Azevedo.

Rep. Argentina: Prof. Víctor Delfino.

Perú: Prof. E. Ribeyro.

Rumania: Prof. Danielopolu.

Suiza: Dr. Cramer, Dr. Tecon.

Venezuela: Profesor Conde Flores.

El *Comité organizador* estuvo formado por el presidente Prof. Mauricio Lœper; los vices, Prof. Baudet, de Toulouse; Prof. Collet, de Lyon; Combernale, de Lille; Cruchet, de Burdeos; Etienne, de Nancy; Fiessinger, de París; Forgue, de Montpellier; Leriche, de Estrasburgo. El secretario general fué el Dr. L. M. Pierra; el secretario adjunto, el Dr.

Gardetti; el tesorero, Dr. Georges Baillièrè y el tesorero adjunto, el Dr. Gastón Doin.

La sesión de apertura tuvo lugar en la Sala del Consejo de Profesores, habiendo desarrollado una conferencia interesantísima sobre *historia del periodismo médico* el profesor Forgue, de Montpellier. Luego vinieron muchos otros trabajos sobre *Unificación de la terminología, de la clasificación y de la bibliografía en la literatura médica; Utilidad de la prensa médica para el conocimiento recíproco de las estaciones termale de los diferentes países latinos; La prensa médica y las agrupaciones profesionales; La propiedad literaria y la prensa médica; Las relaciones de la prensa médica y de la publicación farmacéutica; Los orígenes de la publicación médica; El papel de la Prensa Médica en la preparación, organización y actas de los Congresos médicos; etc.*

El delegado de Bolivia, Dr. Osorio, pronunció el discurso que publicamos y tomó parte, como inscrito en la discusión, en varios temas que allí se propusieron.

Jornadas médicas en Marsella.—Conferencia del Dr. M. Cuéllar.—El 23 de abril de 1927, la Unión Médica Ibero Americana, siguiendo la simpática tradición de las «jornadas médicas», iniciadas con brillo en gran parte de Francia (Toulouse, Montpellier, Marsella), participó entusiastamente en estas manifestaciones científicas que tienen un carácter amplio, pues, son regiona-

les, nacionales e internacionales: mentalidades médicas de Suiza, Bélgica, España, América Latina acuden a Francia llevando el fruto de us saber.

La «UMFIA», de acuerdo con el Comité Marsellés, designó como conferencista, al ilustre ex-decano de la Facultad de Medicina de Sucre, ex-presidente del Instituto Médico «Sucre» y miembro delegado de la Sociedad de las Naciones, doctor Manuel Cuéllar.

El acto fué presidido por el Dr. Audibert, profesor de la Escuela de Medicina; por el señor Olmer, presidente de las J. M. M., y habiendo concurrido el Dr. Mothe, de Cap-Vern, secretario general, y con la asistencia de todos los miembros de la oficina de Marsella, se abrió la asamblea plena de la «UMFIA». Después del discurso de bienvenida del Prof. Audibert y el informe elocuente del Dr. Mothe, el ilustre doctor Manuel Cuéllar, honrando a su patria, Bolivia, desarrolló con brillo su conferencia acerca de la lucha que hace la Sociedad de las Naciones contra los estupefacientes, conferencia que nos honramos en publicar.

Así dice Mr. J. G. Berry, secretario general adjunto de la «UMFIA», en una crónica publicada en *La Médecine internationale illustrée*, con referencia a las Jornadas Médicas en Marsella y a la actuación del Dr. Cuéllar: «El señor Profesor Cuéllar desenvolvió magnífica conferencia sobre la lucha que hace la Sociedad de las Naciones contra los estupefacientes. Haciendo lujo, con una exquisita naturalidad de estadísticas y cifras, el Dr. Cuéllar supo decir, en el curso de su interesantísima charla, el espantoso peligro de los estupefacientes. Apoyándose sobre consideraciones étnicas, morales y sociales, a la vez que económicas y políticas, el eminente Decano boliviano cautivó

su auditorio, hasta ser interrumpido con calurosos aplausos.»

El Instituto Médico «Sucre» rinde, una vez más, el homenaje de admiración y respeto a su ilustre ex-presidente Dr. Cuéllar, por la brillante actuación que desenvuelve en el extranjero.

El Centenario de Berthelot y el 7º. Congreso de Química Industrial

El 16 de octubre del año pasado se realizó el 7º. Congreso de Química industrial, como preámbulo de las fiestas del centenario de Berthelot y el 23 de octubre comenzaron éstas. Fué igualmente representante de Bolivia en ellas el Dr. E. L. Osorio, designado por el COMITÉ PRO MARCELINO BERTHELOT, organizado en La Paz.

Renovación de la Mesa Directiva

En asamblea plena del Instituto, se procedió a la elección del nuevo personal de su directorio habiendo sido designados los siguientes consocios:

- Dr. Ezequiel L. Osorio, presidente.
- « Néstor F. Careaga, vicepresidente.
- « Claudio Roso, secretario.
- « Arcil Zamora, tesorero.
- « Anastasio Paravicini, vocal.
- « Armando Solares Arroyo, vocal.

La comisión calificadora quedó así constituida:

Dr. Pastor Reynolds, Dr. Gerardo Pareja, Dr. Clovis Urioste Arana.

Las comisiones permanentes han quedado or

ganizadas con el mismo personal que el año pasado.

Llegados—.

Se encuentran ya restituídos al seno de la sociedad el Dr. Osorio, que estuvo ausente en Europa durante dos años; el Dr. Solares Arroyo, que ha regresado de una gira por el interior de la República; y el Dr. Mendizábal, que efectuó un interesante viaje por las provincias más alejadas del departamento de Chuquisaca. Los saludamos a todos cordialmente.

La casa del Instituto.—

El edificio que ocupa el Instituto Médico «Sucre» fué adquirido por sus fundadores mediante una combinación financiera que se hizo en 1896 con el Banco Hipotecario. Luego, en vista de ciertas dificultades de su exiguo tesoro, se convino oficialmente con el S. G. que éste se encargaría del servicio de amortización de la deuda, quedando la propiedad del usufructo del Instituto. Hace pocos días, un nuevo arreglo con el Gobierno Nacional por el que el Instituto se compromete a pagar el saldo de la suma que aun se debe al Banco, ha hecho que se dicte un Supremo Decreto entregando en definitiva la propiedad de la casa a nuestra sociedad. El Instituto dispone, pues, de hoy en adelante, de una manera absoluta del inmueble en que están situadas, sus oficinas, laboratorios y museos. Mientras se pueda conseguir un local adecuado para la Facultad de Medicina, ella seguirá funcionando todavía en la misma casa.

Cruz Roja.—

El Instituto ha decidido tomar una parte muy activa en la organización de esta importante institución, colaborado así los esfuerzos del Gobierno y de la jefatura política del distrito.

Conferencias quincenales.—

Se ha establecido ya el turno en que éstas deban realizarse por los socios del Instituto.

La primera debe darla el Dr. Clovis Urioste Arana, el 15 de marzo próximo.

Laboratorio clínico y bacteriológico.—

Se está estudiando la mejor forma de adquisición de un laboratorio completo de clínica y bacteriología en Europa. Ultimados que sean los planes económicos que actualmente se contemplan, el Instituto tendrá la satisfacción de reorganizar estos servicios en una forma amplia y completa.

La nueva Sociedad Humanitaria.—

Ya la prensa local se ha preocupado con la forma arcaica en que se ha reorganizado la sociedad administradora del hospital y manicomios.

No tenemos que desear otra cosa sino que la Municipalidad dé oídos a los clamores del público. No se concibe cómo una asociación de asistencia pública esté organizada en forma religiosa. La asistencia pública es una función social del Estado y de las Municipalidades, al amparo de la más completa libertad de cultos, principio consagrado por nuestra constitución política. Lo demás es hacer labor apasionada de intolerancia y de secta-

rismo, que sólo busca conflictos, en lugar de allanar el camino de la beneficencia social.

Anfiteatro de la Facultad de Medicina.

El día 14 de julio de 1927, después de un breve y significativo discurso, el Dr. Euduro Gironás F., encargado de la dirección de la obra del Anfiteatro de Anatomía, entregó esta importante sección de la Facultad de Medicina el servicio escolar. El malogrado señor Decano, Dr. Araujo, al recibir el local, en nombre del cuerpo docente de la Facultad Médica, felicitó al Dr. Gironás por haber llevado a cabo, hasta su finalización, la obra que se le encomendó y en homenaje de cariño y confianza entregó un pergamino que simboliza su personalidad médica.

Después de este acto, el distinguido público concurrente, paseó los diferentes compartimientos del Anfiteatro.

Homenaje al Dr. Manuel A. Cuéllar.—

En el mes de agosto del pasado año, tuvo lugar, en el Anfiteatro de Anatomía de la Facultad de Medicina, un ceremonial muy significativo, de alto valor moral y que significa la perpetuación de la memoria del más ilustre médico que tuvo Chuquisaca: el Dr. Manuel Ascencio Cuéllar.

La Facultad de Medicina, como justo y legítimo homenaje al primer prosector de Anatomía de la Facultad Médica de la Universidad Mayor de San Francisco Xavier y fundador de la Escuela Médica Nacional, Dr. Manuel Ascencio Cuéllar, acordó colocar sus restos en una de las salas del Anfiteatro, encomendando la custodia de éstos

a una placa de bronce, que fué colocada en este solemne acto.

El Dr. José M. Ramírez, después de la bendición de los restos por el Ilmo. Arzobispo de la Plata, pronunció un elocuente discurso en el que hizo resaltar las altas virtudes del ilustre personaje, e igualmente lo hicieron los doctores Villafañi y Mendizábal, en representación de la Facultad de Medicina e Instituto Médico «Sucre», respectivamente.

El Dr. Mendizábal, en una parte de su discurso, dijo, refiriéndose al Dr. M. A. Cuéllar:— «Pasó todos los goces espirituales en las hondas meditaciones filosóficas, a las que más preferencia tenía; saboreó las amarguras del agrio placer de la lucha profesional, y supo también elevarse hasta alcanzar la cúspide del triunfo profesional como destinado a su época. Al elegido, los Dioses le permitieron despedirse de una caminata de larga existencia fructífera que duró cerca de un siglo, para descender con la satisfacción del deber cumplido al silencio de la muerte».

El Instituto Médico «Sucre», manifiesta reverente su homenaje a la memoria del doctor Manuel Ascencio Cuéllar.

Decano de la Facultad de Medicina.—

En el curso del pasado año, y por la sentida muerte del Dr. José M. Araujo, el cuerpo de profesores de la Facultad Médica eligió Decano de este importante establecimiento de instrucción facultativa al Dr. Anastasio Paravicini, distinguido socio del Instituto Médico «Sucre». Lo felicitamos.