



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 25 BOLIVIA-SUCRE, MAYO-JUNIO DE 1929. Nº 53



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.

Año XXV Sucre, mayo y junio de 1929. N.º. 53.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO SUCRE

PUBLICACION BIMESTRAL

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre". — Sucre. — Bolivia
Calle San Alberto N.º. 8.

COMITE DE REDACCION

Doctores:—EZEQUIEL L. OSORIO, JAIME MENDOZA, ANASTASIO PARAVICINI Y MANUEL GERARDO PAREJA.

SUMARIO

	PÁGS.
I.—NUESTROS MAESTROS.—Prof. Gerardo Vaca Guzmán	III
II.—Algunos Nuevos Agentes Terapéuticos.—Por el Dr. E. L. Osorio . . .	1
III.—La Peste Blanca de la civilización considerada como enfermedad social y de decadencia orgánica, es una enfermedad contagiosa, evitable y curable.—Conferencia del Dr. Antonio Cárdenas	18
IV.—Profilaxis del cáncer.—Por el Dr. Ml. Gerardo Pareja	40
V.—Moral y Secreto Médicos.—Por el Dr. Miguel Lévy	45
VI.—Glaucoma Hemorrágico.—Por el Dr. José Aguirre	58
VII.—La diidtesis exudativa y la hemoterapia.—Por el Dr. Raúl Fernández de Córdova	72
VIII.—La vacunación antivariolosa.—Por el Dr. Jaime Mendoza	81
IX.—CRONICA	92

SUCRE — BOLIVIA

ESCUELA TIP. SALESIANA.—CALLE OLAÑETA N.º. 10.

Instituto Médico "Sucre"

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr.	Ezequiel L. Osorio
Vicepresidente	«	Jaime Mendoza
Secretario	«	Ml. Gerardo Pareja
Tesorero	«	Arcil Zamora
Vocales: Dres. Pastor Reynolds, Armando Solares A. y Francisco V. Caballero.		

Comisión calificadora de nuevos socios

Dres. Pastor Reynolds, Armando Solares Arroyo y Francisco V. Caballero.

JEFES DE SECCION

1º.—BIBLIOTECA.—Dr. Claudio Roso;—Dr. Jaime Mendoza y Gregorio Mendizábal [adscritos].

2º.—MUSEOS DE ANATOMÍAS NORMAL Y PATOLÓGICA Y DERMATOLÓGICA.—Dr. Walter Villafani.

3º.—MUSEO DE HISTORIA NATURAL.—Dr. Arcil Zamora.

4º.—SECCIÓN DE VACUNA ANTIVARIOLOSA.—Dr. Armando Solares Arroyo.

5º.—SECCIÓN DE METEOROLOGÍA.—Dr. Gregorio Mendizábal.

6º.—SECCIÓN DE BACTERIOLOGÍA Y SEROLOGÍA.—Dr. Medardo Navarro.

7º.—SECCIÓN DE QUÍMICA BIOLÓGICA Y TOXICOLOGÍA.—Dr. Néstor F. Careaga.

8º.—SECCIÓN DE RADIOLOGÍA Y ELECTROLOGÍA.—Dr. Anastasio Paravicini; Dres. Gregorio Mendizábal y Ml. Gerardo Pareja, (adscritos).

9º.—SECCIÓN DE TERAPÉUTICA Y FISIOLÓGICA EXPERIMENTALES.—Dr. Genaro Villa E.

INSTITUTO MODERNO DE OPTICA Y ORTOPEDIA "SIGAL"

*Comercio 89 - Casilla 623 - Tel. 811
La Paz.*



Taller montado con los aparatos más modernos.—

Sotek completo de **Anteojos y Cristales** de las mejores marcas **Zeiss, Perfa, Bush, Rapsch**, etc.

Fajas para todas las enfermedades del estómago y riñones.

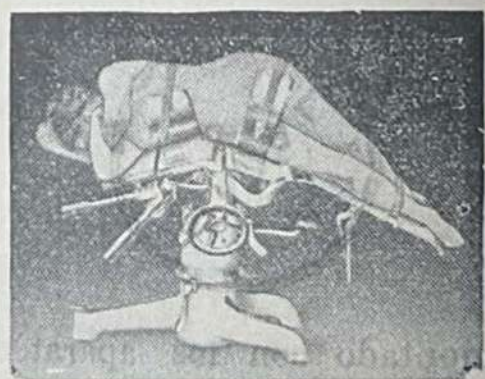
Medias para várices. - Bragueros.

Agente para la Capital de la República:
Botica «EL SOL» del doctor Néstor F. Careaga.

Sucre, calle Calvo N°. 10.

M. Schaerer S. A. Berna

*Instrumental de primera calidad.
Mesas de operaciones las más
completas.*



LOS MEJORES APARATOS DE ESTERILIZACION

ÚNICOS SUB-REPRESENTANTES:

UNIÓN IMPORTADORA «SIGAL»

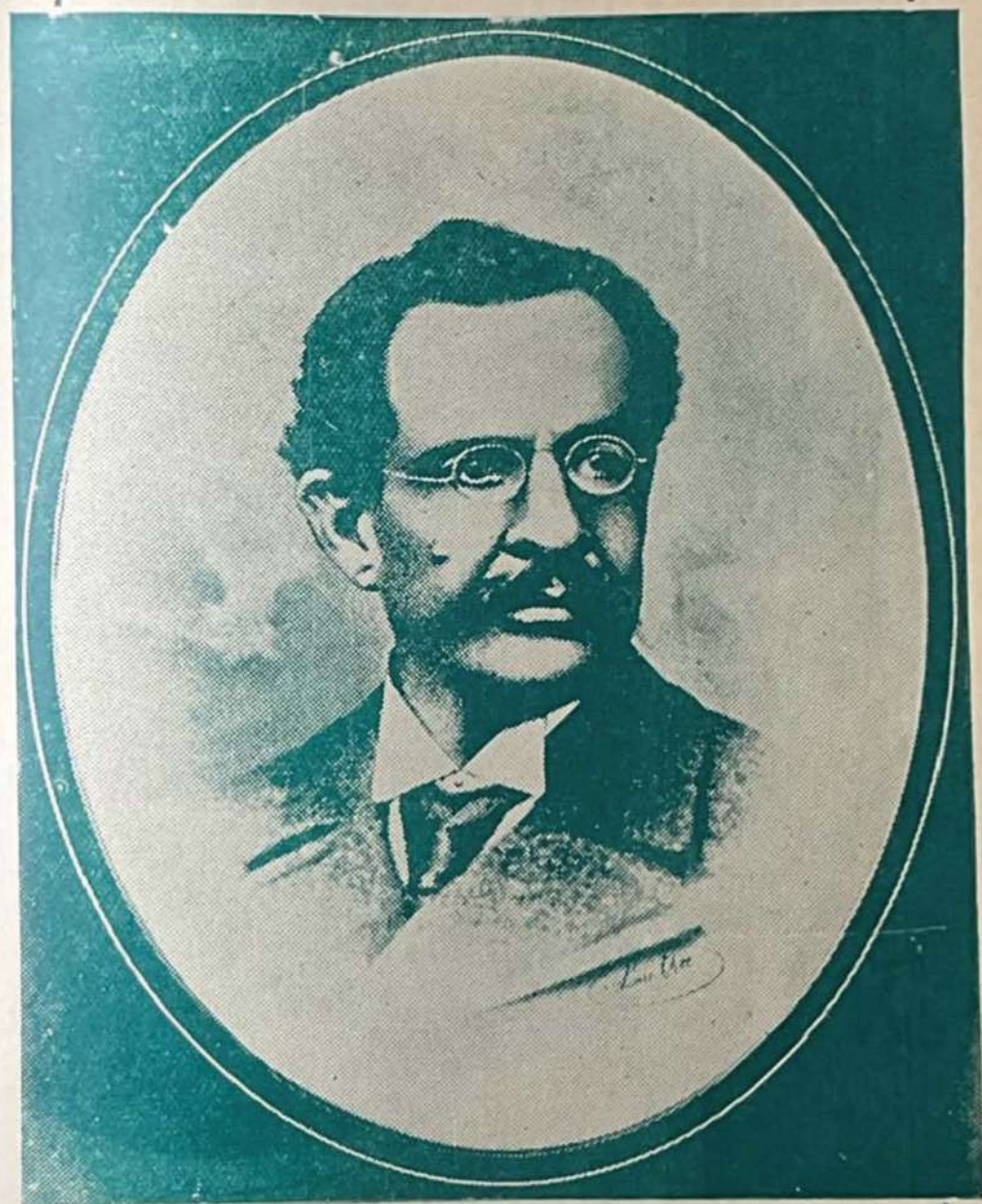
COMERCIO 89

Casilla 623.—Teléfono 811.

LA PAZ.—COLIVIA



NUESTROS MAESTROS



Profesor, DR. GERARDO VACA GUZMAN

Nuestros maestros

Esta sección está destinada exclusivamente a rendir el homenaje de respeto que el Instituto Médico Sucre tributa a los méritos de los grandes médicos chuquisaqueños que, en el ejercicio profesional, en la cátedra, en el Hospital o en el seno de la Sociedad, supieron distinguirse y dejar una huella luminosa de su paso.

El Profesor GERARDO VACA GUZMÁN

He ahí el arquetipo del médico, del gran clínico, que jamás abandonó la profesión en ningún momento de su vida. Nacido en 1849 en Sucre, desde un comienzo demostró inteligencia superior y capacidad intelectual sobresaliente, mereciendo ocupar siempre lugar distinguido entre sus discípulos.

El 14 de octubre de 1872 recibió el título de doctor en medicina y cirugía en la Universidad de Chuquisaca.

Su vocación natural no le permitió hacer otra carrera. Su talento genial, su vasta ilustración, su patriotismo inmaculado, habríanle seguramente impuesto otras vías de mayor brillo, pero de menor mérito.

En esa lucha obstinada contra los padecimientos físicos y morales, con el cuerpo humano por campo de batalla, afrontando la muerte y obligándola a menudo a retroceder, alabado unas veces,

censurado las más, con una abnegación incomparable a la cabecera del enfermo, junto al lecho del paciente, el doctor Vaca Guzmán, carácter dulce y suave, lleno de bondades, espíritu de consuelo y de filantropía sin límites, se nos aparece como la expresión de las palabras de Alfonso Daudet: «Médico, sacerdote último, creencia suprema».

Quizá nadie como él ha cumplido aquel juramento sagrado que, con modificaciones mayores o menores, se presta en infinidad de escuelas médicas al tiempo de recibir la investidura profesional: «En presencia de los maestros de esta escuela, de mis queridos condiscípulos, y ante la efigie de Hipócrates, prometo y juro, en nombre del Sér Supremo, ser fiel a las leyes del honor y de la probidad en el ejercicio de la medicina. Prestaré mis cuidados gratuitos al indigente y no exigiré jamás un honorario superior a mis trabajos. Admitido en el interior de los hogares, mis ojos no verán lo que allí pasa; mi lengua callará los secretos que me fueren confiados, y mi profesión no me servirá nunca para corromper las costumbres o favorecer los crímenes. Respetuoso y reconocido a mis maestros, devolveré a sus hijos la instrucción que he recibido de sus padres. Acuérdense los hombres su estima si yo soy fiel a mis promesas. Cubierto sea de oprobio y despreciado de mis colegas, si yo falto a ellas!»

El doctor Vaca Guzmán supo devolver a los hijos de sus maestros la instrucción que había recibido de ellos; y la devolvió acrecentada en cantidad, mejorada en calidad y sobre todo acrisolada en moral. La auréola que nimba la noble figura del doctor Vaca es la auréola del maestro.

Escuela de Chuquisaca, bien podéis enorgu-

lleceros de encontrar en los ámbitos de vuestros claustros, maestros que, como Cuéllar, Nuñez, Montalvo, Raña, Ponce, Arrien y Vaca Guzmán, para no citar sino los desaparecidos-pueden recordarnos dentro de nuestra modesta esfera los nombres de los grandes clínicos de la escuela francesa, de los Laënnec, Bretonneau, Bouillaud, Trousseau, Potain...

No hay para qué mencionar en detalle los cargos que desempeñó el ilustre maestro de la escuela de Chuquisaca. Baste decir que, desde la medicatura de hospital y el profesorado de la Facultad, corrió como buen patriota a socorrer como cirujano a los heridos de la guerra injusta desencadenada por la ambición chilena en 1879; que fué Teniente del Protomedicato, Miembro del Consejo Universitario, Decano de la Facultad de Medicina, Presidente del Tribunal Médico, Cirujano Mayor del Ejército, Fundador del Instituto Médico Sucre, Rector de la Universidad, Vicepresidente del Congreso Médico Latinoamericano reunido en Santiago de Chile, Director de Sanidad Pública, etc., es decir, que desempeñó, sin excepción, todos los cargos que puede desempeñar un médico dentro de su profesión en nuestro país.

Como oftalmologista, fué verdaderamente eminente en una época en que esta ciencia recién se hallaba en formación.

El Instituto Médico rinde a la memoria del Maestro Vaca Guzmán, su ilustre fundador, que falleció el 17 de agosto de 1915, dejando su nombre a la posteridad, el homenaje más profundo de respeto, de afecto y de veneración.

Algunos nuevos agentes terapéuticos

(Resumen de varios trabajos publicados por terapeutas franceses)

por el doctor EZEQUIEL L. OSORIO

Raro es el mes en que no aparezcan incluidos dentro del arsenal terapéutico contemporáneo por lo menos una nueva docena de medicamentos, con nombres a cual más llamativo y menos científico. Dejando a un lado la nomenclatura química, cada fabricante busca para cada novísima combinación que lanza al comercio una denominación impresionante. Antes se usaba el griego; se bautizó a la dimetiloxiquinicina con el nombre de antipirina (vocablo derivado del latín anti y del griego pyros, contra el fuego), al ácido acetilsalicílico con aspirina (de as, y pyros, contra el fuego o el calor) alquinosilato de piramidón con antangol (contra el dolor). Y así sucesivamente.

Este lenguaje, bastante florido, tenía por lo menos la ventaja de dirigirse a la gente culta, que estaba capacitada para traducir los idiomas clásicos. Ahora, la cosa va peor. El doctor Cantón en Buenos Aires lanzó la partoanalgia, epíteto bárbaro, que, no obstante, fué bien acogido. Tenemos la dulcina, que deriva del latín y del español mismo; la sacarina, en la que no hay ni

un átomo de azúcar; y ¿para qué seguir la serie de calificativos que se aplican a productos químicos definidos, o indefinidos, sin discernimiento alguno? En estos últimos días se ha batido el *récord* con la propaganda hecha para un producto nuevo: el *Ventre-livre*. La lengua lusitana también ha resultado clásica o, por lo menos, científica.

No es nuestro propósito, naturalmente, al tratar de algunos medicamentos nuevos, ocuparnos en el estudio de los específicos patentados o no patentados. De proponernos esta tarea, tendríamos que escribir tantas páginas como las que contiene el más voluminoso diccionario. Solamente los productos Bayer, los de la casa Carnick, los de Parke Davis, son más que suficientes para llenar quinientas páginas.

Es corriente que el público indocto o vulgo, y también el público docto, científico o profesional, se deje alucinar por el brillo de una reputación recientemente creada a base de *réclame*. Se tiene fe en todo lo nuevo, porque se cree que es mejor que lo antiguo. Reina en el mundo una verdadera neofilia y ésta no es propia de la medicina; las otras ciencias y artes benefician también de tal tendencia.

La experiencia es la única que puede establecer la bondad de tal o cual medicamento; todas las opiniones que lo censuren o lo alaben, sin este contralor definitivo, pecarán siempre de precipitadas y no revestirán el sello de la práctica.

Es sensible tener que reconocer que la terapéutica de nuestros días, que se enriquece momento a momento, recibe mucha moneda falsa al mismo tiempo que moneda de curso legal. La selección definitiva se hará a la larga, no cabe duda; pero, desde luego, ya pueden estarse se-

ñalando los signos para distinguir la una de la otra. Y, sobre todo, se debe ya llamar la atención de los médicos prácticos sobre las ventajas y los inconvenientes hasta hoy observados.

En el grupo de los *anestésicos locales*, encontramos la *psicaína*.

Durante muchísimo tiempo la única cocaína conocida en farmacia y en terapéutica no ha sido otra que la cocaína natural, extraída del arbusto de la coca (*eritroxylum Peruvianum*), que tanto abunda en los Yungas de La Paz y Cochabamba, materia prima^a que nosotros la desperdiciamos con un desdén digno de censura. Esta cocaína de las hojas de coca es levógira, esto es, desvía el plano de polarización de la luz hacia la izquierda.

Los esfuerzos realizados para realizar la síntesis química, (preparación artificial de los productos naturales, constituyéndolos por sus elementos componentes)-hace ya varios años que han dado resultados decisivos. Y si no, díganlo el alcohol sintético, el guayacol sintético, el salitre sintético, etc. Pues bien, en tratándose de la cocaína, ha ocurrido lo que debía suceder. La metilbenzoilecgonina, o cocaína, con sus cuatro átomos de carbono asimétricos, permite la existencia de doce isómeros estereoquímicos, cuatro dextrógiros, cuatro levógiros y cuatro racémicos.

Entre todos éstos, Willstätter ha logrado encontrar una fórmula y preparar una cocaína particularmente adecuada para la anestesia, que tiene una actividad mayor que la natural y una toxicidad menor, lo cual la hace más manuable. Al tartrato de esta pseudococaína se le designa con el nombre de *psicaína*.

En Francia se utiliza el formiato de esta base. Es más soluble que la cocaína verdadera en los lipoides, y sus soluciones, que dan reacción ácida, son más resistentes a la acción del calor, de manera que se pueden esterilizar con mayor facilidad.

Las demostraciones practicadas en Alemania han patentizado el hecho de que la psicaina obra más rápidamente, más enérgicamente y más durablemente que la cocaína.

Su mayor actividad se ejerce sobre las superficies mucosas; tanto que una solución cuatro veces más débil de psicaina iguala a una solución normal de cocaína. Eso sí, es inferior en la anestesia por infiltración, requerida para los troncos nerviosos en la anestesia regional.

La psicaina se descompone rápidamente en el organismo y se elimina pronto, sin ocasionar efectos secundarios ni menos intoxicaciones. Por otra parte, no provoca como la cocaína y la morfina, por ejemplo, esa sensación de bienestar, que los médicos llamamos euforia, que encierra el grave peligro de engendrar primero el vicio y después la pasión y la manía por su uso continuo. Además no es midriática; pero sí vasodilatadora, lo que es un inconveniente que se puede suprimir con la adición de adrenalina al líquido en que se la disuelve.

La *carbaina* es el carbonato de novocaína. Es ya una noción comprobada y adquirida que la alcalización de los alcaloides anestésicos aumenta su acción anestésica. En el caso en cuestión, el carbonato de novocaína tiene una virtud anestésica ocho y media veces superior a la misma novocaína, sin ser más tóxica que ella.

Entre los *medicamentos cardiovasculares* debemos mencionar en primer lugar los medicamen-

tos clásicos, indicando las nuevas formas que han aparecido en estos últimos años.

Siguiendo un trabajo muy reciente del profesor de Farmacia y Farmacología de la Facultad de París, Mr. Fernand Mercier, nos ocuparemos en un somero análisis del grupo de los medicamentos digitálicos de «reemplazo», que son la escila, el muguet (lirio de los valles) y el adonis vernalis.

Todos los médicos que hacemos clínica cardiológica sabemos que los grandes medicamentos cardíacos son la digital y su glucósido principal, la digitalina cristalizada; el estrofantus y sus glucósidos, los estrofantinas y la uabaína; la quinidina o quinocardina. Al lado de éstos, o debajo de éstos, existen medicamentos de colaboración o ayuda, como la retama y su alcaloide, la esparteína; la cafeína, el alcanfor y los tres más arriba mencionados, de los que trataremos no en su aspecto clásico sino más bien desde el punto de vista de las nuevas adquisiciones que se han hecho en terapéutica respecto a sus preparaciones y propiedades.

Ya el ilustre Profesor Vaquez, eminente cardiólogo de merecida reputación universal, en su libro MEDICAMENTOS Y MEDICACIONES CARDÍACAS, había dicho en 1925: «Quién sabe, por otra parte, si entre estos pequeños medicamentos cardíacos, hoy *caput mortuum* de la terapéutica, no se revelará mañana, gracias a los métodos químicos, experimentales y biológicos de que disponemos, un remedio nuevo, de actividad insospechada, igual o superior a los que poseemos». Y, al paso que marchan los descubrimientos, nada de sorprendente tendría que en breve pudiéramos celebrar el advenimiento de un nuevo agente, sacado de este grupo, poseedor de propiedades sobresalientes

en el arsenal de lucha que actualmente forma el bagaje del cardiólogista.

No tenemos para qué describir la escila, planta perteneciente a la familia de las liliáceas, cuyo nombre técnico es *Urginea Scilla*, ni hacer la historia de los derivados de la escila, encontrados por unos y otros experimentadores desde 1879, en que se establecieron las indicaciones terapéuticas de este vegetal. Nos limitaremos, pues, a indicar el *scillareno*, sustancia cristalizada, extraída no há mucho de sus bulbos. El descubrimiento del *scillareno* ha marcado un gran progreso en la medicación *escilítica*, puesto que si bien la escila fué utilizada desde los tiempos de Van Swieten, no ocupaba sino un lugar restringido por la inconstancia de su acción, mientras que ahora se cuenta con una sustancia pura y de actividad constante.

El *scillareno* ejerce una acción indiscutible favoreciendo el funcionamiento del corazón y provocando una abundante diuresis. Aprovechando su primera propiedad, y teniendo en cuenta su grado de acumulabilidad inferior al de la digital, está indicado para reemplazarla de vez en cuando y especialmente cuando aquélla es mal tolerada, como suele suceder a menudo.

En cuanto a su acción diurética, ella es notable, pudiendo ser equiparada, si no superior, a la de la teobromina; es muy manifiesta en la decloruración, la azotemia, la viscosidad sanguínea, la desintoxicación y la permeabilidad renal en el tratamiento de las distintas formas de nefritis. La teobromina necesita el auxilio de la digital para combatir los edemas cardiorrenales, y el *scillareno*, por su papel cardiotónico, obra solo produciendo la reabsorción de los edemas cardiorrenales.

En la nefritis con azotemia, su efecto es aun más fuerte y más constante. El contenido sanguíneo de urea y la viscosidad sanguínea disminuyen rápidamente bajo su influjo. La descarga urotóxica se produce en magníficas condiciones. La permeabilidad renal, comprobada por la fenolsulfonftaleína, se restablece bajo la acción de un tratamiento de scillareno.

Su posología es de veinte gotas de la solución administradas dos o tres veces por día. (XX gotas igual O, miligr 8).

El lirio de los valles, muguet o *convallaria maialis*, fué objeto de investigaciones desde 1867. Sin embargo de haberse descubierto la convalamarina en esa misma época, su estudio no fué motivo de comprobaciones precisas en más de setenta años. Recién en 1926, Delas publicó un hermoso estudio sobre el particular, que no podemos reproducirlo *ad integrum* por ser demasiado extenso. Diremos únicamente que la convalamarina ha entrado a ocupar a justo título un lugar prominente en terapéutica cardiológica. En inyecciones intravenosas, a la dosis de 5 miligramos, los resultados que se obtienen con su empleo son tan brillantes y tan rápidos como con la digitalina y la uabaína. Cuando los tónicos cardíacos clásicos no producen sino un efecto mediocre o nulo, suele la convalamarina darlos excelentes, con la circunstancia favorable de que después de su uso, readquieren eficacia la digitalina o la uabaína.

Desde que Cervello, en 1882, aisló el principio activo del *adonis vernalis*, con el nombre de *adonidina*, hasta 1928, poco o nada se adelantó en conocimientos terapéuticos sobre la materia. Lüttembacher y otros cardiólogos han escrito bastante sobre la acción de sus dos glucósidos: adoni-

dosido y adonivernosido, La asociación de ambos logra una sinergia tan útil e interesante, como la de la digitalina-uabaína; se denomina *Adoverne*. La adonidina, en cambio, no posee siempre la misma composición, y depende del fabricante que la prepara. El adoverne se usa en las crisis de asma, en la disnea, en la sofocación de los cardíacos. Tiene además una acción diurética constante. Está particularmente indicado para el tratamiento de larga duración en los trastornos hiposistólicos, en los enfermos hipersensibles a la digitalina, en las afecciones cardíacas no compensadas con grandes edemas.

El doctor Fernand Mercier cree que los nuevos glucósidos del Adonis Vernalis, por su estabilidad y la fijeza de sus efectos clínicos, son dignos de figurar entre los «grandes» medicamentos cardíacos, ocupando un lugar entre la digitalina y la uabaína.

Continuando con la relación de los medicamentos modificadores de los trastornos cardiorrenales, nos encontramos con la *acetilcolina*. Este novísimo medicamento ha sido experimentado clínicamente sobre todo por Villaret y Justín Besançon. Excita el nervio pneumogástrico y la musculatura lisa de las vísceras y del útero, baja la presión arterial por su acción vasodilatadora especial sobre las arterias y arteriolas, respetando los capilares, que la histamina dilata igualmente. Su aplicación se hace por vía subcutánea, sin dolor ni reacción general.

Obra de una manera prodigiosa sobre el síndrome de Raynaud, asfixia simétrica de las extremidades, forma de gangrena espontánea, de la que en Sucre hemos tenido numerosos casos fatales. Es condición importante para que el trans-

torno trófico desaparezca el que no exista infección previa.

La arteritis de forma estenosante es modificada favorablemente haciendo desaparecer el elemento espasmódico; no pudiendo nada, naturalmente, contra el trombo, una vez constituido.

En la claudicación intermitente, debida a angiospasmos de origen diverso, afección rebelde a todo tratamiento, una serie de inyecciones sostenida por algún tiempo, produce una gran mejoría y permite al paciente caminar sin inconveniente.

La acetilcolina rinde provecho innegable en la renuente esclerodermia y en las úlceras tróficas de los muñones. En los accesos de taquicardias paroxístico se ha logrado efectuar la sedación con inyecciones de 0,05 a 0,15 centigramos de medicamento, repetidas cada cinco o diez minutos. La desaparición del sudor de los tuberculosos con carácter duradero se ha podido también comprobar empleando dosis débiles de acetilcolina.

Se tiene derecho a esperar mucho de este medicamento en la hipertensión arterial, cuyos síntomas principales, vértigos, sensación de dedo muerto, calambres, etc., son favorablemente influenciados. Igual cosa se puede afirmar de los espasmos vasculares retinianos, auriculares, cerebrales y de ciertos transtornos o perturbaciones neurovegetativas.

También es de ventajoso empleo en el diagnóstico de la arteritis, en la que permite afirmar o negar la obliteración del vaso, según que haga reaparecer o no los latidos del oscilómetro.

Combinando el estudio de la medida de la presión venosa a la prueba de la acetilcolina, se podría distinguir perfectamente las acrocianosis

de origen venoso y las de causa arterial o capilar, para no confundirlas con el síndrome de Raynaud.

En materia de diagnóstico, sabiendo manejar unos cuantos medicamentos que obran sobre el aparato circulatorio, como la acetilcolina (dilatación de arterias y arteriolas), la histamina (capilares), hidrastinina (venas), pituitrina (constricción de arterias y arteriolas), adrenalina, ergotamina, etc., se puede llegar a conclusiones interesantes que no requieren más que un poco de paciencia, de juicio y de discernimiento por parte de los experimentadores. Estas conclusiones cambiarían seguramente muchas afirmaciones apriorísticas y muchos falsos postulados que ahora se acatan a falta de algo mejor.

Un producto que apenas tiene dos años de antigüedad y que ya ha sido objeto de múltiples estudios y de trabajos de importancia, tanto clínicos como de laboratorio, es la *efedrina*. Es extraído del *ephedra vulgaris*, variedad helvética, y tiene una fórmula vecina de la de la adrenalina. En virtud de su especial constitución química, puede existir bajo cuatro formas estereoisoméricas (efedrinas derecha e izquierda y pseudo efedrinas derecha e izquierda).

Se prepara por síntesis en Alemania la efedrina racémica; en Francia, la efedrina izquierda.

Como la adrenalina, es un medicamento simpaticomimético tipo. Tiene mayor estabilidad que la adrenalina y resiste bien al calor. Es vasoconstrictora, hipertensiva, midriática, excitante de los centros bulbares respiratorio y vasomotor. Presenta el inconveniente de producir una acción secundaria depresiva del corazón. Su indicación

más importante, la que le ha dado la fama de la que goza el producto, es la de evitar o contrarrestar los ataques de asma, suprimiendo el espasmo bronquial.

Entre los *sucedáneos hidrosolubles del alcanfor*, que tanto se han preconizado particularmente en Alemania, se encuentran la *hexetona*, el *cardiazol* y la *coramina*, de los cuales ha llegado una abundante literatura de *réclame* a Bolivia.

Por los artículos que hemos tenido ocasión de leer en *PARIS MÉDICAL* y *LA PRESSE MÉDICALE*, firmados por Tiffeneau y Mouzon, que han hecho comprobaciones personales y experimentaciones severas con estos agentes terapéuticos, podemos asegurar que no merecen confianza alguna. Además de ser convulsivantes, su acción es muy dudosa.

Hay un medicamento eupneico de primer orden, pero que necesita ser manejado con sumo cuidado y asociándolo al mismo tiempo a otros que contrarresten su influencia secundaria perjudicial a veces. Nos referimos a la *lobelina*, alcaloide recientemente preparado. La *Lobelia inflata*, planta conocidísima en terapéutica desde hace largos años, es la materia prima de donde se extrae el alcaloide. Es el medicamento heroico de *todas las parálisis respiratorias de origen bulbar*. Así, la apnea de los recién nacidos, la impregnación tóxica de este centro por los anestésicos generales, o locales, los hipnóticos, el opio, la morfina, la heroína, la escopolamina, el óxido de carbono, serían favorablemente tratados por la lobelina. También se podría recurrir a ella en la broncopneumonía, la pneumonía, el edema agudo del pulmón, teniendo en cuenta que los niños son muy sensibles y pueden ser intoxicados con una débil dosis.

Hay que precaverse de las impurezas de la lobelina, y por esto es indispensable asegurarse de su buena preparación.

Una recomendación práctica: no hay que olvidar que la lobelina se parece a la nicotina en que tiene una acción excitante sobre el pneumogástrico y depresiva sobre el corazón, aun a las dosis en que estimula el centro respiratorio. Traducidas estas acciones por la hipotensión, el re-lentecimiento y la disminución de la energía de las contracciones cardíacas, es preciso recurrir al empleo de medicamentos correctivos, asociando a la lobelina la atropina y los tonicardíacos, y cuidando siempre de no emplearla en los casos de degeneración del miocardio.

El gran Sabouraud, uno de los dermatologistas más eximios que conocemos, fué el primero en señalar la influencia de *las sales de talio*, administradas por la boca, sobre el cuero cabelludo. De esto pasa bastante tiempo.

Ultimamente, en Alemania, en Méjico, en Rusia, se las ha preconizado para el tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo y como depilatorio. Tienen, en efecto, una acción enérgica; mas rodeada de peligros, por lo que no insistimos en relacionar el trabajo del doctor M. J. Mouzon. publicado en *La Presse Médicale* de París.

Hay bastante nuevo que decir sobre las aplicaciones de los *metales alcalino-terrosos* en terapéutica,

Calcio.—Las sales de calcio fueron utilizadas desde hará unos treinta años por su acción coagulante de la sangre. Se las administraba *per os* en las hemorragias internas (cloruro); en las hemofilias se recurría a las inyecciones intravenosas de cloruro de calcio al 5 %. Luego, se em-

plearon las inyecciones más concentradas, hasta del cincuenta por ciento en el tratamiento de las diarreas, de los vómitos incoercibles, de los sudores profusos y de las hemoptisis tuberculosas.

Ahora se trata de una nueva aplicación: la irradiación ultravioleta combinada con las inyecciones de cloruro de calcio en el *tratamiento de las tuberculosis ósteo-articulares*. No hace sino pocos meses que se ha comprobado por Blum y Carlier que la administración de dosis fuertes de cloruro de calcio (10 a 15 gramos por día, y hasta 20 o 30], acompañada del régimen declorurante, combate eficazmente *la ascitis de la cirrosis hepática*. Bourguignon, en el *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, ha publicado varias observaciones acerca de la utilización del calcio como calmante de la irritación de los centros nerviosos por ionización, electrolisis o dielectrolisis.

Bario.—Todos usamos o el bismuto o el sulfato de bario, o la asociación del carbonato de bismuto y del sulfato de bario en suspensión gomosa para hacer obtener radiografías de nuestros enfermos. Pues bien, de esta práctica cotidiana ha resultado una observación casi unánimemente recogida en todas partes: la mejoría o curación que sienten los enfermos después de la ingestión de este producto en sus afecciones ^{gastrointestinales}. Seguramente él obra como el caolín, como el talco, como muchos polvos inertes, ^{embarnizando} y protegiendo el estómago y ^{las demás} partes del tubo digestivo. No hay duda que sería muy interesante sacar conclusiones sobre ^{los usos} que pueden darse a estas comprobaciones para bien de los enfermos.

Magnesio.—Al conocimiento de sus propiedades purgantes y colagogas, se vino a sumar el de su *acción curarizante* (útil para el tratamiento de la

intoxicación estrénica, el tétanos y la eclampsia; y el de su *acción analgésica* local. Cada día fué ampliándose el campo de la acción terapéutica del magnesio. El profesor Delbet nos habla ahora de la acción *citofiláctica* del cloruro de magnesia, que aumenta considerablemente la actividad de los leococitos; y atrae la atención del cuerpo médico europeo con sus observaciones sobre la acción de las sales halógenas de magnesio en la obra filáctica *contra el cáncer*. Protegerían el epitelio ectodérmico y también el epitelio de las vías biliares, debiendo ser administradas en la colecistitis.

Numerosas experiencias verificadas en ratoncillos, han demostrado que el magnesio se oponía al desarrollo del cáncer experimental.

Bromuros. Hasta la fecha los bromuros los empleamos a diario como medicación sedante del sistema nervioso. Ahora se les ha dado una nueva aplicación. Administrados por inyección, en solución de suero fisiológico, a la dosis de 1 gr. por 10 cc. (especialmente el bromuro de sodio o el de estroncio) combaten eficazmente el *eczema agudo*, los *eritemas tóxicos*, el *eczema crónico*, los *pruritos generalizados o localizados*, las *urticarias*, el *liquen plano*. No se da aún explicación alguna de esta observación puramente empírica.

El *borato de soda en terapéutica interna*.—En los últimos años han tenido gran aplicación ciertas sustancias salinas, como el *citrato* y el *borato de sodio*. El citrato ha sido empleado con éxito, a fuertes dosis, en el tratamiento de las *pneumonías*. En cuanto al borato, su acción es certera en la sedación de los fenómenos *álgicos* de los *diabéticos*, de las perturbaciones nerviosas de los disti-

roidianos, de los espasmos esofágicos. El tartrato *bóricopotásico* es eficiente en la epilepsia. El borato de sodio calma la sensibilidad y la contractilidad gástricas, siendo provechosa su administración en las úlceras y cáncer. En el hipertiroidismo, en la enfermedad de Basedow, o bocio exoftálmico, produce efectos más benéficos, más regulares y más constantes que todos los demás medicamentos. Tiene la ventaja de que se lo puede administrar a dosis elevadas sin peligro.

La *ergosterina irradiada*, medicamento de real ventaja en el tratamiento de las enfermedades por carencia, nos muestra todo un proceso de investigación interesante relativo a los estudios que constituyeron la base de su preparación. Fué el espíritu científico que, de inducción en inducción, recorrió toda la gama de una obra experimental asentada sobre sólidos fundamentos. La rutina y el empirismo con que se administraba el aceite de hígado de bacalao en el raquitismo, llegaron a tomar una ruta científica; se descubrió la vitamina del aceite, se demostró que su principio activo era una colessterina susceptible de adquirir por la irradiación natural o artificial de los rayos ultravioletas una actividad extraordinaria. Se hizo más todavía; se encontró una colessterina vegetal dotada de las mismas propiedades. Esta es la ergosterina. El problema de la recalcificación del organismo ha quedado resuelto.

La *tiroxina sintética*.—A Harrington se le debe el conocimiento de la fórmula precisa de la tiroxina sintética, que reproduce exactamente la natural. Los estudios que acaban de publicarse en Europa dan a conocer resultados altamente satisfactorios, pudiendo asegurarse la similitud exacta entre la tiroxina del organismo y la sintética. La tiroxina puede ser ingerida mucho tiempo sin

inconveniente, siempre que se empleen dosis débiles y progresivas, supervigilando a los enfermos.

Ya es antigua la administración de los derivados de la *fenilquinoleína* como el atofán. Lo que es nuevo es que esta administración que se hace cada día más *larga manu* va provocando una serie de trastornos, entre los que sobresalen las icterias graves y mortales. Esta es la oportunidad de recordar un caso de diabetes, mejor dicho, de una fuerte y súbita glucosuria en un enfermo a quien se le había aplicado unas cuantas inyecciones de atofanil. Este paciente, que observamos en Sucre, perdió en un mes más de doce kilos de su peso, y la cantidad de azúcar en la orina era considerable. Sanó completamente y recuperó su peso normal en poco tiempo.

Se busca con empeño la manera de preparar un sustituto artificial, sintético, de la insulina. Publicaciones alemanas de hace poco nos hacen conocer la fórmula de la *sintalina* o *decametilenediguandina*. Es una substancia hipoglicemiante de primer orden; pero no puede entrar todavía en la práctica médica porque los resultados obtenidos se refieren al estado fisiológico y no al patológico; es así que en el tratamiento de la diabetes su acción es demasiado inconstante.

Uzara es el nombre de una planta africana, que ha tomado carta de ciudadanía en la farmacopea nueva, por sus propiedades admirables en las infecciones e irritaciones gastrointestinales. Se la usa en las dismenorreas, disenterías amibiana y bacilar, tifoidea, gastroenteritis aguda, diarrea infantil, intoxicaciones alimenticias, atonía gástrica, etc.

Para concluir, vamos a mencionar tres nuevos derivados del opio, el *eucodal*, el *diocodido* y el *dilaudido*.

Estas sustancias, de origen alemán, han sido objeto de varias experimentaciones, especialmente el eucodal, que ya es antiguo, puesto que data de 1917. Resulta de los estudios efectuados, que el eucodal tiene muchas ventajas sobre la morfina, cuyas propiedades posee en alto grado. Se administra el eucodal por vía gástrica, de preferencia a la subcutánea.

El diocodido es un perfeccionamiento de la codeína. Sus indicaciones son las mismas: es sobre todo un medicamento béquico, con la circunstancia de su menor toxicidad y su mayor energía.

El dilaudido presenta una acción sedativa notablemente superior a la de la morfina y sobre todo una acción analgésica central muy marcada. Se la prefiere a ésta en las inyecciones que se hacen para preparar la narcosis. En los estados de agitación, ha solido reemplazar a la escopolamina.



Del Dr. Antonio Cárdenas.

La peste blanca de la civilización considerada como enfermedad social y de decadencia orgánica, es una enfermedad contagiosa, evitable y curable.

Conferencia leída en la sesión ordinaria del Instituto del día 15 de mayo de 1929.

Señor presidente:

Señores socios:

Señores:

En todos los tonos y a los cuatro vientos se ha hecho propaganda, justa y razonable, contra el alcoholismo y las diferentes toxicomanías, contra el cáncer, contra la sífilis, contra la tuberculosis.

Se ha hecho propaganda contra las causas que preparan el terreno en el hombre para ciertas enfermedades que son el azote inmisericorde de la humanidad.

Al hablar de alcoholismo, de tuberculosis, de sífilis, de cáncer, parece que se hubieran agotado los temas de conferencias de vulgarización científica.

Fero la insistencia en tal vulgarización constituye, en mi concepto, la perseverancia de ideales bené-

ficos para la sociedad. Esta, sin saberlo o sin querer comprender todavía, parece no temer a enemigos terribles, solapados que son las toxicomanías preparadoras del terreno donde han de germinar la tuberculosis, la sífilis, el cáncer, etc.

Insistir sobre una vulgaridad es comprender el peligro de esa vulgaridad; y de esto se desprende la gran virtud del médico, del higienista: la *perseverancia*. Con perseverancia se conjura un peligro; se hace desaparecer una plaga.

Por ello, y con la perseverancia que me dá la fé de hacer el beneficio a la sociedad, voy a desarrollar la presente conferencia, en cumplimiento de resoluciones del Instituto.

No tengo y no puedo tener la pretensión de exponer en estas pocas cuartillas las innumerables soluciones que han sido propuestas. Mi fin es mucho más general; mi objeto es mucho más modesto, puesto que sólo pretendo indicar cómo se exponen, según los hechos realmente adquiridos, algunos de dichos problemas, así como las conclusiones prácticas que legítimamente se derivan de ellos.

El gusano que roe la fruta, el muérdago que brota sobre la manzana o sobre la encina, la floxera que destruye la viña, son parásitos; ellos viven a expensas de huéspedes.

El hombre, también como la fruta, la encina, la manzana o la viña, puede ser la presa de los parásitos. Todo el mundo ha oído hablar de los piojos de la cabeza o de los piojos del cuerpo que se pueden multiplicar en el organismo de los que ignoran las prácticas de la higiene; de la sarna, enfermedad de la piel que determina la penetración bajo el epidermis, de un insecto, el

ácarus; todo el mundo ha oído hablar de gusanos intestinales que se multiplican en el tubo digestivo y que producen muchos e importantes trastornos; pero estos parásitos animales no son los únicos que pueden hacer sufrir al hombre, hay otros también que pueden pulular en su organismo, multiplicarse, producir verdaderos envenenamientos y causar los más grandes estragos: estos parásitos son los *microbios*, así llamados por que ellos son tan enteramente pequeños que no son visibles más que para el ojo armado de fuertes microscopios.

No quiero decir con esto que todos los *microbios* del organismo sean nocivos; si entre ellos hay temibles, también hay buenos, que nos ayudan a triunfar contra los ataques de los malos. Pero los *microbios* temibles son verdaderamente los más numerosos: los unos producen enfermedades pasajeras; otros determinan enfermedades como la fiebre tifoidea, la difteria, el cólera, la peste; otros engendran enfermedades de evolución más lenta; los unos se extienden en todo el cuerpo, otros se acantonan en ciertos órganos, donde gracias a los venenos que segregan, someten al individuo a un bombardeo tanto más peligroso cuanto que ellos lanzan sus proyectiles del centro donde están situados.

De todas las enfermedades parasitarias, sin duda la tuberculosis es la más frecuente y la más terrible; es la gran plaga que pone su nota de profunda tristeza en el concierto de la vida contemporánea. Ella está extendida sobre toda la superficie terrestre habitada; ella se afirma como la gran causa de mortalidad moderna, segando la existencia de todos aquellos que habiéndose salvado de las enfermedades de la infancia no tienen la fuerza orgánica suficiente para llegar a la ve-

jez. Y esto es lo que reviste de tan terrible aspecto a sus golpes.

Ante el ataque de este mal muere el adolescente que, lleno de esperanza, se lanza a los umbrales de la vida activa; perece la joven cuando empieza a florecer su pubertad triunfante; concluye el adulto cuando apenas ha terminado su carrera y funda una familia; acaba la mujer cuando piensa consagrar sus días a sostener el ánimo del marido y a dar educación a sus hijos. Manantial de esperanzas y de catástrofes irremediables, la gran segadora de existencias, sobradamente justifica los terrores que inspira.

Frente a la inmensidad del mal, queriendo darle cara, hemos visto alzarse todas las buenas voluntades. Sabios, médicos, filántropos, administraciones y gobiernos han reunido sus esfuerzos para luchar contra la tuberculosis.

La ciencia ha penetrado más íntimamente en la naturaleza del mal; estadísticas y observaciones de larga duración han consignado cuáles son las causas accesorias que favorecen la declaración de esta enfermedad y cuáles son los tratamientos y remedios de todas clases preconizados y experimentados.

De este gran esfuerzo el resultado es harto menguado. Pocos países hay en que la tuberculosis vaya visiblemente decayendo.

Si vemos que determinadas naciones parecen favorecidas en este concepto, con dificultad podemos apreciar cuáles son las razones por las que resultan menos afectadas; así como ante un tuberculoso, en el comienzo de su enfermedad, suele ser imposible diagnosticar el término de la dolencia o por lo menos decir si evolucionará rápida o lentamente. Y es que, en el fondo, siempre ignoramos por qué se declara la tuberculosis,

puesto que la vemos en individuos por completo desemejantes.

El contagio no explica nada. De cada veinte individuos, sometidos a iguales causas de infección, unos contraen tisis aguda, otros tuberculosis crónica y algunos no se tuberculizan jamás.

Entre los unos y los otros, los enfermos y los refractarios, se contarán niños y ancianos, gente rubusta y gente débil, pobres y ricos, sobrios y borrachos.

Por mucho tiempo se creyó que la tuberculosis era una enfermedad de decadencia y de miseria. Los organismos deteriorados, abatidos, empobrecidos, eran sensibles al virus tuberculoso, mientras que los cuerpos poderosos y bien alimentados eran refractarios a este mal.

Con esta teoría, harto seductora, se han acumulado los hechos. Existe la tuberculosis de los ricos, de los individuos que desde su tierna infancia están rodeados de comodidades, de lujo y de todas las precauciones posibles y que, sin embargo, mueren tuberculosos. Existe la tisis, bastante frecuente de los atletas. Y diariamente vemos personas de aspecto inmejorable que acojen el siniestro bacilo de la tuberculosis en sus pulmones, para cultivarse en ellos hasta que su hermoso organismo quede destruido por entero.

Ante estos hechos es imposible comprender que la tuberculosis constituya una enfermedad de decadencia y que para salvarse de ella baste estar sano y robusto. Contra esta idea han protestado muchos clínicos, prefiriendo confesar que ignoran la causa de que el organismo se adapte a la proliferación del bacilo tuberculoso.

Y sin embargo, si examinamos más de cerca los hechos, veremos que el concepto de la tuber-

culosis como enfermedad de decadencia no es tan erróneo como a primera vista parece.

En efectó: no hay que juzgar de la salud, de la robustez de un individuo, comparándolo con su vecino o con la del término medio de entre todos; es preciso hacer la comparación del individuo consigo mismo; lo que es hoy con lo que fué de ayer y con lo que podrá ser mañana.

El estado de salud no es una cualidad inherente al organismo; no es más que el resultado del buen funcionamiento de ese organismo.¶

Al mejorar este funcionamiento aumentamos nuestra salud; mientras que si dejamos subsistir en ella alteraciones funcionales, la disminuimos.

Pero, de que un organismo atacado de alteraciones funcionales, se halle menos bien que un organismo en buen funcionamiento no se infiere necesariamente que esté en vía de decadencia; al contrario, puede encontrarse en vías de perfeccionamiento, si por la higiene, la terapéutica, las condiciones de vida, este organismo mejora de manera constante su funcionamiento fisiológico.

Por otra parte, un organismo dotado de excelente salud, puede encontrarse en vías de decadencia, si su poseedor no usa de sus facultades vitales más que para quebrantar las leyes de la higiene.

El estado de decadencia que adapta el organismo a la evolución de la tuberculosis no consiste en una decadencia en concepto absoluto, sino en un concepto relativo, del que todas las personas, aun las más robustas, pueden sufrir en un momento dado.

Así por ejemplo, un atleta que no usa del poder orgánico, a la naturaleza debido^o más que para comer y beber y cometer todo género de excesos, se pone en las condiciones más desfavo-

rables, las adecuadas para dar cabida al bacilo de Koch en sus pulmones.

Así pues, la salud, las buenas cualidades orgánicas, no deben parecernos como defensas naturales contra la enfermedad y en especial contra la tuberculosis. No dan derecho a quienes las poseen para sustraerse a las leyes de higiene; al contrario, le imponen el deber de perfeccionarse sin cesar, de conducir la evolución de su organismo en el sentido de mejora continua. Todo organismo que no está en vías de perfeccionamiento se halla en camino de decadencia, es decir que es sensible a las infecciones y en especial a la infección tuberculosa.

De esta manera comprendida la noción de decadencia orgánica, se ve que puede ser determinada por múltiples motivos. Todo individuo, según su posición social, su género de vida, su herencia, su pasado morbozo, es sensible a una de aquellas infecciones más bien que a las otras. Por esto el aire recluso, la carencia de sol, el abuso de bebidas alcohólicas, la inactividad muscular, según los casos, ejercen una preponderante influencia en la declaración de la tuberculosis. Y según estos casos, contra una u otra de las causas y no contra todas a la vez, abrá que organizar la defensa.

No cabe duda que la tuberculosis sea una enfermedad social. Ella es constitucional; después de haber atacado un órgano del individuo invade la constitución entera. Ahora bien, la sociedad es comparable al individuo. Todos sus órganos están hoy día atacados de tuberculosis. Se puede pues, definir ésta, una enfermedad crónica del cuerpo social invadiendo todas las familias.

¿Existen leyes para impedir la propagación de esta enfermedad? Ciertamente las enfermeda-

des sociales contagiosas, como el cólera, la peste, son detenidas en su marcha por la aplicación de leyes eficaces y de carácter violento e imperativo. Por lo demás en esta materia no hay otro medio de legislar. Es evidente que no se puede obtener verdadero resultado, sin causar algún perjuicio a la libertad individual.

¿Es la tuberculosis contagiosa?

Formular aquí esta cuestión de la contagiosidad, conocida la mentalidad actual de una gran parte de los médicos, a muchos se figurará locura rematada.

La tuberculosis del individuo es la que crea el peligro para la colectividad y que la frecuencia de la misma en la colectividad constituye la amenaza para el individuo. Y la amenaza es tanto mayor cuanto más se multiplican los contactos humanos y más considerables son la acumulación de gente, el exceso de población, puesto que contactos y acumulación favorecen el contagio, es decir la transmisión del germen mórbido.

Los diferentes medios de contagio son conocidos actualmente, pero como representan uno de los términos más importantes del problema profiláctico, conviene examinarlos muy de cerca, poniendo en valor ciertos hechos que hasta hoy parecen no haber sido tenidos en cuenta de modo suficiente.

El agente causal y transmisible de la tuberculosis es un microorganismo descubierto por Koch en 1882; es un principio científico que puede considerarse como definitivo. No se pone tuberculosa una persona hasta después de contraer el germen patógeno, representado por el bacilo de Koch; es ésta una condición necesaria, pero no forzosa: no basta por sí sola; es necesario el terreno favorable para el desarrollo de este ger-

men. Ambos elementos son indispensables por que según demuestra la experiencia no en todos los sujetos se puede desarrollar el bacilo tuberculoso.

«El trigo no crece en la roca pura», dice el Profesor SERGENT.

«En la tuberculosis, exclamaba PIDOUX, el terreno y no la semilla es lo principal».

El microbio una vez que ha penetrado en nosotros, se conduce con respecto al organismo, como un grano con relación al terreno donde el viento lo ha sembrado. Si el terreno es fecundo y propicio para la germinación de la simiente, ésta va a hechar raíces y dar nacimiento a la planta; si el microbio encuentra un organismo favorable para su desarrollo él va a pulular, segregar toxinas y la enfermedad se hallará de su propia autoridad instalada en su huésped. Si al contrario, el terreno está mal preparado, estéril e impropio para la cultura, el microbio, como la simiente, perecerá allí muy pronto, falto de vitalidad y fuerza. Es a este fin que debemos tender.

Mientras que el agricultor se esforzará en fecundar el humus donde el trigo va a nacer, el médico se empleará en volver el medio orgánico impropio para toda cultura microbiana.

Se sabe que cuando un agente infeccioso ha entrado en nuestro organismo, es allí atacado en seguida por la reserva de glóbulos blancos que le declaran una guerra sin cuartel, en la cual el uno o el otro de los combatientes debe perecer. Este es el fenómeno, muy conocido, de la fagocitosis. Gracias a él podemos atravesar sin peligro esas crisis periódicas que nos asaltan a todos y salir indemnes. Muy a menudo, sin que lo sospechemos siquiera, nuestro cuerpo es el campo de batalla donde microbios y glóbulos blancos

libran combate, sin que la menor reacción febril manifieste la presencia de esos huéspedes peligrosos. Es así como muchas personas, en cierta época de la vida, tienen pequeñas tuberculosis de las cuales curan, sin haber nunca tosido, ni enflaquecido, ni tenido fiebre, es por que el microbio ha sido vencido en la lucha en que estaba empeñado, y su presencia ha pasado desapercibida. Lo que prueba que la invasión bacilar tuberculosa es unas veces rechazada, dominada, reducida a merced del organismo, y otras, al contrario, victoriosa y mortal, para el individuo.

Hay, pues, tuberculosos que curan y otros que no se curan. ¿A qué obedece esta diferencia? ¿A la semilla o al terreno? La respuesta no es dudosa. Los enfermos que han curado eran fuertes, dotados de resistencia enérgica, disponían de reservas suficientes, de productos minerales, de fósforo principalmente para hacer los gastos en ese combate interior. La clave del problema está pues allí: fortificar el terreno, hacerlo inapto para dejarse tocar por el microbio invasor.

Pero después del descubrimiento de Koch, dejó el terreno de desempeñar su papel; bacilos y toxinas dominaron la etiología y la patogenia de la enfermedad y como, en ciertos casos, el contagio parecía imposible de descubrir, se llegó a la hipótesis del microbismo latente. No debemos desechar esta hipótesis ni mucho menos, pues, al asociar la semilla y el terreno, explicamos cómo hay tuberculosis, dormidas durante la infancia, que despiertan con la edad adulta, precisamente con ocasión de una modificación del terreno, así como lo ha mostrado el Profesor SERGENT. Las ideas que así defendía se han ido difundiendo cada vez más; habíanles abierto por lo

demás el camino una pléyade de sabios y clínicos.

En una palabra, gracias a los trabajos recientes, a la reacción que se dibuja contra el exclusivismo de las doctrinas microbianas, se tiende cada vez más a reconocer el papel del terreno en la patogenia de la tuberculosis.

Infimo parece ser el número de individuos de nuestra especie que contraen dicho germen antes del nacimiento, es decir que lo tienen de sus procreadores, dice un célebre autor; la tuberculosis se considerará por todo extremo rara, excepcional: la infección tuberculosa casi siempre es posterior al nacimiento. La herencia semillar de la tuberculosis, negada desde muchos años y por argumentos que parecían irrefragables, parece, en realidad, deber existir en un número bastante considerable de casos. No es ya la herencia del bacilo mismo, si no la de su *ultra virus*.

El bacilo de Koch no vive en todos los terrenos; no puede instalarse más que en organismos preparados. El estudio del quimismo de la nutrición, en estos enfermos, es decir el estudio de las reacciones químicas por los cuales se efectúa en ellos los diversos cambios que constituyen los fenómenos de la vida, demuestra que estas reacciones se verifican con intensidad extremada. El tuberculoso es un organismo incendiado. En tanto que un ser normal absorbe, por la respiración, cierta cifra de oxígeno, el tuberculoso absorbe mucho más y este oxígeno, en lugar de expulsarse por la espiración, en forma de ácido carbónico, según es sabido, queda, en enorme cantidad, fijo en los tejidos. Ahora bien; si el oxígeno, agente comburente por excelencia, se fija en los tejidos, naturalmente es para destruirlos quemándolos. Y en efecto, si se analiza la

orina de los tuberculos y aun de los pretuberculosos, es decir de los predispuestos por herencia, se ve que hay cuan enorme pérdida de elementos minerales y sobre todo de sales de cal y de magnesia.

En resumen, todo tuberculoso o sujeto predispuesto a la tuberculosis es un organismo que se consume, que tiene combustiones profundas y aumentadas y que se desmineraliza de manera grave.

Esta comprobación lleva a un primer resultado sumamente notable y es que mediante el examen químico se puede decir si es de temer en un individuo la explosión de la tuberculosis. Por ejemplo: he aquí un sujeto que después de una gripe, continúa tosiendo y adelgaza; inspira cuidado y llega a temerse en él la terrible afección. Entonces se examina el quimismo respiratorio y urinario y se ve que estas reacciones son normales y hasta se encuentran disminuidas. Con seguridad puede afirmar entonces el médico que este enfermo no tiene nada que temer.

Todo cuanto puede llevar a la tuberculosis, cansancio excesivo, fatiga intelectual, alcoholismo, disgustos, preocupaciones graves; todo esto comienza siempre según demuestra la experiencia, por causar una exasperación de las reacciones orgánicas, comprobable por el examen del quimismo respiratorio o urinario. Por consiguiente, se puede afirmar que siempre que este examen revele un aumento anormal de reacciones nos hallamos en presencia de un terreno en que puede evolucionar la tuberculosis: este es el momento en que hallándose el bacilo en buen terreno de cultura podrá desarrollarse libremente.

Por regla general, la transmisión se verifica de hombre a hombre, pero se realiza también a ve-

ces del animal al hombre. La primera es la más peligrosa, por que los bacilos que comunica están ya adaptados y por consiguiente presentan virulencia elevada. En todos los casos el contagio es directo e inmediato o indirecto y mediato.

Cuando el contagio es directo el bacilo tuberculoso pasa, sin intermedio, del organismo infectado al organismo sano, por medio del beso, de la saliva, de las mucosidades; del pus séptico, y su vida parasitaria no está en realidad interrumpida, al cambiar de huésped, continua funcionando.

Cuando el contagio es indirecto, el bacilo pasa igualmente de un organismo infectado a un organismo sano, pero sólo después de una interrupción mas o menos larga en su vida de parásito. Consideraremos, para citar un ejemplo, un esputo lleno de bacilos tuberculosos; este esputo cae al suelo, se seca, es pulverizado, y el polvo bacilífero arrastrado por el viento e inhalado después por un sujeto sano, va por último a depositarse en la mucosa respiratoria, donde los microbios tienen más facilidad para desarrollarse. Entre el momento en que se seca con el esputo y el momento en que vuelve a encontrarse en el organismo humano, el bacilo tuberculoso ha sufrido diversas condiciones (deseccación, luz, frío, etc.) diferentes de la que encuentra en estado de parásito. La cuestión consiste, pues, en saber si estas condiciones a las que está expuesto durante la interrupción larga de su vida parasitaria modifican sus propiedades y en particular su virulencia, si puede por otra parte sin morir, o, en otros términos, si el peligro de contagio sigue igual después que antes de la interrupción.

¿Cuáles son los puntos de penetración del bacilo tuberculoso?

La cuestión que en la actualidad divide a los patogenistas se resume en esta pregunta: ¿es la tuberculosis de origen respiratorio o de origen digestivo?

CONTAMINACIÓN RESPIRATORIA.—Se realiza por medio de los bacilos que existen en suspensión en el aire respirado.

Es muy difícil demostrar esto experimentalmente. Para que una inhalación diera buen resultado, sería preciso llevar los bacilos más allá de la tráquea y evitar de este modo el reflejo tisiógeno.

A pesar de todos los experimentos, los mejores fisiólogos se hallan divididos en su opinión.

La conclusión que parece desprenderse de estos hechos, dice el Profesor LANDOUSY, es que, hasta en los mismos polvos húmedos, la tuberculosis primitiva del pulmón, por vía de inhalación no parece que pueda realizarse si no difícilmente y en condiciones excepcionales, las cuales no se observan nunca en la práctica.

Para completar lo referente a la contaminación por vía respiratoria quiero transcribir la opinión del profesor CADÉAC.

«Nadie ha logrado nunca provocar la tuberculosis, dice, haciendo inhalar a los animales sanos el polvo cojido en los hospitales, sanatorios u otros lugares públicos. Considerar este polvo como demasiado temible, no pasa de pura hipótesis».

«Hemos demostrado ya que esta hipótesis no está fundada en ninguna base sólida, al señalar la dificultad, casi la imposibilidad de provocar la tuberculosis por medio del polvo puro, provenien-

te de la desecación, hecha en la obscuridad, de esputos tuberculosos».

«Si el polvo proveniente de esputos tuberculosos, expresamente preparados con el fin de asegurar la contaminación de los animales por medio de su inhalación, son en general impotentes para determinar la tuberculosis, ¿qué deberemos pensar nosotros del mismo polvo, entrado en el suelo, fijo en los muebles por la mucina que le impide de fluctuar en la atmósfera, o que no permite su transporte si no después de una desecación prolongada exponiéndole forzosa mente a sufrir la influencia de la luz directa o de la luz difusa?».

«Este mismo polvo, tarde o temprano, bañado de oxígeno y de luz, desde que llegue a fluctuar en la atmósfera, se disemina, se isola, se diluye, por su misma división, y no tarda en quedar privado de su primitiva virulencia, bajo la acción combinada de la desecación y de la luz. En efecto, si el polvo puro no puede transmitir la tuberculosis por medio de la inhalación, a fortiori el polvo expuesto a todas las vicisitudes atmosféricas, diluido, aislado, resulta rápidamente inofensivo».

De este conjunto de razones se deduce no ser posible presentar un solo hecho, estableciendo claramente la transmisión de la tuberculosis por la inhalación de dicho polvo.

Teórica y prácticamente, es el polvo en cuestión, inofensivo para las vías respiratorias.

Más y más los partidarios de la tuberculosis por la inhalación se ven forzados a confesar que esta teoría se encuentra bastante debilitada, y que pierde terreno cada día. Los que persisten a sustentarla, no pudiendo presentar hechos, se con-

tentan con emitir tan sólo afirmaciones vagas y faltas de precisión.

El principal peligro de este polvo, dicen, es que él no entra en el organismo por inhalación, pero antes, por ingestión. Hay que verificar, por tanto, si este peligro es real o imaginario, y para eso es menester ingerir el polvo sacado de esputos tuberculosos.

Esto lo hizo el profesor CADEAC. Ha estudiado así el papel de esputos secos en la obscuridad y en la luz difusa. Las experiencias de este autor, presentadas con todas sus particularidades a la Sociedad de Medicina de Lyon, han sido tomadas en mucha consideración, tanto por el número de animales sometidos a experiencias, como por la manera de practicar esos estudios interesantes.

«Se puede concluir luego que legítimamente se considera inofensivo el polvo obtenido por la desecación de esputos tuberculosos, e inofensivo también para las vías digestivas como para las vías respiratorias».

«La desecación y la conversión rápida de los esputos en polvo movilizable son medios naturales de preservación contra la infección tuberculosa».

CONTAMINACION DIGESTIVA.—La contaminación digestiva es aceptada por unos y negada por otros. Quiero transcribir aquí la opinión del profesor KOMBY que combate el origen alimenticio de la tuberculosis, diciendo:

«La leche de las vacas tuberculosas raras veces es nociva, y no transmite sino muy excepcionalmente la tuberculosis. En un número bastante considerable de exámenes anatómicos de los niños, nunca el autor ha encontrado la tuberculosis primitiva del intestino; al contrario, ha siem-

pre observado la presencia de ganglios tuberculosos alrededor de los bronquios. Es en contorno de la adenopatía brónquica que gravita toda la tuberculosis infantil.»

Los dogmas de la higiene oficial están lejos de ser intangibles. En el actual momento, desde que esos dogmas aspiran a reducir los desgraciados tuberculosos a la triste suerte de los leprosos de otros tiempos, a transformar en parias de la sociedad contemporánea esos enfermos, tan frecuentemente inofensivos, alegra el alma el ver dibujarse un movimiento de estudios aspirando a demostrar la siguiente verdad, más conocida de los prácticos que de los hombres de laboratorio: «Los bacilos de Koch, esparcidos por los cuatro vientos, son bacilos tuberculosos que no tuberculizan a nadie».

Dice un proverbio persa: «Cuando el aire y el sol no entran en una casa, el médico penetra a menudo». Un individuo predispuesto a la tuberculosis, que vive en un medio sano, asoleado y bien ventilado, puede escapar al mal, pero un individuo aun vigoroso, que vive en una casa obscura, mal ventilada, y donde hay hacinamiento de gente, no podrá resistir al ataque; de la misma manera que una planta, la más vivaz, enferma si está en un hueco, substraída de los rayos vivificantes del sol, sin calor y sin luz, se debilita y muere.

Bien, pues, para evitar la propagación de esta terrible plaga es menester preocuparse del terreno. Esto es lo efectuado desde hacen años por el profesor Alberto ROBIN, quien ha conseguido poner en evidencia algunos hechos que pueden tener un alcance considerable desde el punto de vista terapéutico. El bacilo de Koch no vive en todos los terrenos; no puede instalar-

se más que en organismos preparados. El estudio del quimismo de la nutrición, en estos enfermos, es decir el estudio de las reacciones químicas por las cuales se efectúan en ellos los diversos cambios que constituyen los fenómenos de la vida, demuestra que estas reacciones se verifican con intensidad extremada.

En una palabra, según Alberto Robin, más bien que cuidar al tuberculoso, hay que prever la posibilidad de la enfermedad y esto tan pronto como se reconoce la existencia de un terreno favorable para el bacilo. En el caso de que el bacilo haya comenzado su evolución, es preciso insistir en la modificación del terreno, porque solamente entonces se podrá desalojar al mismo. La acción sobre los fenómenos pulmonares no será más que un paliativo; el mayor esfuerzo terapéutico habrá de recaer sobre la lesión profunda de nutrición.

La tuberculosis pulmonar es la más curable de las enfermedades crónicas. Este aforismo clásico en Francia, es ciertamente exacto y sobre todo eminentemente consolador. Pero en la práctica diaria, tiene el grave defecto de hacer perder de vista la ventaja y la necesidad de diagnosticar desde temprano la tuberculosis y combatirla desde entonces con energía.

Esas curas obtenidas en los períodos adelantados de la enfermedad, o cuando ésta estaba confirmada, no son tan frecuentes ni duraderas como se cree y en la mayoría de los casos no son definitivas. Vemos, sin duda, a enfermos que han presentado todos los síntomas de reblandecimiento y hasta de cavernas pulmonares, sobrevivir muchos años y recobrar un estado en apariencia saludable; pero para conservar este estado es necesario y fundamental una higiene constante, un

sin número de precauciones; pues, según la enérgica expresión de MORRIS, esos cavernosos quedan inválidos del pulmón.

Para obtener curación segura, real y duradera; para curar a menudo a los tuberculosos y sobre todo a los tuberculosos pobres, hay que cuidarlos desde el principio y hacer como en Alemania: curarlos con anticipación.

Es, pues, menester que el médico no aguarde la visita del enfermo; es menester que él tome la ofensiva; que provoque en todos los medios donde evoluciona, las confidencias de las gentes; es menester si es llamado a visitar en casa de un tuberculoso, procurar por todos los medios descubrir en ellos o en sus allegados los primeros ataques del mal. Por este procedimiento salvará más enfermos, no tísicos, casi irremediablemente perdidos, sino jóvenes llevando en ellos mismos una tuberculosis en germinación que tarde o temprano estallará, pero que curaría radicalmente bajo la influencia del tratamiento, pero del tratamiento enérgico y constante.

La hora es grave; la medicina social debe solicitar toda nuestra atención, y la medicina social no es otra cosa que la medicina preservatriz.

La tuberculosis es el obstáculo donde irán a estrellarse los débiles, los inadaptados, los rezagados en esta carrera sin descanso y sin tregua, los envenenados por el alcohol y las diferentes toxicomanías y los pobres condenados al tugurio. A todos los acechará la tisis y los que no pueden escaparse de sus garras se convertirán, a su vez, en otros tantos agentes contagiosos, en propagadores de la enfermedad, en apóstoles de la tuberculosis. No morirán sin haber transmitido a muchos, no ya la antorcha sagrada del progreso, sino el mal solapado que se los lleva al sepulcro.

Hay tuberculosos que curan por sí solos, sin saber siquiera que están enfermos; hay otros que, aun tratados desde el comienzo y en las mejores condiciones, mueren fatalmente.

Teóricamente esto se explica (pues la teoría lo explica todo): hay terrenos resistentes a infecciones poco virulentas. Combínense términos en todos sentidos y se podrá esquematizar la evolución de las diversas formas de tuberculosis pulmonar. Con todo, confesemos que esta aritmética es poco consoladora. Los enfermos no hacen gran caso de lo que efectuamos en la lucha que se sostiene contra un enemigo temible; lo que quisieran es que nuestro auxilio fuera positivamente eficaz, y precisamente en esto estriba la dificultad.

Entre los millares de medicamentos actualmente en curso, ninguno ha dado un resultado definitivo. Los laboratorios más nebulosos y las oficinas charlatanezcas más groseras publican, por su parte, grandes éxitos obtenidos. En todo este caos, en el que se agita a su sabor el afán del lucro y la ignorancia, conviene, sin embargo, buscar un medio de reconocerse.

En conjunto, podemos distinguir dos métodos de tratamiento de la tuberculosis:

El uno, de antiguo origen, representa la cura puramente higiénica, cuyo principal objeto consiste en *fortificar el terreno*. Resúmese en estas tres palabras: DESCANSO, AIRE, ALIMENTACIÓN.

Cada una de éstas encierra una sentencia terapéutica, fácil de conseguir y.....sensiblemente muy difícil de obtener que se lleve a la práctica por los enfermos y los candidatos a la enfermedad.

El otro, es nuevo, bacteriológico, más científico, y su objeto primordial es luchar contra el bacilo; descansa también sobre un trípode: VACUNACIÓN, SUEROTERAPIA, TUBERCULINOTERAPIA.

En lo que se refiere a las curas médicas de la tuberculosis, confesemos que son, en la mayor parte, puramente sintomáticas.

La profilaxis, repito que la profilaxis en el sentido más amplio y encadenando sus principios a otros factores contra los elementos que aniquilan a los organismos, es la que debe ser tenida en cuenta. Es un punto que está suscitando problemas de gran trascendencia social; pues, nuestro deber es encarar tales problemas con valentía y sin apasionamiento científicos.

Al terminar esta conferencia que no tiene más objeto que hacer una propaganda antituberculosa, quiero encarecer a todos mis colegas que es necesario, hoy por hoy, trazar un plan eficaz de defensa contra la peste blanca, llamada tuberculosis. Para su verificativo es indispensable considerar la defensa del medio personal, resultado del esfuerzo exigido al individuo sano, y la defensa del medio colectivo, representado por el esfuerzo que se pide a la sociedad.

La defensa individual comprende, la resistencia para dos clases de peligros: los que dependen del individuo y los que proceden del exterior. Toda la defensa del individuo contra los riesgos que le son personales son de incumbencia exclusiva del médico. Al médico corresponde vigilar a su cliente y a los que rodean a éste, ponerlos en guardia contra las faltas de higiene que pueden comprometer su resistencia, guiarlos por el camino de la higiene racional que permitirá aumentar tal resistencia, a no dudarlo.

Debemos, en primer lugar, considerar a los que están predispuestos hereditariamente para contraer la enfermedad. Vigilar los incidentes que

pueden retardar el crecimiento y el desarrollo de los niños; trazar una regla de vida normal en la que los ejercicios al aire libre, la gimnasia respiratoria, la limpieza, desempeñarán el principal papel; dirigir metódicamente la actividad física e intelectual de los jóvenes; vigilar de cerca el aparato respiratorio; no perder de vista, sino después de una reparación completa, a los convalecientes de sarampión, coqueluche, fiebre tifoidea, pleuresía, etc.; tales son los puntos principales que debe atender el médico.

Por otra parte, corresponde también a los médicos, enseñar a estos individuos, lo mismo que a los que gozan de buena salud, el nefasto papel de los excesos, de las fatigas, de las vigiliass prolongadas, del alcoholismo en especial, contra el cual debe sin cesar sostener una lucha tenaz.

La defensa del medio colectivo deja de ser exclusivamente médica, para incumbir en su mayor parte a la sociedad, aunque utilizando siempre al médico como soldado de primera fila. Este se encuentra, entonces, frente a un triple deber. En efecto, le es necesario:

1.—Preservar a los miembros sanos contra toda disminución de su integridad de resistencia.

2.—Defenderlos contra los individuos afectos y contra las causas de contagio.

3.—Llenar los deberes que ha contraído para con los tuberculosos.

Y la sociedad está en el sagrado, en el ineludible deber, de cooperar al médico en la cruzada antituberculosa, con toda la eficacia de su poder, para librar, con todo su esfuerzo, de la tuberculización que está azotando a los pueblos.



Profilaxis del cáncer

Dr. MI. G. PAREJA

Centenares de años que la preocupación científica se ha consagrado a estudiar los neoplasmas malignos, sin conseguir hasta el presente una solución satisfactoria para resolver el problema de su etiología. Entre las múltiples teorías que tratan de explicar el origen de estos y muy especialmente el del cáncer, nada hay que afirme en forma categórica la causa o causas, ya predisponentes o determinantes que engendren esa vivacidad proliferativa de las células epiteliales.

Es indudable que el terreno sea un factor importante para el desarrollo del cáncer y es lógico admitirlo; así como es evidente confesar que las condiciones íntimas que favorezcan la proliferación cancerosa, no las conocemos aun y que pasará mucho tiempo y costará mucho estudio sin que podamos llegar a una verdad al respecto.

El cáncer es admitido casi generalmente como una manifestación local con repercusión posterior a todo el organismo, por intermedio de la circulación linfática. Aboga en favor de esta hipótesis, el hecho de que una intervención oportuna, cuando empieza a manifestarse, cura radicalmente la lesión. Y cuál el factor influyente

que sacudiendo la vida celular la excite a un cambio de sus actividades, que de normal la transforme en patológica, que de constituyente integral del tegido la transforme en un parásito agresor y destructor? Nada claro para explicarse, nada que nos saque de la obscuridad de nuestras teorías.

Después de los estudios consagrados al cáncer y de las investigaciones anatomo-patológicas que han ganado un amplio campo de conocimientos, llegamos a la conclusión de que los efectos de este terrible neoplasma, son bien conocidas, pero la causa aun no ha sido descubierta; es natural que para evitar el efecto sea necesario combatir la causa. En 1882, cuando era descubierto el bacilo de la tuberculosis por Koch, parecía haberse dado también un gran paso en lo que al cáncer se refería; sin embargo, todas las ilusiones fueron derrumbadas y algo más, se niega en forma terminante y demostrativa el origen infeccioso de este neoplasma.

La profilaxis contra las enfermedades infecto-contagiosas y sobre todo contra la tuberculosis y la sífilis se ha extendido mucho en estos últimos tiempos y la profilaxis contra el cáncer se hace también cada día más amplia. Cuáles serían los antecedentes que contemplar, las causas por evitar y los medios para preservar? Estas son las preguntas que primero se hace quien trata de fijar puntos profilácticos.

Es el cáncer una plaga social que día a día se hace más frecuente, más amenazadora y que cobra tributos muy caros; corresponde entonces emplear todos los medios induciendo socialmente a la campaña que contra él debe emprenderse. A la cabeza de esa lucha debe colocarse el médico, con espíritu de amplia

convicción, de preparación científica y de divulgación.

Sobre todo, debe comprender el médico que en presencia de un enfermo en quien sospeche una afección cancerosa, su responsabilidad es grande, tanto más cuanto que llegará un momento difícil para curar un estado que concienzudamente manejado, habría podido salvar al desgraciado canceroso. Todo tratamiento de charlatanismo, todo ensayo de medios terapéuticos no bien comprobados como curativos, todo *rèclame* especulativo, podrá ser beneficioso económicamente para el médico que sugestiona o mejor explota la credulidad de su cliente, pero será de resultados desfavorables para el enfermo que entregado con la esperanza de una buena curación, no hace otra cosa que empeorar su dolencia, pasar los límites de la operabilidad y condenarse a un continuo sufrimiento, hasta extinguir su existencia.

Convencidos como estamos de que el cáncer es una enfermedad curable, lo que principalmente importa es tener siempre presente, que esa curabilidad está en razón inversa al desarrollo de la neoplasia: un cáncer joven será más seguramente curado que un cáncer avanzado o que un cáncer viejo con repercusión ganglionar, en el que la curación es problemática por no decir imposible. Es bajo este punto de vista que se impone hacer diagnósticos precoces, si no de seguridad, por lo menos de simple sospecha, conduciendo al enfermo por el camino directo del tratamiento racional: la intervención quirúrgica. Ved ahí, que el médico deba contar con una suficiente preparación científica para llegar al diagnóstico; no quiere decir esto, dominio de la especialidad en el cáncer, no. Quienes se han dedicado a profundizar sus conocimientos en la ma-

teria, recibirán al enfermo para hacer un estudio más meditado, a la vez que pondrán a este en manos del cirujano que ha de extirpar el mal. El estudio anatómo-patológico, complementará el diagnóstico, siendo de aconsejar siempre que fuera posible, hacer una biopsia, medio seguro de confirmación y que aclarará el concepto clínico.

Cuenta el médico con medios suficientes para ilustrar al público sobre los cuidados que se imponen contra el cáncer. Ilústrese convenientemente al personal que más frecuentemente está en roce con los enfermos: las matronas y las enfermeras, juegan un importante papel en la lucha anticancerosa; hágaseles comprender la obligación que tienen de llamar la atención del médico en cualquier caso de lesión ulcerosa, inflamatoria, tumoral etc.; por otra parte, corresponde al médico hacer campaña educativa en el público, mediante conferencias de divulgación, artículos de revista etc, mostrando la gravedad de los cánceres avanzados, enseñando los medios de higiene convenientes y las causas más frecuentes del desarrollo del cáncer. Está comprobado que el cáncer se presenta con más facilidad en tejidos que han sufrido procesos de inflamación crónica, en tejidos repetidamente traumatizados, en lunares, verrugas, tumores benignos etc. Cuidadosa debe ser también esta propaganda: no llegar al terror que acarrearía graves perjuicios en personas de susceptibilidad neurasténica; es por la persuasión y el convencimiento que se obtendrá mejor resultado.

Toca por último al público colaborar a la campaña contra el cáncer. Es personalmente que se debe cuidar la salud. El público bien ilustrado debe estar siempre a resguardo de los medios amenazadores que le rodean; en cuanto se refiere

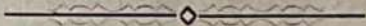
al asunto que nos ocupa, debe llevar el convencimiento de que no es el cáncer una afección tan grave como se la conceptúa, pero que para evitar las consecuencias que pudieran venir a su descuido, es menester vivir siempre prevenidos contra este mal, entregarse a exámenes periódicamente repetidos por un médico, que sabrá apreciar las primeras manifestaciones y someterlas al tratamiento conveniente, que a ser oportuno, contará siempre con éxito. Bainbridge con razonamiento correcto y oportuno dice: «Las máquinas complicadas y delicadas como los automóviles, están constantemente sometidas a inspección. El organismo humano es algo infinitamente más complejo y frágil. Está sometido a una tensión considerable e incesante. ¿Se lo cuida con tanta atención como al último de los automóviles?»





MORAL Y SECRETO MEDICOS

Colaboración a la Revista del
Instituto Médico «Sucre»



Dos temas de gran trascendencia para el médico y para el moralista que estudian la forma de inculcar las ideas más nobles sobre la importancia y el significado de estos deberes que guían en el sendero del médico: su dignidad y honor de hombre y tranquilidad de conciencia.

La Deontología—encargada de este estudio—tiene por objeto hacer conocer los *deberes* y los *derechos justos* que adquiere el médico para ejercer su profesión con buen éxito, en bien de los intereses sociales y a favor suyo. Las definiciones de este ramo de la medicina son numerosas, pero su estudio está muy limitado en todas las obras médicas; en nuestras universidades se la conocé muy superficialmente, sólo nociones se adquieren de ella, sin tener en cuenta su gran importancia, pero gracias a la cultura intelectual y a la educación moral del médico o del estu-

dianter, se perfeccionan y ennoblecen los deberes deontológicos, haciendo una excepción de los malos elementos que siempre existen en toda carrera profesional, y que comprometen la honorabilidad y el prestigio de nuestra corporación.

Desgraciadamente, poco nos ocupamos de poseer conocimientos de legislación médica, menos de formar un Código de deontología; bien dice el Dr. Osorio, que la legislación boliviana no exige ni las disposiciones legales que obliguen al médico la declaración de enfermedades contagiosas, de nacimiento, certificados de defunciones, etc. Se comprende que con sólo estos datos, podríamos obtener grandes ventajas para formar estadísticas sanitarias. El Dr. Martín, de Lyon y el Dr. Boudin (*Le syndicalisme médical*, París) se preocupan intensamente por la enseñanza especial a los estudiantes de medicina, del estudio de Deontología, Legislación y Sociología médicas, separando estas materias de la Medicina Legal. Poco conocemos sobre los Congresos de Deontología y las publicaciones de los proyectos de códigos médicos para la organización de un reglamento profesional y moral, al cumplimiento del cual debiera someterse todo médico para ejercer su alta misión.

Con el objeto de hacer más comprensible el estudio de este trabajo, hacemos una descripción separada de la Moral y del Secreto.

Moral médica.

Entiéndese por moral médica el alto concepto que debe tener todo médico de la delicada misión que desempeña en la sociedad, donde su honor tiene que guardar relación con su conciencia; más claramente podíamos resumir en pocas palabras: es la dignidad del médico que, con la rectitud de

sus actos enaltece sus obras y de consiguiente sublimiza su misión.

El humanitarismo del médico no debe tener límites para hacer todo el bien posible al que necesite de sus servicios y a la humanidad en general; si el soldado tiene por mandato: la defensa y el sacrificio por su patria, el médico tiene por deber y obligación de hacer el bien, sacrificando su tranquilidad y hasta su vida por el que implora alivio físico o moral; esta es nuestra verdadera misión, ya que en ella se encierran dos sentimientos: abnegación y nobleza de espíritu.

El médico de verdad deberá tener una moral superior a la de cualquier hombre, imponiendo a su yo personal la rectitud de sus actos; el médico de conciencia deberá poseer una doctrina de un grande sentido moral, para que en su mente el significado de las palabras caridad y responsabilidad, sean lo más sagrado de sus pensamientos; no precisamente en un sentido místico que ya no es de nuestro tiempo.

Es sublime el ministerio que tiene el médico, cuando se piensa que muchas veces sus sacrificios y sus desvelos por salvar una vida, tienen un fin noble, sin esperar la gratitud, menos la recompensa. ¡Cuántos médicos sufren más que los miembros de la familia que rodean el lecho del enfermo moribundo, al ver la impotencia de su ciencia que no puede remediar ni arrebatarse de las garras de la muerte al ser que se le quiere dar vida! Sólo así, se comprende, que con esta resignación y altruismo, tendría derecho el postulante al título de doctor en Medicina que se le confiere a nombre de Dios, de La Ley y de la Conciencia, de otra manera sería vulgarizar el juramento de Hipócrates y la gran ceremonia con que se realiza ese trascendental acto de la lectura

de la Tesis y del juramento que se hace: arrodillado ante un Cristo crucificado y los Santos Evangelios de una Biblia, acto que, con el gran significado que tiene, constituye el privilegio que adquiere desde ese momento el médico y establece la garantía social.

La presencia del médico, muchas veces es suficiente para el enfermo que implora alivio, porque la confianza que él inspira influye en su ánimo más que el remedio en su organismo; es admirable, como se consiguen aliviar males con sólo la fé y la bondad que el médico impone a la cabecera del enfermo; cómo recurre sin ningún temor, la mujer virgen y tímida que necesita una curación, dejándose observar toda la desnudez humana, con la seguridad de que ese hombre por su moral médica la respeta, o con más confianza que ante cualquier otra persona, confíesale todas sus debilidades morales y físicas. Ante el profesional de una moralidad reconocida se revela sin vacilación la enfermedad más secreta o el vicio más vergonzoso de la degeneración de un ser.

En ninguna otra profesión se requiere tanta moralidad como en la nuestra: el Dr. Osorio al hablar del secreto médico, dice: «El médico es, como el notario, como el sacerdote un depositario de confesiones ocultas, cuya revelación puede ocasionar daños incalculables a las familias y a los individuos; con la diferencia agravante de que el notario sólo conoce el secreto de los intereses del hogar y el sacerdote de la conciencia, mientras el médico, más que ambos, profundiza la personalidad del enfermo: estudia y aprecia a la vez, lo moral, lo intelectual y lo físico».

Pero no solamente el médico especialista en enfermedades de mujeres o de niños, debe guar-

dar una rigurosa educación moral, sino también, el médico militar, el médico de confianza de una familia y por último el médico en su propio hogar deberá tener una conducta tal, que evite en lo posible las confidencias de hechos relacionados con su profesión y su clientela. En una palabra, la moralidad, es la base primordial y lo primero que debe educar todo médico para penetrar en el hogar del enfermo, porque antes que su saber, se impondrán su *conciencia y su responsabilidad*.

En la moral hay una relación directa del psiquismo con la personalidad física, es decir, están ligados íntimamente su *yó* (self) conciencia con su *yo* material; en el médico, como en el sacerdote o en la sierva de caridad, etc. existe una disposición o cualidad que constituye aquello que llamamos *vocación*; y así, como en toda carrera se necesitan aptitudes, en la nuestra se exige la *vocación*, no tomando esta disposición moral en el sentido del sacerdocio religioso o místico, sino en el del altruismo humanitario y en el del honor médico. En esta aptitud, tiene que existir un equilibrio entre la conciencia y el individuo, no habiendo esa igualdad o paralelismo, no se puede concebir una moral completa; se comprende que la intimidad de estas dos unidades que constituyen el *yo*, son inseparables, es ese *uno* consciente que en cada cual de nosotros se reconoce como un *ser*; sólo, para la mejor comprensión separamos en dos individualidades, pero no obstante de esta igualdad y relación íntima, la conciencia rige y ordena a la personalidad material. Es indudable que aquella nos dirige en todos los actos de nuestra vida, contribuyendo eficazmente a la educación de una moralidad determinada. Al estudiar este punto, mencionamos el nombre del Dr. Jaime Mendoza, que en una

de sus conferencias sobre el *Concepto del bien y del mal*, traduce el pensamiento del genial Berthelot, demostrando la relación entre lo material y lo inmaterial, es decir, la personalidad humana con la personalidad moral; construye hábilmente, después del análisis de esas dos unidades inseparables, al ser humano consciente; explica el maestro Mendoza, con la exactitud del investigador, desde el instinto o inconsciente, piso inferior de nuestro organismo, hasta la razón, piso superior de nuestra conciencia.

De la complejidad de fenómenos que el hombre lleva en su ser, nace aquello que se llama *indole*, que es una condición o inclinación natural propia de cada uno y que, según la cultura intelectual de la persona, se traduce en sentimientos, pasiones, impulsos, etc., es decir constituye el *temperamento* para formar una moral de cuya educación depende el sentimiento natural del *bien o del mal*; este don innato que está ligado a nuestra personalidad es susceptible de la perfección siempre que el individuo trate de adquirir una moral superior, o más claramente trate de perfeccionarse en lo moral y lo material. La perfección del hombre en este sentido, será el gran paso que dé la Humanidad, entonces utilizaremos las grandes fuerzas que existen en nosotros, afectando a todos los que nos rodean ya sea para el bien o para el mal.

En nuestra moral médica tenemos que purificar nuestro yo para que con la educación del carácter y de la voluntad, podamos hacer una potencia de nuestra personalidad moral y veamos entonces cuán gran poder de hacer el bien poseemos. Al respecto, Besant dice: La emoción que impulsa a llevar una noble vida, sólo se aprovecha a medias si la clara luz de la inteligencia no ilu-

mina la senda de conducta; pues así como el ciego se sale del camino sin saberlo, hasta que cae en un foso, así el yo ego, ciego con la ignorancia se aparta del camino de la vida recta, hasta que cae en el abismo del mal obrar. (El Poder del pensamiento).

El médico que no cultiva su inteligencia desde el lado de la moral y de la conciencia, no llegará a cumplir por completo su alta misión humanitaria, porque más servirá a la sociedad una inteligencia con nobles sentimientos, que un cerebro de gran saber, dominado por un espíritu de ambición y de lucro, y sin esa cualidad que requiere nuestra profesión: la abnegación.

El Dr. Le Gendre, al hablar de Deontología, dice: «Desde el punto de vista de la formación del médico, insisto en las dificultades que presenta, el mucho tiempo que requiere, el peligro que significa para la sociedad el médico con instrucción insuficiente o cuya moral está mal orientada».

Será útil recalcar la importancia que requiere el conocimiento de la responsabilidad moral y de la dignidad profesional que todo espíritu verdaderamente médico, debería perfeccionar cada día más para no comprometer la honorabilidad de nuestra corporación, ahora que la medicina evoluciona en el sentido de ser una función social.

Secreto médico.

Es el deber moral de no revelar nada de lo que en el ejercicio de la profesión se supiere, y siempre que la conciencia impusiera el silencio. Esta sencilla definición encerraría el verdadero concepto profesional, demostrando la imposición de la conciencia a callar, sin intervención alguna de

otro mandato o ley es el secreto natural, obra del psiquismo superior.

Los hombres tenemos un deber para con nosotros mismos, constituyendo nuestra responsabilidad moral propia; ni la responsabilidad civil, ni el interés social, pueden reemplazar ni imponer a aquella unidad natural de cada uno; también, tenemos deberes para con nuestro prójimo y para con la sociedad de la que formamos parte como elementos constitutivos, pero estas obligaciones morales para con la sociedad, se encuentran en segundo lugar, después de los deberes de la moral de nuestra conciencia, porque no puede existir una legislación social o del Estado que imponga el cumplimiento de una ley que no esté de acuerdo con esa individualidad o psiquismo de nuestro *yo consciente*, base indispensable de nuestra vida; pues, no se puede concebir la vida humana racional, sin ese elemento invisible: *conciencia*, porque sin él, sólo seríamos seres incompletos, subconscientes efectivos, sin ese don supremo que hace del hombre un ser completo: la razón donde se elabora la idea. «La flor jamás ve la raíz de donde crece, por más que su vida toda sale de ella y que sin ella no podría existir» (A. Besant).

Las leyes sociales y la responsabilidad civil están superpuestas por las leyes de la conciencia. Al estudiar el secreto profesional, relacionámonlo con estas ideas para sostener nuestra opinión acerca de este asunto que en la actualidad se estudia y se trata de resolver en la Academia de Medicina de París. Antes de seguir adelante, aprobamos las opiniones de algunos médicos que en su manera de pensar están de acuerdo con nuestras ideas.

El Dr. Gallois, médico francés, concretamen-

te dice: El «Estado no puede obligar al médico a que hable si su conciencia se lo prohíbe».

El Dr. Devraigne, manifiesta su pensamiento en esta fórmula: «Sería de desear que el médico pudiese testimoniar cuando estimara de su deber el hacerlo».

El profesor Balthazard, miembro de dicha Academia, en su informe presentado acerca del secreto profesional, dice en una de sus partes: «Sostengo asimismo la opinión de que el médico en determinados casos puede testimoniar ante los tribunales si su conciencia le dicta revelar ciertos hechos, incluso secretos, y aunque deba arriesgar la penalidad prevista por el art. 378 del Código penal francés. Por otra parte, a menudo se hallará colocado entre dos obligaciones legales igualmente imperativas: una que le prescribe observar el secreto profesional y otra que le ordena denunciar los crímenes de que ha tenido conocimiento. En casos semejantes, el médico debe escuchar la voz de su conciencia y hablar si juzga que el interés de su enfermo lo exige o si estimara que un crimen cometido en su enfermo no debe permanecer impune.»

Efectivamente existen dos deberes que exigen terminantemente a hablar o callar lo que en el ejercicio profesional se ha sabido, pero en la igualdad de condiciones de estas dos obligaciones legales, sostenemos de que se impone la ley que dicta la conciencia a la ley que dicta el legislador.

Ahora bien, teniendo el médico determinada libertad de acción para obrar según su criterio moral y concienzudo, podrá guardar el secreto que se considere como tal por su naturaleza, lo podrá guardar, en nombre del juramento profesional y en nombre de la libertad individual para no perjudicar al enfermo, siempre que este in-

terés privado no atañe en nada al interés de otra persona o al bien social; pero podrá revelar a nombre de su conciencia cuando ésta le impone a no callar aquello que perjudica al bien de otro individuo o al interés colectivo.

El Dr. Ezequiel L. Osorio, eximio profesor de la Facultad de Medicina de Sucre, al hablar del secreto médico dice en una de las partes del artículo escrito en la Revista del Instituto Médico Sucre: «el médico como persona honorable que es, tiene deberes morales que cumplir ante la sociedad, como hombre y componente suyo, no debe confundir estos deberes con la obligación que pesa sobre su conciencia y compromete su responsabilidad como médico de cabecera, como médico de consulta en su gabinete y como médico llamado a una junta». Pues bien, se comprende, y seguramente el doctor Osorio estará de acuerdo al refutarle, que esa obligación que pesa sobre nuestra conciencia, puede imponernos a cumplir un deber social, arriesgando hasta nuestra dignidad y honor de médico, pero evitando un remordimiento de nuestro yo al dejar impune un crimen que ocasione a nuestra vista horrorosos espectáculos que no estamos autorizados a dejar producir en nombre del secreto absoluto que el juramento de Hipócrates nos impone a callar. Mil veces, preferible sacrificar nuestro prestigio y honor de hombre y de médico, pero oír antes la voz de nuestra conciencia. Pongo como ejemplo el caso que el Dr. Osorio cita por vía de ilustración, al hablar de «El derecho a la vida sana»: un joven ha contraído la sífilis faltando pocos días para celebrar sus bodas.....etc. Dejamos el comentario al lector.

El Dr. Mendoza, profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Sucre, al dar

su valiosa y concienzuda opinión, hace comprender que el médico cumpliría con el mandato de su conciencia al decir: «llenaría un deber de altísimo sentido moral.

Además, el Dr. Gallois, cuya opinión la hemos citado anteriormente, se declara defensor de los intereses del cliente para no perjudicarlo; pero no para ayudarlo a disimular que una enfermedad que pueda ocasionar un gran mal a otra persona. Como ejemplo pondremos siempre la sífilis, que es el gran mal de la humanidad.

Se comprende que ese interés social claramente demostrado, tiene que imponerse al interés particular de un individuo, puesto que en ningún caso puede una libertad individual hacerse nociva al bienestar colectivo. Es exagerar el principio de la libertad individual, dice Dupin, cuando no se dificulta el ejercicio de otras garantías sociales. En la práctica, la sociedad no duda cuando lo demanda la seguridad de todos.

La Jurisprudencia está encargada de amparar y de velar por los intereses de la Sociedad, reprimiendo o aclarando con sus leyes todo aquello que pudiera obstaculizar al bien particular o al colectivo. Las legislaciones médicas se establecen con el fin de proteger al profesional y al público; ante estos deberes imperativos, el médico tiene que guardar una norma de conducta necesaria para su desenvolvimiento profesional. ¿Cómo podrá cumplir esos mandatos para solucionar asuntos relacionados con sus enfermos, sin comprometer en nada su prestigio y su dignidad? conservando nuestra independencia absoluta, aún en el caso de ser médico de cabecera, mucho más, si estamos en el ejercicio de un cargo rentado o al servicio del Gobierno, ni ante el cliente particular que solicita nuestros servicios en nuestro

consultorio para remuneraros con el dinero, ni ante reglamentos de empresas, de sociedades mutuas, de cuerpos militares, etc. etc. podremos, como médicos conscientes y de honorabilidad, cumplir mandatos, órdenes o promesas que comprometan nuestra dignidad, sin antes consultar con nuestra ley natural: *Conciencia*.

¿Podremos violar el secreto o no revelar aquello que por su naturaleza se considera un crimen sin comprometer nuestra responsabilidad médica?, el profesional podrá resolver un conflicto, declarando a la justicia una información pedida y salvando su responsabilidad, pero para ello es indispensable y necesario que exista un convenio racional y preciso, debidamente especificado lo que: la conciencia y la ley obligan a guardar el secreto y lo que: ambas exigen la revelación, sólo de este común acuerdo entre la opinión concienzuda y moral del médico y la legislación social, podría solucionarse el gran problema del secreto profesional sin lamentar lo que actualmente nos preocupa.

Pasa mucho tiempo, que una comisión para un Congreso de Deontología, compuesta de Dignat, Glover, Lereboullet, Lepage y Gendre, proponían formar un código médico que «tras discusión en todos los Concejos de las Facultades, adoptado y promulgado por ellas, establecería definitivamente el estatuto moral y profesional al cumplimiento del cual debiera comprometerse por su honor, todo estudiante antes de oír: *Dignus es intrare*».



CONCLUSIONES

- I.—La Moral médica es la base primordial para el cumplimiento de nuestra misión.
- II.—El Secreto médico es el complemento de la Moral para cumplir lo que nuestra conciencia nos impone.
- III.—Por la salud social, se podrá revelar un secreto determinado en los artículos del Código médico, siempre que la ley de nuestra conciencia nos imponga llenar este deber.

Febrero de 1929.

Dr. Miguel Levy B.





GLAUCOMA HEMORRAGICO

Comunicación presentada al
Instituto Médico «Sucre»

Motiva esta comunicación, un interesante caso de glaucoma hemorrágico que hemos tenido ocasión de observar en nuestra clientela particular y el hecho de que en la mayoría de los textos consagrados a la especialidad, sólo se dedican a esta enfermedad muy cortas líneas.

El glaucoma hemorrágico es el síndrome producido por el aumento de tensión debido a una hemorragia ocular.

Etiología.

Es, entre todas las variedades de glaucoma, la más rara. Se presenta según Panas en el 2% de los casos. Nosotros, en más de 100 casos de glaucoma que hemos estudiado en la Clínica de nuestro maestro el Dr. Solares, no lo hemos visto nunca.

Raras veces primitivo, es siempre consecutivo a otra afección ya sea local o general. Es más frecuente en la mujer, en la que juega un papel etiológico importante la menopausia.

Las afecciones cardio-renales y vasculares, en especial la insuficiencia mitral, la nefro-esclerosis,

los aneurismas, la arterioesclerosis y la hipertensión arterial, junto o con o la trombo-flebitis y la embolia de las venas oculares, son sus causas más frecuentes.

Como causas ocasionales citaremos: los traumatismos, los esfuerzos, emociones violentas, excesos en la alimentación y excesos venéreos, etc.

Patogenia.

Algunas veces, aunque muy raras, la hipertensión ocular precede o acompaña a la hemorragia, estos son los casos mal calificados de *glaucoma hemorrágico primitivo*; casi siempre el primer fenómeno que llama la atención del médico es la presencia, en el fondo del ojo, de hemorragias más o menos profusas, seguidas después de un tiempo variable del síndrome hipertensivo (*glaucoma hemorrágico secundario*).

En el primer caso, las hemorragias son producidas por la rotura de pequeñas arteriolas debida a la obstrucción de las venillas correspondientes a causa del pequeño y continuo aumento de tensión endocular. O bien, por el estallido de alguno o algunos gruesos vasos retinianos, por estrangulamiento de la vena central de la retina a nivel del anillo escleral posterior, cuando la hipertensión ocular es brusca y considerable.

Se ha atribuido alguna vez a la descompresión producida por la terapéutica antiglaucomatosa (asociación eserina-pilocarpina, punciones, esclerotomías) y al desequilibrio consiguiente entre la presión sanguínea a nivel de los vasos retinianos y la tensión endocular ambiente rebajada, la producción de accidentes hemorrágicos en el curso del glaucoma sub-agudo crónico.

Existe una relación de causa a efecto, entre

las afecciones generales acompañadas de degeneración vascular e hipertensión arterial y la producción del glaucoma hemorrágico secundario.

En estos casos el fenómeno inicial es la hipertensión arterial; el fenómeno secundario, la producción de hemorragias en el territorio de la arteria oftálmica degenerada; y la consecuencia, el aumento de tensión ocular.

El glaucoma hemorrágico es, en esta forma a nivel del ojo, lo que la hemorragia cerebral a nivel del cerebro o lo que el edema agudo del pulmón a nivel del pulmón, son a las lesiones e hipertensión arterial.

Otras veces la hemorragia tiene como causa la trombo-flebitis o una embolia de las venas oculares (vena central de la retina, venas coróideas).

En uno y otro caso, la hemorragia produce el aumento del contenido ocular cuya cubierta es inextensible. Este aumento de volumen del contenido ocular acarrea, según su intensidad, la compresión y obstrucción de alguna o de todas las vías de excreción de los líquidos oculares (espacios de Fontana y conducto de Schlemm-espacios supracoróideos y venas vorticosas-canal hialóideo) desencadenando el síndrome hipertensivo.

Anatomía patológica.

Aparte de las lesiones comunes, descritas en todas las variedades de glaucoma (enturbiamiento edematoso y descamaciones corneales, adelgazamiento de la esclerótica, hiperalbuminosis del humor acuoso, soldadura de Knies, degeneración del iris, hipertrofia del cuerpo ciliar, cristalino glauco, edema coróideo y formación de cavernas entre las fibras del nervio óptico), se encuentran

en esta forma clínica, las siguientes particularidades:

Cuando la hemorragia ha sido pequeña (hemorragia capilar) solamente el territorio irrigado por el capilar roto, sufre la degeneración de sus elementos nobles. Si un tratamiento racional no hace desaparecer la causa, esta lesión se transforma en un sitio de menor resistencia y puede ser el punto de partida de una hemorragia profusa.

Cuando la hemorragia ha sido muy abundante (glaucoma hemorrágico fulminante) no se encuentran las lesiones degenerativas enunciadas anteriormente, puesto que ellas necesitan para su producción, la persistencia durante mucho tiempo de la hipertensión, salvo el caso de que la regresión total de los síntomas—por otra parte hipotética—hiciera posible la conservación del ojo.

Aparte del vaso roto, generalmente obturado por un grueso cuágulo adherente, se encuentra, una gran cantidad de sangre parcialmente cuagulada nadando en medio del vítreo desorganizado; degeneración de los elementos nobles del tejido retiniano (conos y bastoncitos), edema coróideo y obstrucción completa por trombo-flebitis o por un émbolo venido de lejos, de las venas centrales de la retina o coróideas, las que se encuentran rodeadas de un proceso de peri-flebitis.

Sintomatología.

Desde el punto de vista de la sintomatología, debemos distinguir en el glaucoma hemorrágico, dos formas clínicas: el glaucoma hemorrágico sub-agudo y el glaucoma hemorrágico agudo o fulminante.

A) EL GLAUCOMA HEMORRÁGICO SUB-AGUDO pre-

senta el mismo cuadro sintomático que el glaucoma simple prodómico [glaucoma simple-sub-agudo crónico, hábitus glaucomatoso de los autores alemanes) y sólo se diferencia de él por los signos oftalmoscópicos. La afección comienza por presbicia progresiva. El enfermo vé cada vez peor y atribuye esta dificultad de la visión a la mala adaptación de lentes hecha por su médico, pero al cabo de cierto tiempo de la nueva medición, la vista empeora otra vez. Visión en arco iris (halo glaucomatoso), cefalalgias sordas sin localización precisa, fotofobia y lagrimeo son, junto con el anterior, los principales síntomas subjetivos que caracterizan esta forma clínica de la afección. El exámen objetivo nos pone de manifiesto: pequeña hipertensión ocular, congestión conjuntival, ligero enturbiamiento de la córnea, reducción de la cámara anterior, iris inmóvil y pupila en midriásis mediana. En los primeros tiempos de la enfermedad el exámen oftalmoscópico deja ver: la clásica excavación glaucomatosa de la pupila y uno o varios pequeños focos hemorrágicos en la retina. La campimetría (que nunca debe ser hecha por el procedimiento digital—haciendo fijar la vista del enfermo a nivel de la nariz del observador y moviendo éste su dedo índice extendido en todas direcciones—, ni utilizando el perímetro, sino mediante el campímetro de pared—colocando al enfermo a una distancia de un metro y moviendo delante de él y en todas direcciones pequeños índices blancos) pone de manifiesto escotomas localizados que corresponden en su asiento a los focos hemorrágicos indicados más arriba.

A medida que la afección avanza—sobre todo si ésta no ha podido ser reconocida y convenientemente tratada—los ataques se hacen más frecuentes hasta convertirse en permanentes, dan-

do de esta manera cabida al cuadro del *glaucoma absoluto degenerativo*.

B) GLAUCOMA HEMORRÁGICO AGUDO. En esta forma el enfermo—generalmente en el curso de una enfermedad cardio-vascular o renal grave y después de un traumatismo, de una emoción violenta o en seguida de un esfuerzo y en algunas ocasiones durante el coito o la defecación—siente una fuerte punzada en el ojo y nota que su vista se empaña, percibe al principio una mancha roja a manera de cascada y termina por perder la visión. La sucesión de estos síntomas se hace rápidamente y el enfermo se torna ciego en el curso de pocos segundos (*glaucoma hemorrágico fulminante*). Luego es presa de horribles dolores que no sólo se localizan en su ojo sino que se irradian a todo el territorio inervado por el trigémino.

Puede suceder que el dolor adquiera mayor intensidad a nivel del oído o de los dientes. Es tan intenso que muchas veces resiste una o varias inyecciones de morfina.

Si en este momento examinamos al enfermo—conforme fué posible hacerlo en aquel cuya historia clínica vamos a relatar a continuación—comprobaremos: edema palpebral, inyección conjuntival intensa y total, córnea dura e insensible, cámara anterior borrada, iris inmóvil y de color de ladrillo, pupila en midriásis extrema y campo pupilar oscuro.

El exámen oftalmoscópico del fondo del ojo es imposible, una espesa capa de sangre que ha desorganizado completamente al cuerpo vítreo obstruye el paso de los rayos luminosos.

La visión ha desaparecido por completo y el ojo adquiere una dureza de marfil.

Raras veces la afección se presenta simultáneamente en ambos ojos; casi siempre, por no

decir en todas las ocasiones, aquella se presenta primero en un ojo (más generalmente el izquierdo) siendo atacado el otro al cabo de cierto tiempo.

Es frecuente que la enfermedad comience con vértigos y desvanecimientos simulando, aunque muy groseramente, el cuadro del principio de la hemorragia cerebral.

Los vómitos, la mayoría biliosos, persisten hasta el momento de la intervención, siendo aumentados en algunos individuos por la administración frecuente de morfina.

Diagnóstico.

El diagnóstico del glaucoma hemorrágico, es generalmente fácil para el especialista que dispone de todos los medios de examen. Debe fundarse como el diagnóstico de todo glaucoma en la tonometría, el examen campimétrico y sobre todo la oftalmoscopia.

La investigación de la tensión ocular se hace por dos procedimientos: la exploración digital y la tonometría instrumental mediante el aparato de Schiotz. No vamos a entrar en detalles acerca de estos procedimientos por ser de todos conocidos; sólo haremos notar que la tonometría, tanto digital como instrumental, exige para dar buenos y exactos resultados, una larga práctica.

En el glaucoma hemorrágico sub-agudo la tonometría instrumental indica una cifra que oscila entre 35 y 40 m. m. de mercurio. El glaucoma hemorrágico agudo da cifras a veces mayores de 61 y 68 m. m.

El examen campimétrico debe ser siempre hecho siguiendo la técnica indicada por Bjerrum y que nosotros hemos descrito en otra parte.

La oftalmoscopia hará posible no sólo el hallazgo de los síntomas característicos de la enfermedad, sino también su diferenciación con otros parecidos y que pudieran prestarse a confusión.

Los síndromes oculares hemorrágicos que más se parecen al glaucoma hemorrágico por sus síntomas oftalmoscópicos son la retinitis hemorrágica arterioesclerósica y las hemorragias vítreas.

La retinitis hemorrágica arterioesclerósica se aparta del cuadro glaucomatoso, precisamente a causa de la ausencia de hipertensión. Sin embargo en un individuo localmente predispuesto y cuando la hemorragia es un poco más abundante, puede dar lugar al síndrome de hipertensión ocular.

Las hemorragias vítreas, que casi siempre tienen un origen retiniano, se diferencian de la enfermedad que nos ocupa, por su curso insidioso que difiere en gran manera del cuadro dolorosamente trágico del glaucoma. Por otra parte, las hemorragias vítreas evolucionan en un gran porcentaje de enfermos hacia la reabsorción. Cabe aquí también hacer notar, que si bien las hemorragias vítreas evolucionan generalmente en esta forma, no es raro verlas transformarse en un ojo lesionado, en causa de un horrible glaucoma secundario.

El examen local debe naturalmente completarse con el examen clínico general.—El uno da el diagnóstico anatómico, el otro el diagnóstico etiológico (Charlin).

Pronóstico.

El pronóstico del glaucoma hemorrágico, es en la inmensa mayoría de los casos sombrío. Y es mucho más sombrío todavía en la forma aguda fulminante en la cual la desorganización y los

trastornos son tales, que la vista queda anulada instantáneamente y para siempre

En la forma sub-aguda, si bien la hemorragia es pequeña y se detiene rechazada por la hipertensión, ¡cuantas veces! el mismo tratamiento antiglaucomatoso es causa de la reapertura de los vasos sanguíneos que están siempre en estado de menor resistencia orgánica y son una eterna amenaza para el enfermo.

Algunos pocos benefician de la terapéutica médica y quirúrgica y son los que llevan por siempre la reliquia de sus escotomas localizados por degeneración de los conos y bastoncitos, cuyo restitutio ad integrum es imposible.

Tratamiento.

Algunos casos de glaucoma hemorrágico sub-agudo ceden con el tratamiento médico: instilaciones frecuentes (cada hora) de colirio de pilocarpina a 1%, de salicilato de eserina a 1 o 2%. Este último tiene el inconveniente de producir irritación conjuntival y contracciones demasiado dolorosas del iris lo que se disminuye algo usando una solución oleosa.

Las inyecciones de 2 c. c. de solución de cloruro de calcio a 5%, preconizadas por el oculista argentino Dr. Alejandro Gowland, detienen la hemorragia y calman el dolor.

La aplicación de enemas catárticos y la sangría, bajan la tensión sanguínea y detienen en esta forma la hemorragia. La sangría es practicada por Fuchs en todo caso de glaucoma como indicación previa del tratamiento operatorio.

Si el tratamiento médico no dá resultados es preciso recurrir a los métodos operatorios: pun-

ción crucial de Galezowsky, operación de Elliot o esclerotomía de Lagrange.

Es necesario estar prevenidos contra las grandes hemorragias a que dan lugar frecuentemente estos procedimientos quirúrgicos.

Ante un caso de glaucoma hemorrágico agudo, la terapéutica es impotente. Es preciso exenterar el ojo afecto, tanto para librar al enfermo de los terribles dolores, cuanto para prevenir la producción de la hemorragia en el otro ojo, cuando la lesión es unilateral.

En presencia de un caso de glaucoma unilateral, mucho más si este es hemorrágico, el médico no debe dirigir su atención solamente a ojo afecto; debe tratar así mismo el sano. Obliga a tomar esta medida el hecho de que el glaucoma empieza en un ojo, para presentarse después en el otro y la observación de algunos casos de *glaucoma simpático*. A este propósito nada más demostrativo que el caso operado por el Prof. Demaría y relatado por el Dr. Rebay en la «REVISTA DEL CÍRCULO MÉDICO Y CENTRO ESTUDIANTES DE MEDICINA» de Buenos Aires, correspondiente al mes de marzo del año en curso. Trátase de un individuo—el célebre Luis Deplácido—que presentaba quistes en el iris del O. D. acompañados de hipertensión endocular y horribles dolores y que al mismo tiempo tenía quistes en el O. I. con no menos dolores e hipertensión. No bajando la tensión con el tratamiento médico, el Prof. Demaría practicó una punción crucial Galezowsky, evacuando los quistes del lado derecho. Calmaron los dolores en el O. D. y cuál no sería la sorpresa de todos al ver desaparecer casi simultáneamente los quistes del O. I. y los dolores correspondientes.

De ahí concluye el autor «que si la anato-

mía fina y la patología no han demostrado una correlación—entre un ojo y el congénere, la clínica vá más allá y demuestra en el caso de De plácido una correlación evidentísima.

El tratamiento general debe completar siempre al tratamiento local».

Historia clínica.

María O—58 años—casada—costurera—de Cuevo.

No dá antecedentes hereditarios de importancia.

Como antecedentes personales refiere haber sido siempre sana. Primera menstruación a los 13 años. Menstruaciones regulares e indoloras. Inició su vida sexual a los 18 años. Tiene tres hijos, todos ellos sanos. No ha tenido abortos. Menopausia a los 54 años. NIEGA VENEREAS.

De tiempo en tiempo sufre dolores oculares irradiados a toda la mitad izquierda de la cara. Ha notado que después de cada ataque—calificado por la enferma de neurálgico—la visión del O. I. disminuye ligeramente, aunque después vuelve a su estado normal. Persiste durante algún tiempo enrojecimiento conjuntival acompañado de lagrimeo y fotofobia.

Hoy, el dolor ocular se ha presentado a tiempo de levantarse, juntamente con obnubilación visual, por lo que decide consultar.

EXAMEN LOCAL.—O. D.—Ligera inyección conjuntival periquerática. Córnea normal. Cámara anterior algo deprimida. Pupila inmóvil, en pequeña midriásis. Cristalino normal. Exámen de fondo de ojo negativo.

O. I.—Inyección conjuntival periquerática intensa. Pequeño edema corneal, con ligera dismi-

nución de la sensibilidad. Cámara anterior casi borrada. Pupila inmóvil en midriásis. Cristalino normal. Fondo de ojo: congestión difusa. Nos parece notar acentuamiento de la excavación normal de la papila.

V.—O. D.=5/5 O. I.=5/10.

T.—(exploración digital) O. D.=+1 O. I.=+2.

EXAMEN GENERAL.—Area cardiaca aumentada a nivel del V. I. Segundo tono aórtico reforzado. Arterias duras, flexuosas. Pulso regular, lento y duro. 60 pulsaciones por minuto.

DIAGNOSTICO.—a).—ocular: GLAUCOMA PRODRÓMICO SIMPLE (hábitus glaucomatoso).

b).—general: ARTERIOESCLEROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Recomendamos a la enferma, hacerse tomar la tensión arterial por carecer nosotros de instrumental apropiado y hacer practicar al mismo tiempo análisis de orina.

Prescribimos: colirio de nitrato de pilocarpina a 1 %, una instilación cada dos horas en ambos ojos. Purgante salino y Iodalse Galbrun a tomar XX gotas diarias en dos veces.

No volvemos a ver a la enferma, hasta que a los 5 días somos llamados una noche y con urgencia a casa de la paciente. Ha sufrido una intensa emoción. Es presa de horribles dolores en el ojo y en toda la mitad izquierda de la cara, tiene vértigos y vómitos biliosos.

Como los dolores calmaran la noche del primer exámen, CREYÓ INNESARIO USAR ninguno de los medicamentos prescritos.

Una inyección de morfina calma ligeramente los dolores y hace posible el exámen:

O. D.—En las mismas condiciones que en el exámen anterior.

O. I.—Inyección conjuntival intensa y total. Córnea un poco infiltrada dura e insensible. Cámara anterior borrada. Pupila inmóvil en midriásis extrema. Oscuridad pupilar. Al exámen oftalmoscópico una espesa capa de sangre impide ver el fondo del ojo.

V=O—T (exploración digital)=+3.

Nuestro diagnóstico es: O. D. GLAUCOMA SIMPLE PRODRÓMICO.

O. I. GLAUCOMA HEMORRÁGICO.

Aplicamos ventosas a lo largo de la región lateral izquierda del cuello. Practicamos una pequeña sangría [400 grs]. Indicamos: Enema purgante; seguido de reposo absoluto. aplicaciones locales de hielo, poción hemostática [Cloruro de calcio 4 -jarabe corteza naranjas amargas 30—agua destilada 300] y morfina en caso necesario. Instilaciones del colirio de pilocarpina anteriormente prescritos en el O. D.

Adelantamos la conveniencia de la exenteración del O. I.

Al día siguiente el estado de la enferma continúa el mismo. El dolor no ha calmado sino por momentos y muy ligeramente, apesar de 3 inyecciones de morfina—no indicadas en tal número—suministradas por un practicante. Insistimos en el tratamiento operatorio, el que es rechazado de plano por la familia, la que nos manifiesta su decisión de viajar al día siguiente a Cuevo.

Ante la oposición absoluta para practicar la operación y ante la insistencia de la familia por viajar, mostramos los peligros de la abstención y nos retiramos.

Dr. José Aguirre.



La Diátesis Exudativa y la Hemoterapia

POR EL DOCTOR

RAUL FERNANDEZ CORDOVA

(Médico del Servicio)

Una constante y molesta preocupación del pediatra, del dermatólogo y del médico general que ejerce en la campaña, constituye el niño exudativo, con sus múltiples manifestaciones de carácter por demás rebeldes al tratamiento.

Se comprende esta situación, si hasta hoy sólo son hipótesis las que se refieren a la etiología y patogenia de esta enfermedad, o mejor, síndrome, según algunos.

La escuela alemana, con Czerny, a quien se debe el nombre de diátesis exudativa, para denominar las diversas formas con que se manifiesta el proceso en el niño, atribuye un valor importante a la herencia principalmente materna.

Luego la escuela francesa, con Widal y otros, llamando diátesis neuro-artrítica o diátesis coloidoclásica, pretenden hacer del terreno la base fundamental de estos trastornos.

En España, Amador Toledano sostiene, en su último trabajo publicado en junio del pasado año,

que la diátesis exudativa no es una enfermedad congénita, sino adquirida. Que las perturbaciones intestinales en un terreno preparado por la herencia, son factores predisponentes y determinantes más dignos de tenerse en cuenta especialmente, en el lactante, período de la vida del niño de mayor actividad. La alimentación láctea exclusiva o preponderante puede ser un motivo ocasional importante.

Hoy en día parece que múltiples y valiosas investigaciones orientan la cuestión, relacionando estas manifestaciones a un estado de sensibilización del niño; sea durante la vida intrauterina, como piensan Ascoli y Ratner, o extrauterina por la misma leche materna que se absorbe en el intestino del niño.

De aquí nació el tratamiento de los vómitos incoercibles y de estas manifestaciones diatésicas, por las inyecciones de leche a dosis progresivas.

Mas los resultados fueron relativamente poco satisfactorios y algunas reacciones más intensas, por lo que se fué abandonando este procedimiento.

Las variadas modalidades y caprichosa evolución de las diátesis nos hacen pensar que no es una etiología muy simple ni una patogenia común la que genera. Probablemente, hay algo muy complejo donde tienen parte la herencia, la alimentación; en fin, causas variadas y determinantes.

Así vemos a menudo niños que, sin antecedentes hereditarios de ninguna especie, presentan el vulgar *milschorf* de los alemanes o esas intensas seborreas del cuero cabelludo acompañadas de grietas retroauriculares, que desaparecen rápidamente por la sola razón de cambio de clima en unos casos, de alimento en otros y por fin espontáneamente muchos.

De otro lado vemos también hijos de pa-

dres cargados de manifestaciones artríticas (gotosos, diabéticos, calcúlosos, obesos, etc.) que no presentan la más mínima erupción diatésica.

Conviene referir que en mi patria, caracterizada por ser eminentemente montañosa, no es frecuente observar los típicos estrófulos o eczemas rebeldes que tanto se ven acá, o en los países europeos.

Me refiero no sólo a las zonas elevadas del Norte y Sud de Bolivia, sino también a las zonas tropicales del Oriente, donde me tocara actuar como Director de Sanidad Departamental en 1926.

Comentando en distintas ocasiones sobre esta observación, con mis respetables amigos, los destacados dermatólogos doctores Seminario y Baliña, piensan con muy buena lógica en la influencia capital del clima.

Ahora bien; después de estas consideraciones, ¿cabe atribuir decisiva acción al clima o es la raza y la alimentación que obran como factores básicos?

Creo que, por el momento, hay que ser eclécticos y esperar del extenso campo de estudio que tiene la cuestión.

En el entendido que la sensibilización por múltiples factores, sobre el niño congénitamente predispuesto, tiene una enorme importancia sobre las diversas manifestaciones de la diátesis exudativa, sea estrófulos, milsehorf, síndrome de Leiner Moussous, pitiriasis rubra seborreica de Unna, prúrigos, eczemas variados, etc., varios autores, como el maestro Velasco Blanco, Pogorelsky, Acuña, Betinotti y otros más, han practicado la hemoterapia y la seroterapia materna en estos casos.

Goldemberg, con su último e interesante trabajo, Ruby, Bernard, Moutier, etc. admiten que la hemoterapia provoca un choc floculante coloi-

do clásico no intenso, pero importante y beneficioso, capaz de producir la desensibilización de un sujeto. Parece, según ellos, que la sangre extraída, al pasar a la jeringa, se convierte en albúmina heteróloga por acción del aire y del contacto mismo con las paredes de esta, adquiriendo así su valor desensibilizante.

Pero en la mayoría de los casos constituye un verdadero problema la extracción de sangre en los niños pequeños, salvo que se haga una punción del seno longitudinal no exenta del peligro, menos del agrado de los padres.

De allí que Velasco Blanco ha dado en emplear con tan satisfactorio éxito la inyección de sangre materna total en unos y el suero en otros.

Si bien algunos han preconizado sólo el uso de suero separado del coágulo, el método ha resultado más sencillo, y con el mismo buen resultado, usando la sangre materna total.

En el último Congreso de Medicina efectuado en esta ciudad, en noviembre del pasado año. Velasco Blanco y Pogorelsky presentaron un interesantísimo y bien documentado trabajo sobre «La hemoterapia en algunas manifestaciones de la diátesis exudativa». Con un éxito de 80 % sobre diez observaciones, llamaron justamente la atención de los congresales sobre la bondad del tratamiento.

En el mismo Congreso, el doctor Betinotti tomó parte en la discusión, corroborando las observaciones del profesor Velasco Blanco con algunos otros casos de su experiencia.

Las numerosas observaciones que vengo haciendo de un tiempo a esta parte en el Consultorio de niños del Hospital Ramos Mejía y algunos casos particulares que estoy tratando con la

maternohemoterapia total, me hacen un optimista partidario del referido procedimiento.

Sin llegar a un absolutismo, ya que en medicina nada puede ser así, creo que hasta este momento estamos en poder de un medio, al alcance de cualquier práctico capaz de mitigar tan molesto mal en los niños.

Sin embargo, es preciso anotar que muchos casos presentan resistencia al comienzo del tratamiento. Insistiendo con alguna perseverancia, ceden lentamente.

Con agrado acabamos de leer en el N^o. 9 de los «Archivos Españoles de Pedatría» (1928) un interesante trabajo del doctor Munoyerro Alonso J. A., en el que relata 9 casos de niños diatésicos con eczemas, intérrigos, erupciones perianales, etc. tratados con muy buen éxito mediante la autohemoterapia. Sostiene el autor que este tratamiento obra por acción análoga a la de las proteínas específicas, excitando el simpático, que a su vez estimula las defensas orgánicas.

Sin embargo, piensa, como nosotros, que conviene seguir practicando mayor número de experiencias, para poder llegar a una conclusión. que por el momento se deja sentir halagüena.

Amador Toledano, en la revista «Paidoterapia», de Barcelona, de junio de 1928, declara que la proteinoterapia no le ha dado resultados en el tratamiento de las diátesis exudativas, encontrando la autohemoterapia más eficaz, si bien no muy duradera.

De los varios casos que tengo en observación he escogido, para referirlo en este trabajo, al más rebelde y más bravo, si se permite el uso de la palabra, con una evolución de dos años y medio. Tan rotundo ha sido el éxito del tratamiento, que merece darlo a conocer.

L. M.—De tres años y medio. Se presenta a nuestra consulta en diciembre del pasado año.

Antecedentes hereditarios.—Padre vive y es muy nervioso: carácter violento. La madre, que lo conduce al Consultorio, dice ser muy sana. Nunca ha tenido abortos.

Antecedentes personales.—Nació a término con 3500 gramos de peso. Alimentado a pecho hasta los siete meses; desde entonces lactancia mixta hasta el año y medio. Tuvo ligeros trastornos gastrointestinales en la época del cambio de alimentación y en los días de la dentición. Catarros bronquiales en dos ocasiones. Sarampión el pasado año.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Desde el año de edad más o menos comenzó con un desasosiego extraordinario a rascarse todo el cuerpo, en el que le aparecieron, al decir de la madre, una infinidad de granitos pruriginosos. Desaparecieron por cortas temporadas para reaparecer más intensamente tornando al niño llorón y molesto.

Como el prurito se intensificara causándole pérdida de peso, de apetito e insomnio pertinaz, consulta la madre a un médico, quien le aconseja baños de almidón, sin que se modificara la molestia en lo más mínimo. Consulta otro médico, quien le prescribe una pomada, pero tampoco hay mejoría.

Posteriormente conducen al niño a un Hospital, en el que le someten a un régimen especial y le prescriben pepto pancreasis, también sin ningún éxito.

La erupción papulo visiculosa continúa peor, con ligeras remisiones, haciendo desesperante la vida

del niño y de la madre, que ya no sabe qué hacer.

En estas condiciones nos es recomendado y viene al Consultorio Externo de Niños del Hospital Ramos Mejía con el siguiente:

Estado actual.—Niño en malas condiciones de nutrición orgánica, con hiperexcitabilidad nerviosa, falta de apetito, pérdida de peso, prurito intenso en todo el cuerpo y tinte ligeramente pálido de la piel.

Cabeza normal, con abundante cabello bien implantado. Pabellones auriculares bastante grandes, sin fisuras en el surco retroauricular.

Cara simétrica; boca normal, con mucosa poco anémica y paladar normal. Buena implantación dentaria. Ojos y nariz normales.

Tórax: jaula costal visible por el adelgazamiento; no hay malformación.

Corazón con tonos limpios y bien timbrados, choca en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar. Nada de anormal en pulmones; respiración amplia.

Abdómen ligeramente deprimido y flácido. No se palpan bazo ni hígado.

Aparato urugénital normal. Orina clara y abundante.

En el dorso del tórax, flancos del abdomen y en miembros superiores e inferiores se ven numerosas pápulas en unos puntos y vesículas en otros, que dan un líquido límpido y cristalino. Algunas vesículas son bastante grandes, presentando el aspecto de erupciones penfigoides. También se ven vesículas a nivel de las plantas de ambos pies, que producen intenso prurito.

Numerosas manchitas pigmentarias intercalan con las lesiones florecientes, restos de papulitas

que han sangrado por el rascado. Hay zonas de liquenificación.

Diagnóstico.—Algunas de las vesículas, a primer golpe de vista, tienen el aspecto de una de las formas de la dermatitis herpetiforme de Duhring, pero luego la evolución, los antecedentes y la presencia de los elementos característicos nos llevan al diagnóstico de *Estrófulus Urticatus* intenso.

Tratamiento.—Ningún caso más característico para ver el resultado de la maternohemoterapia. Sin trepidar ni un instante, procedemos a tomar de inmediato 3 c.c. de la sangre de la madre e inyectamos en la región glútea del niño.

En la noche tiene un grado de temperatura y malestar.

Un día de intervalo y se le inyectan 5 c. c. de sangre, y así sucesivamente con un día de intervalo y de dos; después se le hacen dosis progresivas hasta llegar a 15 y 20 c.c.

Sin llegar a la menor exageración, después de la cuarta inyección viene la madre con inusitada alegría, manifestando que nunca ha visto a su niño tan mejorado de aquel prurito desesperante. Duerme bien, come como nunca y tiene ya gusto para jugar con los otros niños de la casa.

Todas las pápulas y vesículas entran en plena regresión y desde entonces no se ve ninguna nueva. Hay, según la madre, un franco aumento de peso.

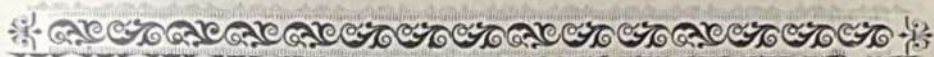
A los 25 días todavía vemos aparecer algunas papulitas, pero que no tienen el carácter de las anteriores. Luego desaparecen y no vuelven más.

Continuamos observando al niño hasta hoy,

que lleva más o menos 20 inyecciones, con un éxito que realmente sorprende. La piel del niño está limpia y el color ha cambiado completamente. El estado de hiperexcitabilidad nerviosa ha desaparecido y se puede decir que ha entrado en un nuevo periodo de vida.

(De «Archivos Americanos de Medicina», de Buenos Aires).





La vacunación antivariolosa

Este asunto de la vacunación antivariolosa ya harto tratado en diversas ocasiones dentro de esta misma Revista, vuelve a tener en estos momentos nueva resonancia con motivo del último decreto expedido al respecto por el Director General de Sanidad Pública, el que, a decir la verdad, ha caído como una bomba para muchas gentes.

En Bolivia, como bien se sabe, existe una ley de vacunación antivariolosa obligatoria. Y, justamente, esa ley nació por inspiración del Instituto Médico «Sucre», y ello constituye también otro de sus laureles bien ganados. Porque, en efecto, si ya con la elaboración de la linfa vaccínifera en condiciones tales que desde sus primeros tiempos empezó a imponerse aun fuera del país, el Instituto llenó una obra nunca debidamente alabada tanto en el campo científico como en el terreno social y humanitario, ello, sin embargo, no bastaba para considerar concluída esa obra. Era necesario complementarla con medidas de carácter legal e incluso imponer por la fuerza su uso en el país, en el que no había que esperar mucho una acogida inmediata en la mayor parte de su sociabilidad, por falta de cultura general.

Ya antes de eso el Instituto, una vez que se

aseguró de la bondad de su producto, había hecho propaganda tesonera en favor de él, encontrando con tal motivo las resistencias que en estos casos y en todas partes oponen el misoneísmo y la incomprensión. Hubo ocasiones en que hasta se tuvo que pagar a los mismos beneficiados con la vacuna.

Fué, pues, entonces, y después que la linfa ya había hecho gallardamente sus primeras pruebas y había sido acogida con entusiasmo en Chile,—que nació en la Sociedad el pensamiento de crear en Bolivia una ley que hiciese obligatorio su uso en todo el país

Y tal se hizo. El parlamento boliviano acogió la idea y, rápidamente, se dictaron las disposiciones respectivas, promulgándose a poco la indicada ley en 1902, unos cinco años después de las primeras experiencias.

*
* *

De este modo, Bolivia, merced a la iniciativa de una modesta sociedad científica, realizó una evolución nada común en otros países desde el doble punto de vista siguiente: por un lado había fabricado la mejor vacuna antivariolosa de la América, y por otro consagraba en su legislación una sabia medida para la correspondiente finalidad social de ese producto.

Y no se diga que todo esto es poca cosa. Sabido es cuánto se han esforzado la iniciativa particular y la oficial de otros países en este orden, sin conseguir sin embargo fabricar un fluido de igual eficacia a la del Instituto Médico «Sucre».

Y en cuanto a prácticas legales sobre este punto, sabido es también que ellas no han llega-

do a tener arraigo hasta en países que van a la cabeza de la civilización mundial, como, por ejemplo, Inglaterra. Por curiosa paradoja, la misma patria del ilustre Jenner, es todavía un pueblo en que se resiste a la vacunación obligatoria. Y por ende, existe también allí la viruela-lo que parece increíble-en forma endemo-epidémica, mostrando a veces terribles recrudescencias. Ahora mismo, al escribir estas líneas para la Revista del Instituto Médico, tenemos a la vista un número de La Press Medical en que el Dr. Ichok consigna datos aterrantes de mortalidad por la viruela en estos últimos años tanto en Inglaterra como en sus colonias de la India, y señala también las dificultades que eso va ocasionando en el tráfico ordinario de Inglaterra a Francia, ya que este último país ha debido tomar precauciones para defenderse contra la invasión de enfermos por el Canal de la Mancha.

Bolivia, en suma, en este sólo asunto de la vacuna antivariolosa del Instituto Médico «Sucre», y su ley de referencia, ya tenía ganado un hermoso puesto dentro del campo de la ciencia y particularmente en la higiene pública.

Y, naturalmente, lo que le convenía era conservar ese puesto y darle todo el incremento debido en relación con las conquistas de la hora presente.

Pero desgraciadamente, no es así. Hay más bien descuido. Con decir que ni siquiera se pagan oportunamente las pequeñas subvenciones que el Estado reconoce al Instituto por el servicio de la vacuna antivariolosa, se ha dicho mucho. Hoy mismo se le debe por muchos meses.

Y por tal razón de penuria económica el Instituto, ni aun ha podido realizar ciertas mejoras en esta sección: arreglo de local, renovación de

materiales, adquisiciones diversas, etc., etc.

Lo que sin embargo no obsta para que se continúe elaborando el precioso fluido en las condiciones debidas y con los resultados que ya son harto conocidos.

En la ciudad de La Paz, desde hace algunos años, se ha tentado hacer también un producto análogo. Y según sabemos existe allí una instalación que en lo material supera con mucho a la muy modesta y ya muy usada que tenemos en la sección de vacuna antivariolosa de este Instituto. Sabemos asimismo, que allí se han realizado diversas pruebas haciendo, por ejemplo, inoculaciones en nuestros camélidos del Altiplano (llama), para obtener una buena vacuna. Mas, parece que los resultados no han sido satisfactorios; o, por lo menos no se han dado hasta hoy a la publicidad, que nosotros sepamos, los datos correspondientes a fin de ilustrar al público en general e inspirarle confianza, condición indispensable para proceder rectamente en estos delicados asuntos.

Seguramente, para dar resultados óptimos en esta cuestión influyen no solamente la virtuosidad de los procedimientos, los recursos materiales y todas las ventajas que da el progreso moderno. A nuestro juicio, detrás de todo eso, se halla un factor que aunque no siempre lo tengamos en cuenta, es sin embargo, de importancia decisiva: el factor natural. Factor natural integrado por la situación geográfica, la fórmula climática y las características telúricas de los lugares, creando todo ello un tipo especial en el ganado bovino que es el elemento vivo utilizado y que aun no tiene reemplazo en este asunto de la elaboración vaccínífera antivariolosa. Por eso nosotros, en el libro *La Ruta Atlántica*, al

hablar de ciertas características en determinadas zonas de Chuquisaca, decíamos lo siguiente en una pequeña nota que hace el caso reproducir: «Entre las observaciones hechas a este propósito, podemos citar en el punto de vista médico-higiénico una muy interesante con referencia a la vacuna antivariolosa elaborada en el Instituto Médico «Sucre». Sabido es que esta vacuna por su eficacia, se ha hecho famosa en Bolivia y fuera de ella; y se ha observado que es o se halla relacionado con la procedencia del ganado utilizado para el efecto, cualquiera que sea su raza. Así, por ejemplo, los ganados del Río Chico a las pocas leguas de Sucre, son mejores en este orden que los de la misma ciudad y mucho más que los de las punas. En Santiago de Chile, la mediocridad de la vacuna cultivada allí, se la atribuye a la distomasis hepática en el ganado vacuno. En Chuquisaca esta enfermedad es rara, lo cual confirmaría la presunción chilena. De todos modos, lo evidente es que las condiciones locales (terrenos, pastos, agua, aire, luz) influyen directamente para dar estos resultados. Y este sencillo ejemplo ya sirve para demostrar el provecho que se puede obtener ulteriormente tratándose de ciertas selecciones en diversos campos de actividad científica e industrial».

Y ahora bien: si esto es así, es decir, si en Bolivia existe una zona especial donde por las condiciones propias del terreno, (agua, pastos, sales, etc). por la ausencia de ciertas enfermedades, como la distomatosis, etc. por la climatología (altitud, temperatura, luz etc. etc.) se tiene un ganado especial para constituir lo que podríamos llamar la *materia prima* en la elaboración de la linfa vaccinífera contra la viruela, pues entonces, parécenos que lo más lógico y lo más simple era

aprovechar de esas mismas ventajas que suministra de por sí la Naturaleza para el beneficio humano.

Y en tal sentido, lo que había que procurar ante todo, era el mayor incremento de la sección de vacuna del Instituto Médico «Sucre», y aun pensar en su centralización, refundiendo en él la sección similar del Instituto Bacteriológico que hasta hoy no ha dado resultados positivos, estimulando en cambio en ese Instituto otros cultivos y elaboraciones para los que las condiciones climatológicas del Altiplano pueden ser propicias y superiores a las de Chuquisaca.

Y cuando decimos todo esto, naturalmente, esperamos ser debidamente entendidos por los espíritus abiertos y comprensivos. Muy lejos de nosotros los mezquinos regionalismos. Hablamos en nombre de la ciencia y basados en la enseñanza de más de treinta años que han dado la observación y la experiencia en esta interesante cuestión

*
* *

Y ahora, volviendo al punto que al comienzo de este escrito apuntábamos, o sea, al decreto expedido últimamente por la Dirección de Sanidad Pública, a propósito de la vacunación antivariolosa en Bolivia, ya se echa de ver después de las consideraciones que acabamos de hacer, cuáles son nuestras ideas al respecto.

El señor Director va yendo descaminado en este asunto y a seguir así pudiera despenarse. Debe, pues, parar y reportarse un poco. Y no es que nosotros querramos hacer el análisis crítico de su decreto. Ya otros colegas, e incluso estudiantes de medicina, lo han hecho con superabun-

dancia. Mas, por nuestra parte, le diremos que tampoco la explicación que ha dado en la conferencia telegráfica con el Presidente del Instituto Médico, es tranquilizadora.

En efecto, con ella misma no hace sino confirmar lo que ya anteriormente propuso al hablar de «ensayos», alarmando al público. Ahora resulta que con esos ensayos quiere hacer comparaciones sobre la eficacia relativa de las vacunas de Sucre y de La Paz. Para ello divide el país en dos sectores, el uno en que se ensayará exclusivamente la linfa vaccínífera del Instituto de Bacteriología, y el otro en que sólo se usará la del Instituto Médico «Sucre». ¿Pero es siquiera practicable tal idea?

Y suponiendo que lo fuese, quisiéramos que el Dr. Flores nos responda con toda hidalguía a la siguiente interrogación:

¿Le consta a él que la vacuna del Instituto de Bacteriología es completamente inocua, segura y eficiente en sus resultados? Y si eso le consta ¿por qué habla entonces de hacer ensayos? ¿Y si no le consta ¿por qué quiere exponer a una mitad de la República a los riesgos que comporta para la salud pública un producto inseguro, cuya eficacia aun está en tela de juicio?

Como se ve, el señor Director se busca a sí mismo un dilema del que no le será dable salir airoso.

Y sin embargo, tenía el camino abierto y llano.

Tratándose de la vacuna del Instituto Bacteriológico, bien podía hacer que se intensifiquen los estudios sobre ella en el campo experimental y dentro de las condiciones limitadas que se aprovechan en estos casos aun extendiendo esas experiencias a tal o cual pequeño grupo humano.

Pero ir de golpe y porrazo a imponer la va-

cunación antivariolosa exclusivamente con el fluido del Instituto Bacteriológico, por ejemplo en La Paz misma, la ciudad más populosa de Bolivia, sin estar todavía completamente garantizado ese producto, es algo que no es dable aceptar llanamente. No por ser un producto hecho en su misma tierra, los pacheños se pondrán en el caso de prestarse a tales experiencias.

Y en cambio, La Paz, tiene con la vacuna elaborada en una ciudad hermana—en Sucre—, un recurso ya definitivamente conocido, pasado en autoridad de cosa juzgada, ensayado en ambas Américas desde Méjico hasta Chile, y que ha resistido, sin perder su renombre, una prueba de más de treinta años.

¿Que más entonces sino seguir usando en La Paz y en todo el resto del país ese agente que se tiene a la mano, y que, humildemente, sin sonajas ni reclamos, se ha estado siempre enviando a todos los rincones de la patria?

¿O habría acaso que pensar en que sólo por ser procedente de un Instituto que funciona en Sucre ese producto, ya no es visto con simpatía en algún centro de la República?

Como bolivianos—ya que también hay que hablar de bolivianismo en estas cosas—rechazamos con energía semejante presunción!

*
* *

Para concluir estas líneas, y en consecuencia de lo que llevamos dicho, nos permitiríamos indicar al señor Director General de Sanidad Nacional la conveniencia de retirar su indicado decreto.

El es, ciertamente, inconsulto; sembrará el pánico; y por lo mismo su ejecución no será fácil.

Ni cabe en este caso invocar la ley de la vacunación antivariolosa obligatoria. Ya hemos dicho que esa ley inspirada en este Instituto, se votó solamente cuando la eficacia de la linfa vaccínífera fué categóricamente demostrada y reconocida dentro y fuera de Bolivia. No pasa lo mismo con el fluido elaborado por el Instituto de Bacteriología. Es ese todavía un producto en estudio, que no ofrece las garantías que se deben exigir en estos casos. Por que si la ofreciese, entonces la obligación del Director de Sanidad era demostrarlas previamente a todo el país en general, y en particular a los centros científicos como el Instituto Médico «Sucre», el cual, a su vez, habría hecho las comprobaciones del caso y se habría inclinado respetuoso ante la realidad, pues los miembros de esta corporación no estamos para encaustillarnos obcecadamente dentro de ciertos prejuicios. Aun tratándose de competencia, ésta venía a ser de una significación nobilísima, profundamente humana, y no habría por qué envilecerla.

Por eso mismo, el miembro más antiguo del Instituto y uno de sus ilustres fundadores—el Dr. Nicolás Ortíz—cuya actuación en lo referente a este punto de la vacuna antivariolosa es harto conocida en el país, proponía a la Sociedad en su última reunión que se dirigiese al Director de la Sanidad Nacional diciéndole: «El Instituto Médico «Sucre», vería con agrado que el de Bacteriología de La Paz elaborase una vacuna igual o superior a la nuestra en interés de la ciencia y beneficio social».

*
* *

Y por nuestra parte, bien podemos también citar las palabras dichas repetidamente a nuestros colegas:

«El Instituto, señores, no tiene que ver aquí solamente sus intereses propios o de grupo. Tiene que ver más alto. Tiene que ver ante todo los intereses de la ciencia y de la humanidad. Así, en el caso actual, no puede satisfacernos el hecho de que, pues que en Sucre y otros centros se va a usar únicamente nuestra vacuna, nada hay que temer, ya que ella está perfectamente garantizada. No. Como centro científico y altruista, tenemos que velar también por la salud y seguridad de nuestros hermanos en todos los ámbitos del país, y en este sentido cabe oponer a la Dirección de Sanidad los justos reparos a que da lugar su último decreto».

Y es claro que todos los demás miembros están de acuerdo con estas ideas, y puesto que estas mismas líneas las escribimos por insinuación de la Sociedad, son por ende la expresión de su pensamiento.

Espera, pues, el Instituto Médico «Sucre» que la Dirección de Sanidad Nacional, procederá de acuerdo con las sugerencias que dentro de un recto espíritu de cordialidad, le hace desde las columnas de su Revista. Y en tal concepto ya sabe que puede contar con su más decidida colaboración para llevar a cabo la campaña antivariolosa.

Por suerte, este asunto, en su parte ejecutiva, no es precisamente un problema que demande mucho fósforo y mucha plata. Llevado a sus justos términos, puede, en muchos casos, reducirse a un simple asunto de policía. De policía sanitaria organizada rápidamente en relación con las condiciones de los lugares en que ha de operarse. Así, por ejemplo, tratándose del indio, será más difícil su vacunación en el altiplano dado el espíritu rehacio y desconfiado del aimara, y en cambio en el quíchua de los valles podría hacerse

esto fácilmente con el concurso de los patrones.

Desea, en suma, el Instituto, que el Dr. Flores cumpla su cometido en este asunto de la vacunación antivariolosa, dentro de un concepto que corresponda genuinamente a la sanidad y seguridad públicas.

Jaime Mendoza.

NOTA

Escritas las líneas anteriores, acabamos de ver, entre las informaciones oficiales traídas por el último correo un decreto supremo que lleva la firma del Presidente de la República y del Ministro de Gobierno, creando el servicio antivarioloso en la República.

En este nuevo decreto, fechado hace pocos días (2 de junio), se divide el territorio nacional para los efectos de la vacunación y revacunación antivariolosas, en nueve zonas que corresponden a los departamentos y a la Delegación del N. O.

Luego, para cada zona se instituye un jefe de servicio antivarioloso y un personal de vacunadores fijándose sus atribuciones y otros puntos de referencia en diversos artículos.

Pero, en cuanto al uso exclusivo de las vacunas sean del Instituto de Bacteriología o del Instituto Médico Sucre, como quiere el Director de Sanidad, dividiendo el país en dos grandes sectores, no dice ni una palabra el indicado decreto supremo.

De donde deducimos que no entra en la mente del Gobierno el criterio que anteriormente había desarrollado en este asunto la Dirección de Sanidad General.

De manera que, con esto más, hay que esperar que esa dirección modificará su criterio y encaminará sus pasos en una forma que mejor consulte el bien común.





CRONICA

Conferencias quincenales.

El día 15 de mayo, siguiendo el turno establecido, dictó una conferencia de vulgarización científica, el distinguido socio doctor Antonio Cárdenas, Director de Sanidad Departamental.

El Dr. Cárdenas, con su claro talento, expuso, ante el numeroso público, el tema: *«La peste blanca, considerada como enfermedad social y de decadencia orgánica, es una enfermedad contagiosa, evitable y curable»*.

En el presente número publicamos la conferencia de nuestro consocio a quien felicitamos efusivamente.

Medicus Boliviano.

El Instituto Médico, con el propósito de dar a conocer al mundo científico, la nómina de los profesionales médicos, farmacéuticos, dentistas, matronas, etc., ha resuelto editar en breve un anuario profesional: «Medicus Boliviano», en el que se consignarán los nombres de todos los profesionales, sus direcciones, las sociedades a las que pertenecen, las asociaciones médicas existen-

tes en el país, y todo lo que pueda ser útil para mantener el intercambio científico con profesionales y agrupaciones médicas o para-médicas del extranjero.

Para la indicada edición esperamos todos los datos solicitados a los señores directores de sanidad pública.

Dr. E. L. Osorio.

En los comicios populares últimos, nuestro distinguido y laborioso presidente, doctor Ezequiel L. Osorio, candidato para senador por el Departamento de Chuquisaca, ha triunfado en todo el distrito electoral.

Su triunfo significa la recompensa justa a su elevado valor cívico. El pueblo espera de su nuevo representante ante el H. Senado Nacional, toda su actividad para encarar importantes problemas en las cuestiones internacionales, de viabilidad, de salubridad, etc., y el Instituto, al felicitar al Dr. Osorio, le ofrece toda su colaboración tendiente al progreso material y al perfeccionamiento moral de los ciudadanos.

Revue Sud-Americaine de Medecine & de Chirurgie.

Esta nueva publicación aparecerá en breve en la capital francesa, bajo la dirección de eminentes personalidades médicas.

La orientación que ha de tener la *Revue* es muy particular; el objeto que persiguen los que la dirigen es enteramente nuevo, y francamente demuestra el deseo de solidaridad profesional franco-latino-americana.

Los trabajos científicos de los médicos de habla hispana serán conocidos en todos los países de Europa y en los de habla francesa; por consiguiente, la difusión a que tales trabajos tienen derecho será grande y útil.

El Concejo Científico de la reciente publicación está constituido por destacados elementos médicos de todas las naciones, y Bolivia, para honra nuestra está representada por los distinguidos profesionales, muy conocidos en el mundo médico, doctores Ezequiel L. Osorio, Aniceto Solares, Jaime Mendoza, Ml. Gerardo Pareja, de Sucre (capital de la República), y el Dr. Adolfo Valle, de La Paz.

“Ética y arte del médico”.

El día 8 de abril ha dictado la conferencia cuyo título encabezamos, el competente profesor de la Facultad de Medicina y socio del Instituto, doctor Medardo Navarro, quién alcanzó un verdadero éxito por el que felicitamos al consocio.

El Dr. Germán Orosco y la Facultad de Medicina.

Recién llegado de Buenos Aires, donde hizo sus estudios de perfeccionamiento, el Dr. Germán Orosco fué designado por el Supremo Gobierno catedrático de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Chuquisaca.

La incorporación del Dr. Orosco en el seno del profesorado se realizó en acto público, en el que el nuevo profesor dió lectura a un extenso informe de su labor científica en la Universidad de la capital argentina.

En el documento de referencia, digno de ser imitado por profesionales que van al extranjero becados por el Gobierno, hizo notar el Dr. Orosco las deferencias que había recibido de sus distinguidos maestros, particularmente de nuestro consocio Dr. Joaquín Llambías; hizo efectivo el saludo que los universitarios argentinos enviaran a los de la Universidad de San Francisco Xavier; y al depositar en manos del señor Decano todos los documentos relativos al material científico que la Facultad le encargara, entregó también el resultado de su labor.

Estos son los trabajos del Dr. Orosco, publicados en más de dos años de su permanencia en Buenos Aires:

«Schwannoma del nervio auditivo», «Fibromixoma gigante de la región mamaria en el hombre», «Estudio anatómico-clínico de las lesiones degenerativas medulares en un caso de traumatismo espinal», «Goma tuberculoso solitario del tabique interauricular», «Carcinoma alveolar de la glándula mamaria en el hombre», «Fungus de la dura-madre», «Contribución al estudio del cáncer de la ampolla de Vater», «Sobre una forma infrecuente de tuberculosis crónica a localización múltiple», «Asociación de cáncer y tuberculosis pulmonar», «Afasia de Broca», «Enfermedad de Addison sifilítica», «Tumor mixto del velo del paladar», «Cánceres epibulbares», etc.

Felicitemos efusivamente al nuevo catedrático de la Facultad de Medicina.

Trabajos prácticos en el anfiteatro anatomía

Incorporado el Dr. Orosco en el seno de la Facultad, de inmediato comenzó a dictar sus cursos, inaugurando éstos con importantes trabajos

prácticos en el Anfiteatro de Anatomía, los que expuestos con claridad y precisión entusiasmaron sobremanera al elemento estudiantil.

Sesión académica en la Facultad Médica.

El 27 de mayo tuvo lugar ante numerosa concurrencia la sesión académica que la Facultad de Medicina y el Centro de Estudiantes de Medicina prepararan en honor de la magna fecha del 25 de mayo, como homenaje a los manes de nuestra independencia.

Después de las palabras inaugurales del señor Rector de la Universidad, Dr. Anastasio Paravicini, el distinguido profesor de la Facultad de Medicina, Dr. Raul Fernández de Córdova, dictó una brillante conferencia acerca de *«El llanto continuo e inmotivado en el niño»*. Llamó la atención sobre este importante síntoma en patología infantil, desdeñado por unos o poco tomado en cuenta por otros, y el que por sí solo puede conducir, con interpretación inteligente, al diagnóstico de la heredo—sífilis.

En representación del Centro de Estudiantes de Medicina, el inteligente universitario don Ricardo Bacherer disertó sobre la *«Ética del estudiante de medicina»*; importante trabajo de deontología estudiantil que revela en su autor una profunda observación de la vida universitaria en nuestros hospitales, sanatorios, dispensarios públicos y clientela particular; al hacer notar los defectos en la vida práctica estudiantil planteó normas de conducta para el futuro médico.

En esta importante sesión académica, a la que concurrieran los estudiantes cochabambinos que honraran con su visita a la Capital de la Re-

pública, el señor Rector entregó al estudiante del quinto curso, Alejandro Téllez, el Diploma de Prosector de Anatomía, que el Tribunal Examinador ad-hoc le otorgó en los exámenes de concurso para el prosectorado de la Facultad.

Actividades de la dirección general de sanidad

Como labor inicial de sanidad, el Director General de esta repartición, ha dispuesto que el 1º de julio próximo se ha de proceder, en todo el territorio de la República, a la vacunación y revacunación antivariolosa.

Esperamos conocer el plan de esta medida sanitaria para emitir nuestro juicio sobre el particular, concretándonos a manifestar, desde ya, que tal campaña antivariolosa no tiene su razón de ser puesto que el Instituto, desde hace tres décadas y en cumplimiento de leyes que rigen sobre este asunto, mediante su linfa preparada en sus laboratorios y cuya eficacia ha sido puesta a prueba no sólo en el interior de la República, sí que también en el extranjero, ha desterrado la viruela del territorio nacional.

No conocemos, hasta el momento, qué tendencias persigue esta medida.

El Dr. Córdova y su labor científica.

En el presente número nos honramos en publicar un interesante artículo del Dr. Raul Fernández de Córdova, profesor de Pediatría, Clínica Pediátrica y Semiología de la Facultad de Medicina.

El Dr. Córdova, médico joven, en el breve tiempo de su permanencia en la capital argentina,

ha sabido aprovechar las sabias enseñanzas de sus ilustres profesores Dres. Aráoz Alfaro y Velasco Blanco, quienes han inculcado en el colega el espíritu de observación, la decisión por el trabajo científico y han orientado su actividad profesional hacia la Pediatría.

Exámenes de doctorado.

«*Las secreciones internas en la sexualidad y educación sexual*» y «*Desórdenes menstruales*», son los títulos de las tesis presentadas por los señores Jorge Doria Medina y Valentín Loayza, quienes después de la lectura de sus respectivos trabajos, prestaron el juramento de ley para optar el título de doctores en Medicina y Cirugía, en 23 de marzo y 27 de abril del presente año.

Felicitamos a los noveles galeros.

De viaje.

Con el propósito de ampliar sus estudios profesionales han viajado nuestros distinguidos consocios doctores Juan Antonio Osorio y Medardo Navarro, a Europa y a la República Argentina, respectivamente.

Les deseamos feliz viaje.

Nuevos socios correspondientes en Francia.

Presentados por el Profesor H. Gougerot, por intermedio del señor Presidente del Instituto, como socios correspondientes en Francia, han sido designados como tales los eminentes profesores de la Facultad de Medicina de París, doctores

Noel Fiesinger, Robert Debré, Chevassu, Paul More, Louis Ramond, Babonneix, Pierre Brocq, Funck Brentano, Richet, fils; Laroche, Vallery Radot, Roussy, Balthazard, Claude, Terrien, Halphey, Ombredanne y Pierre Duval.

En breve se extenderán los respectivos diplomas a los nuevos socios.

El Instituto Médico, se honra en tener en su seno a distinguidos profesores, cuya colaboración en nuestra Revista será fructífera para el mundo científico y marcará ya la unión médica franco-boliviana.

Conferencia del Dr. Aniceto Solares.

Siguiendo el turno de las conferencias quincenales, nuestro distinguido consocio, Dr. Aniceto Solares, dictó, en el salón de honor de la sociedad, el día 5 de junio, una interesante conferencia acerca de «*Los primeros casos de peste bubónica en Bolivia.-Bacteriología*», con demostraciones prácticas.

Felicitamos calurosamente al Dr. Solares por el éxito de su conferencia.



Notas de Redacción

La Revista.—Siendo nuestra publicación bimestral, el N°. 51 corresponde a los meses de enero y febrero, el N°. 52 a marzo y abril, y el presente número a mayo y junio.

Sentimos no rotular nuestra Revista a los médicos recién egresados de la Facultad; pues, desde hace algún tiempo, no tienen la gentileza de rotular sus tesis de doctorado a nuestra Biblioteca.

Todas las obras de Medicina que se remitan a nuestra Revista y a la Biblioteca del Instituto Médico «Sucre» (calle San Alberto N°. 8.—Sucre), serán anunciadas gratis, y se hará un juicio crítico de las mismas si se envían dos ejemplares.

Las páginas de nuestra Revista se encuentran a disposición de los industriales farmacéuticos para el anuncio de sus productos.