



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 27 BOLIVIA-SUCRE, ENERO-JUNIO DE 1931. Nº 58



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 XXVII Sucre (Bolivia), Enero/Junio de 1931 N.º 58.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO SUCRE

DIRECCION:

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

COMITE DE REDACCION

Doctores:—EZEQUIEL L. OSORIO, JAIME MENDOZA, MANUEL GERARDO
PAREJA Y BERNARDO VACA GUZMÁN.

SUMARIO

	PÁGINAS
I.—MEMORIA del Presidente del Instituto Médico «Sucre», doctor Manuel Cuéllar.	1
II.—INFORME del Jefe de la Sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico «Sucre», doctor Armando Solares Arroyo. . .	16
III.—EL BROMURO DE POTASIO.—Dr. Enrique Condarco.	20
IV.—NUESTRA ULTIMA EPIDEMIA DE SARAMPION Y ALGUNAS MODALIDADES CLINICAS OBSERVADAS.—Conferencia del Dr. Raúl Fernández de Córdova.	30
V.—CANCER DE LAS VIAS BILIARES.—Dr. Germán Orosco P.	51
VI.—LAS BODAS DE ORO PROFESIONALES DEL EMINENTE MAESTRO DR. NICOLAS ORTIZ.	60
VII.—EL CONCEPTO MODERNO DE LAS NEUMOCONIOSIS.—Dr. Germán Orosco P.	65
VIII.—EL INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE SUCRE.—Dr. Germán Orosco P.	77
IX.—OBLITERACION ESPASMODICA DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE RAYNAUD.—Historia clínica.—Dr. José Aguirre. . .	82
X.—COMUNICACION DEL EXTERIOR.—El Dr. Osorio es nombrado Socio Honorario de la Sociedad Francesa de Profilaxia. . .	94
XI.—CRONICA.	96

SUCRE—BOLIVIA

Escuela Tip. Salesiana.—Calle Olañeta N.º 10.

Instituto Médico "Sucre"

MESA DIRECTIVA

Presidente Honorario	Dr.	Manuel Cuéllar.
Presidente	«	José Manuel Ramírez.
Vicepresidente	«	Ezequiel L. Osorio.
Secretario	«	Ml. Gerardo Pareja.
Tesorero	«	Wálter Villafani.

Vocales: Dres. Clovis Urioste Arana y Bernardo Vaca Guzmán.

Comisión calificadora de nuevos socios

Doctores: Armando Solares Arroyo, Medardo Navarro y Julio C. Fortún.

JEFES DE SECCION

- 1º.—*Biblioteca*.—Dr. Bernardo Vaca Guzmán.
- 2º.—*Museos de anatomías normal y patológica*.—Dr. Wálter Villafani.
- 3º.—*Museo de Historia Natural*.—Dr. Clovis Urioste Arana.
- 4º.—*Sección de Vacuna Antivariolosa*.—Dr. Armando Solares Arroyo.—Dr. Julio C. Fortún (adscrito.)
- 5º.—*Sección de meteorología*.—Dr. Julio C. Fortún.
- 6º.—*Sección de bacteriología y serología*.—Dr. Medardo Navarro.
- 7º.—*Sección de radiología y electrología*.—Dr. Gregorio Mendizábal.
- 8º.—*Sección de fotografía*.—Dr. Manuel Gerardo Pareja.
- 9º.—*Comité de redacción de la Revista*.—Dres. Ezequiel L. Osorio, Jaime Mendoza, Manuel Gerardo Pareja y Bernardo Vaca Guzmán.

INSTITUTO MODERNO DE OPTICA Y ORTOPEDIA "SIGAL"

Comercio 89-Casilla 623-Tel. 811

La Paz.



Taller montado con los aparatos más modernos.—

Stock completo de **Anteojos y Cristales**, de las mejores marcas **Zeiss, Perfa, Bush, Raphs**, etc.

Fajas para todas las enfermedades del estómago y riñones.

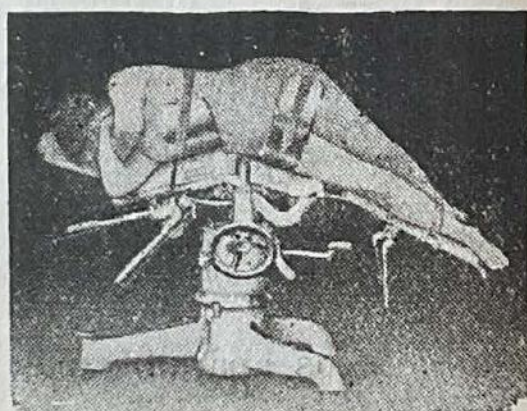
Medias para várices.-Bragueros

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

Sucre, calle Calvo N^o. 10.

M. Schaerer S. A. Berna

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



Los Mejores Aparatos de Esterilización

ÚNICOS SUB-REPRESENTANTES:

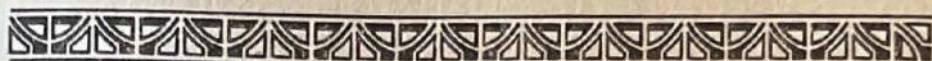
UNIÓN IMPORTADORA «SIGAL»

COMERCIO 89

Casilla 623.—Teléfono 811.

LA PAZ.—BOLIVIA





MEMORIA

DEL

Doctor Manuel Cuéllar,

Presidente del Instituto Médico Sucre, leída en la sesión pública del 27 de marzo de 1931.

Señores socios:

Señores:

De regreso al país, después de larga ausencia en el extranjero, recibí de vosotros — colegas del Instituto— la más cordial acogida, y me honrásteis nuevamente eligiéndome presidente de esta austera sociedad científica a la que he consagrado todo mi cariño.

Aunque mi permanencia en nuestra ciudad querida no debía ser larga, acepté gustoso el honroso cargo que me confiásteis, tanto por dar ejemplo de disciplina cuanto para colaborar en la árdua tarea de impulsar nuestra ya vieja asociación, a la que he encontrado remosada con el ingreso de una élite de jóvenes médicos llenos de entusiasmo y que prestarán, sin duda, una eficaz colaboración a los viejos, ya bien mermados por la muerte y que forman un imponente grupo de desaparecidos.

Las recomendaciones que al despedirme de vosotros os hice en 1924, en un acto como éste, las habéis cumplido en parte, y si el Instituto no ha alcanzado el desarrollo a que todos nosotros aspiramos, no es menos cierto que a pesar de la crisis económica y política por la que ha atravesado el país, nuestra sociedad se ha sostenido con vida, desplegando actividades que honran a sus socios.

Desde lejos he seguido con el mayor interés y cariño la marcha de nuestra sociedad, lamentando a veces sus debilidades y complaciéndose en otras de sus éxitos.

*
* *

Cumpliendo una prescripción reglamentaria, me toca daros cuenta de la marcha de la asociación en el año transcurrido.

Esta sesión pública debió tener lugar el 3 de febrero último, como homenaje al Padre de la Patria; pero, por razones de carácter interno, fué aplazada para esta fecha que conmemora el 307° aniversario de la fundación de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier, a la que pertenecemos, y el Instituto ha deseado contribuir a solemnizar esta fecha con su sesión pública anual.

Primer Congreso Médico Boliviano. — En el curso del año 1930, entre sus diversas actividades, la sociedad ha consagrado particular atención a la organización del Primer Congreso Médico Boliviano que el Supremo Gobierno le ha confiado.

La idea de efectuar un torneo de esta índole data ya de algún tiempo. Pues, en 1925, el Gobierno Nacional dictó un decreto confiando igualmente a nuestra sociedad la organización de ese Congreso. Desgraciadamente el tiempo señalado fué demasiado corto, los recursos insuficientes y el Instituto Médico Sucre se vió en la necesidad de declinar tan honroso cometido, ofreciendo sí ocuparse de este asunto siempre que se le dejara el tiempo preciso para realizarlo en mejores condiciones.

Por consiguiente, esta idea quedó latente hasta que a principios del año próximo pasado el "Círculo Médico" de La Paz, de acuerdo con nuestro consocio Dr. Ezequiel L. Osorio, iniciaron las gestiones para que

el Congreso proyectado tuviera lugar en el curso del presente año. El Supremo Gobierno encomendó nuevamente al Instituto Médico Sucre la misión de organizar este primer congreso científico que debe reunirse en la Capital de la República, habiéndose consignado en el Presupuesto Nacional una partida de 15.000 Bs. Esta suma fué entregada últimamente a nuestra sociedad, debiendo la Contraloría General intervenir en la aplicación de la misma.

En marzo de 1930 recibí una invitación del "Círculo Médico" para que viajara a La Paz, con objeto de cambiar ideas y ponernos de acuerdo, —tanto sobre el plan del Congreso mismo cuanto sobre la manera más práctica de llevarlo a cabo. Esta presidencia aceptó gustosa tal invitación, y el Instituto le confió amplios poderes para realizar su cometido.

Abandonando mis intereses particulares a fin de cumplir el honroso mandato de mis colegas, viajé a la sede del Gobierno, donde recibí la más cordial acogida de los distinguidos colegas del "Círculo Médico", del cuerpo médico en general y de toda la sociedad paceña; las más grandes distinciones de los componentes del Ejecutivo y en especial del Ministro de Instrucción, señor Emilio Villanueva, quien me ofreció su más franco apoyo para llevar a cabo el Primer Congreso Médico Boliviano.

En el discurso que pronuncié en el banquete que el "Círculo Médico" me ofreció, indiqué a grandes rasgos el plan que, a mi juicio, debía desenvolver el Congreso. Los diferentes puntos que contenía dicho plan fueron discutidos después en varias reuniones, y aprobados en conjunto.

De vuelta a esta capital, sometí a vuestra consideración el plan que habíamos acordado. El Instituto lo discutió serenamente, y con algunas modificaciones

de forma, fué aprobado. Este plan ha servido de base para los trabajos del Comité Organizador que se nombró en una sesión posterior y fué publicado en el primer Boletín que se dió a luz.

Bien se comprende que el Instituto al haber asumido la difícil tarea con sus responsabilidades consiguientes, de llevar a cabo por primera vez en Bolivia un torneo semejante, ha comprendido las dificultades enormes que deberá vencer, dadas las condiciones de nuestro medio y la preparación aun deficiente del cuerpo médico de la República para asambleas de esta naturaleza.

En efecto, la experiencia adquirida desde la iniciación de nuestros trabajos, nos ha demostrado que aparte de las dificultades materiales, tanto por la deficiencia de fondos cuanto por el aislamiento en que se encuentran los diferentes centros de la República, tarea difícil es levantar el entusiasmo de todos los profesionales del país, para impulsarlos a que dediquen su atención y sus trabajos para un torneo de esta índole.

El Instituto nombró su Comité Organizador con un personal de ocho miembros, habiéndome honrado con la presidencia de dicho comité. Por fallecimiento de nuestro tesorero, Dr. Arcil Zamora y retiro de algunos miembros que pasaron a desempeñar otras funciones, el Comité ha quedado organizado en la actualidad con el siguiente personal: Presidente, Dr. Manuel Cuéllar; Vice-presidente, Dr. José Ml. Ramírez; Secretario General, Dr. Ml. Gerardo Pareja; Tesorero, Dr. Wálter Villafani; Vocales, doctores Aniceto Solares, Ezequiel L. Osorio, Armando Solares Arroyo, Raúl F. de Córdova, David Osio y Julio C. Fortún.

Desde un principio el Comité desplegó toda actividad para iniciar sus trabajos: discutió con amplitud el programa general y el reglamento del Congreso; dió a luz boletines en los que se publicaron éstos; invitó a

todo el cuerpo médico de la República para que tomara parte en este torneo científico que por primera vez iba a realizarse en Bolivia; se dirigió a la oficina de Sanidad General y a las departamentales para que formaran sus comités de organización, iniciaran sus labores seccionales, y dieran a conocer los trabajos que debían presentar e indicaran las ponencias, etc. Desgraciadamente, a pesar del tiempo transcurrido, algunos departamentos aun no han contestado a la invitación, ni dado cuenta de sus actividades. Los comités de Oruro, Potosí y últimamente de La Paz, insinuaron el aplazamiento del Congreso por razones muy atendibles; pero el Comité Central no accedió, de pronto, a esas insinuaciones por que no conocía todavía la opinión de los demás centros de la República. Además, aunque sea penoso decir, creíamos que aceptar de inmediato un aplazamiento habría dado lugar a que algunos comités departamentales se hubiesen estancado en sus labores, pensando que tenían tiempo suficiente para ocuparse después. Esta es, por desgracia, nuestra idiosincracia boliviana; tenemos la mala costumbre de dejar las cosas para el último momento, de donde resulta que frecuentemente salen mal.

En razón de la escasés del tiempo para la presentación de trabajos, y habiendo el Comité recibido solicitud de varios médicos de la República, ha resuelto aplazar la fecha de inauguración del Congreso para el 6 de agosto del presente año.

A la noticia de que en Sucre tendría lugar el Primer Congreso Médico Boliviano, altas notabilidades científicas extranjeras han solicitado tomar parte o presentar trabajos a esta asamblea, no obstante que ésta es de carácter netamente nacional.

El Comité no ha podido menos que aceptar con profundo agradecimiento la oferta de presentación de trabajos; pero, con sentimiento, no podrá brindar asien-

to en el seno del Congreso, sino en casos muy excepcionales, a los médicos extranjeros.

No he de entrar en mayores detalles respecto a los trabajos del Comité Ejecutivo, a la organización del personal de patronato, de los comités departamentales, etc. por haberse publicado estos datos en los boletines que son conocidos ya por el público. Insistir mayormente sobre este tema sería alargar demasiado la presente memoria.

Tampoco me he de detener sobre la trascendental importancia que tendrá para nuestro país la realización de este Congreso, en el que van a tratarse puntos de importancia capital para la higiene pública, la organización de servicios sanitarios en la República, la legislación médica boliviana, etc. De esperar es, que dada la trascendencia de esta asamblea, los poderes públicos como todo el cuerpo médico nacional, procurarán, en lo posible, dar el mayor realce al acontecimiento científico del que me ocupo.

Dadas las enormes distancias en que se encuentran los diferentes centros de la República y la falta de buenas vías de comunicación, hacen difícil y costosa la traslación a la Capital de la República, de los médicos que se encuentran en lugares apartados, el Comité gestionará los medios de dar todas las facilidades posibles, y tenemos la esperanza de que prefecturas y municipios ayudarán a sufragar los gastos de sus respectivos delegados.

Centenario de la muerte del Gran Mariscal de Ayacucho. — El Instituto que con orgullo lleva el nombre del Gran Mariscal, ha rendido su homenaje de respeto y gratitud a la memoria del Padre de la Patria, en el Primer Centenario de su muerte.

Por resolución social llevé la palabra de este centro científico en el acto que, con este motivo, prepa-

raron todas las instituciones de la localidad, y deposité una corona de bronce al pié de la estatua del Fundador de Bolivia.

Asunto Veintemillas---Hartmann. — Habiendo tenido sus diferencias científicas los doctores Félix Veintemillas, Director del Instituto Bacteriológico de La Paz, y el Dr. José Antonio Hartmann, Rector de esa Universidad, el primero de estos colegas encomendó a nuestra sociedad, por razón de que "Careciendo en Bolivia de un Supremo Tribunal Médico que pueda juzgar los trabajos científicos y sentar sus conclusiones para imponerlas como verdades demostradas, por una parte, y aplicar las sanciones morales y materiales que algunos casos requieren, por otra parte", resolviera este asunto de una manera arbitral.

Aunque era muy honrosa la confianza que el Dr. Veintemillas depositaba en nuestra sociedad, era sin embargo misión delicada, por tratarse de una cuestión entre médicos distinguidos y que había tomado caracteres de violencia inusitada.

A pesar de esta circunstancia, y como acto de particular deferencia al Dr. Veintemillas, el Instituto aceptó ocuparse de este asunto, y a fin de formar juicio imparcial y dar su opinión en perfecto conocimiento de causa, la sociedad —como procedimiento preliminar— invitó al Dr. Hartmann para que a su vez enviara todos los documentos que tuviese en favor de su tesis.

Desgraciadamente, por razones que no conocemos, el Instituto no obstante de haber esperado mucho tiempo, no recibió del Dr. Hartmann contestación ninguna, y se vió obligada, en consecuencia, a reducir su papel únicamente al estudio de los documentos enviados por el Dr. Veintemillas.

Pero de esta manera no podía satisfacer los deseos del indicado colega por que el Instituto no podía fallar como árbitro, sino en el caso en que ambas par-

tes lo hubieran pedido y presentado también su documentación respectiva. Como ya he manifestado, sólo poseíamos documentación del Dr. Veintemillas, relativa a la epidemia de Vallegrande. De manera que la sociedad, en esas condiciones, no podía dar un fallo arbitral, habiéndose reducido al de simple peritaje.

Siendo el Instituto Médico Sucre una sociedad científica particular, y por muy altos que sean sus prestigios, no podía tampoco, como solicitaba el Dr. Veintemillas, en su nota de 8 de marzo de 1930, seguir un juicio de tribunal inapelable imponiendo severas sanciones a la parte que hubiera estado en error, como la de quemar públicamente sus diplomas, destituirlos de los cargos que desempeñaban sin que jamás pudieran volver a desempeñar ninguna función pública, imponer indemnizaciones, etc.; en suma, un verdadero auto de fe.

La clasificación de delitos y la aplicación de las penas correspondientes son del resorte exclusivo de los tribunales de justicia, y por mucha razón que tuviera alguna de las partes, mal podríamos entrar en un terreno que no era el nuestro.

Por otra parte, creemos que en materia científica no pueden existir tribunales inquisitoriales que castiguen con severas penas, como lo pedía el Dr. Veintemillas, para las opiniones que se creen erradas; volveríamos de ese modo a los tiempos de la Edad Media que felizmente han pasado para siempre. La ciencia no es infalible, y como la Historia nos enseña, sucede con demasiada frecuencia que las verdades de hoy pueden ser errores de mañana y viceversa.

En materia científica todas las opiniones, todas las teorías son aceptables, y en la discusión de ellas nunca se debe perder la serenidad y la cultura de personas que se suponen ilustradas; no debe descenderse jamás al insulto personal y a la grosera diatriba que no

sólo desprestigian a las personas que toman parte, sino hasta el cuerpo a que ellas pertenecen. Y, al mismo tiempo, ese apasionamiento violento ofusca la razón y envenena la justicia.

En las discusiones de carácter científico, las personas deben descartarse; debe suponerse que los hombres de ciencia, aunque talvez equivocados, proceden con honradez y convicción. Son las ideas, son los hechos que con criterio tranquilo e imparcial deben analizarse, y por muy convencido que uno esté de la verdad de sus opiniones, no debe perderse nunca de vista que si la ciencia no es infalible, menos son los que la representan. Por consiguiente, la tolerancia y el respeto mútuo se impone toda vez que sin interés personal se quiere demostrar la verdad y buscar el adelanto de la ciencia. Sucede frecuentemente que en las discusiones de mayor trascendencia científica ambas partes tengan alguna razón y muchas veces no la tiene ninguna.

En todo caso, en el asunto a que me refiero, el Instituto ha visto con sentimiento que distinguidos médicos hayan descendido a un terreno tan desagradable y tan personal, y hace un llamamiento a todos los colegas de la República para que actos de ese género no se reproduzcan más.

La sociedad, para llenar su cometido en este delicado asunto, nombró una comisión de su seno, compuesta de los doctores Aniceto Solares, Francisco V. Caballero, Medardo Navarro, y Germán Orosco P., quienes, después de un concienzudo estudio de los documentos y piezas enviados por el Dr. Veintemillas, prestaron su informe pericial.

Presentado este documento en fecha 23 de junio de 1930, fué serenamente discutido y aprobado sin modificación ninguna. Las conclusiones a que llegó la comisión se referían únicamente a los documentos y piezas presentados, sin pronunciarse de una ma-

nera terminante sobre si la epidemia de Vallegrande fué o no de peste bubónica; pues, ninguno de los miembros de la comisión ni tampoco del Instituto, no habían tenido ocasión de actuar en esos lugares y no podían dar, por consiguiente, opinión personal sobre este asunto.

Las conclusiones a que llegó la comisión fueron las siguientes:

I. — Los documentos escritos y fotográficos no dan, a nuestro juicio, elementos suficientes de certeza para afirmar la efectividad de la peste. No obstante, indican suficientemente una árdua labor, digna de todo aplauso.

II. — Las preparaciones bacteriológicas (frotis de hígado, bazo y cultivos) remitidos por el Dr. Veintemillas son de bacilo pestoso.

III. — El examen histopatológico de los órganos demuestra lesiones inflamatorias de tipo nodular y lesiones degenerativas celulares, sin haberse podido constatar el germen que las producía.

IV. — La investigación de los bacilos pestosos en los tejidos fué infructuosa.

Esta presidencia dirigió en fecha 25 de junio de 1930 una nota al Dr. Veintemillas comunicando el resultado de nuestro cometido, con lo que el asunto quedaba concluído por nuestra parte. Pero el citado colega no lo entendió así, y dirigió una réplica al informe de la comisión. Por último, refiriéndose a una carta privada que el Dr. Orosco había escrito a un amigo suyo de La Paz, se quejaba el Dr. Veintemillas de las apreciaciones de dicho colega, lo que nos extrañó demasiado, pues el Dr. Orosco —como particular— era dueño de escribir a un amigo lo que le viniera en gana y mal podía intervenir el Instituto en esa clase de asuntos, ni menos aceptarlo como documento oficial.

El Instituto contestó al Dr. Veintemillas, en fe-

cha 1º. de agosto del año pasado manifestando que habiendo aprobado el informe de su comisión y teniendo la certidumbre de que ella ha procedido con toda seriedad y honradez profesional no podía revisarlo, dando por terminado su cometido.

Comisión sanitaria de la liga de naciones. — A principios del mes de julio de 1930, hemos tenido el agrado de recibir la visita de la misión enviada por la Sociedad de Naciones, para estudiar y organizar los servicios de higiene pública en Bolivia. Esta comisión compuesta por los distinguidos médicos M. D. Mackenzie y Marcelino Pascua, vino acompañada por el Dr. Fausto Carrasco, Director accidental de Sanidad General.

Como era natural el Instituto, hizo la más cordial acogida a tan distinguidos huéspedes, y en largas conversaciones cambiamos ideas sobre las necesidades del país en materia sanitaria, sobre nuestras posibilidades para satisfacerlas, y al mismo tiempo suministramos todos los datos informativos que nos solicitaron.

Desgraciadamente la visita de los ilustres huéspedes, miembros de la misión, fué muy breve; pero abrigamos la esperanza de tenerlos pronto en esta ciudad, pues, nos ofrecieron formalmente asistir al Primer Congreso Médico Boliviano, el que será honrado con la presencia de tan distinguidos personajes.

El Instituto, en sesión solemne, les confirió el título de miembros correspondientes de nuestra sociedad, así como al Dr. Carrasco, y el que habla tuvo el honor de entregarles sus diplomas en mano propia.

Bodas de Oro profesionales del doctor Nicolás Ortiz. — Como acto justiciero de merecido homenaje a nuestro viejo compañero y Maestro de la Juventud Boliviana, doctor Nicolás Ortiz, la Facultad de Ciencias Médicas, de la que fué antiguo Decano, unido al Cuer-

po Médico de la República, y al que, como era natural, nuestra sociedad se adhirió con entusiasmo, le dió un brillante acto académico que tuvo lugar el día 13 de diciembre último, en el Teatro Municipal.

Nuestra sociedad fué representada por el Dr. Ezequiel L. Osorio, quien en un discurso presentó su justo homenaje al Dr. Ortiz.

El Instituto Médico Sucre, en este acto, tributa por mi órgano a nuestro distinguido colega, aquí presente, sus más efusivas felicitaciones, por que haya llegado a su cincuentenario profesional lleno aun de energía, y de ese entusiasmo juvenil que siempre lo ha caracterizado. Hago votos por que el viejo compañero viva largos años, todavía colaborándonos en nuestras tareas.

Nuevos socios. — En el curso del año que ha pasado, ha ingresado en el seno social, como **socio de número**, nuestro antiguo pro-secretario, Dr. Bernardo Vaca Guzmán, que tan largos y asíduos servicios ha prestado al Instituto. Y al felicitarle por su ingreso, tengo la seguridad de que su colaboración será siempre tan activa y eficaz como antes.

Fué nombrado **socio de honor en el extranjero**, el ilustre cirujano francés, Dr. L. Dartigues, presidente y fundador de la UMFIA, de París, a la vez uno de los más eminentes hombres de ciencia de su país.

El Instituto ha designado **socios correspondientes** a los doctores R. Molinéry, secretario general de la UMFIA; Percheperie, con medalla de oro del Instituto Pasteur, por sus importantes trabajos sobre vacunación antituberculosa, y al ilustre oculista Baillard, de París.

Socios fallecidos. — Todos los miembros del Instituto, con profundo dolor, han asistido a la penosa enfermedad y muerte de nuestro distinguido tesorero,

Dr. Arcil Zamora, quien ha prestado largos e importantes servicios a nuestra sociedad.

El Instituto, declarado en duelo, encabezó sus exequias y designó su representante al Dr. E. L. Osorio, para que llevara la palabra de nuestra sociedad en su sepelio.

Ha fallecido también, en Montevideo, nuestro distinguido consocio Dr. Gerardo Arrizabalaga, profesor de Clínica Médica de la Universidad Central de la República del Uruguay, eminente médico y una de las figuras más salientes de la República hermana. Enviamos a su distinguida familia nuestra más sentida condolencia.

Secciones del Instituto. — El desenvolvimiento de nuestras diferentes secciones ha tenido una marcha normal.

A principios del año 1930, ha llegado el material completo para la Sección de Bacteriología, últimamente pedido; pero la falta de fondos nos ha impedido, hasta ahora, hacer la instalación conveniente de la indicada repartición que, naturalmente, requiere gastos de alguna importancia.

Queda aun el antiguo material, ya deteriorado, susceptible sin embargo de utilizarlo si se tiene buena voluntad, y es indispensable adaptar el local, actualmente estrecho, a las necesidades de la nueva sección de bacteriología.

Como siempre, la Sección de Vacuna Antivarriolosa, ha recibido nuestra preferente atención, y ella ha marchado correctamente, respondiendo a todos los pedidos que se han hecho de toda la República, no obstante de que la subvención reconocida por el Tesoro Nacional para este servicio, ha sido muy mal pagado. Se adeuda, actualmente, la subvención casi íntegra por el año pasado. El Instituto ha sostenido ese servicio haciendo uso de su crédito, a fin de no interrumpirlo. La

interrupción en la elaboración del fluído habría traído gravísimos inconvenientes para la situación sanitaria del país; pues, en algunos puntos de la República, se han presentado epidemias de viruela que a no combatirlas oportunamente se habrían propagado en todo el territorio nacional, trayendo desastrosas consecuencias.

No doy lectura al informe del jefe de esta sección, importante documento que suministra datos precisos acerca de la elaboración y las remisiones del fluído que ella ha efectuado en 1930, por no cansar vuestra atención y el que será publicado conjuntamente con esta memoria.

Ultimamente se ha recibido un pequeño lote de material, necesario para la indicada sección y complementario al ya existente. Juzgo que con esta mejora la elaboración se hará en condiciones más satisfactorias.

Nuestras demás secciones no han tenido gran movimiento, a parte de la Biblioteca que se ha enriquecido con varias obras y folletos de importancia.



Señores consocios:—

Dentro de poco tiempo debo dejar nuevamente la Patria y separarme, una vez más, de vosotros; y como tal vez ésta sea la última memoria que os presente, vuelvo a insistir sobre las recomendaciones que os hice el año 1924.

Los miembros del Instituto deben a nuestra sociedad toda labor y todo esfuerzo. Es un compromiso de honor que han contraído, y estoy seguro que lo llenarán dignamente, e imitando las palabras del Padre de la Patria, el Gran Mariscal de Ayacucho, Antonio José de Sucre, bajo cuya égida se fundó nuestra sociedad, os diré: conservad en medio de todos los peligros y dificult-

tades bien alto el nombre y prestigio de esta asociación a la que tanto amamos.

*
* *

Acto continuo, el señor Presidente, entregó los diplomas a los nuevos socios de número del Instituto, doctores David Osio, Julio C. Fortún, Germán Orosco P., (*) Raul Fernández de Córdova y Bernardo Vaca Guzmán, con las siguientes palabras:

El Instituto ha acordado que en esta sesión pública se entreguen los diplomas a los nuevos socios, y al hacerlo, me cabe la satisfacción de felicitarles muy cordialmente por la distinción de que han sido objeto de parte de nuestra sociedad, al aceptarlos en su seno. En efecto, es un alto honor para todo médico boliviano pertenecer a la más antigua, a la vez que más importante sociedad científica del país; pero mis jóvenes colegas, os recordaré también, que este honor trae consigo compromisos morales de importancia que los conocéis demasiado y que estoy convencido que sabréis cumplirlos debidamente.

Al felicitaros, una vez más, tengo el agrado de entregaros vuestros diplomas en mano propia.

El Dr. David Osio, en representación de los socios que acabaron de recibir sus diplomas, agradeció al señor Presidente por los términos vertidos en su alocución y a los señores socios del Instituto por haberlos recibido en el seno de la institución con las muestras de mayor cordialidad; hizo protesta de trabajar con entusiasmo y decisión en el seno de la más vieja sociedad científica de Bolivia; y al concluir su brillante discurso hizo consideraciones ético-profesionales muy oportunas.

(*) El Dr. Orosco no recibió personalmente el diploma por estar ausente del país.

Informe del Jefe de la Sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico Sucre,

Dr. A. Solares Arroyo.

Sucre, 18 de marzo de 1931.

Al señor Presidente del Instituto Médico Sucre.

Presente.

Señor Presidente:

En cumplimiento de disposiciones reglamentarias, tengo el agrado de elevar a Ud. el informe anual, relativo a las labores desplegadas en la Sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico Sucre.

Personal de la oficina. —Las auxiliaturas de la Oficina de Vacuna, cuya jefatura tengo a honra desempeñar, están encomendadas a los señores José Sujet, Enrique Toro y Carlos Zamora. El señor Simón Lora coopera eficazmente en su calidad de mozo de dicha sección.

A raíz de la renuncia del auxiliar, Gregorio Valda, quien se diplomó últimamente de médico, pasó a desempeñar ese cargo el estudiante Carlos Zamora, a quien el Instituto ratificó en su nombramiento.

Todo el personal desempeña sus funciones con decisión y entusiasmo.

Actividades de la sección de vacuna. — No obstante el desconcierto económico de la sociedad, por falta de subvenciones a esta importante sección, des-

cuidadas en su pago por el Tesoro Nacional, la labor siempre ha sido eficiente. No se han omitido esfuerzos para mejorar el fluído reforzándolo siempre con los sistemas comunes empleados en nuestro oficina, y suficientemente controlados antes de la emisión a los diferentes centros de la República. Las tarjetas de control, devueltas por las instituciones o personas a quienes se han hecho envíos de vacuna, son testimonio claro de la bondad de nuestro producto. Esto, al alentar nuestras actividades, nos marca un sendero, para el mayor mejoramiento de nuestro fluído.

Naturalmente, si se examina el cuadro estadístico de elaboración y remisión de vacuna, se verá que la cantidad ha mermado en algo comparativamente al año pasado. Su explicación fluye de la causalidad que expongo al principio de este párrafo. En un período, felizmente corto, se tuvo que restringir grandemente la elaboración del fluído; pero ante las amenazas del azote de la viruela, que en algunos centros tomaba un carácter de gravedad, no faltó una mano benéfica que cooperara en algo para salvar esta crítica situación: el señor José Rodríguez A. gentilmente cedió terneros los que proporcionaron cierta cantidad de vacuna que alivió en mucho la gran demanda de nuestro fluído.

Espero, señor Presidente, que el Instituto gestione activamente ante los Poderes Públicos para que no sólo se pague religiosamente la subvención asignada a nuestra sección, sino también, y es de lógica, que se procure aumentar en algo más dicha subvención, por lo mismo que nuestro servicio se hace indistintamente a **todos los centros de la República**, sin encuadrarnos a disposiciones que rigen sobre el particular, esto es, a la distribución de zonas que se había hecho.

Material para la sección de vacuna. — A pesar de no ser el lujo de un laboratorio el que dé el sello de bondad al producto elaborado en él, nuestro fluído ha

sido preparado, como hasta hoy, en nuestro modesto to despacho. Falta hacía algún material, siquiera en pequeña escala, para abreviar tiempo en la elaboración y mejorar aun más nuestro producto. El Instituto así lo comprende, pero tropieza también con el gran obstáculo de falta de recursos. Esta jefatura insistió demasiado para conseguir algún material, similar al ya deteriorado, con el aditamento de algo moderno y práctico. Consiguió su propósito; y ahora tengo el agrado de manifestar a Ud. que con el poco material, recientemente llegado de Europa y ya entregado a la Oficina, se ha de mejorar el producto.

Con los sentimientos de mi mayor distinción, ofrezco a Ud. mis consideraciones respetuosas.—

atento

servidor.

Dr. A. Solares Arroyo.

Jefe de la Sección de Vacuna Antivariolosa del
Instituto Médico Sucre.

Resumen de las remisiones de Vacuna Antivariolosa, durante el año 1930, de la Oficina de Vacuna del Instituto Médico Sucre.

Chuquisaca	681	ampollas, para	13.620	venes.
La Paz.....	605	«	«	12.200
Cochabamba.....	371	«	«	7.420
Oruro.....	353	«	«	7.060
Potosí.....	1553	«	«	31.060
Tarija.....	300	«	«	6.000
Santa Cruz.....	466	«	«	9.320
Beni.....	100	«	«	2.000
Territorio Nl. del				
S.E. (Villa Montes)	110	«	«	2.200
Exterior: Cuba	10	«	«	200
Total	4,549	«	«	90.980

Se vacunaron durante el año 1930: 38 terneros y un asno.

Sucre, 31 de diciembre de 1930.

A. Solares Arroyo
Jefe de la Sección de Vacuna
Antivariolosa.





El Bromuro de Potasio

La materia médica se encuentra cada día más recargada por una multitud simpre creciente de productos de todo género procedentes de los tres reinos de la naturaleza, multitud abigarrada de medicamentos, de remedios, de panaceas y de otras maravillas que no hay más que ver.

La inmensa mayoría de estos agentes **milagrosos** viene precedida por el respectivo reclamo comercial, el cual, ya serio y correcto, ya franco y sobrio, ya tonto y descarado, ya más o menos hábil y jesuítico, tiene siempre la virtud de embaucar a más de un cándido.

Nótese bien que los más de dichos agentes no han pasado por el crisol de la experiencia y que, por tanto, no tienen ningún derecho de inspirarnos confianza.

Además, casi todos llevan nombres peregrinos, que, como muy bien hace notar un autor, son más difíciles de pronunciar que de retener en la memoria.

Mi propósito, por el momento, no es ocuparme en estos agentes **maravillosos**, armas poderosas del charlatán, y cómodos, aunque indignos medios de vida del mercader. . . .

Dejemos pasar la caravana, la gran caravana.

Ya encontrará con el simún en su camino.

Entre tanto, quiero haceros notar que, fuera de esos agentes maravillosamente ingratos a que vengo

de referirme, existen otros en la **materia médica** y que gozan hasta el presente, contra toda razón y justicia, sólo por el peso inconmensurable de la tradición y la rutina, y nada más que por eso, de gran fama, de consideración, de respeto y hasta de una especie de adoración y miedo verdaderamente fanáticos. Y, nótese bien, no sólo entre los profanos de la ciencia y arte de curar, lo que no tendría nada de extraño, sino también entre los verdaderos hijos del inmortal anciano de Cos.

Lo que pueden la tradición, la santa tradición y la rutina, y, sobre todo, el servilismo intelectual, el peor de todos los servilismos!

Pues, bien; ha llegado ya el momento de alzar bandera contra tal estado de cosas verdaderamente bochornoso, bandera desplegada a todos los vientos, sostenida con gran energía, con honradez, con altura de miras, con el más puro amor al prójimo, con profundo respeto a la dignidad profesional y nada más que en defensa de los más sacrosantos fueros de la verdad.

BROMURO DE POTASIO

El bromuro de potasio, KBr, obtenido por Ballard en 1826, se presenta bajo el aspecto de cristales cúbicos, inalterables al aire, inodoros, incoloros, brillantes y transparente una veces, mates y sólo translúcidos u opacos otras.

Es de sabor salino, amargo y desagradable.

Soluble en agua, en alcohol y en glicerina, es insoluble en éter y en cloroformo.

Para el uso terapéutico debe ser, según se dice, **absolutamente puro** y de reacción neutra o muy ligeramente alcalina.

Acción fisiológica. — Se absorbe con gran rapidez por la vía digestiva.

La piel intacta no lo absorbe.

Nótese bien: aun no se conocen sus metamorfosis dentro del organismo.

Se elimina pronto, y casi en su totalidad, en solo un nictímero o a lo más en treinta y seis horas y por todos los emunctorios.

En solución concentrada, y por ingestión, produce escozor en la boca y la garganta, una especie de comezón en el esófago y sensación de calor urente en el estómago, algunas veces eructos y no pocas veces vómitos y diarrea.

Disminuye la secreción salival.

Resta energía a los movimientos respiratorios.

Tiene efectos depresivos sobre el corazón y la circulación en general, efectos que se traducen por debilidad y retardo de las contracciones cardíacas, descenso de la presión arterial, frecuencia e irregularidad del pulso, disminución de la temperatura y sensaciones de desfallecimientos generales o locales.

Hace languidecer todas las secreciones, menos la urinaria, la que algunas veces está ligeramente aumentada.

A dosis alta, lo mismo que por administración prologada, determina pérdida de peso y trastornos de la calorificación.

Al nivel de la piel, y particularmente en los casos de uso prolongado, provoca erupciones de tipos variados: acné inflamatorio confluyente, eritema nudo-so, urticaria, forúnculos, pápulas ulceradas, placas gangrenosas, etc., etc.

Debilita las funciones genitales, sobre todo las erecciones.

Ante todo y más que todo, administrado en ciertas y determinadas condiciones, es un gran sedante de los centros y de todo el sistema nervioso. Dismi-

nuye considerablemente tanto la excitabilidad refleja del cerebro como la excitabilidad bulbo-medular.

A altas dosis, 10, 20, 30 gramos, en una sola vez, o a dosis medias, y aun pequeñas, 8, 6, 4, 2, 1 gramo, por día y por un tiempo demasiado prolongado, determina con muchísima frecuencia síndromes característicos conocidos con los nombres de bromismo agudo o crónico.

El primero de estos síndromes se singulariza por malestar general, irritabilidad, cefalalgia intensa, anorexia, rubicundez de la lengua y síntomas de embriaguez brómica, o bien por obnubilación psíquica, verdadero estupor, con retardo, debilidad e irregularidad de pulso.

El bromismo crónico se caracteriza por una perturbación profunda de los fenómenos nutritivos, adelgazamiento general, anemia más o menos intensa, anorexia, polidipsia, disnea, depresión intelectual, diarrea, verdadera caquexia; erupciones cutáneas diversas; catarro ocular, nasal, faríngeo y laríngeo, no siendo raro que se presente la neumonía adinámica como postrer episodio de cuadro tan sombrío.

Tal es, en resumen, el conjunto de fenómenos que integran la acción llamada fisiológica, lindante con la tóxica, del bromuro de potasio.

¿Cuántos y cuáles son los rodajes íntimos de dicha acción?

Reténgase bien esto: **nada se sabe al respecto.**

¿Obra directa y únicamente sobre los órganos?

¿Sobre qué órganos ejerce su acción?

¿Sobre las células de los centros nerviosos, sobre los conductores centrípetos, o sobre los conductores centrífugos, o sobre los nervios vasomotores, o directamente sobre los vasos?

Damourette y Pelve dicen que bajo la influencia del bromuro los nervios sensitivos pierden sus pro-

piedades antes que los nervios motores, éstos antes que la médula, y la médula antes que los músculos. Pero estas no son sino hipótesis, nada más que hipótesis.

Como siempre, las opiniones no faltan; al contrario.

Muchos autores, particularmente, Laborde, Voisin, Claudio Bernard, G. Sée, Guttmann, Damourette, Gubler y otros, a fuerza de cálculos, de suposiciones y de complicaciones a cual más desesperantes, han creído dar cuenta de todas las leyes que presiden al complejo mecanismo de la acción fisiológica en cuestión; mas, y dígame lo que se quiera, el problema queda en pie, a despecho de todos los esfuerzos y de todas las hipótesis de la insuficiente Ciencia humana. . . .

Ocupémonos ya de las **indicaciones terapéuticas** del bromuro de potasio.

Epilepsia esencial. — Desde 1851, varios clínicos, muy particularmente Locok, Radcliffe, Brown-Sequard, Williams, Blache, Bazin, Moreau, Voisin, Pelvet, Fleury, Ziehen, etc., han hecho estudios interesantísimos acerca de la acción del bromuro de potasio en la epilepsia genuina, llamada también epilepsia esencial, y han llegado a imaginar infinito número de procedimientos de administración del bromuro en los epilépticos, verdaderas tácticas de terapéutica, sin haber conseguido hasta el presente, doloroso es decirlo, un solo éxito absolutamente indiscutible.

Lo único que han conseguido, y muy difícilmente, y con grave perjuicio de innumerables enfermos sujetos a las experiencias, es que los ataques sean menos frecuentes o que desaparezcan algunas veces para reaparecer así que se suspende la administración del bromuro.

Hagámoslo notar, pues, desde luego, y con la mayor claridad posible; **el bromuro de potasio no cura la epilepsia.**

Adviértase de una vez para todas que aquí no me refiero sino a la epilepsia genuina, y no a los ataques epileptiformes y de carácter episódico propios de la sífilis cerebral, abscesos cerebrales, tumores cerebrales, meningitis basilar, hidrocefalo interno, demencia paralítica, alcoholismo crónico, etc., etc., y en los cuales la administración del bromuro de potasio estaría del todo fuera de lugar.

Nótese también que, dado el estado actual de nuestros conocimientos sobre la epilepsia, las distinciones de carácter etiológico que acabo de insinuar son puramente convencionales y por todo extremo transitorias.

La mayor parte de los autores aconsejan administrar el bromuro de potasio durante largo tiempo, meses y aun años. El bromuro de potasio debe convertirse en **alimento** para el epiléptico, dice Voisin.

Pero debemos recordar con el profesor Ingenieros, que lo que no cura en muchos años no es medicamento.

A consecuencia de los constantes fracasos del bromuro de potasio en la epilepsia, algunos prácticos han asociado a dicho bromuro ya el opio, ya la belladona, y doloroso es decirlo, y preciso confesarlo, los fracasos no sólo han sido igualmente constantes, sino más graves, ya que se han observado numerosos casos de intoxicación y no pocos de muerte!

Actualmente, y con sobrada razón, y con gran provecho de los enfermos, nadie piensa más en el bromuro de potasio cuando de la epilepsia se trata.

Contra esta terrible enfermedad, y también como simples paliativos, ya que desdichadamente no podemos alcanzar cosas mejores por el momento, poseemos, además del régimen alimenticio y del género de vida, que aquí, como en otras ocasiones, son siempre fundamentales, el tartrato bórico potásico y el garde-

nal, medicamentos que, sino curan la epilepsia, perjudican mucho menos al enfermo, preocupan menos también al médico, palían mejor los síntomas, son de administración más sencilla y, por tanto, son infinitamente preferibles al bromuro de potasio, el cual, fuerza es confesarlo, ha gozado hasta el presente de un favor tan grande como inmerecido.

Histerismo. — En el tratamiento del histerismo, el bromuro de potasio, más que inútil, es perjudicial. Acción psíquica, cambio de medio e hidroterapia, dice Huchard, son infinitamente preferibles. El histerismo casi nada tiene que pedir a los medicamentos, dice Manquat, y mucho menos a los agentes hipostenizantes como el bromuro de potasio.

Y, sin embargo, es precisamente contra los múltiples y variados accidentes del histerismo contra los que con mayor frecuencia, y casi siempre sin discernimiento alguno, se prescribe el consabido bromuro.

Y el bromuro de potasio es ante todo, más que todo y sobre todo, un depresor, un sedante hipostenizante.

El bromuro de potasio no es inocuo, sobre todo para los enfermos.

Y, es necesario no olvidar, como se hace con demasiada frecuencia, que la primera y más importante de las preocupaciones del médico debe ser siempre y en todas ocasiones: NO DAÑAR.

Neurastenia. — En la neurastenia, lo mismo que en el histerismo, y más aún, el bromuro de potasio es muy perjudicial, como lo son todos los hipnóticos y todos los depresores. Huchard, dice: "Es de regla general que en la neurastenia hay que abstenerse de abusar de las drogas y que es preciso concentrar toda la atención sobre la higiene física y moral, recordando estas sabias palabras de Tissot: Se puede dar pruebas de ser un gran médico, sin prescribir medicamentos;

con frecuencia el mejor remedio es no administrar ninguno. En nada tan cierto como en la neurastenia, sobre todo en la neurastenia ansiosa".

Corea. — En la corea, la antipirina es infinitamente mejor que el bromuro de potasio.

Insomnio. — El tratamiento, claro está, variará según la causa: neurosis, psicosis, vejez, arterioesclerosis cerebral, afecciones cardíacas, dolores, disnea, etc., etc., debiendo recordarse aquí el *cessante causa tollitur effectus*, antes de acudir al bromuro de potasio, que no sólo es mediocre o completamente superfluo, sino que muchas veces puede resultar perjudicial.

Cefalalgia. — Lo que se acaba de exponer con motivo del insomnio, es perfectamente aplicable, mutatis mutandis, a la cefalalgia, síntoma común a infinito número de enfermedades.

Tétanos. — En una enfermedad tan grave, y en la que se requiere obrar con toda prudencia, rapidez y seguridad, nadie pensará en perder el tiempo prescribiendo bromuro de potasio, teniendo a la mano y pudiendo acudir desde luego a la seroterapia, método de Baccelli, inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia, reposo, habitación obscura, balneación caliente, cloral, etc., que valen más, mucho más, que el bromuro.

Envenenamiento por la estricnina. — El bromuro de potasio, como siempre, resulta completamente inútil, debiendo darse la preferencia, naturalmente, al tratamiento clásico: lavado del estómago, con soluciones de tanino y yodo, vomitivos, cloral, cloroformo, morfina, respiración artificial, bebidas abundantes, reposo, etc., etc.

Eclampsia. — En este estado también es superfluo, como no podía ser de otra manera, limitándose el tratamiento a la profilaxia, a la desintoxicación, la sangría, las inyecciones de morfina, la dieta hídrica, la dieta láctea prolongada, etc.

Vómitos .— El vómito, como se sabe, no es más que un síntoma, por tanto, en lugar de recetar bromuro de potasio, el práctico obrará sabiamente ocupándose en el tratamiento de la enfermedad causal, intoxicaciones, indigestión, afecciones gástricas diversas, infecciones generales, meningitis, esclerosis en placas, tabes, tumor cerebral, peritonitis, coqueluche, etc., etc.

Laringitis estridulosa. — En esta enfermedad ha sido empleado el bromuro de potasio con gran entusiasmo, pero sin razón alguna plausible, pues le son muy superiores como calmantes, la antipirina, la codeína, las aplicaciones delante del cuello de compresas húmedas y muy calientes, la atmósfera húmeda, etc., por otra parte, el tratamiento de esta enfermedad, debe ser ante todo profiláctico: examen de la nariz, y del cavum, operación de vegetaciones adenoides, tratamiento de las rinitis y de las amigdalitis hipertróficas, etc. Por último, tenemos la intubación y la traqueotomía como medios de tratamientos más prácticos y seguros, y más racionales también, y al lado de los cuales el bromuro de potasio pierde ante nosotros toda sombra de consideración.

Asma. — En el asma esencial, como en otras muchas enfermedades, es superfluo.

Diabetes sacarina. — La antipirina le es superior. Hoy nadie se preocupa del bromuro en el tratamiento de esta enfermedad y con muy buena y sobrada razón.

Cardiopatías. — En la inmensa mayoría de los casos, por no decir en la totalidad de los mismos, el bromuro de potasio, agente que ha sido muy socorrido hasta en las cardiopatías, no obra sino por la acción psíquica que acompaña al hecho de prescribir, es decir, no es útil sino como **medicamento de clientela**, siendo en realidad, dentro de este orden, como la tin-

tura de valeriana, como el jarabe de altea, como el hidrolato de melisa, un verdadero símbolo, ya que anda acompañado por su sabor salado, y amargo, y desagradable y su insuperable olorcillo a botica. . . .

En los estados asistólicos, dice Huchard, es peligroso, porque debilita la actividad cardíaca.

Afecciones diversas. — Además de los estados morbosos anteriormente indicados, muchísimos otros han sido tratados, sin éxito alguno por supuesto, por el bromuro de potasio: vaginismo, esofagismo, espasmos de la glotis, coqueluche, incontinencia de orina, espermatorrea, blenorragia, delirium tremens, manía aguda, sífilis, neuralgias, . . . qué se yo . . . toda la patología.

El bromuro de potasio ha sido considerado por mucho tiempo, hasta entre los verdaderos médicos, como panacea, pudiendo afirmarse que no hay una sola entidad morbosa contra la que no se hubiese esgrimido, con todo entusiasmo, y con grande y profunda fe, este **maravilloso don de los cielos.**

Mas, por todo lo que hasta aquí llevo expuesto, se ve que las **propiedades curativas** del bromuro de potasio son tan fabulosas, o más, si cabe, que el célebre sueño de Epiménides.

Y, aun cuando esto sea muy doloroso para muchos creyentes, porque los hay aún, he creído de mi deber dar un martillazo más al ya carcomido pedestal de una panacea que, como otras muchas, y más que otras muchas, y sin merecimiento alguno, goza de un crédito verdaderamente extraordinario.

Dr. Enrique Condarco.



Conferencia dictada en la sesión del 27 de mayo
en el Instituto Médico.

Nuestra última epidemia de sarampión y algunas modalidades clínicas observadas

Por el Dr. Raúl Fernández de Córdova

Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas.
Jefe de Servicio del Hospital «Santa Bárbara».
Miembro del Instituto Médico «Sucre».

He aquí la enfermedad más extendida en el globo, que con su caracter esencialmente catarral, no respeta sexos ni edades y que al decir de Roberto Debré exquisita sensibilidad le ofrece la especie humana.

La niñez es la época en que con más frecuencia ataca esta enfermedad eruptiva.

Si bien se dice que es una enfermedad muy antigua, no fué distinguida de una manera precisa de la escarlinata, viruela y rubeola, sino en el siglo XIII. Jurgensen afirma que fué en este siglo, cuando se diagnosticó la primera epidemia de sarampión. Los primeros datos clínicos y epidmiológicos auténticos sobre el periodo de incubación de esta enfermedad, parten de las observaciones de Panum, con ocasión de la epidemia

sarampionosa que en 1846, se presentó en las islas Fároe. Desde entonces prescindiendo de numerosas observaciones que se han publicado referentes a otros países, los datos de Panum fueron confirmados de una manera evidente en 1875, gracias a la interesante oportunidad de poder observar el modo de desarrollo y difusión de esta enfermedad infecciosa y contagiosa, en islas que hasta entonces habían estado apartadas del comercio general.

El agente productor del sarampión no es conocido aun de modo seguro. Sin embargo Carona, acepta como el causal, diplococos anaerobios que encontró en la sangre, en la secreción nasal y en la médula de los huesos. Sostiene este experimentador, haber producido sarampión en niños a los que había practicado inyecciones con cultivos de dicho agente, obteniendo la inmunidad por cultivos inactivados.

Alguien afirma que el agente del sarampión, es un tipo de estreptococo que se le encuentra en la sangre de algunos enfermitos graves. ¿Será aceptable esta opinión, o solo el estreptococo complicaría el proceso primitivo? Aun no podemos afirmar nada todavía a este respecto.

Lo que está ya plenamente confirmado, es que el agente morbígeno del sarampión tiene una vida corta y efímera fuera del organismo humano, y que es difícil transportarlo vivo a distancia mediante objetos ni personas intermediarias. Sin embargo es evidente que se han observado casos aislados de transmisiones indirectas a las que han servido de vehículo objetos infectados o personas sanas. Pero estos hechos constituyen una excepción que no se debe generalizar.

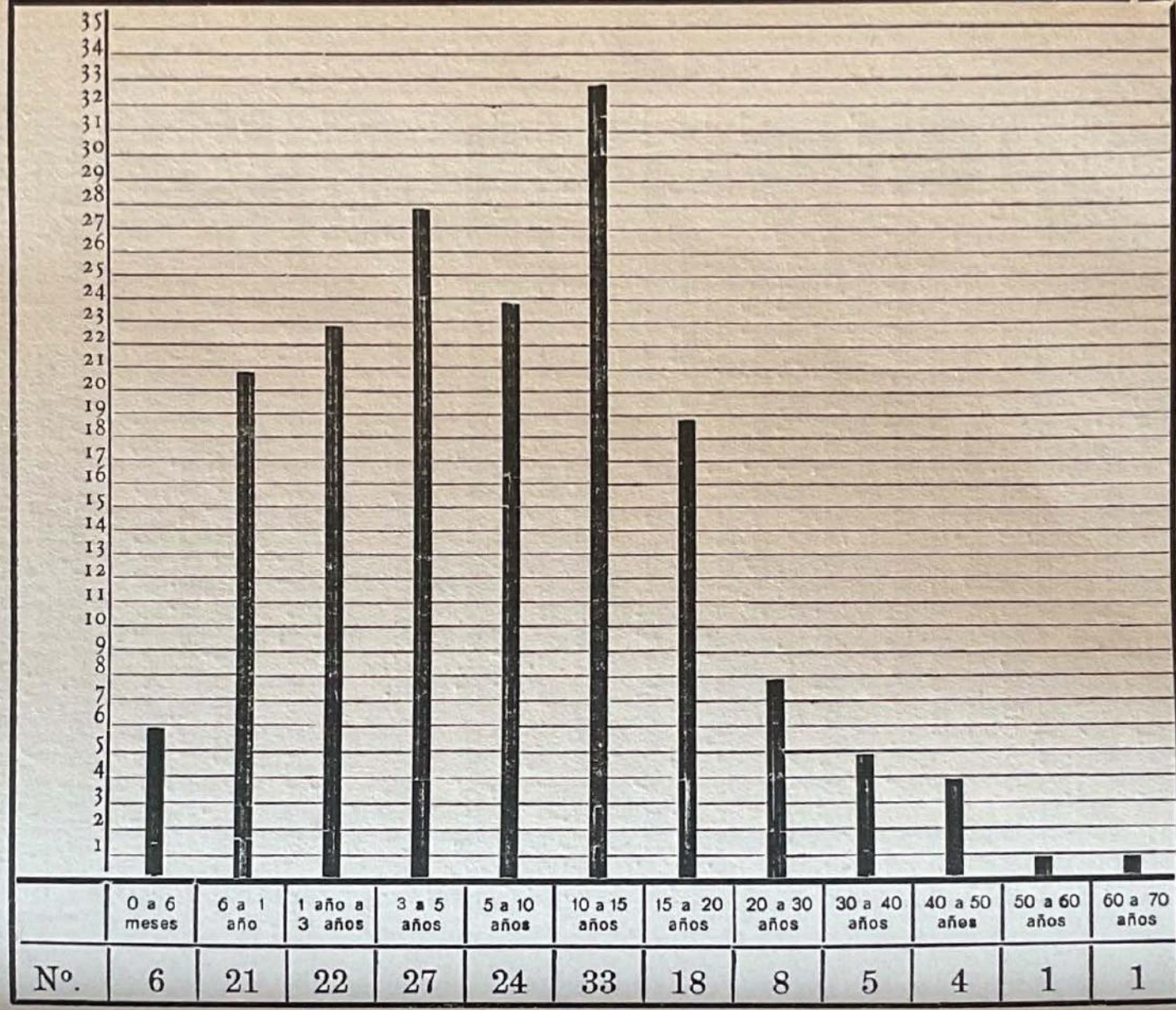
En las islas Fároe, donde en 1846, habían condiciones mas apropiadas para una observación exacta, nunca se comprobó la transmisión de la enfermedad por medio de personas sanas.

El virus sarampionoso es extraordinariamente transmisible por el aire, principalmente en los períodos inicial o prodrómico y en el exantemático; al final de la enfermedad y durante la convalecencia, el peligro de transmisión, no es tan intenso como en los períodos antes mencionados. Moser de Viena, cita un caso interesante en el que un niño después de 14 días de exantema, se puso en contacto con otros niños y que a los 14 días de ese contacto enfermaron sarampión simultáneamente varios de sus compañeros. Este caso parece pues demostrar, que en determinadas ocasiones, el virus sarampionoso tiene estabilidad en el organismo recientemente curado.

El sarampión ataca de preferencia a individuos predispuestos o de menor resistencia. Por este motivo se observa que las epidemias importantes se inician en ciertas épocas del año en que hay mayor predisposición por los estados catarrales.

La transmisión del germen sarampionoso puede tener lugar por contacto con un individuo enfermo; 2.º por intermedio del aire cerca del enfermo; 3.º mediante las secreciones nasales, bucales, lagrimales, así como la sangre, la linfa, con ayuda de personas intermedias, de animales u objetos infectados. De un modo indirecto, el principal agente de la infección es el aire contaminado, el que con ayudas de partículas de polvo o gotitas de secreción bucal o nasal, permite el arrastre a cortas distancias del germen sarampionoso, que en medio del aire tiene corta vida. Raro es el individuo que disfruta de inmunidad al sarampión, ya que la predisposición es extraordinariamente grande en todos los pueblos y comprende todas las edades, hasta la vejez misma de una manera uniforme. Entre nuestras observaciones personales, tenemos enfermos de 50, 57 y 65 años respectivamente con graves sarampiones.

Cuadro indicativo del número de sarampiosos según la edad **sobre 170 observaciones.**



El hecho de que la enfermedad aparezca con mayor frecuencia en la infancia, se explica teniendo en cuenta que la mayoría de los adultos adquieren la infección en los primeros años de su vida. A este respecto Debré opina que un hombre que jamás haya tenido sarampión, si se pone en contacto con un enfermo, contraerá la enfermedad sin duda alguna. Esta ley es absoluta dice, salvo en las condiciones bien definidas de que se trata de un niño hasta los 6 meses descendiente de una madre que haya tenido sarampión; en esta eventualidad el contacto del niño con un sarampionoso no es peligroso porque en él no prende la enfermedad.

Ahora bien este estado refractario, está condicionado por el sarampión que tuvo la madre; pues es una propiedad que hereda el recién nacido, mejor dicho inmunidad transmitida de la madre al hijo, mediante el pasaje de anticuerpos por la circulación placentaria y la leche de su pecho (calostro y elementos biológicos). A este propósito hemos insistido bastante en nuestro trabajo publicado en los "Archivos Americanos de Pediatría" de Buenos Aires y en la Revista de Pediatría de París: "Las infecciones Transplacentarias-Un caso de Paludismo Congénito".

Ehrlich y Smith, han podido demostrar con sus experiencias, el valor de la circulación placentaria, y la inmunidad mediante el amamantamiento. Así lo sostiene también Velasco Blanco en su célebre tratado de Pediatría y cita interesantes casos convicentes.

El sarampión como sabemos, aparece en forma de epidemias que se extienden rápidamente, alcanzan una gran intensidad en poco tiempo y se extinguen con rapidez igualmente, en cuanto acaban los individuos que están al alcance de la enfermedad.

Entre las epidemias de nuestro medio, han habido años atrás algunas de gran magnitud y de caracter

grave. Allá por los años de 1905, 1908 y 1913 fueron bravas las complicaciones y la mortalidad alcanzó un enorme porcentaje.

La que nos ha tocado observar durante el pasado año de 1930, ha sido muy extensa, pero de carácter relativamente benigno en su justa apreciación, ya que como veremos, la mortalidad sobre 170 de nuestras observaciones, es mínima.

Estas 170 observaciones de enfermos de sarampión, se dividen así:

Hospital Sta. Bárbara	Varones	Sala I.....	8
		Sala III...	20
	Mujeres	Sala VI...	50
		Pabellón	
	de niños	Sala X.....	49
Clientela particular.....			43
Total.....			170 sa-
			rampionasos

Ahora bien, de estos 170 enfermos, han muerto un total de 8, presos de complicaciones graves, distribuidos así:

Htl. Sta. Bárbara	Varones	Sala I: 0	
		Sala III: 1	(Broncopneumonía.)
	Mujeres	Sala VI: 1	(Endocarditis.)
		Pabellón	
	de niños	Sala X 4	(1 Embolia (?) I Noma, 2 Broncopneumonías.)
Clientela particular.....		2	(Broncopneumonías.)
Total.....		8	muerdos.

De donde se deduce que en nuestros casos observados, la mortalidad ha llegado apenas al escaso porcentaje del 4, 3 por ciento, por cierto muy halagador, dadas las condiciones de vida de muchos de ellos.

Por otra parte, como podrá verse en la nota anterior, son las Broncopneumonías, las que dominan en la causalidad de los decesos; complicación frecuente de observarse según todos los autores.

La mortalidad por el sarampión, varía según las epidemias y los años, sujeta como sabemos a múltiples eventualidades ocasionales o de momento. En las ciudades populosas, llega al 5 por ciento y 8 por ciento, y en los enfermitos colocados en malas condiciones higiénicas y en los Hospitales hasta el 30 y 40 por ciento, cosa que no hemos tenido por suerte en nuestros servicios del Hospital.

Sostiene Feer, que los enfermos de sarampión entre los 2 y 3 años, ofrecen mayor gravedad, y que más allá de los 5 años los casos mortales son raros en las épocas ordinarias cuando el niño es vigoroso.

De nuestra parte podemos decir que en esta última epidemia, la mayoría de los casos graves, los hemos observado de los 15 años adelante, sin olvidar que hemos tenido niños con complicaciones graves y peligrosas.

Desde luego, podemos afirmar en nuestra estadística que la mayor parte de nuestros enfermos, pasan de los 6 años, lo que está en oposición a la mayor parte de los casos o generalidad de los hechos.

Hermann de Norte América (New York), después de grandes y concienzudas experiencias y con él la mayoría de los pediatras, concluyen que la inmunidad contra el sarampión, es absoluta durante los tres primeros meses; que de los 3 a los 5 meses puede ser el niño atacado de sarampión generalmente benigno. Moser sostiene la opinión de que no es exacto que en el primer año de la vida, la predisposición es menor si se compara con los años ulteriores de la infancia. Lo que ocurre es que en los niños menores de un año, los síntomas de la enfermedad pueden ofrecer mucho menos

intensidad y hasta a veces tienen un caracter rudimentario. Realmente no compartimos con esta manera de sentir, ya que en nuestra estadística hemos contado la mayoría de los decesos entre los enfermitos de 4 y 9 meses de edad, siendo típica y aparatosa la sintomatología.

Después de los 5 meses, los anticuerpos maternos desaparecen y a los 6 meses el niño ha perdido ya la herencia de aquellos legados, renovando su organismo, mejor dicho adquiriendo una nueva personalidad biológica, de acción propia, solo inmunizable por el contacto con sarampiosos después de contraer la enfermedad, (inmunidad adquirida). Podrá transmitir más tarde a sus descendientes si se trata de una mujer.

Después de esta serie de consideraciones con respecto al sarampión, anotaremos algunas particularidades dignas de mención que hemos podido observar dentro de la evolución del proceso. Conocidos de todos nosotros son los periodos de comienzo, estadio y terminación de la eruptiva que nos ocupa, en el espacio de su evolución normal. Entonces no haremos mención de estos datos sino de aquellas particularidades que pocas veces se ven, y que si se ven se olvidan, aun en los casos más benignos.



Los niños cuyas madres han sufrido sarampión durante el embarazo, no suelen quedar inmunizados; y si la enfermedad de la madre ha tenido lugar, en los últimos tiempos de aquel periodo, el niño nace frecuentemente afecto de sarampión". (Feer).

Pues bien, tratábase de una muchacha de 25 años, soltera, de espléndida constitución general, embarazada de 8 meses.

En la misma casa donde habitaba esta, presentaron tres enfermitos de sarampión, uno de ellos de

gravedad. En estas circunstancias como era de esperar, adquirió el contagio; la infección iniciase aparatosa-mente con altas temperaturas y como consecuencia, en los últimos días del exantema hicieron su aparición dolores precursores del trabajo del parto acompañados de una metrorragia no escasa. No obstante nuestros serios cuidados para evitar el parto aun prematuro, prodújose irremediablemente, seguido de un alumbramiento retardado y artificial mediante un obligado legrado para sostener la hemorragia copiosa.

Observando al niño aun no a término, pero de espléndida conformación general, fué grande nuestra sorpresa al verlo cubierto del exantema sarampionoso en toda la superficie del cuerpo; era pues la herencia transmitida en el vientre materno por la circulación placentaria; pocos días más y el enfermito débil fallecía, preso de una complicación pulmonar.

Mientras tanto, rehecha la madre, prosiguió su puerperio no exento de incidencias, como escalofríos, altas temperaturas, crisis lipotímicas etc., que nos pusieron en serios cuidados. Una quincena de días más y se presentó un franco periodo de convalecencia.

Se han citado con alguna frecuencia, casos de individuos que han padecido de sarampión por segunda vez. Es cierto que si se diera crédito a lo que dicen las madres, los casos de dos y hasta de tres infecciones sarampionosas sería cosa corriente; mas en estos casos hay que tener en cuenta la posibilidad de tomar por sarampión cualquier eritema tóxico e infeccioso (eritemas séricos, de infecciones e intoxicaciones gastro intestinales, escarlatina, rubeola, cuarta enfermedad de los ingleses, etc.)

En nuestros casos, hemos podido observar una segunda infección sarampionosa, en una niñita de 8

años que a sus 5, tuvo ya una erupción clásica, atendida por nosotros mismos.

Se trató pues sin discusión ninguna de una reinfección transmitida por una hermanita menor a quien la medicábamos en esta ocasión.

Nuestra sorpresa fué muy grande, ya que estábamos convencidos de la inmunidad adquirida por aquella niñita que en ocasión anterior tuvo su infección sarampionosa. Debido a esto mismo ni siquiera prevenimos una separación de las hermanitas.

Pues así la reinfactada presentó el cuadro típico y la evolución fué del tipo común, incluso el signo de Koplik, que no dejó de sorprendernos al principio.

De los plexos orgánicos cuyas alteraciones en el curso del sarampión hay que tener más en cuenta, consideraremos la piel y las mucosas. Estas alteraciones son seguras y de mayor intensidad, cuanto peores son las condiciones alimenticias e higiénicas de los enfermos. A parte de eczemas generalizados muy bravos, se observan variadas erupciones pustulosas, ectimas, etc, cuyas ulceraciones parecen hechas con sacabocados, localizadas generalmente en las regiones glútea y genital.

La tendencia que ofrecen la piel y las mucosas a la necrosis, se traduce aunque no frecuentemente, por gangrenas cutáneas, nomas, necrosis de extraordinaria gravedad.

Las estomatitis ulcerosas y ulcero hemorrágicas, junto con el noma del carrillo, raro en si mismo, aparecen muchas veces en el sarampión de niños débiles y escrofulosos.

Una niñita muy tarada por ambos ascendientes, fué conducida a nuestro servicio de Niños del Hospital "Santa Bárbara", presa de una erupción sarampionosa típica. Durante la evolución de la enfermedad, pre-

sentó una estomatitis ulcero hemorrágica, despidiendo un fuerte olor gangrenoso de la boca. Seguidamente hicieron visibles ulceraciones gangrenosas y sangrantes de ambos labios, de pequeñas dimensiones. En el cuello, en las nalgas, en los labios genitales y en el dorso hicieron su aparición escaritas diminutas.

El estado general empeoraba día a día, y las temperaturas elevadas al comienzo, hacían grandes remisiones acaso por debajo de lo normal. La anemia amenazante desde la iniciación de la enfermedad, aumentó grandemente, poniendo en grave peligro la vida de la enfermita.

Conocedores de sus antecedentes y constatada la discracia sanguínea por el análisis practicado, iniciamos un tratamiento intensivo y combinado, basado en una primordial reparación del estado general, para luego continuar con las curas locales antisépticas complementarias. Después de una larga lucha acaso desconsolados ya al prever un oscuro final, fue grata nuestra sorpresa, cuando vimos un franco mejoramiento general y de las lesiones locales. Las fuerzas renacieron y aquella aterradora palidez, tornose en un sonrosado halagador; el peligro inminente de muerte desaparecía rápidamente.

Cicatrizadas las lesiones cutáneas y mucosas, mejorado el estado sanguíneo, solo quedaba por dominar una reliquia inflamatoria a nivel del cuello: era una adenitis secundaria infecciosa que desgraciadamente llegó a la supuración. Mas los cuidados prodigados al estado general y a las curas locales, dieron por terminada la difícil jornada con curación definitiva.

Días antes de abandonar el Hospital, una nueva alza de temperatura hace presa a la enfermita y dos días después vemos en ella una nueva erupción de varicela. Temerosos de una complicación fatal, iniciamos una nueva campaña, la que felizmente nos dió éxito;

5 días más y la enfermita abandonaba la cama en magníficas condiciones para retornar a su casa materna.

Mas no sucedió igual cosa, con un pequeño de 21 meses, que pasado el periodo de erupción en su casa, nos fué enviado por un colega, con el diagnóstico de Noma. En efecto hospitalizamos al niño con una enorme escara mal oliente de la comisura labial derecha avanzada hasta la mejilla, a parte de una nerosis ya constituida de la mandíbula inferior. Después de 4 sufridos días, falleció.



La causa de la inflamación aguda de las arterias y venas, debemos buscarla casi siempre en las infecciones. Experimentalmente se han podido provocar arteritis por medio de numerosos tipos de gérmenes: el bacilo de Eberth, el coli, el estrepto, el estafilococo, los diversos piogenes etc.

Nuestras observaciones personales, nos han mostrando ya varios casos de endarteritis tifoidea gripales, variolisas, diftericas. El sarampión en sus formas graves, ya que entonces lleva estreptococos circulantes en la sangre, no está lejos de ocasionar con mayor razón, embolias arteriales de funestas consecuencias en la mayor parte de los casos.

Una niñita de dos años y medio mas o menos se asiló en el Hospital con un sarampión grave y de caracteres malignos a la apariencia. Con la medicación activa e inmediata, logramos ponerla en mejores condiciones, favoreciendo la evolución normal de los diversos periodos. Días después de la defervescencia completa, es decir ya casi dentro de la más absoluta normalidad, bruscamente y sin ningún epifenómeno, entra la enfermita en un periodo **francamente comatoso**. Tratamos de investigar inmediatamente la causa de este grave fenómeno y por todo concepto llega-

mos a la conclusión de tratarse de **una embolia infecciosa**. Ocho horas más tarde y sin reacción ninguna, fallece. Proponemos la autopsia a fin de constatar nuestra suposición diagnóstica, negándose a ello la familia.



El infarto ganglionar es frecuente en la evolución del sarampión. Durante el exantema las tumefacciones pueden ser universales, pero de preferencia se localizan a nivel del cuello.

En los niños escrofulosos, el sistema linfo-adenideo se afecta rápidamente, dejando a menudo tumefacciones que se caseifican y supuran por largo tiempo.

De seis casos en los que hemos observado estas secuelas, aun tenemos dos en tratamiento, los que después de un enérgico método curativo mejoran lentamente.

Los ojos que ya son afectados desde el comienzo de la enfermedad por el proceso catarral agudo de la conjuntiva, presentan en el curso ulterior de la evolución, una tendencia exagerada a la blefaritis y mas a la conjuntivitis, con preferencia en los enfermitos de hábito escrofuloso o en aquellos en los cuales los cuidados higiénicos han sido deficientes. La conjuntivitis puede ser flictenular y acarrear ulceraciones que determinan intensa fotofobia, lagrimeo, y peor que todo, la perforación y el vaciamiento del ojo. La tumefacción de las cajuntivas y de los párpados, pueden acompañarse en su curso ulterior, de intensa secreción purulenta.

Varios de nuestros enfermos, al rededor de 11 entre ellos, han presentado conjuntivitis y blefaritis bastante acentuadas. Dos de estos principalmente nos causaron serios cuidados por la intensa supuración conjuntival con tendencia a la úlcera corneal. Oportunas

intilaciones de un colirio de neosilvol, conjuraron el peligro.

Muchos de los leucomas, estafilomas y demás secuelas oculares que ven a diario nuestros distinguidos especialistas, son en su mayoría el fruto de estas complicaciones sarampionosas.

En los enfermos que padecen de vegetaciones adenoideas, en los que las rinitis se hacen intensas y prolongadas con propagación a la cavidad faringo-nasal y desde allí a las trompas de Eustaquio, encontramos con mayor frecuencia inflamaciones catarrales y supurativas del oído medio.

Las otitis se dan a conocer generalmente por una nueva exacerbación febril después de la defervescencia normal de la eruptiva. Estas alzas térmicas suelen ser muy intensas, tomando en algunos casos el tipo intermitente.

Nueve de nuestros casos han presentado otitis supuradas, de los cuales 6 curaron radicalmente y 3 presentan aun supuraciones periódicas. Son precisamente estos últimos los que hostentan vegetaciones adenoideas de la bóveda farigea y amígdalas infartadas.

Uno de nuestros casos se inició con una sintomatología muy aparatosa, a forma menígea, después de varios días de la defervescencia completa, cuando el niño caminaba ya.

Una cefalca con raquialgia intensa, hiperpirexias de 40 y 41 grados, signo de Kernig positivo, delirio alucinatorio y un cierto estado de desasosiego, nos hicieron prever un funesto desenlace. Dos días después disipábanse los síntomas menígeos, con cierta persistencia de la fiebre. Es entonces que aparecieron francas otalgias con la consiguiente supuración abundante de ambos oídos.

Donde el sarampión ataca con más frecuencia, diremos así, donde mayor eco hace, es en el aparato respiratorio. Vienen en este, graves trastornos, sea bajo la influencia de las toxinas de los micro organismos o de las infecciones mixtas propiamente.

Desde la mucosa nasal que experimenta alteraciones catarrales agudas intensas con tumefacción persistente, hasta los bronquiolos y alveolos pulmonares más pequeños, sufren graves flogosis que ponen en constante peligro la vida del enfermo.

Las laringitis alcanzan los más diversos grados, desde el simple catarro, hasta la mayor tumefacción que impide la respiración y la fonación. Es en el periodo exantemático que presentan su mayor intensidad estos síntomas, haciendo confundir a los poco prácticos, con verdaderos ataques crupales.

Las bronquitis suelen también alcanzar grandes proporciones desde el periodo inicial del sarampión, ocasionando disnea y rales sibilantes variados.

Este catarro bronquial suele propagarse más allá, es decir hacia los bronquiolos, capilares y pulmón, haciendo tan grave la situación, hasta la misma muerte.

Este bien temido peligro ofrece tantas más probabilidades, cuanto que el enfermito atacado es más débil o tarado.

Una y otra complicación son relativamente raras en el período prodrómico, llegando a su acmé al brotar el exantema y días después de su aparición.

La forma incompleta del exantema y su precoz desaparición deben llamar la atención del clínico sobre la posibilidad de estas complicaciones. Esta forma de exantema instintivamente la teme el vulgo, denominándole "sarampión metido adentro", "sarampión mudo", ya que por lo general acarrea una broncopneumonia mortal.

Sin embargo Moser de Viena, cita casos de sa-

rampión sin exantema y con evolución normal. Se ignora aun la causa de tales formas difícilmente diagnosticables, creyéndose simplemente en formas muy benignas.

A propósito recordamos un caso de esta índole que se presentó en una casa donde tratábamos dos enfermitos de sarampión, perfectamente clásico. Pasados algunos días, nos insinúan ver a un tercer hermanito preso de un simple malestar general y un enantema franco de la mucosa bucal. Pues todo pasó con esto y 5 días después entraba en un periodo de normalidad. Creemos pues en este caso, en un sarampión sin exantema, sin poderlo asegurar, guiados solo por la posibilidad de contagio de sus hermanos enfermos.

De nuestras demás observaciones, sí podemos asegurar, que en la mayoría de ellos, sino en todos, se han presentado fenómenos laringo-traqueo bronquiales.

Los casos de laringitis más intensos han sido de los enfermos mayores, simulando verdaderos estados erupales prolongados y acompañados de intensas afonías. No igual cosa hemos visto en los niños, que si bien presentaron los mismos accidentes, no fueron de igual intensidad ni forma.

Independientemente de estas lesiones laringo-traqueo-bronquiales que como hemos visto pueden presentarse violentamente, hay otros fenómenos del aparato respiratorio que pueden complicar gravemente el cuadro morbozo. En los primeros años de la vida, se presentan las bronquitis capilares o las broncopneumonías, que en ciertas ocasiones se inician bruscamente y en otras, con caracter solapado, huérfanas de síntomas que hagan pensar en su existencia.

Solo una nueva alza de temperatura o el retardo de la defervescencia acompañada de disnea y aumento de tos, inducen a pensar en estas complicaciones.

El pronóstico es muy variable y está sujeto a la

forma de la enfermedad y al terreno del enfermito, siendo de una manera general reservado .

La mortalidad presentada en nuestra estadística, nos muestra que entre las causas más frecuentes está la broncopneumonía.

De nueve casos que hemos tenido con esta complicación, cinco han muerto por la gravedad del proceso, dos en la clientela particular y tres en el Hospital.

De entre estos nueve casos, cuatro han tenido una evolución lenta, y sorda, y se ha hecho manifiesto por una nueva alza de temperatura, después de varios días de una plena convalecencia del sarampión. Los cinco restantes han tenido una brusca iniciación aparatosa en pleno exantema. Es a estos que corresponden cuatro de las defunciones citadas, en niños muy tiernos: 5 meses, 7 meses, 11 meses, 1 año respectivamente, sin embargo de haber agotado todos los recursos de la ciencia.

El corazón rara vez es influido por el veneno sarampionoso, nos dice Moser de Viena. Con frecuencia durante el periodo de mayor intensidad de la fiebre, se oyen ruidos ligeros que se sostienen por uno o dos días, si no dejar posteriormente ninguna secuela. Aunque esto sea muy raro, es posible que se desarrollen como consecuencia del sarampión, endocarditis, miocarditis o pericarditis. Las raras afecciones valvulares y miocárdicas que se desarrollan de esta manera, tienen el carácter de permanentes influyendo por su gravedad de modo muy pernicioso, sobre el estado general.

Nuestro enfermo muerto de endocarditis, era un niño bastante robusto de 9 años, sin tara hereditaria ninguna. Pues bastó la infección sarampionosa, para que al 5.º día, se iniciase el proceso endocárdico en forma grave y alarmante; gran tequicardia, debilita-

miento de los ruidos cardíacos, disnea y aparición de ligeros soplos anunciaron ya la gravedad del caso.

En otra de nuestras observaciones, una niñita de 6 años, quedó después de la eruptiva presa de crisis taquicárdicas, disnea de esfuerzo y arritmia marcada, anunciando una cardiopatía acaso crónica, no definida en aquella oportunidad. Por desgracia no volvimos a verla para formar mejor criterio.

La disminución de resistencias del organismo en el sarampión, se revela también a la tuberculosis, de tal modo que ésta constituye una enfermedad secundaria importante y frecuente.

En los individuos con tuberculosis latente, principalmente si esta recae sobre los ganglios traqueo-bronquiales, no es raro observar entonces inmediatamente después del sarampión, una tuberculosis pulmonar más o menos extensa, capaz de tomar la forma de focos de infiltración o la forma miliar. Muchas veces una tuberculosis activa antes existente, experimenta una reagravación casi siempre funesta.

En nuestro servicio de Clínica de Mujeres del Hospital de Santa Bárbara, hemos visto dos casos de tuberculosis abiertas, consecutivas a la infección sarampiosa. Uno de ellos falleció rápidamente y el otro abandonó el servicio para cambiar de clima en el campo; pues no sabemos nada más de esta.

Recordamos también de una muchacha de 27 años, que después de su erupción sarampiosa, quedó muy débil, con una profunda adinamia sin miras de un pronto restablecimiento.

Tres meses después vino a consultarnos con una infiltración congestiva del pulmón derecho, constatada posteriormente por la radioscopia. Hoy la enfer-

ma está caquectica, presa de una tuberculosis caseosa francamente abierta, bilateral.

Cuadro que demuestra las modalidades de sarampión en la última epidemia sobre 170 observaciones personales.

Niños nacidos con sarampión.....	1
Que han enfermado por segunda vez	1
Sarampionosos con trastornos cutáneos.....	4
Id. con lesiones bucales	2
Id. con lesiones arteriales... ..	1
Id. con lesiones ganglionares.....	6
Id. con lesiones del oído.....	9
Id. con lesiones oculares.....	11
Id. con laringitis.....	28
Id. con lesiones bronco-pulmonares.....	9
Id. con lesiones cardiacas	2
Id. con lesiones tuberculosas de pulmón...	3
Id. con evolución normal.....	94

Con esta sucita exposición de casos clínicos, no hemos pretendido mostrar nada nuevo ante vuestra ilustre consideración; mas nuestro deseo se justifica si acaso solo corroboramos con nuestra observación per-

sonal, todo cuanto han sostenido los maestros, para llegar en conclusión a tener mayor cuidado con los sarampiosos, a menudo calificados de enfermos leves sin importancia.

Pero antes de concluir, voy a pedir a los distinguidos colegas aquí presentes, su benevolencia para escucharme dos palabras más, sobre la profilaxis del sarampión dentro del concepto más moderno, mas práctico y científico.

A pesar que el sarampión ocasiona una letalidad relativamente inferior con relación a otras enfermedades epidémicas, su profilaxis se impone por cualquier medio que tengamos a nuestro alcance.

Conocedores de los trabajos de Conseill y Nicolle de Túnez, que demostraron la posibilidad de evitar la infección sarampiosa en niños que viven en medio infectado inyectándoles suero de convaleciente, y los brillantes resultados obtenidos por Degwitz, y Feer, nos hemos propuesto, seguir estas experiencias, llegando a la conclusión de calificar eficaz el método, desde el punto de vista profiláctico, es decir que el suero de convaleciente, goza de un alto poder inmunizante frente a la infección sarampiosa.

Tres métodos se han propuesto para hacer la profilaxis del sarampión: a) Por la inyección de suero de enfermo convaleciente, o sea **inmunidad pasiva**; b) Por inyección de suero de enfermo conteniendo el virus sarampioso, o sea **inmunidad activa**; c) mediante la inyección de sangre total de adultos sarampiosos, que hayan padecido aunque en época lejana la infección eruptiva (padre, madre, hermanos mayores u otras personas que antes hubieran tenido la enfermedad).

El primer método es el más usado, no sin tener en cuenta el momento oportuno de la inyección y la cantidad a inyectar según la edad del enfermito a prevenir.

El segundo método que data de mucho tiempo atrás, mas o menos desde el siglo XIX, ha llegado a ocasionar muy grandes y peligrosas reacciones que le han hecho temible.

Procurando simplificar el método, nosotros hemos usado la sangre total de convalecientes en unos casos, no sin consultar cuidadosamente antecedentes patológicos transmisibles por la inyección (sífilis, tuberculosis paludismo, etc).

Hemos practicado nuestras experiencias con niños de 2, 5 y 6 años respectivamente, que habitaban en medios contaminados, es decir, en la misma casa donde habían enfermos.

Inyectamos 20, 25 y 30 c. c. de sangre según la edad, y con verdadero entusiasmo pudimos comprobar la inmunización temporal por lo menos de nuestros casos referidos, que en caso contrario se habrían contagiado indefectiblemente dadas las circunstancias de convivencia con los enfermos agudos.

Nada podemos asegurar sobre la duración de esta inmunidad, ya que no tenemos el tiempo suficiente hasta este momento, para hablar de ella; pero siguiendo los resultados lejanos, procuraremos ocuparnos de este asunto en una nueva conferencia.

Agradecería a mis distinguidos consocios y demás colegas que me escuchan, secundarme en estas experiencias, si aun no lo han hecho, para formar así un criterio muy propio de este asunto, en nuestro medio.

FACULTAD DE MEDICINA DE SUCRE (BOLIVIA).

Cáncer de las vías biliares

Síntesis de la conferencia dictada el 11 de julio por el Dr. **Germán Orosco P.** Profesor de Anatomía Patológica.

Varias circunstancias han contribuido para que esta conferencia de clínica médica sea dictada por el catedrático de Anatomía Patológica. En primer término la gentileza del Prof. David Osio al cederme el caso, por lo que le agradezco muy sinceramente. En segundo, el estado muy grave del enfermo, que se encontraba a su ingreso, casi agónico y que por tanto, imposibilitaba el estudio detenido y meditado que se habría deseado realizar.

Por eso, hoy dictamos esta conferencia, no ya junto al lecho del enfermo sino en la sala de autopsias, frente al cadáver.

Naturalmente, he de decir de entrada, que la observación que he podido hacer del caso antes de la muerte, ha sido casi únicamente de **visu**. Es decir, no ha habido ni tiempo; ni las condiciones de gravedad del paciente han permitido historiarlo ni hacer las investigaciones respectivas de laboratorio tan importantes siempre; como tampoco ha sido posible hacer el estudio

radiológico correspondiente, que nos habría aportado mucha luz y que habría afianzado nuestro pensamiento diagnóstico.

Nada de eso hemos podido obtener, limitándonos exclusivamente — como he dicho — a un ligero examen que por lo mismo de su brevedad, fué muy incompleto. Sin embargo he cuidado, eso sí, el recoger de la observación los datos más indispensables y que suelen ser suficientes, a veces, para formar un criterio diagnóstico si no de certeza, por lo menos de gran aproximación.

La lección clínica va a ser dictada como en los tiempos en que el médico no contaba en su favor con el aporte valioso del laboratorio ni de los rayos X.

He visto al enfermo anteayer, postrado en su lecho, en un estado casi agónico. Presentaba al sólo verlo una gran pigmentación amarillo oscura de sus tegumentos, y estaba en un estado de profunda caquexia. Estos dos únicos datos nos hicieron pensar inmediatamente en una ictericia con caquexia. Había que buscar la causa de esa ictericia y para ello, había que examinar aunque fuera ligeramente el hígado.

Ya a simple vista se descubría una tumoración que ocupaba el cuadrante superior derecho del abdomen. Palpando a este nivel, la impresión de tumor abdominal se confirmaba, porque efectivamente a ese nivel había una masa dura, más o menos delimitada, y que parecía estar en relación íntima con el hígado. El tumor no era doloroso espontáneamente ni a la presión; rebasaba el reborde costal en algunos traveses de dedo haciendo aparecer el hígado como si estuviera aumentado de volumen. Procedimos entonces a percutir la región hepática, llamándonos la atención el hecho de que la zona de matitez correspondiente a este órgano estuviera aparentemente aumentada en sentido vertical; esto nos habría hecho pensar en un aumento

de volumen del hígado, si no fuera que la matitez no era alta sino baja.

Inquirí entonces al señor Jefe de Clínica que había tenido oportunidad de observar al enfermo antes que nosotros. Le pedí que me dijese, por lo menos, el estado intestinal, los caracteres de las deposiciones y el curso que en los pocos días de su permanencia en el Hospital había seguido el enfermo. Muy amablemente me refirió que las deposiciones eran blancas, como crema de leche; que más que constipación había más bien cierto estado de diarrea; que en los contados días que transcurrían desde su ingreso, la caquexia fué rapidísima, al extremo de verlo en tan poco tiempo, en ese estado preagónico.

Con todos estos datos se podía ya formar un juicio diagnóstico sin correr por otra parte gran aventura. Se trataba de una ictericia mecánica; pero entonces había que preguntarse cuál era aquella causa mecánica que provocaba la obstrucción total de las vías biliares.

Para poder pensar en un cálculo enclavado, debía haber mediado entre los antecedentes, un ataque doloroso de litiasis y también no habría en realidad razón suficiente para que ese cálculo produjera una obstrucción tan absoluta de las vías biliares. La caquexia, por lo menos, tampoco habría sido tan profunda, ni tan rápida. La idea de que esta ictericia fuera producida por el enclavamiento de un cálculo quedaba pues descartada.

Entre otras causas de ictericia mecánica se debía pensar en la existencia de un posible quiste hidático de la cara inferior del hígado, que por vecindad pudiera hacer la compresión de las vías biliares. Este pensamiento no podía durar mucho rato, ya que en nuestro medio, contrastando en esto con la Argentina, los quistes hidatídicos son raros. Tampoco un quiste

hidático puede producir, sino en forma demasiado excepcional, una obstrucción tan completa de las vías biliares.

Eliminados estos dos factores de ictericia mecánica quedaba pensar en los tumores, tanto benignos como malignos, que al implantarse en el hígado o en los órganos que mantienen con éste relaciones de vecindad, pudieran producir los mismos o semejantes efectos mecánicos. En este sentido habría que pensar en el cáncer de la cabeza del páncreas, de la ampolla de Vater y de las vías biliares. Y digo que habría que pensar en un cáncer y no en un tumor benigno, porque la edad evanzada del paciente y la caquexia, nos daban suficiente razón para ello.

Pero veamos ahora cuáles son las características sintomáticas de estos diferentes cánceres.

En el caso de un cáncer de la cabeza del páncreas la ictericia puede presentarse por efecto del crecimiento del tumor; pero esa ictericia deberá ir naturalmente acompañada de ausencia de excreción pancreática, caracterizada por la presencia en las heces de materias grasas en proporción variable. Cuando hay tumor de la cabeza del páncreas, a la compresión del colédoco va unida la compresión del Wirsung. El tumor ocuparía más bien la línea media del abdomen superior; sería inmóvil o poco móvil; eminentemente doloroso por las relaciones que llega a tener con el plexo solar, al que muchas veces incluye o comprime. La ictericia del enfermo de cáncer de la cabeza del páncreas es una ictericia que vira al negro. Pero lo importante para el diagnóstico es que a la ictericia se acompaña en los casos de páncreas una esteatorrea bien manifiesta, que nuestro enfermo no tuvo.

El cáncer de la ampolla de Vater, es un cáncer poco frecuente; se traduce rápidamente por su síntoma cardinal: la ictericia. Sin embargo debemos tener

en cuenta, que no siempre se presenta este síntoma, y que en caso de existir se acompaña igualmente de esteatorrea porque la confluencia del colédoco y del Wirsung contribuyen a ello. Los cánceres de la ampolla de Vater excepcionalmente llegan a ser tan voluminosos que puedan ser palpables. A esto se opone la acción mecánica que ejerce el tumor sobre las vías biliares y pancreáticas y que antes de que llegue a adquirir proporciones voluminosas, acaba con la vida del paciente. En el caso presente el tumor abdominal es fácil y perfectamente palpable, pudiéndose hasta decir que es tumor voluminoso.

Quedan entonces por tratar los cánceres de las vías biliares que son también capaces de producir ictericias de esta intensidad.

Los cánceres del hígado son en su mayoría, cánceres secundarios a otros correspondientes a órganos que tienen vinculación vascular o linfática con aquél. Los cánceres primitivos del hígado son raros, y al existir en uno u otro lóbulo hepático, no son nunca suficientes para ocasionar grados tan avanzados de ictericia. Se produce la compensación funcional del órgano canceroso si no está totalmente destruido por la neoplasia. Además en estos cánceres puede existir permeabilidad perfecta de las vías biliares.

La mayor parte de los cánceres primitivos del hígado toman su origen en el epitelio de revestimiento de las vías biliares. Para esto, existen circunstancias y causas múltiples, entre las que deben señalarse, la relación de las vías biliares extrahepáticas con el duodeno y las alteraciones que puede sufrir el líquido biliar. En efecto, las inflamaciones de las vías biliares provocadas por infecciones ascendentes, juegan hoy día un rol importante en la etiología del cáncer de estos conductos. Otras de las causas que se invocan constantemente en la cancerología biliar, son las alteraciones de

la bilis que dan por resultado la formación de los cálculos que provocan suficiente irritación como para dar margen a la desenfrenada proliferación celular que se produce en los cánceres. Estos dos hechos, parecen tener efectivamente un fuerte apoyo en la circunstancia de no existir proporcionalmente con la misma frecuencia, cánceres que toman su origen en las vías biliares intrahepáticas, ya que ellas están de todo punto, menos expuestas a las causas irritativas ya citadas.

El cáncer de las vías biliares extrahepáticas, puede en este sentido, ser de origen coledociano, cístico o hepático. El cáncer del colédoco provoca ictericia total. El cáncer del cístico o de la vesícula puede no acompañarse de ictericia, si aun se conserva la viabilidad del hepático y del colédoco. El cáncer primitivo del hepático es más raro.

En el cáncer de las vías biliares existe ictericias sin esteatorrea, salvo el caso de que el cáncer al ser coledociano se extendiese hacia abajo tanto como para provocar al mismo tiempo la compresión del Wirsung.

El cáncer de las vías biliares no es ni mucho menos, doloroso como el del páncreas. Es frecuente en los individuos de edad avanzada (50 años o más) y que presenten antecedentes de litiasis o afecciones inflamatorias de las vías biliares. La ictericia es profunda y la caquexia es tan rápida que no pasa mucho tiempo para que la muerte se produzca.

Bien, con todo este análisis de las causas que pueden producir ictericias de tipo mecánico, llegamos a la conclusión de tratarse de una ictericia por cáncer de las vías biliares. Y declaramos que este diagnóstico no puede ser tan preciso como debiera, por lo mismo que no hemos contado con la colaboración de los medios auxiliares de la clínica. Por ello es que abrigamos, con razón, el temor de equivocarnos y tenemos también el derecho de equivocarnos. En todo caso, la aber-

Cáncer de las vías biliares

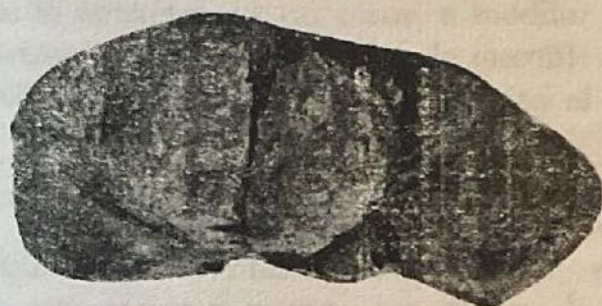


Fig. N°. 1.—*El hígado visto por su cara inferior muestra la extensa neoplasia que oculta en su interior a la vesícula biliar.*



Fig. N°. 2 —*El hígado seccionado en sentido antero-posterior muestra la neoplasia, la vesícula y dos cálculos biliares.*

tura del abdomen de este cadáver nos dirá hasta dónde pudimos pensar más o menos bien y nos enseñará también si cometemos un error, a meditar sobre la necesidad que existe en la clínica de encontrar una argumentación más copiosa y eficiente para el diagnóstico.

Ya se ve de inmediato al abrir la cavidad abdominal, que el mesenterio se encuentra sembrado de ganglios pequeños y numerosos, duros, de la forma de porotos. Se ve también que el intestino grueso tiene sus paredes adelgazadas, a través de las cuales vemos en el interior una serie de manchas blancas que parecieran corresponder a las placas intestinales. Existe una gran adherencia del epiplon gastro—cólico y del colon transversal con el borde anterior y cara inferior del hígado.

Extraemos todas las vísceras abdominales para su examen más prolijo, comenzando por el estómago.

El estómago se presenta retraído en su porción pilórica, la superficie de su mucosa tiene un color rojo vinoso y está cubierta por una secreción mucosa. Hay un evidente estado inflamatorio. No contrae adherencias con ningún órgano. El píloro es perfectamente permeable.

Abierto el duodeno en sus diferentes porciones, nos presenta una mucosa igualmente roja, cubierta de un exudado hemorrágico. La ampolla de Vater no presenta nada de particular.

En el epiplon gastro—cólico y a cierta distancia del estómago encontramos un nódulo duro, amarillento, del tamaño de una habichuela. Cortado este nódulo vemos que no es caseoso y que tiene una coloración amarillenta. Se trata indudablemente de una metástasis neoplásica, pigmentada.

El bazo no presenta ninguna particularidad ma-

croscópica. En el páncreas tampoco se encuentra tumor.

Procedemos al desprendimiento de las adherencias que existe, en la cara inferior del hígado, donde ya nos es posible advertir la presencia de un tumor más o menos esférico, amarillento, duro, que asienta a nivel de la vesícula biliar. Por la cara inferior, este tumor se extiende hasta el nivel de la encrucijada cístico—hepática, englobando en su totalidad la vesícula y haciendo prominencia por delante del borde anterior del hígado.

El hígado es más bien pequeño, de color violáceo, de superficie ligeramente rugosa, libre de adherencias a nivel de su cara superior.

En estos tumores de las vías biliares es frecuente encontrar el englobamiento de la vesícula que queda muchas veces reducida en su capacidad y dentro de la que pueden existir uno o más cálculos biliares como testimonio de que existió un antecedente litiásico. Otras veces la vesícula queda transformada a tal extremo que no se puede encontrar su cavidad. Es necesario entonces, proceder a la sección transversal del tumor para poder ver lo que allí dentro existe.

Así se procede, viendo inmediatamente de cortar la neoplasia, que caen sobre la mesa de autopsias cuatro grandes cálculos de colessterina, facetados, de bordes redondeados, duros, de color pardo negruzco. La superficie interna de la vesícula que queda rodeada por la neoplasia amarillenta, irregularmente esférica, tiene la apariencia de no estar invadida por el cáncer. La delimitación del cáncer con el parénquima hepático es bastante precisa, sin producir su invasión. El colédoco es perfectamente permeable desde su desembocadura en el duodeno hasta el punto donde se hace la separación del cístico y el hepático; a ese nivel existe una impermeabilidad absoluta de las vías biliares.

Abrimos el intestino grueso donde existe una gran cantidad de una substancia fecal de color blanco, que tiene un aspecto de pasta. Da la apariencia de que nuestro enfermo hubiera ingerido una pasta de bismuto con fines radiológicos. La mucosa intestinal está íntegra.

Los riñones son grandes, con la cápsula pigmentada de amarillo.

No se observa nada de particular en los órganos de la respiración, de la circulación, en el sistema nervioso, ni en el aparato genital.

Toda la impresión diagnóstica nuestra, se confirma de esta manera. La causa de la ictericia ha sido, entonces, un cáncer de las vías biliares que encierra en el interior de la vesícula biliar los cálculos de colesterina que indudablemente han sido la causa productora de la neoplasia.



Las bodas de oro profesionales del eminente maestro Dr. Nicolás Ortiz

Algunas veces se ha conmemorado en Bolivia el cincuentenario profesional de médicos distinguidos. Mas nunca, desde que advino la República, una conmemoración ha revestido los caracteres de apoteosis del acto realizado el 13 de diciembre último en homenaje al meritísimo e incomparable maestro de la juventud boliviana y preclaro médico doctor Nicolás Ortiz.

El Instituto Médico Sucre, que tiene la honra de contarle en su seno, delegó al doctor Ezequiel L. Osorio su representación. Publicamos en seguida el discurso que este consocio pronunció en su nombre.

El festival dió comienzo por una ofrenda de flores realizada por un numeroso concurso de niños, que recibieron el cariñoso ósculo del viejo maestro. Hablaron en representación de todos los distritos de la nación y de las instituciones médicas de la República comprofesionales meritorios: los doctores José Gabino Villanueva, Carlos Valenzuela, Miguel Torres, Aniceto Solares, Claudio Roso, Armando Solares Arroyo, Gerardo Pareja, Julio C. Fortún y varios más.

Los delegados al festival hicieron entrega de numerosos objetos de arte, medallas y diplomas, a nombre de sus representados.

La Facultad de Medicina, encabezada por su decano, el doctor Claudio Roso, fué la organizadora de todos los festivales del 13 de diciembre.

DISCURSO DEL DR. EZEQUIEL L. OSORIO

en representación del Instituto Médico Sucre

Señoras y señores:

No es la estrella que guió a los hijos de Israel en su peregrinación a través del desierto, con rumbo a la Tierra Prometida; ni es tampoco la columna de fuego que ilumina el derrotero de los pueblos nómadas a lo que aspiran los pueblos cultos para recorrer la vía del progreso. Es el ejemplo de las grandes virtudes, la huella de los grandes maestros. Y también la experiencia de la historia.

Para caminar hacia adelante hay que ver las escorias que se pisan, las ruinas que se dejan a las espaldas, con todo su contenido de filosóficas reflexiones, a la luz de la antorcha del ideal que refulge en el espíritu de los hombres superiores, de los hombres cumbres, que la levantan a la altura de su talla moral.

Pueblo que no acata el ejemplo de sus grandes hombres, y no sigue sus huellas, es pueblo sin personalidad y sin conciencia, pueblo extraviado en las encrucijadas de una senda impracticable, y expuesto a ser enterrado, como un cadáver, en las entrañas del inmenso cementerio de la Naturaleza.

El pueblo de Sucre, donde el esclarecido patricio Dr. Ortiz ha vivido durante más de medio siglo, consagrándole lo mejor de su existencia, llena de creadora fecundidad y de inextinguible amor, concurre solícito, desbordante el pecho de incontenible júbilo, a rendir su

homenaje al gran hombre, con el mismo espíritu justiciero con que ha cimentado la piedra angular de sus hogares, y formado la cuna de sus hijos, la solidaridad de sus afectos, la comunión de sus esperanzas, el santuario de sus cariños y el cumplimiento de sus deberes, entre los cuales se destaca como primordial e ineludible el de esta merecida glorificación, que entraña la fusión del anhelo de todas las almas, el magnífico **sursum corda** que se eleva cual incienso místico, entonando el cántico de la inmortalidad.

¡Cincuenta años de consagración profesional y docente es una vida entera al servicio de la humanidad que padece y de la juventud que estudia! ¡Vida de verdadero altruísmo, vida ejemplar de eximio maestro de la ciencia médica, vida de justo, vida de sabio!

Contemplad el rostro de ese venerable anciano de cabellera blanca como su alma, rostro con perfil de medalla, aspirad el grato aroma de su espíritu selecto, y decidme si no se absorbe nuestro ser entero en infinito éxtasis y ve y siente y palpa lo que nuestra ansia de perfeccionamiento nos había siempre mostrado en lontananza: el ideal eterno e infinito de lo bueno, de lo bello y de lo justo.

Apreciar su erudición vastísima, gozar con su palabra galana y sabia, aplaudir su excelso patriotismo, es reconocer la eminencia médica, social y cívica de su amplia personalidad; es sentirse orgulloso de poseer esta reliquia, y es, ante todo, dar rienda suelta a nuestros afectos para ofrendarle en el altar de la veneración pública el oro puro de nuestro filial cariño.

Alma noble y tierna --noble como su apostolado, tierna como de niño-- bendecida por los labios y amada por el corazón de todo un pueblo, los honores que se le tributan y la auréola de gloria que nimba la frente del patriarca del hogar sucrense y de la familia mé-

dica nacional, son la justa recompensa a sus inapreciables méritos.

Los que tenemos la honra altísima de ser sus discípulos no hacemos más que interpretar el anhelo público realizando, en cumplimiento de una ley de estricta justicia, este jubileo, que no es seguramente comparable a los jubileos de la ley mosaica, en que se devolvía la propiedad a su dueño, pues que el derecho de propiedad que el doctor Ortiz tiene a nuestro afecto, nunca por nunca le ha sido enajenado, como no le ha sido enajenado tampoco el afecto del cuerpo médico de Bolivia entera, cuyos ilustres representantes, aquí reunidos, le dirán mejor que yo cuánto se le quiere y cuánto se le admira en todos los confines de nuestro territorio, así en los pueblos que anidan sobre las rocas graníticas de ciclópeos picazos, como de los que viven en las inmensas llanuras de las selvas tropicales; doquiera, en fin, palpite un corazón boliviano.

Si la historia es la conciencia de la humanidad, el simbolismo es la expresión viva, el lenguaje de esta conciencia. Y así, si la bandera es la expresión del culto a la patria; si la divisa es la condensación simbólica de una idea; si la insignia de Hipócrates es el emblema de la medicina universal, la venerable figura del doctor Ortiz debe ser en adelante el emblema de la medicina nacional. Ninguna otra más majestuosa, ni más noble, ni más augusta.

Maestro Ortiz: nos habéis dado la esencia misma de vuestra vida y de vuestra alma generosas. A vos, que predicásteis, modelando las mentes juveniles, la verdad, la honradez y la justicia, levantando la razón sobre la tormenta de las humanas pasiones, quépaos la satisfacción de que vuestra grande obra será imperecedera; que los que vamos a sucederos continuaremos la

ruta que trazastéis, prolongándola y ensanchándola en la medida de nuestras fuerzas.

Señores: Antes de concluir, permitidme evocar la hermosa tierra oriental, la sonriente ciudad de Santa Cruz de la Sierra, donde nació el hombre ilustre cuyo cincuentenario médico conmemoramos. Ella meció su cuna a la sombra de sus esbeltas palmeras y ella nos lo envió como al heraldo de su ingenio y de su exquisita sensibilidad de hija de Andalucía. Allí transcurrió su infancia, acariciada por el aroma de sus vergeles, bajo un cielo azul incomparable, un sol ardiente y brisas cálidas que encendieron en su sangre el fuego de un patriotismo acrisolado, ese patriotismo que culminó con Warnes en El Pari, y que, en las crisis supremas en que peligran la vida y el honor del país, hizo de Santa Cruz la tierra heroica que sabe ofrecer la vida de sus hijos en holocausto, enseñando al mundo cómo se pelea y cómo se muere por la libertad y por la patria.

Evocaré también la memoria de la santa mujer que fué su madre. Santa mujer, modelo y ejemplo de virtudes, que supo labrar un corazón y educar una mente que son honra y prez de la República; santa mujer que, con sus plegarias y con sus lágrimas y con su amor, hizo vibrar las más íntimas cuerdas de su sentimiento en melodiosos acordes de bondad, a cuyas cadencias se adormecieron tantos dolores, se consolaron tantos infortunios, se salvaron tantas vidas. . . .

Propongo que el 13 de diciembre de cada año se celebre el "DÍA DEL MÉDICO" en Bolivia.



Instituto de Anatomía y Fisiología Patológicas «Telémaco Susini»

Director: Profesor Joaquín Llambías

El Concepto Moderno de las Neumoconiosis

Por el doctor Germán Orosco P.

Dedicado a los médicos que
consagran su vida en las regio-
nes mineras de mi patria.

Desde hace algún tiempo vengo estudiando e investigando el amplísimo campo que ofrece a nuestra curiosidad científica la patología regional de nuestro país. Ha sido mi deseo, comenzar por la enfermedad que más estragos ocasiona en los centros mineros, porque considero que es un deber de todo médico boliviano contribuir, siquiera modestamente, a la protección de la clase trabajadora que allí se debate en medio del problema pavoroso causado por una de las enfermedades profesionales que es injusto e inhumano subsista inalterable, precisamente por la pasividad e indiferencia de quienes debieran buscar la manera de conjurarlo.

Este trabajo es sólo un complemento al que con el título de "MAL DE MINAS" y en colaboración con los profesores Llambías, Rossi, Osio y el Dr. Celsi, publicáramos en "LA SEMANA MEDICA" de Buenos Aires el 5 de marzo del presente año.

Nuestro propósito es estimular a nuestros colegas que tantas oportunidades tienen de estudiar la en-

fermedad de los mineros, para que le presten la atención que se merece científica y patrióticamente.

Nuestra mayor satisfacción será ver que un día, en una sana y noble comprensión de nuestros propios problemas sanitarios, hayamos conseguido el completo desarrollo de la profilaxis de las enfermedades profesionales, lo que representaría la desaparición de la enfermedad que más vidas cuesta a la patria.

Es éste uno de los capítulos de la patología pulmonar que más revuelo ha tomado en aquellos países, que como Inglaterra, Alemania y Francia se preocupan de manera especial de la profilaxis de las enfermedades profesionales, que constituyen hoy por hoy, uno de los problemas más importantes de la legislación del trabajo.

Y es que también, la moderna investigación ha abierto un nuevo y diferente rumbo a lo que antes quedara como definitivamente establecido. Los conceptos han variado notablemente y con ellos, las leyes de proteccionismo se modifican igualmente.

Bien sabemos que hasta hace poco se consideraba a la antracosis como la más importante y extendida de las enfermedades profesionales, a pesar de que, como ahora se demuestra, entre las enfermedades originadas por la aspiración de polvos, es la silicosis la única capaz de conducir a la esclerosis pulmonar; ya se ve cómo han cambiado las cosas. Mientras en épocas anteriores apenas si encontraba la silicosis, cabida en el cuadro de las neumoconiosis; hoy, y gracias a las nuevas investigaciones, pasa a ocupar el primer lugar entre las neumopatías profesionales.

Es que las constataciones anatómicas han podido establecer el tipo de las lesiones y las causas capaces

de determinarlas. De esta manera el concepto primitivo de Zenker, que fuera el primero en usar la palabra **neumoconiosis**, ha tenido que sufrir una verdadera transformación, desde que Hein de Balsac y Agasse—Lafont propusieron al Congreso de Londres, en 1912, una modificación substancial, aceptando entre las **neumoconiosis** “no solamente las enfermedades del aparato respiratorio, constituyendo entidades mórbidas netamente determinadas, sino todas las manifestaciones mínimas o graves, agudas o crónicas, que permitan afirmar, sea durante la vida, sea después de las investigaciones anatómicas, modificaciones más o menos profundas del parénquima pulmonar. Enfermedades y lesiones para las cuales, la penetración profesional de polvos parece que debe ser más o menos directamente incriminada”.

Sin embargo de que André Feil en su “Contribución al estudio de las **neumoconiosis** profesionales” (La Presse Médicale, 12 julio 1930) no acepta ese concepto, que al conferir semejante amplitud a la palabra **neumoconiosis**, llega hasta a confundirla con la simple inhalación del polvo. Si se la aceptara —dice Feil— habría derecho de describir en el capítulo de **neumoconiosis**, afecciones de causas múltiples y variadas: las unas tóxicas tales como el saturnismo (polvo de plomo), el hidrargirismo (polvo mercurio), el arsenicismo (polvo arsenical); las otras microbianas, por ejemplo el carbunclo o la tuberculosis; y así mismo las **neumoconiosis** agudas producidas por los polvos cáusticos, tal la neumonía a escorias.

Actualmente, en oposición a la tendencia de Hein de Balsac y Agasse—Lafont de extender el campo de las **neumoconiosis**, existe la otra de Feil, que limita sus alcances a “todas las formas de fibrosis pulmonar que resultan de la penetración y de la fijación dentro de

los pulmones de partículas sólidas espercidas en la atmósfera".

De esta nueva tendencia nace el nuevo concepto de **neumoconiosis—enfermedad esclerosante**, desde el momento en que al hablar de neumoconiosis se evoca la idea de lesiones crónicas del pulmón o pulmones.

Hoy como ayer, la clasificación de los polvos capaces de producir estas enfermedades por inhalación, constituye la base primordial para su estudio. Sólo que, en las diferentes épocas se han dado distintas clasificaciones que obedecían al aspecto bajo el que se miraba la cuestión. Es así que esas clasificaciones han tenido que ser numerosas y se han orientado especialmente siguiendo la naturaleza de los polvos y su rol nocivo.

Fué Layet el primero en proponer la clasificación de los polvos según su naturaleza. Los dividía esquemáticamente en tres grupos:

De origen	{	animal	{ crin, lana, cuero,
		vegetal	{ pluma, seda, etc.
		mineral	

Pero en 1908 Hoffmann divide los polvos siguiendo su naturaleza en cinco grupos:

- 1°. Metálicos
- 2°. Minerales
- 3°. Vegetales
- 4°. Animales
- 5°. Mixtos

Ambas no convencen, por ser más lógica una clasificación según el rol que juegan los polvos introducidos en el aparato respiratorio. Por eso, ya en 1876, Richardson propuso la siguiente:

Polvos orgánicos (tóxicos)

" inorgánicos (compuestos químicos tóxicos)

" salinos

" vulnerantes

" irritantes

" obstructivos.

Desde el punto de vista nocivo, Hein Balsac y Agasse—Lafont, en 1912, distinguen cinco grupos distintos por sus caracteres dominantes:

Polvos activos { I Tóxicos
II Cáusticos
III Infecciosos

Polvos inertes { IV Blandos y maleables
V Duros, obstructivos,
vulnerantes y penetrantes.

A las dos clasificaciones de Richardson, y Hein de Balsac y Agasse — Lafont, sigue la de Sternberg (Congreso de Amsterdam 1926) no ya según su nocividad, sino según los efectos que determinan los polvos en el organismo, dividiéndolos en cinco grupos:

1°. Alergia del organismo entero con asma; tales como el asma de los obreros de la ipeca, de los hiladores de seda, el catarro de los obreros del algodón.

2°. Efecto cromático local (antracosis simple, tabacosis); el pulmón no presenta ninguna alteración esencial en derredor de la coloración producida por las partículas de polvo inhalado.

3°. Efecto local microquímico (silicosis, calicosis, neumoconiosis en el sentido restringido). A este grupo pertenecerían las verdaderas neumoconiosis, las únicas capaces por sí solas de producir la esclerosis pulmonar.

4°. Efecto local coloidal (amilosis de los bronquios).

5°. Efectos infecciosos (carbunclo, tuberculosis, neumonía, neumoconiosis, psitacosis).

Aun parece que Sternberg quisiera admitir un 6°. grupo que comprendería los polvos que sirven para activar o impedir las infecciones, llegando hasta esta pregunta: "¿Tal vez existen polvos que tienen un efecto activante sobre los gérmenes de los carcinomas?"

A pesar de todo, Feil cree que la clasificación basada en el rol nocivo es la más lógica. Considera la de Sternberg completa, pero algo artificial, porque ella "hace intervenir la coloración de los polvos que es un carácter accesorio y de poca importancia. Agrupa en un mismo capítulo (alergia y asma) polvos de naturaleza diferente en que el rol es todavía mal conocido (fenómenos de anafilaxia)". Además no vé en qué categoría se deben incluir los polvos tóxicos o cáusticos.

Por eso, Feil, propone una nueva clasificación que comprende sólo tres grandes grupos:

1°. **Polvos activos:** Tóxicos, infecciosos y cáusticos. Pertenecen a este grupo el plomo, cinabrio, carbunclo, las escorias de defosforización, etc. Estos polvos —según su opinión— no producen esclerosis, su acción sobre los pulmones es frecuentemente débil y atacan habitualmente todo el organismo. Son causa de diversas afecciones profesionales, agudas o crónicas, que encuentran lugar en los capítulos especiales (saturismo, hidrargirismo, carbunclosis, etc).

2°. **Polvos esclerosantes:** La silicosis es el tipo fundamental. Estos polvos tienen una acción lenta, que no aparece en el pulmón sino después de muchos años. Desde la serie de investigaciones, especialmente realizadas por los médicos expertos de Inglaterra y Africa del Sur, parece que es el polvo de sílice el elemento necesario, que se encuentra mezclado con todos los polvos

productores de neumoconiosis (antracosis, siderosis etc.) Estos polvos silicosos serían los que determinan las verdaderas neumoconiosis.

3º. Polvos inertes: Llamados así por oposición a los activos. Comprenden todos los polvos que no se engloban en los dos grupos precedentes. Su acción local se limita habitualmente al árbol respiratorio.

Serían susceptibles, según el autor, de irritar los bronquios, la tráquea, y de producir excepcionalmente bronquitis y neumonías. Serían los polvos menos importantes desde el punto de vista de la higiene profesional.

Además Feil subdivide los polvos inertes en blandos y maleables (algodón, pluma, etc.) y los otros duros y vulnerantes (carbón, serrín de madera, etc.).

Esquematizando la clasificación de Feil tendríamos:

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 1º. <i>Polvos activos</i> | { | tóxicos (plomo, cinabrio). |
| | { | infecciosos (carbunclo). |
| | { | cáusticos (escorias). |
| 2º <i>Polvos esclerosantes</i> | { | sílice |
| | { | carbón |
| | { | hierro |
| 3º <i>Polvos inertes</i> | { | blandos y maleables (algodón, pluma, etc.) |
| | { | duros y vulnerantes (carbón, serrín, etc.) |

La clasificación propuesta por Feil (al propio juicio del autor) no es sino una modificación de la de Hein de Balsac y Agasse—Lafont.

Por nuestra parte diremos que estas diferentes clasificaciones tienen mucho de artificial y que nuestro acuerdo con Feil está principalmente en que la verdadera neumoconiosis (esclerosis crónica anelástica del pulmón) puede sólo ser producida por los polvos duros y vulnerantes, que como la sílice, obrarían mecáni-

camente a manera de espina irritativa que conduciría a la hiperplasia conjuntiva del pulmón en más o menos largo plazo.

Para que los polvos puedan producir fenómenos evidentes de esclorosis, es preciso que ellos, a más de ser duros y vulnerantes, sean también de acción local, y por consiguiente inertes. De este modo hermanamos las dos tendencias, la una de la nocividad de los polvos y la otra de los efectos que determinan.

Pensamos también que no se puede hablar de neumoconiosis en aquellos casos en que la naturaleza de los polvos, lejos de producir lesión local, ocasione más bien intoxicaciones generales. Tampoco es posible considerar como neumoconiósicas las lesiones producidas por la inhalación de polvos infectantes ni cáusticos, puesto que en el primer caso es el proceso inflamatorio infeccioso el que se origina y no una esclerosis, que es la lesión tipo de la neumoconiosis verdadera; y en el segundo, es la inflamación necrotizante producida por el cáustico la que subsigue a la inhalación de esa clase de polvos.

Por las mismas razones, creemos nosotros que el campo de las neumoconiosis, al mismo tiempo que debe reducirse, debe ser investigado más aún por aquellos países principalmente mineros. Es a esos países (que los tenemos en América Latina) a quienes debe interesar más esta clase de estudios, que innegablemente aportarían enseñanzas utilísimas para los profesionales que tienen motivo de ejercer su misión en esos medios.

Porque creemos que ellos deben ser los primeros en conocer el concepto moderno de estas neumoopatías, es que escribimos estas líneas, que como se vé, no tienen la pretensión de ser originales, sino simplemente útiles, puesto que encierran la evolución que en su estudio han seguido las neumoconiosis.

Revistadas las diversas clasificaciones de los pol-

vos, podremos abordar la clasificación de las neumoco-
niosis. Pero antes de comenzar, planteemos la primera
pregunta que se puso frente a los diversos autores:
¿Todos los polvos son capaces de producir neumoco-
niosis?

Después de una serie de observaciones de diver-
sos autores, especialmente en los últimos tiempos, hoy
en día no se acepta la posibilidad de que todos los pol-
vos produzcan neumococoniosis, teniendo en cuenta so-
bre todo que neumococoniosis quiere decir anatómica-
mente, **lesiones pulmonares crónicas, esclerosantes y
definitivas.**

Por estas razones, fuerza eliminar de la descrip-
ción todos aquellos polvos activos que son tóxicos, in-
fecciosos o cáusticos; y los polvos inertes blandos y
maleables. Comprobado está que estos polvos no pro-
ducen la esclerosis pulmonar.

Así tenemos, por ejemplo, que la acción de los
polvos tóxicos (plomo, mercurio, arsénico, etc.) en
ningún caso es local y pulmonar, sino que se hace so-
bre todo el organismo provocando una verdadera in-
toxicación. Por otra parte, si bien la puerta de entra-
da podría justificar su admisión entre las neumoco-
niosis, su marcha clínica no tiene nada de una afección
pulmonar.

Las enfermedades producidas por estos polvos
tóxicos son, pues, verdaderas intoxicaciones generales
(saturninos, mercuriales, arsenicales, etc.).

Tampoco se pueden considerar como neumoco-
niosis las lesiones producidas por la inhalación de pol-
vos infecciosos, puesto que éstos no hacen sino trans-
portar hacia los pulmones diversas clases de gérmenes
que producirían otras tantas enfermedades. Si no fu-
era así, habría que considerar a la tuberculosis bronco pul-
monar, a las micosis y aún a la tuberculosis, como varie-
dades de neumococoniosis, puesto que los gérmenes vi-

vos son transportados por el polvo hacia los pulmones.

Las lesiones producidas por los polvos cáusticos eran consideradas por los autores clásicos como verdaderas *neumoconiosis* agudas, siendo así que según el concepto actual, una de las características primordiales de la *neumoconiosis* es su cronicidad. Son absolutamente diferentes las lesiones producidas por estos polvos; se trata de destrucciones más o menos extensas del parénquima pulmonar por el poder cáustico del polvo y no de esclerosis anelástica.

Como ejemplo de esta variedad, Attimont, Monnier y Gautret, describieron la "**pseudo--neumonía a escorias**" que no tiene ninguna semejanza con las *neumoconiosis*, ni por sus caracteres clínicos, anatómopatológicos, ni bacteriológicos, que son los de una *neumonía* o *bronconeumonía* pseudolobar a evolución rápida y sin ninguna tendencia a formar tejido de esclerosis; aunque por otra parte se acepte que las escorias, por la cal y ácido fosfórico que contienen, pudieran producir una acción local vulnerante y cáustica, que podría ser —para algunos— el punto de partida de accidentes agudos y del desarrollo de gérmenes.

Como se vé, no se puede incluir entre las *neumoconiosis* la pseudo—*neumonía a escorias*.

Algo parecido sucede con los polvos que, como los del algodón, la lana y las plumas, son blandos y maleables. Su penetración en las vías respiratorias se hace difícilmente, para ser expulsados en seguida. Su rol patógeno se reduce a que pueden vehicular gérmenes vivos y su configuración en ningún caso permite que puedan producir erosiones o dislaceraciones de los tejidos sobre los que actúan. Ellos obran exclusivamente por su presencia y su acumulación en el árbol respiratorio, llegando a provocar a la larga lesiones irritativas traqueo—brónquicas, bronquiectasias o enfisemas pulmonares.

Como bien reconoció Layet, si estos polvos, blandos y maleables, son capaces de producir bronco-reas profesionales, no tienen una acción directa sobre el parénquima pulmonar que pudiera ocasionar la esclerosis pneumoconiótica verdadera.

Sólo existe una eventualidad en que estos polvos puedan producir pneumoconiosis, y es cuando a ellos se encuentran incorporado polvo de sílice, como elemento complementario.

En suma, restarían sólo las dos últimas categorías de polvos que por sus caracteres pudieran conducir a la esclerosis del pulmón. Estos polvos son los esclerosantes y los duros y vulnerantes, a cuyos grupos se circunscriben las pneumoconiosis.

Los caracteres de las neumopatías producidas por la inhalación de estas dos clases de polvos son: su manifestación tardía y su desarrollo lento y progresivo, sin embargo de que durante su evolución puedan presentarse episodios agudos o sub—agudos, sobrevenidos como en una afección crónica cualquiera.

De las neumopatías producidas por estas dos clases de polvos, Feil forma cuatro grupos a los que agrega como complementarios otros dos:

- 1º La silicosis debida a los polvos de sílice.
- 2º La antracosis « « « « carbón.
- 3º La siderosis « « « « hierro.
- 4º La esquistosis « « « « pizarra.

Los dos grupos complementarios son:

- 5º La pneumoconiosis debida a los polvos de arcilla.
- 6º La « « « « cal.

Nosotros consideramos que a los primeros cuatro grupos debería agregarse la pneumoconiosis debida a los polvos de estaño que también son duros y vulnerantes, a más de ser esclerosantes, como lo he-

mos demostrado ya en nuestra monografía titulada "MAL DE MINAS" (Semana Médica, marzo 5 de 1931) con los profesores Llambías, Rossi, Osio y el Dr. Celsi.

Para esta forma de neumoconiosis, que no sabemos haya sido estudiada hasta ahora, propondríamos la denominación de ESTANNIOSIS. Y decimos que debe formar un grupo aparte, porque el porcentaje de mineros atacados en las minas del altiplano de Bolivia, es muy elevado; y además porque el estaño es capaz de producir la esclerosis pulmonar, que es mucho mayor si se tiene en cuenta que el estaño se halla íntimamente ligado a la sílice.

Los autores modernos combaten con argumentos bien documentados el concepto de los autores clásicos, que consideraba a los polvos de carbón, hierro, arcilla, cal, etc. como capaces de producir por sí solos la esclerosis pulmonar. Actualmente ese concepto clásico cae ante la afirmación de que son los polvos de sílice y sus compuestos, los únicos capaces de producir por su inhalación las esclerosis pulmonar.

Habría que demostrar si según esta concepción sucede lo propio en los casos de estanniosis, es decir, si la aspiración del polvo de estaño solo, puede producir neumoconiosis o si —como pasa con los otros polvos— esa esclerosis se produce en la medida de la sílice que contiene.

Con este tema quedaría abierto el portal de las investigaciones histoquímicas que pudieran realizarse al respecto y que, tal vez, definirían este permanente debate, que si se mantiene a través de los años, es precisamente porque interesa.

Buenos Aires, abril de 1931.



El Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Sucre

Por el Profesor Dr. Germán Orosco.

Este Instituto fué fundado en el año de 1929, bajo los mejores auspicios del cuerpo docente de la Facultad de Medicina, que pensaba encontrar así un progreso efectivo dentro del plan de mejoramiento que desde hace poco se ha impuesto.

Se ha hecho todo lo que ha sido posible, dados los limitados recursos con que contamos entre nosotros para efectuar obras de índole científica y educacional. Con todo, este Instituto cumple suficientemente su cometido, prestando un valioso concurso a los profesionales que se dedican a la investigación, a los estudiantes de Medicina y al Hospital de "Santa Bárbara", que es donde la Facultad tiene sus clínicas.

Oportuno creo decir que en la realización de esta obra, mi mayor aliciente ha sido el recuerdo de mi inolvidable maestro el Dr. Joaquín Llambías, y de los médicos amigos argentinos, que con su palabra sincera supieron alentarme, en todo momento, al conocer mi afición por la docencia y mi deseo de hacer algo por mi patria. A todos ellos va dedicado este modesto rincón de la ciencia, que ojalá diera un rendimiento tan proficuo como el que dan los Institutos de aquella nación hermana.

Personal. — Poco numeroso, por cierto, pero suficiente a juicio nuestro por el empeño que demuestra hasta este momento y por la dedicación inteligente con que nos colabora.

El personal se halla constituido como sigue:

Director: Prof. Germán Orosco P.; Prosector: Sr. Alejandro Téllez (alumno de sexto año); Practicantes: Sres. Alfredo Quiroga (de quinto año) y Francisco Ampuero (de tercer año).

Tanto el prosector como los practicantes de laboratorio son designados por concurso, que realiza la Facultad entre los alumnos de cursos superiores.

Curso teórico. — La enseñanza de la Anatomía y Fisiología Patológicas se hace a los alumnos del cuarto año de la Facultad. Este curso tiene generalmente un número de estudiantes que no pasa de veinte, circunstancias ésta que nosotros encontramos inmejorable porque así la enseñanza se hace más fructífera y la práctica se realiza también en forma completamente intensiva.

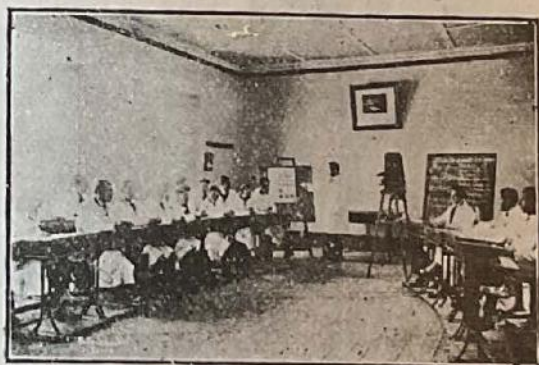
Las clases se dictan tres veces por semana en el aula que posee el Instituto exclusivamente para este objeto. Los alumnos tienen pupitres unipersonales que les sirven de mucho cuando quieren tomar anotaciones sintéticas de las conferencias. Todas las clases van acompañadas de numerosas proyecciones de diapositivos que fueron adquiridos en Buenos Aires, además de todos los que aquí se hacen actualmente con los casos de observación del Hospital.

Así el alumno oye lo que se le dice y ve lo que se le presenta. Aparte, y cuando las circunstancias lo piden, se ilustran las clases con dibujos, esquemas, etc. etc.

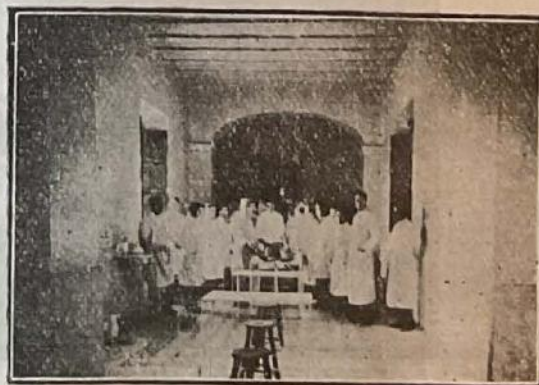
El programa del curso de Anatomía Patológica

**El Instituto de Anatomía Patológica de la
Facultad de Ciencias Médicas de Sucre**

Por el Profesor Dr. Germán Orosco.



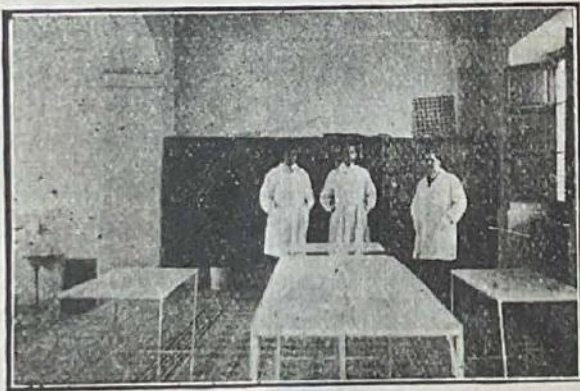
Nº. 1.—Durante una clase sobre Anatomía Patológica de los órganos hematopoyéticos.



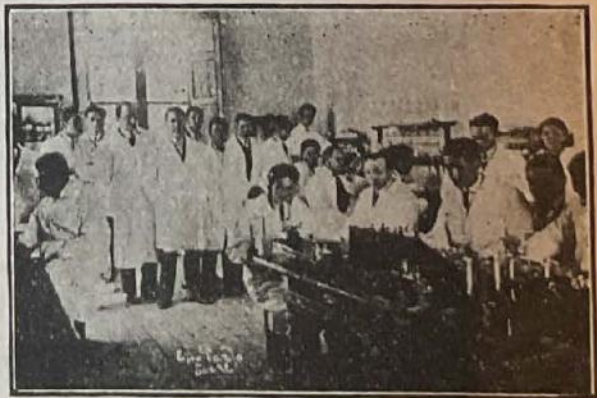
Nº. 2.—Una de las salas de autopsias.



Nº. 3.—Otra sala de autopsias.



Nº. 4.—El Decano, el Catedrático y el Prosector en la tercera sala de autopsias, donde existe un casillero para los alumnos.



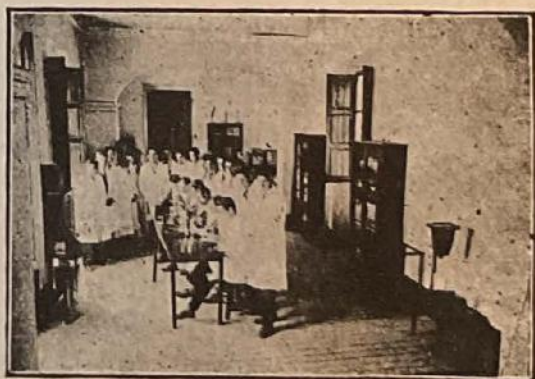
Nº. 5.—El laboratorio durante una práctica de los estudiantes.



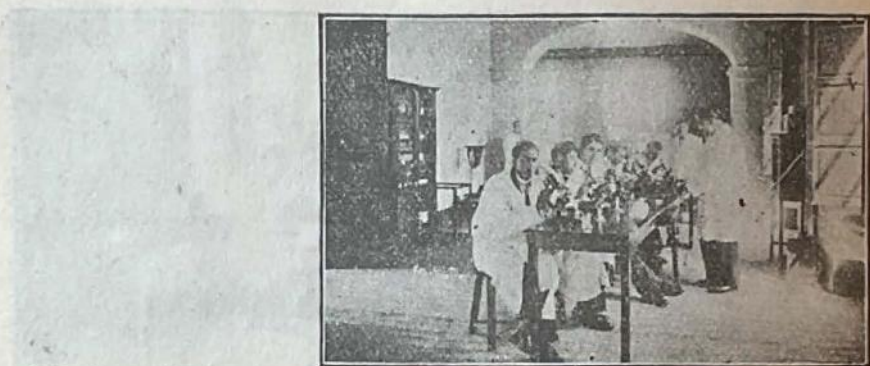
Nº. 6.—Cortando y coloreando preparaciones histopatológicas.



Nº. 7.—Otro aspecto del laboratorio.



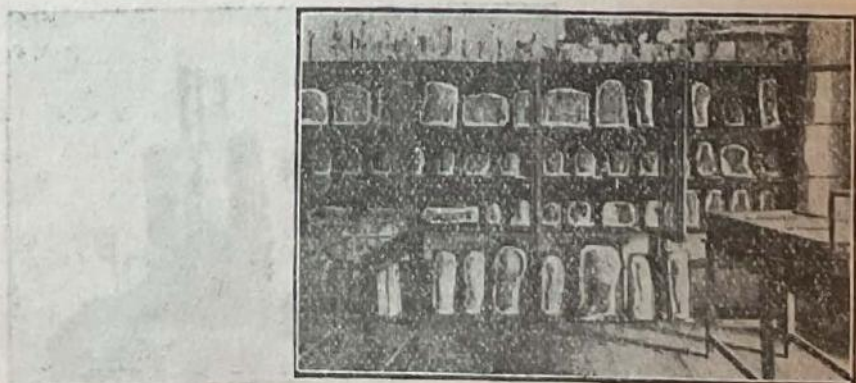
Nº. 8.—Sección microscopía del Instituto.



Nº. 9.—El Profesor colaborando a los alumnos.



Nº. 10.—Una sección del Museo de Anatomía Patológica del Instituto Médico «Sucre».



Nº. 11.—Sección Dermatosifilografía del Museo del Instituto Médico «Sucre»

es el mismo que se lleva oficialmente en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

Curso práctico. — El curso práctico se divide en tres secciones:

AUTOPSIAS: Aunque ellas no pueden ser sujetas a un horario fijo y determinado por las dificultades que todavía ofrece la gente del pueblo para esta clase de demostraciones, ellas se realizan sin embargo muy frecuentemente.

Al principio del curso, es el profesor quien con la colaboración del prosector, enseña las técnicas diversas de autopsias, totales o parciales, para dar después paso al alumno a que las haga colaborado por un compañero.

De cada autopsia se escribe el protocolo correspondiente, donde se consignan también todos los datos suministrados en la sala respectiva. A los protocolos se agrega el estudio histopatológico de las lesiones orgánicas.

Cada alumno debe presentar a fin de año cinco protocolos completos, como un mínimum, circunstancia que debe ser llenada obligatoriamente para poder tener derecho a los exámenes de fin de curso.

El Instituto cuenta con tres amplias y modernas salas dotadas de tres mesas de autopsias y del suficiente instrumental como para que simultáneamente se pueda trabajar en tres cadáveres. En una sala existe también un casillero con 36 casillas que sirven para que los alumnos puedan dejar todo su material de trabajo independientemente.

MACROSCOPIA: El estudio macroscópico de los órganos se hace en la misma sección, donde existen pequeñas mesas en las que se ubican de dos en dos los estudiantes, para así presentar un informe correspondiente del órgano que estudian. El prosector vigila el trabajo de los estudiantes y el profesor analiza y califica el informe.

MICROSCOPIO: Es en el Laboratorio donde se hace este estudio. Allí encuentra el alumno todo el material necesario para su trabajo personal. Cada estudiante hace las inclusiones, coloraciones, montaje, observación e interpretación de las preparaciones histológicas, guiado por el profesor y los dos practicantes de Laboratorio.

Tiene el laboratorio un material completo que fué adquirido en Buenos Aires y en cantidad suficiente como para realizar esta práctica durante muchos años.

En la sección microscopía existen seis buenos microscopios, que permiten observar las preparaciones a todos los alumnos, en dos o tres turnos. El trabajo se hace todas las mañanas de Hs. 8 a 12, enseñándose además al alumno la técnica de la microfotografía en el aparato que poseemos, y las prácticas más corrientes de laboratorio en lo que se refiere a análisis y exámenes con su respectiva interpretación.

Dado el número de estudiantes del curso, los trabajos se realizan en forma de verdadero seminario.

Museo. — Anexo a las secciones anteriormente indicadas, el Instituto posee un interesante museo de cerámica, importada de Francia, que presta un gran servicio a los cursos, sobre todo en la enseñanza de aquellas afecciones poco comunes o excepcionales en nuestro medio. A este museo se van agregando, día a día, un mayor número de piezas preparadas por los alumnos con órganos obtenidos de cadáveres.

Tenemos la esperanza de que dentro de algún tiempo podremos contar con un museo más o menos completo de Anatomía Patológica, que será de este modo la realización de uno de nuestros mejores deseos y anhelos.

A todo esto, que en realidad es lo que oye, ve y practica el alumno, queremos también hacer que sea él

quien discierna debidamente frente a un proceso patológico, para sacar del conjunto de sus deducciones la interpretación fisiopatológica que estos procesos engendran en los órganos. Y no sólo eso, queremos también que el estudiante se haga la explicación de todos los síntomas que se presentan en un cuadro sindrómico que dice tal o cual lesión anatómica.

Cuando nuestros alumnos sepan pensar bien, en este orden de cosas, habremos llegado al punto que pretendemos arribar, no sin grandes tropiezos, que son motivados —tal vez— por la falta de hábito al trabajo y a la práctica. Así, pretendemos crear estudiantes de medicina que lejos de ser eminentes teorizadores, sean más bien acertados prácticos e individuos que al egresar de aulas no se dediquen exclusivamente a la atención del consultorio, sino que lleven consigo el germen de la curiosidad, de la investigación y del estudio.



Obliteración espasmódica de la arteria central de la retina en el curso de la enfermedad de Raynaud.

Historia clínica

Enriqueta C., de 30 años, soltera, dactilógrafa, procedente de La Paz. Día de examen: 10 de marzo de 1931.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de neumonía. Ignora la causa de la muerte de la madre. Tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Nacida a término, de parto normal. Ha tenido algunas enfermedades propias de la infancia.

Menarquía a los 12 años. Menstruaciones regulares y normales hasta hacen 3 años época en que, bruscamente y sin que la enferma pueda atribuir a ninguna causa aparente, sus reglas disminuyeron de manera progresiva hasta desaparecer totalmente en los últimos meses. Desde la iniciación de sus trastornos menstruales tiene palpitaciones precordiales demasiado intensas que aparecen o se exacerbaban con ocasión de cualquier impresión nerviosa. Sufre, así mismo, frecuentemente, vértigos que en alguna ocasión han sido seguidos de una pérdida temporal del conocimiento y hemiplejía pasajera.

Inició su vida sexual a los 16 años. No ha tenido ningún embarazo. Niega venéreas.

Antecedentes de la enfermedad general.—Se inició hacen 5 años con ocasión de un accidente.

La porción terminal de los dedos de ambas manos palidecía súbitamente y de manera absoluta. Este síncope local se acompañaba primeramente de hormigueo y luego de insensibilidad. El lóbulo de la nariz y las orejas pali-

decían al comienzo y eran asiento después de un prurito desesperante seguido de sensación de muerte de esas mismas regiones.

Después de un tiempo variable entre media y una hora los dedos, el lóbulo de la nariz y las orejas se congestionaban intensamente y dolían de manera atroz.

Este cuadro sindrómico se presentaba de tiempo en tiempo y no interesaba siempre todas las regiones indicadas anteriormente sino que parecía saltar de una a otra sin orden regular aunque con manifiesta predilección por las manos.

Poco a poco a medida que los ataques de síncope local se sucedían los dedos de ambas manos tomaron un tinte lívido y las uñas se ranversaron sobre sí mismas tanto en su borde libre como en los laterales.

Posteriormente y cuando la enfermedad se encontraba al parecer en un período de calma más o menos absoluta, la paciente entregada a sus ocupaciones habituales recibió un pequeño golpe en el dedo medio de la mano derecha. A los dos días se inició una gangrena seca de este dedo que comenzó con la ruptura de la uña. La delimitación de la gangrena fué bastante lenta y acompañada de dolores lancinantes. Consecutivamente toda la porción terminal del dedo medio de la mano derecha se eliminó espontáneamente dejando un muñón deforme.

Antecedentes de la enfermedad ocular.—Hace un mes estando en la ciudad de La Paz y mientras caminaba en pleno día por la calle percibió con el O. I. un centelleo bastante intenso. Esta sensación luminosa subjetiva fué seguida a corto término de una pérdida total de la visión de dicho ojo que duró más o menos unos 3 minutos.

En el trayecto de pocas cuadras que la separaban de su domicilio la enferma sufrió varios ataques oculares de igual naturaleza y análoga duración.

Desde esa fecha no ha tenido otros trastornos visuales hasta esta mañana en que al ejecutar un esfuerzo percibió nuevamente por delante del O. I. el centelleo característico seguido de amaurosis esta vez permanente.

Estado actual.—A) *Examen general.*—Enferma de constitución longilínea. Presenta muchos de los estigmas del hábito asténico de Stiller. Piel morena mayormente pigmentada en las regiones expuestas a los rayos solares. Tejido celular escaso.

Cabeza: Pelos abundantes. Facies pálida y demacrada. Lóbulo nasal de coloración violácea, ligeramente edematoso. Lengua saburral y seca. Dientes en mal estado de conservación e higiene. Faltan varias piezas dentarias. Acroasfixia del lóbulo y de los bordes auriculares.

Cuello: Delgado. Arterias gruesas. Venas yugulares ingurgitadas.

Tórax: Deprimido con espacios intercostales perfectamente visibles. Axifoidea.

Aparato respiratorio: No presenta ninguna particularidad.

Aparato circulatorio: Pulso frecuente, regular, igual. Presión arterial (Vaquez-Lauby) A. B. Mx. 18. Mn. 8.5. El corazón se percute descendido (corazón en gota). Los tonos cardiacos están apagados.

Apenas se descubre la enferma la piel del tórax palidece intensamente y casi de inmediato es asiento de una marcada congestión.

Abdómen: Vientre en alforja y de paredes delgadas y flácidas. Musculatura débil.

Aparato digestivo: Acusa la enferma padecer frecuentemente indigestiones. El proceso de la digestión es siempre lento y difícil. Constipación crónica. Paquetes hemorroidarios externos fuertemente congestionados y con ligeras fisuras en su superficie.

Aparato génito-urinario: El examen físico no revela nada anormal. Amenorrea desde hace 2 meses. Orina 2.500 c.c. en 24 horas, amarilla, clara, límpida, sin sedimento. Al análisis: ninguna particularidad.

Los dedos de ambas manos tumefactos e intensamente congestionados tienen un color lívido sobre el cual se observan manchas más vivas de eritema. Motilidad y sensibilidad conservadas. Dedo medio de la mano derecha desprovisto de falangita.

Sistema nervioso: Fuera de una exagerada impresionabilidad nerviosa simplemente episódica en un estado neurastenoide permanente no existe nada digno de consignarse como resultado de su examen.

B) *Examen ocular*.—O. D. completamente normal.

O. I. Pequeña dilatación pupilar. Reacciones pupilares normales.

Oftalmoscopia. A la imájen invertida. Fondo de ojo blanco lechoso. Papila completamente pálida. No se ven arterias retinales.

A la imájen directa. Edema de la región pápilo-macular. Mancha color rojo cereza de la mácula.

V = 0

T (exploración digital)=normal.

Diagnóstico.—A) *general: Enfermedad de Raynaud.*

B) *ocular: Obliteración espasmódica de la arteria central de la retina.*

Tratamiento.—Una inhalación de nitrito de amilo produce ligera mejoría (la enferma recobra la visión—puede contar los dedos colocando la cabeza en determinada posición a una distancia de 15 cms.—durante algunos instantes) pero demasiado pasajera.

Día 11 de marzo: Se le hacen dos inyecciones subcutáneas de 0.10 grs. de Arterocoline con un intervalo de media hora entre una y otra. La visión reaparece casi inmediatamente (10 minutos).

El examen ocular practicado por la tarde revela:

O. D.—Conjuntiva hiperhémica.

Pupila y reacciones pupilares normales.

Fondo de ojo: Congestión difusa. Arterias retinales gruesas, aumentadas de volúmen, presentan el doble de su calibre normal. Latido arterial perfectamente visible.

V = 1

Campo visual: Al blanco y a los colores, sin modificación apreciable.

T (exploración digital): normal.

O. I.—Conjuntiva normal.

Pupila y reacciones pupilares normales.

Fondo de ojo ligeramente coloreado. Papila pálida. Las arterias tienen el aspecto de delgados hilos rojos.

A la imájen directa: Edema del polo posterior. Mancha color rojo cereza de la mácula. Reflejo arterial visible.

V = 1/10

Campo visual: Al blanco y a los colores (especialmente el amarillo), presenta una gran escotadura hacia abajo y adentro. Pequeño escotoma central.

T (exploración digital): normal.

Los días sucesivos la enferma recibe dos inyecciones diarias de 0.10 grs. de Arterocoline, notando ella misma cada vez más que su visión vuelve a la normalidad.

A los 9 días de tratamiento un nuevo examen demuestra lo siguiente:

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

O. I.—Conjuntiva normal.

Pupila y reacciones pupilares normales.

Fondo de ojo: Papila rosada. Arterias repletas de sangre y de calibre uniforme.

A la imájen directa: No existe edema del polo posterior. La mancha color rojo cereza de la mácula ha desaparecido.

V = 1

Campo visual: Al blanco y a los colores normal.

T (exploración digital) normal.

El aspecto cianótico de las manos, la coloración del lóbulo de la nariz y la acrocianosis auricular han mejorado grandemente.

La enferma que vió alarmada desaparecer repentinamente sus reglas menstruá en abundancia desde hace dos días y afirma estar perfectamente bien.

Luego de una nueva serie de 20 inyecciones de Arte-rocoline hechas en 10 días a razón de dos por día se le instituye un tratamiento higiénico-dietético-medicamentoso destinado a modificar en lo posible su estado general y a prevenir ulteriores accidentes oculares.

Comentarios

Apesar de que el diagnóstico lesional y patogénico de la afección ocular fluye naturalmente del examen de la enferma y lectura de la historia clínica anterior, quiero entrar, de propósito, en algunas consideraciones más sobre él.

La enfermedad de Raynaud llamada también por algunos dermatólogos e internistas **Gangrena simétrica de las extremidades**, es una entidad nosológica de **origen vascular** caracterizada: 1°. por síncope local recurrente seguido de intensa hiperhemia, 2°. por acroasfixia acompañada de tumefacción y dolores lancinantes y 3°. por gangrena y eliminación espontánea de las partes necrosadas.

Ataca los miembros y muy particularmente su porción terminal, el lóbulo de la nariz y las orejas.

Las lesiones son, en la mayor parte de los casos, simétricas.

Hasta el presente la **etiología** de esta curiosa enfermedad queda todavía en el misterio. Tratándose de un complejo patológico que tan serias consecuencias tiene para el paciente, es razonable que se haya buscado afanosamente sus causas verdaderas y el medio terapéutico que evite la pérdida del o de los miembros afectados y partes enfermas.

Desde los fenómenos climatéricos, pasando por las infecciones e intoxicaciones, hasta los desórdenes endócrinos, todo ha sido incriminado pero sin hallar elementos de prueba que lo justifiquen.

La predilección que la sífilis tiene por el sistema nervioso y por las arterias ha hecho pensar también que ella fuera la causante de la gangrena simétrica. Pero, así como en algunos enfermos su presencia y acción patógena son manifiestas e indudables, en un gran número de pacientes la falta absoluta de antecedentes, signos clínicos, reacciones serológicas y el fracaso constante del tratamiento específico obligan a descartarla forzosamente.

Por suerte no ocurre lo propio en lo que a su **patogenia** se refiere. Sabemos hoy día que el fenómeno dominante, el único podríamos decir, es el **espasmo arterial**.

Ya sea por un verdadero hiperfuncionalismo de los nervios vasoconstrictores o por el contrario por una parálisis o paresia de los vasodilatadores lo cierto es que se produce primitivamente en una determinada región del organismo una considerable disminución de la luz de las arterias con paro momentáneo de la circulación local (**síncope inicial**). Esta disminución del calibre

arterial es seguida, a corto término, de un aumento igualmente considerable del mismo que produce la **hiperhemia secundaria**.

Los accesos de vasoconstricción y vasodilatación que son al comienzo exclusivamente arteriales interesan luego las venas, se presentan en forma de **ataques recurrentes** y dejan a veces entre uno y otro grandes intervalos de tiempo. En ocasiones la acción de los nervios vasoconstrictores es tan intensa que produce una verdadera **tetania vascular** quedando entonces la irrigación sanguínea completamente detenida. La mortificación de las células de la región es en este caso, como fácilmente se comprende, demasiado rápida.

En un segundo período de la enfermedad a medida que los ataques de síncope recurrente se suceden las paredes arteriales y con ellas las venosas se desintegran paulatinamente, pierden su elasticidad, aumentan pasivamente de volumen, se ectasian. La sangre detenida no se renueva como normalmente porque otros espasmos arteriales sucesivos o tardíos impiden el aflujo sanguíneo, la corriente constantemente renovadora, se carga entonces de elementos tóxicos extraños, particularmente a nivel de las venas y comunica su color a los tejidos suprayacentes (**eritemas, acrocianosis**). Y no solo eso sino que lentamente atraviesa las paredes vasculares, invade el tejido celular subcutáneo, comprime los nervios regionales y produce la **tumefacción dolorosa** acompañada a veces de **parálisis y paresias**.

Por último la nutrición celular retardada primero, modificada después, termina por anularse en absoluto. Las células de todos los tejidos vecinos mueren, se secan y se desprenden (**gangrena, mutilación**).

Este es, a grandes rasgos, el proceso patogénico de la Enfermedad de Raynaud en su forma común. Es muy posible todavía que en el exudado que baña el

tejido celular subcutáneo en la mayor parte del período secundario pululen los más diversos gérmenes patógenos transformando la gangrena seca final en gangrena húmeda infecciosa.

Haré notar, desde ya, que no se encuentra nunca al exámen **anátomo—patológico** proceso alguno de arteritis y que los transtornos circulatorios no son debidos a obstrucción sino simplemente a **obliteración vascular espasmódica**. Este signo importante sirve para hacer el **diagnóstico diferencial** con la Gangrena senil o Enfermedad de Leo Buerger.

Diversos **tratamientos** a cual más ingenioso se han ensayado para obtener la curación de la Gangrena simétrica de Raynaud. Desgraciadamente ninguno de ellos, salvo por supuesto el tratamiento antiespasmódico instituido a tiempo y sostenido largamente, han dado el resultado que de ellos se esperaba.

En los casos graves el mismo tratamiento antiespasmódico combinado en veces con la administración de medicamentos anticuagulantes, destinados a fluidificar la sangre y favorecer así su circulación, ha sido casi siempre impotente.

Por descontado que solo es posible detener o siquiera modificar el curso de la enfermedad únicamente en los casos en que el médico encuentra a ésta en su primer o cuando más en su segundo período.

Una vez producida la gangrena no cabe otra cosa que esperar su delimitación para proceder a amputar, esto si antes no se produce la caída espontánea del segmento necrosado.

Ahora bien, el **espasmo arterial**, causa y principio de la enfermedad de Raynaud, no es exclusivo de ella ni tampoco se produce solamente a nivel de las manos, pies, lóbulo de la nariz y orejas que son simples regiones de predilección, sino que puede producirse así

mismo a nivel del cerebro, de la médula, y de los demás sistemas, aparatos y órganos produciendo a su alrededor trastornos característicos que se revelan unas veces por hipo o afuncionalismo y otras por gangrena.

Puede interesar pues entonces entre otras muchas o exclusivamente la **arteria central de la retina** y producir su **obliteración** temporal o definitiva.

Este es el caso de la enferma cuya historia clínica acabo de relatar líneas más arriba.

En ella la obliteración espasmódica de la arteria central de la retina no es toda la enfermedad, como no lo sería en caso de tratarse de un individuo hipertenso, epiléptico o intoxicado, es un simple episodio local, una complicación como quieren algunos autores, en el curso de su enfermedad general.

No es mi propósito hacer aquí una descripción detallada de esta **afección ocular**. Ya lo hice en otra ocasión (*Revista Oto-neuro-oftalmológica y de Cirugía Neurológica*. No V. Mayo de 1930. Buenos Aires). Solo recordaré ahora sus puntos más salientes.

"La obliteración espasmódica de la arteria central de la retina es una afección bastante frecuente.

Reconoce como causas: la hipertensión arterial, **enfermedad de Raynaud**, hiperexcitabilidad simpática, disendocrínias, epilepsia, intoxicaciones (quinina, tabaco, alcohol, salicilato), glaucoma crónico, lesiones endonasales, de los dientes y de los senos (Aubaret y Sedan).

Se presenta bruscamente o bien es precedida de algunos pródromos visuales: sensaciones luminosas, chispas, oscurecimientos repentinos, manifestaciones de otros tantos espasmos premonitorios.

Puede interesar el tronco o las ramificaciones de la arteria retiniana, dando lugar en cada caso a una **sin-tomalotogía** distinta.

Produce una ceguera **unilateral** súbita pero que casi nunca es total ni absoluta. La persistencia de la percepción luminosa es la regla.

En el caso a que he hecho referencia al contrario la ceguera por lo menos en los primeros períodos era total y absoluta con pérdida completa de la percepción luminosa.

La forma hemianópsica propia de los angiospasmos corticales es excepcional. Sólo se presenta en los casos de obliteración localizada a las ramas laterales (nasales o temporales) de la arteria retinal.

Al examen ocular practicado en el momento de las crisis puede constatarse: pupila normal o con pequeña dilatación. Reflejos pupilares normales. Algunas veces existe un espasmo concomitante de los vasos conjuntivales. El oftalmoscopio deja ver: papila absolutamente pálida, arterias adelgazadas rodeadas de una vaina blanquecina, o bien invisibles. Fondo de ojo más claro que el normal en los casos leves, de color blanco lechoso en los espasmos intensos. Edema de la región pápilo—macular. Mancha color cereza de la mácula.

La tensión ocular es, casi siempre, normal.

Confundida, generalmente, con la obstrucción arterial debida a la trombosis o a una embolia venida de lejos, es, al contrario de ella y en la inmensa mayoría de los casos, fácilmente reductible.

Por otra parte, coincide a veces, con otros angiospasmos que hacen sospechar su existencia en un enfermo súbitamente ciego y ponen al oftalmólogo en el camino del verdadero diagnóstico.

En raras ocasiones termina, a causa de su tenacidad, en una ceguera completa y definitiva por atrofia del nervio óptico.

Fuera del tratamiento sintomático, vasodilata-

dor y antiespasmódico, debe hacerse siempre, por lo menos en los casos que así lo permitan, un tratamiento etiológico.

La **arterocoline**, usada en el caso relatado, entra en el primer grupo. Es un clorhidrato de acetilcolina sintético, cuyas propiedades, efectos fisiológicos, posología y manera de usar, son de todos conocidos. Produce, después de una inyección subcutánea, un notable y persistente aumento de volúmen de la arteria retiniana".

La opoterapia, el luminal, la valeriana, los bromuros, la desintoxicación del organismo, la punción crucial de Galezowsky, la operación de Elliot, el vaciamiento de los senos, la medicación antiluética completarán, cada una según los casos, el tratamiento.

Dr. José Aguirre.

Bibliografía.

Aubaret y Sedan.—Los espasmos vasculares en oftalmología. Rev. Oto-neuro-Oft. Abril 1928.

M. P. Baillart.—Un caso de obliteración espasmódica de la arteria central de la retina. Rev. Oto-neuro-oph. Abril 1928.

Villard.—Un caso de espasmo prolongado de la arteria central de la retina que ha producido la atrofia del nervio optico. Rev. Oto-neuro-oph. Octubre 1928.

Reyoul Lachaoux.—Hemianopsia homónima permanente y espasmos vasculares a expresión hemianóptica derecha paroxística con conservación de la visión central. Rev. Oto-neuro oph. Octubre 1928.

Farmarier.—Escotoma central fugaz por angiospasmo nicotínico. Rev. Oto-neuro-oph. Octubre 1928.

Redslob y Levy.—Miopia arsenobenzólica espasmodica. Rev. Oto-neuro-oph. Diciembre 1928.

M. Kalt.—Sobre un caso de obstrucción de la arteria central de la retina tratado por la arterocoline. Restableci-

miento de la visión macular. Rev. Oto-neuro-Oft. Mayo 1929.

Monbrum.—Obliteración y espasmo arterial central. Clinique Ophtalmologique. Junio 1929.

Schiff.—Wertheimer. Obstrucción parcial de la arteria central de la retina tratada por arterocolina. Soc. Oft de París.

S. A. Agatston.—Angiospasmo y angiopatía retiniana.—Am. Journ. of Opht. Abril 1930.

J. Aguirre.—Obliteración espasmódica de la arteria central de la retina. Rev. Oto-neuro-oft. Mayo 1930.

Lerner.—Obstrucción de la arteria central de la retina. Am. Jour. Opht. Junio 1930.

E. Bussola.—Embolia de la arteria central de la retina y glaucoma secundario. Boll. D' Oculistica. Junio 1930.

N. F. Bey.—Espasmo de la arteria central de la retina. The Brist. Journ. of Oft. Agosto 1930.



Comunicación del Exterior

El doctor Osorio, Presidente del Instituto Médico Sucre, es nombrado Socio Honorario de la Sociedad Francesa de Profilaxia.

Tenemos el agrado de publicar a continuación el oficio que ha recibido de París el doctor Ezequiel L. Osorio, en el que se le comunica haber merecido la designación de Socio de Honor de la Sociedad Francesa de Profilaxia Sanitaria y Moral. Es un alto honor para el Instituto Médico, que actualmente preside el doctor Osorio, la distinción que, por unanimidad, le ha conferido aquella Sociedad presidida por el más elevado exponente de la clínica dermatosifiliográfica parisiense, el Profesor Henri Gougerot.

"SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

Fondée le 3 mars 1901, reconnue d' utilité publique par décret du 11 août 1927.

44, rue de Lisbonne, PARIS (VIIIe)

1°. de mayo de 1931.

Presidente:

Prof. Henri GOUGEROT

Secretario general:

Dr. Sicard de PLAULOLES

Al Señor Profesor Dr. E. L. Osorio
Sucre (Bolivia).

Muy honorable Colega:

La Sociedad Francesa de Profilaxia Sanitaria y

Moral, reunida en Asamblea general, el 12 de marzo de 1931, le ha discernido, por unanimidad, el título de MIEMBRO DE HONOR.

Nos es sumamente grato poner en su conocimiento esta decisión y expresarle, en nombre de todos nuestros colegas, el anhelo de que tenga usted a bien hacernos el gran honor de aceptar este título, contribuyendo así a realzar el brillo de nuestra Sociedad.

Sírvase aceptar, Señor y honorable Colega, la expresión de nuestra alta consideración y de nuestros sentimientos más distinguidos y afectuosos.

GOUGEROT
Presidente.

Sicard de PLAUZOLES
Secretario general.

La repuesta del doctor Osorio a esta conceptuosa nota es la siguiente:

“Señor Presidente:

Es para mí un gran honor saber que he sido admitido en la Sociedad francesa de Profilaxia Sanitaria. El título de MIEMBRO DE HONOR que me ha sido conferido es sin duda para mí una distinción inmerecida. Me permito agradecerle muy sinceramente por el benévolo interés de que soy objeto.

Me esforzaré por hacerme digno del título que se me ha dado, haciendo lo posible para intensificar aquí, en Bolivia, el movimiento creciente en favor de la profilaxia sanitaria y moral según los métodos franceses a los que debo lo mejor de mi formación médica.

Quedo de usted, Señor Presidente, su agradecido servidor.

E. L. Osorio”.

Crónica

Sesión Pública Anual. — El 27 de marzo, conmemorando el 307° aniversario de la fundación de la Universidad Mayor de San Francisco Xavier, el Instituto realizó la sesión pública anual, en la que el señor presidente, Dr. Manuel Cuéllar, dió lectura a su memoria, y el Dr. Raúl Fernández de Córdova dictó una conferencia, como tesis de ingreso, sobre el tema "Última epidemia de sarampión y algunas novedades clínicas observadas". Estos trabajos se encuentran publicados en el presente número.

En este mismo acto, el señor presidente hizo la entrega de diplomas a los nuevos socios, doctores David Osio, Julio C. Fortún, Raúl F. de Córdova, Germán Orosco y Bernardo Vaca Guzmán.

El Dr. Osio, en representación de los nuevos miembros del Instituto, en un conceptuoso discurso, cuya publicación reservamos para el próximo número, agradeció a la sociedad por haberlos recibido en su seno, concluyendo por prometer entusiasmo, decisión y labor intensa en la agrupación científica a la que se honraban en pertenecer.

3 de Febrero de 1931 — El Instituto Médico Sucre, que en esta fecha recordara el 35° aniversario de su fundación, rinde su homenaje de respeto y gratitud a la memoria del Fundador de Bolivia, el Mariscal de Ayacucho José Antonio de Sucre.

Renovación de la mesa directiva. — En cumplimiento de sus Estatutos, la sociedad, en sesión ex-

traordinaria de 10 de abril del año en curso, hizo la renovación de su mesa directiva y consejo de administración con el siguiente personal:

Presidente: Dr. Manuel Cuéllar (reelecto)
Vice-presidente « José Ml. Ramírez
Secretario: « Ml. Gerardo Pareja
Tesorero: « Wálter Villafani
Vocales: Doctores Clovis Urioste Arana y Bernardo Vaca Guzmán.

Comisión calificadora de nuevos socios.—Distribución de secciones. — En la misma sesión se constituyó la comisión calificadora de nuevos socios con los doctores Armando Solares Arroyo, Medardo Navarro y Julio C. Fortún.

Las Jefaturas de las diferentes secciones del Instituto se encomendaron a los siguientes socios:

1°. — **Biblioteca.** — Dr. Bernardo Vaca Guzmán.

2°. — **Museos de anatomía normal y patológica.** — Dr. Wálter Villafani.

3°. — **Museo de Historia Natural.** — Dr. Clovis Urioste Arana.

4°. — **Sección de Vacuna Antivariolosa.** — Dr. Armando Solares Arroyo. — Dr. Julio C. Fortún (ads-crito).

5°. — **Sección de Meteorología.** — Dr. Julio C. Fortún.

6°. — **Sección de Bacteriología.** — Dr. Medardo Navarro.

7°. — **Sección de Radiología y Electrología** — Dr. Gregorio Mendizábal.

8°. — **Sección de Fotografía.** — Dr. Ml. Gerardo Pareja.

9°. — **Comité de redacción de la Revista.** — Doctores: Ezequiel L. Osorio, Jaime Mendoza, Ml. Gerardo Pareja y Bernardo Vaca Guzmán.

Presidente Honorario ad-perpetuam del Instituto. — Habiendo renunciado el cargo de presidente activo de la sociedad el ilustre maestro Dr. Cuéllar, a raíz de su viaje a Europa, el Instituto, en su sesión extraordinaria de 22 de abril, ha nombrado presidente honorario ad-perpetuam al distinguido fundador de nuestra asociación, como justo homenaje de respeto al maestro de los maestros de la medicina boliviana.

Presidente del Instituto.—Por renuncia del Dr. Cuéllar, y en su calidad de vice-presidente de la sociedad, el Dr. José Ml. Ramírez, deberá asumir el cargo de presidente activo de la institución, desempeñado actualmente por el Dr. Ezequiel L. Osorio, nombrado vicepresidente en la sesión de 22 de abril del presente año.

Rector de la Universidad. — El claustro universitario, en observancia de las disposiciones del Estatuto de Autonomía Universitaria, ha elegido Rector de la Universidad Boliviana al distinguido y meritorio socio del Instituto, Dr. Ezequiel L. Osorio, quien en otra ocasión desempeñó con brillo dicho alto cargo.

Felicitamos al consocio por esta justa y merecida designación.

Primer Congreso Médico Boliviano.—Este primer torneo científico, se llevará a cabo en la Capital de la República, en el mes de agosto próximo. El Comité Organizador funciona con toda regularidad y entusiasmo. Los comités departamentales, ya bien organizados, han recibido el aviso de la distribución de ponencias, en la

forma establecida por el Reglamento del Congreso, debiendo nombrar, cada uno de ellos sus respectivos relatores. Se ha hecho la designación de miembros del Patronato y de Honor.

Las comisiones que deben estudiar los trabajos presentados al Primer Congreso Médico Boliviano han sido constituídas en la siguiente forma: —

a) **Profilaxia e higiene** (paludismo, tuberculosis, sífilis y venéreas, alcoholismo, protección maternal e infantil), Drs. Armando Solares A., Wálter Villafani y Clovis Urioste Arana.

b) **Legislación** (beneficencia, Cruz Roja, legislación médica y médico-social, estudios y docencia médica), Drs. Ezequiel L. Osorio, Julio C. Fortún, Medardo Navarro y Bernardo Vaca Guzmán.

c) **Clínicas** (para temas médico-quirúrgicos), Drs. Ml. Leonidas Tardío, Ml. Gerardo Pareja, David Osio y Raúl F. de Córdova.

d) **Geografía Médica**, Dres. Jaime Mendoza, Francisco V. Caballero y Gregorio Mendizábal.

IV Congreso Paraguayo de Dermatología y Sifiliografía. — Por comunicación del comité Boliviano, constituido en La Paz, tenemos conocimiento de que en la capital paraguaya se reunirá, en el mes de agosto del año en curso, el IV Congreso de Dermatología y Sifiliografía.

Los doctores Mackenzie y Pascua. — Hemos sido honrados con la visita de los doctores Mackenzie y Pascua, de la Liga de Naciones, que han venido a esta ciudad en misión de estudio sanitario.

El Instituto ha recibido a los distinguidos huéspedes en sesión de honor, en la que dictaron interesantes conferencias los doctores Pascua y J. Mendoza.

Director de Sanidad Departamental. — El Supremo Gobierno ha designado Director de Sanidad Departamental y Asistencia Pública al Dr. Fernando Ortiz Pacheco, a quien felicitamos sinceramente.

Hospital de Santa Bárbara. — El H. Concejo Municipal ha hecho la elección del personal médico de este establecimiento, en la siguiente forma: Director: Dr. Ml. Gerardo Pareja; Cirujano: Dr. Ml. Leonidas Tardío; médicos jefes: Drs. Medardo Navarro y Julio C. Fortún; médicos internos, Drs. Luis Bottani (jefe de Laboratorio), Ricardo Andrade (jefe de Radiología) y José Aguirre.

En la Facultad de Ciencias Médicas. — Renovación de la mesa directiva. — En cumplimiento de disposiciones universitarias supremas, el personal de la directiva de la Facultad de Medicina ha quedado constituido con el siguiente personal: —

Decano:	Dr. Claudio Roso
Sub-Decano	« Armando Solares Arroyo.
Secretario	« Julio C. Fortún.
Habilitado	« Eduardo Gironás F.

Nuevo profesor: — Las autoridades universitarias, cumpliendo con las disposiciones del Estatuto de Autonomía Universitaria, han elegido al Dr. Clovis Urioste Arana, nuestro entusiasta consocio, profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

Profesor suplente: — El cuerpo de profesores de la Facultad de Medicina ha designado profesor suplente al señor René Torricos C., mientras dure la licencia del Dr. Anastasio Paravicini.

Exámenes de tesis: — Los señores Julio Corrales B., René Villagómez, Alfredo Higuera, José Gregorio Valda G., Emilio Fernández y Ricardo Bacherer G., durante el año pasado y el presente, han dado lectura respectivamente a las siguientes tesis: "Profilaxis Palúdica — Labor de saneamiento en Mizque". — "Acrocinia infantil". — "Embarazo extrauterino". — "Parkinsonismo post-encefalítico". — "Diseccción anatómica. — Anomalías y variedades". — "Las garrapatas en el conducto auditivo externo".

Felicitemos a los nuevos galenos por sus interesantes trabajos de doctorado, y les deseamos lauros en su vida profesional.

La señorita Elena Reyes Garrón, para obtener el título de farmacéutica, presentó la tesis "Quina y quinina", trabajo meritísimo que ha sido muy aplaudido por el tribunal examinador. La felicitamos.

Nuevos socios. — El Instituto Médico, valorando los méritos y prestigio profesionales, ha designado **socios correspondientes** a los doctores Marcelino Pascua (España), M. D. Mackenzie (Inglaterra); R. Molinérey, secretario de la UMFIA (Francia); Percheperre, del Instituto Pasteur (Francia), y al Dr. Fausto Carrasco (La Paz).

El ilustre cirujano francés, Dr. L. Dartigues, presidente y fundador de la UMFIA, (Francia), ha sido nombrado socio de **honor del Instituto en el extranjero**.

A todos ellos nuestra felicitación.

De viaje. — Se han ausentado de la ciudad los distinguidos consocios, doctores J. M. Ramírez, J. Mendoza, Gustavo Vaca Guzmán, Aniceto Solares, Anastasio Paravicini, Germán Orosco y Raúl F. de Córdova, a quienes deseamos su pronto retorno en el seno social.

Voto de aplauso. — El Instituto Médico, en su sesión de 3 de junio de 1930, confirió un voto de aplauso al Dr. José F. Montellano, médico boliviano radicado en Buenos Aires, por haber inventado un aparato denominado por su autor **electrófono—pneumocardiógrafo** que permite amplificar los ruidos del corazón y los del aparato respiratorio haciéndolos perceptibles con bastante claridad, hasta distancias de 15 y 20 metros.

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. — Nuestro distinguido consocio, Dr. Claudio Roso, como justa recompensa a su labor docente y entusiasmo por la instrucción médica, ha sido designado Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Sucre.

† Doctor ARCIL ZAMORA

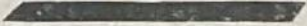
El Instituto Médico Sucre, nuevamente ha lamentado la pérdida irreparable de uno de sus más distinguidos socios, el Dr. Arcil Zamora.

A fines del año pasado, cuando la vida para el malogrado colega, constituía una esperanza, cuando sus entusiasmos en el seno social, en la Facultad de Ciencias Médicas, donde dictaba la cátedra de Terapéutica, en el Hospital de Santa Bárbara, donde había consagrado toda su vida y a cuya cabeza se encontraba, llegaban a la cumbre, descendió a la tumba, enlutando muchas de las instituciones de la Capital de la República, particularmente al Instituto Médico Sucre, sociedad a la que consagró toda su vida y su cariño.

El amigo leal y sincero, el distinguido catedrático, el laborioso consocio, el hombre correcto e inteligente, deja con su partida un vacío irreemplazable. Su recuerdo, al vivir siempre en esta sociedad, constituirá el ejemplo de virtud, abnegación y labor.

La memoria del Dr. Zamora fué justicieramente honrada. El Instituto Médico y la Facultad de Medicina colocaron los restos del colega en capilla ardiente, en el salón oficial de la asociación, y las distintas agrupaciones a que el extinto perteneció le rindieron, en sus honras fúnebres, el tributo de su mayor respeto y cariño.

Paz en la tumba del malogrado colega.
Resignación a su atribulada familia.



A las revistas médicas y paramédicas:
Solicitamos canje



A los editores de obras científicas: solicitamos el envío de éstas, que serán anunciadas en nuestra Revista.