



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 28 BOLIVIA - SUCRE, JULIO DE 1932. N°60



Universidad
Andrés Bello®



FUNDACIÓN
FLAVIO
MACHICADO
VISCARRA

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 XXVIII Sucre (Bolivia), Julio de 1932 N.º. 60.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO SUCRE

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre".—Sucre—Bolivia
Calle San Alberto N.ºs. 8 y 10.

COMITE DE REDACCION

Doctores:—EZEQUIEL L. OSORIO, ANICETO SOLARES, JAIME MENDOZA
Y MEDARDO NAVARRO.

SUMARIO

	PÁGINAS
I.—El Instituto Médico Sucre. Su presente, su pasado y su porvenir.	1
II.—El Sindicalismo Médico, por el doctor Ezequiel L. Osorio. . . .	6
III.—Oficio del Cuerpo Médico de La Paz al Instituto Médico Sucre. .	18
IV.—La vacuna antivariolosa del Instituto Médico Sucre, por el doctor Felipe Urquieta (de Arequipa).	20
V.—Defensa profesional. Memorial presentado por el Cuerpo Médico de La Paz a S. E. el Sr. Presidente de la República.	26
VI.—Consideraciones acerca de la hidatidosis orbitaria, a propósito de una nueva observación, por el doctor Aniceto Solares.	35
VII.—Una dolencia de cada rato: el romadizo (coriza) por el doctor Ezequiel L. Osorio.	40
VIII.—La fiebre amarilla.	49
IX.—Informe acerca de la fiebre amarilla presentado el año 1887 por los doctores J. Camó y Nicolás Ortiz.	53
X.—Crónica	66

SUCRE—BOLIVIA

Escuela Tip. Salesiana.—Calle Olañeta No. 10.

Instituto Médico "Sucre"

MESA DIRECTIVA

Presidente Honorario Dr.	Manuel Cuéllar.
Presidente	« Ezequiel L. Osorio.
Vicepresidente	« Aniceto Solares.
Secretario	« Medardo Navarro.
Tesorero	« Julio C. Fortún.
Vocales:	Dres. Armando Solares A. y Leónidas Tardío.

Comisión calificadora de nuevos socios

Doctores: Wálter Villafani, Armando Solares A. y Filomeno Martínez.

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.—Dr. Gregorio Mendizábal (adscrito).
- 6º.—*Sección de bacteriología y serología*.—Dr. Medardo Navarro.—Drs. Aniceto Solares y Clovis Urioste A. (adscritos).
- 7º.—*Sección de radiología y electrología*.—Dr. Gregorio Mendizábal.
- 8º.—*Sección de Fotografía*.—Dr. Ml. Gerardo Pareja.
- 9º.—*Comité de redacción de la Revista*.—Dres. Ezequiel L. Osorio, Aniceto Solares, Jaime Mendoza y Medardo Navarro.



LA RAZON

El personal del Instituto hace 20 años,
en 1912.

De pie, de izquierda a derecha: Dr. Torricos, Sr. Mendizábal, estudiante, (empleado de la sección Meteorología), Er. Gust. Vaca Guzmán, Dr. Guzmán, Dr. Araujo, Dr. Martínez, Sr. Doynel (correspondiente, Sr. Arm. Solares A. (estudiante, empleado de la Vacuna), Dr. Ramírez, Dr. Osorio.

El Instituto Médico Sucre

Su pasado. Su presente. Su porvenir.

El 3 de febrero de 1895 se conmemoró en la capital de la República de Bolivia, que lleva su nombre, el centenario del nacimiento del Mariscal de Ayacucho. Fué una fiesta de brillantes contornos. La ciudad, enarbolaba en todos sus edificios la bandera nacional; por todas partes oíanse los ecos marciales de las bandas militares de música. Saraos y conciertos, conferencias y concursos literarios, desfiles patrióticos y representaciones teatrales, vivas y entusiasmo, iluminaciones y salvas de artillería, todo contribuyó a hacer tan lucida como se pensaba la apoteosis del Héroe.

Este conjunto de demostraciones cívicas habría quedado incompleto si, al mismo tiempo, el cuerpo médico Sucre, que en ese entonces ocupaba sin disputa el primer puesto entre todos los demás de Bolivia, no hubiera tomado parte en tan merecida como gloriosa conmemoración.

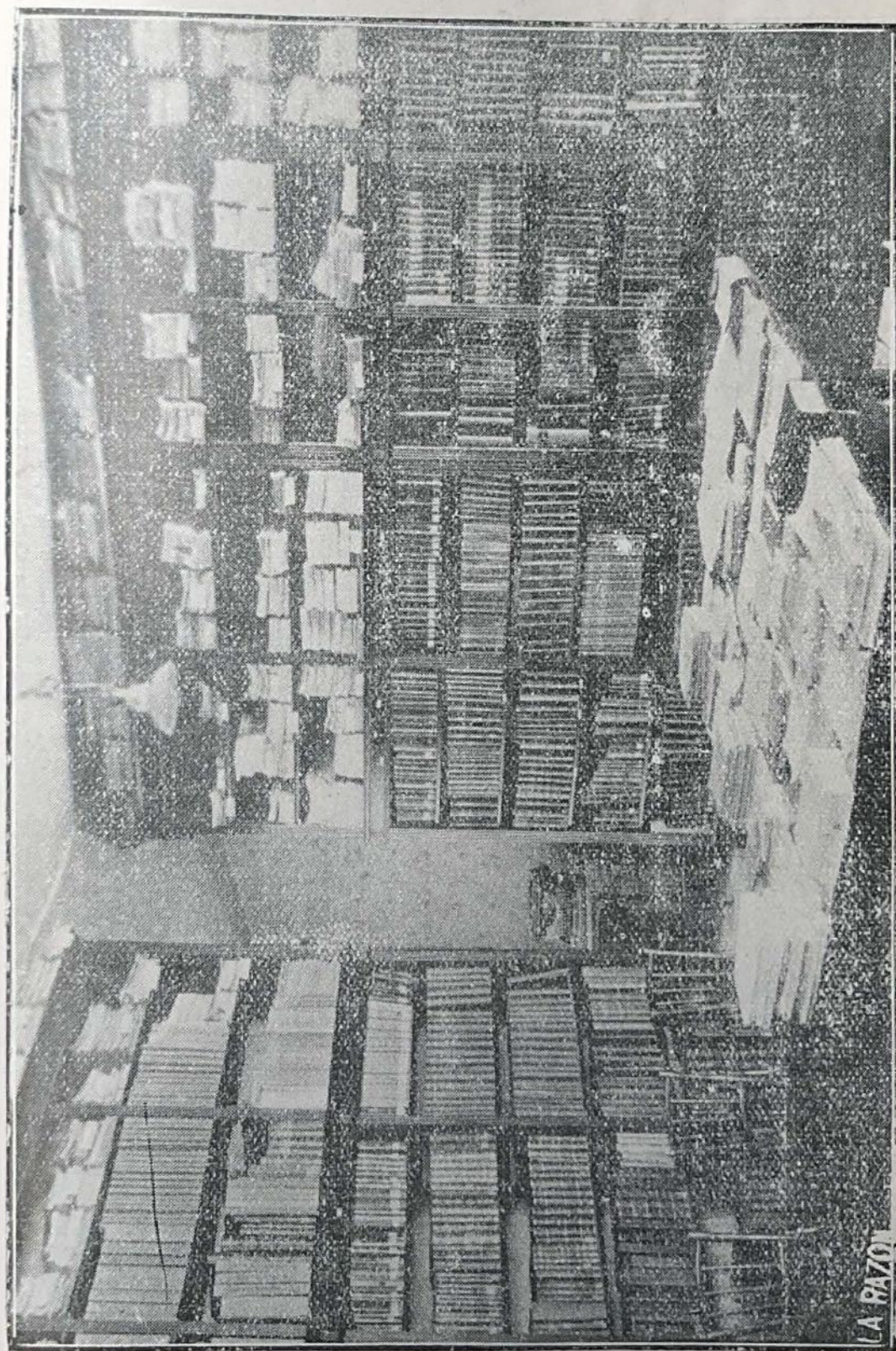
Pero el cuerpo médico de Sucre no faltó a la cita del civismo. Y concurrió a ella no con manifestaciones bullangueras ni con expresiones de pasajero júbilo, sino, conforme a sus tradiciones, ha-

ciendo una obra de efectivo progreso, echando las bases de una agrupación científica de amplio programa que había de cumplirse en beneficio de la salubridad pública, de la enseñanza médica y del adelanto científico local.

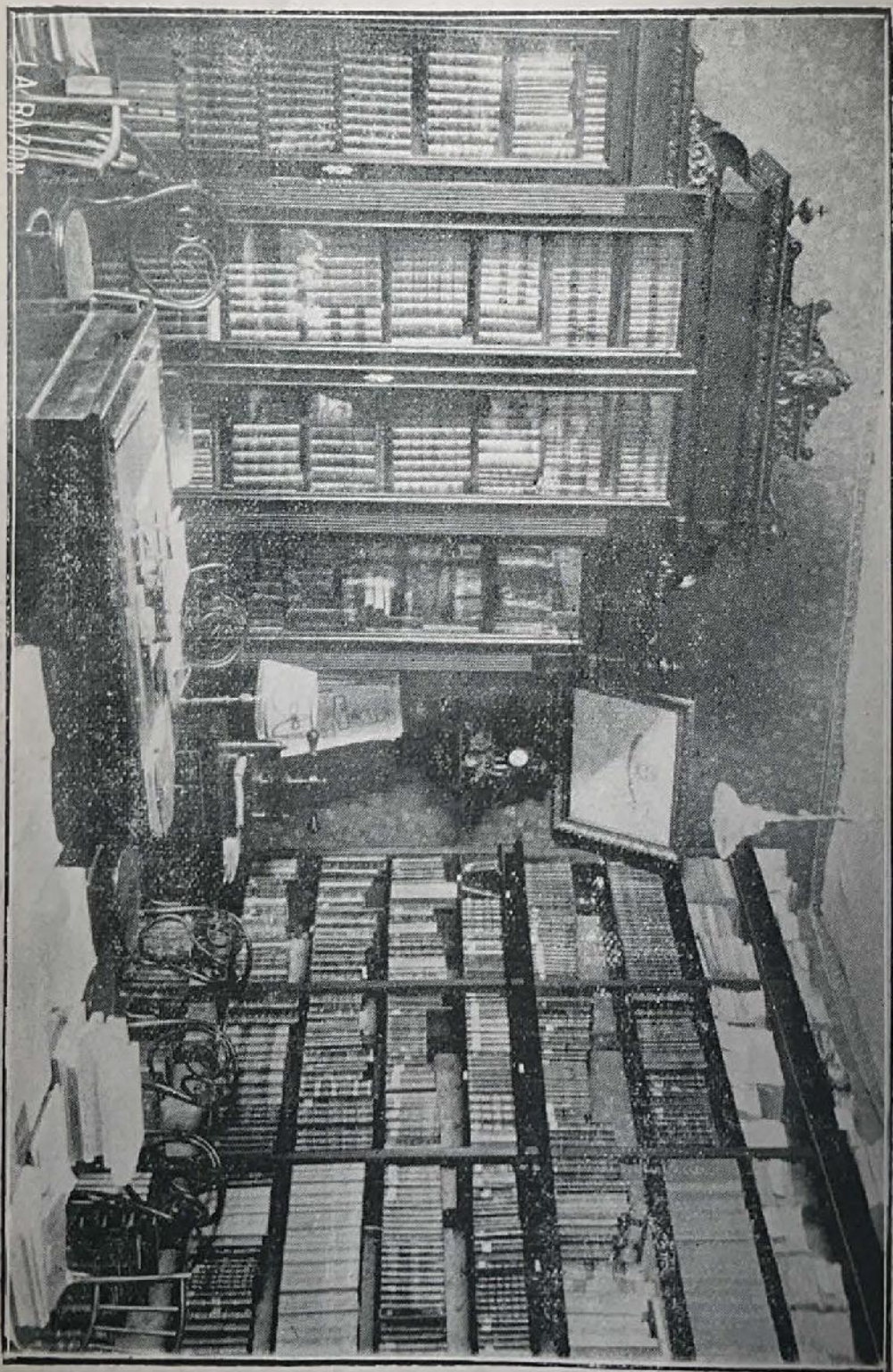
El doctor Manuel Cuéllar, eminente cirujano, colaborador de la clínica del Profesor Tillaux y prosector de anatomía en la Facultad de Medicina de París, llegado recientemente de aquella metrópoli, y habiendo revalidado su título profesional en la Universidad mediante sobresalientes pruebas prácticas y teóricas, se asoció con los ilustres doctores don Valentín Abecia, don Gerardo Vaca Guzmán, don Angel Ponce y don José Cupertino Arteaga, para fundar el Instituto Médico Sucre, al que poco después ingresaron los doctores Nicolás Ortiz, José Manuel Ramírez, Sixto Rengel, Marcelino T. Martínez, Donato y Constantino Doria Medina, quedando así constituido este centro científico que estaba llamado a desempeñar un papel tan importante dentro de la vida intelectual de la nación.

Desde su fundación fué el elemento asesor de los poderes públicos y especialmente del poder comunal en cuestiones de higiene pública. Su instalación meteorológica prestó importantes servicios al país; sus estudios de demografía sanitaria fueron de gran trascendencia; sus análisis químicos, dirigidos por el competente especialista doctor Vaca Guzmán, sirvieron no sólo a la salubridad de la ciudad, sino que hicieron conocer el valor de numerosas aguas minerales y termales, y ayudaron a la industria minera y a otras varias, suministrándoles datos preciosos para su desenvolvimiento.

La preparación y cultivo de la vacuna anti-variolosa, que fué difundida en todo el territorio de la República, constituyó la valla infranqueable con-



Otro ángulo de la Biblioteca.



Un ángulo de la Biblioteca.

tra las epidemias variólicas que antes hicieran estragos en la población.

El Instituto fué la primera institución científica que ya en 1895 tenía una instalación de radiología y obtenía excelentes fotografías óseas. El Instituto fué igualmente el único círculo médico de la República que en esa misma época contaba con un completo laboratorio de bacteriología. Sus museos de anatomía normal y patológica y de ciencias naturales no tenían ni aun hoy tienen rival alguno en los demás centros del país.

El nombre de Instituto Médico parece dar a entender que se tratara de un plantel de enseñanza médica, cuando en realidad se refiere a una sociedad científica constituida por elementos médicos, y de otras ramas anexas a la medicina, q' tiene por objeto hacer investigaciones originales, colaborar a las autoridades nacionales, departamentales y municipales, en asuntos de salubridad pública y prestar su concurso a la Escuela de Medicina.

Una asociación privada como ésta, para llegar a desenvolverse y adquirir el local y el material que posee, tuvo naturalmente que vencer mil dificultades.

La casa que ocupa fué adquirida del Banco Hipotecario Garantizador de Valores y el servicio de amortización e intereses fué difícil después de cierto tiempo, motivo por el que se solicitó al Gobierno, ayuda económica para realizarlo. El Gobierno accedió con la condición de que el Instituto concedería a la Facultad de Medicina el número de clases suficientes para que pueda funcionar, mientras se adquiriera un local propio para este establecimiento de enseñanza profesional superior.

Después, el Congreso reconoció la propiedad del Instituto sobre dicha casa y el Presidente de la

Sociedad tomó posesión definitiva e hizo inscribir este derecho en la Oficina de Derechos Reales, constando que se halla libre de toda deuda.

La casa tiene cuatro patios con edificaciones en contorno. Su fachada abarca solamente dos tercios de la extensión del piso alto, que se prolonga sobre la casa vecina hacia el norte.

En el primer patio se encuentran la secretaría, la biblioteca, la sección de electrorradiología, el salón de actos públicos, todo ello en la planta baja.

En los altos se hallan la sección de meteorología, el museo de dermatología y anatomía patológica, el de historia natural, la sección de fotografía.

En el segundo patio (planta baja) están instaladas las secciones de química, de bacteriología y serología.

En el tercero, se hallan depósitos de sustancias químicas y los establos destinados a la cría de animales de laboratorio.

El cuarto es ocupado íntegramente por la sección de vacuna.

La biblioteca consta de cerca de cinco mil volúmenes, casi en su totalidad de obras de medicina y asignaturas anexas o similares, contándose entre ellas algunas ediciones raras y agotadas.

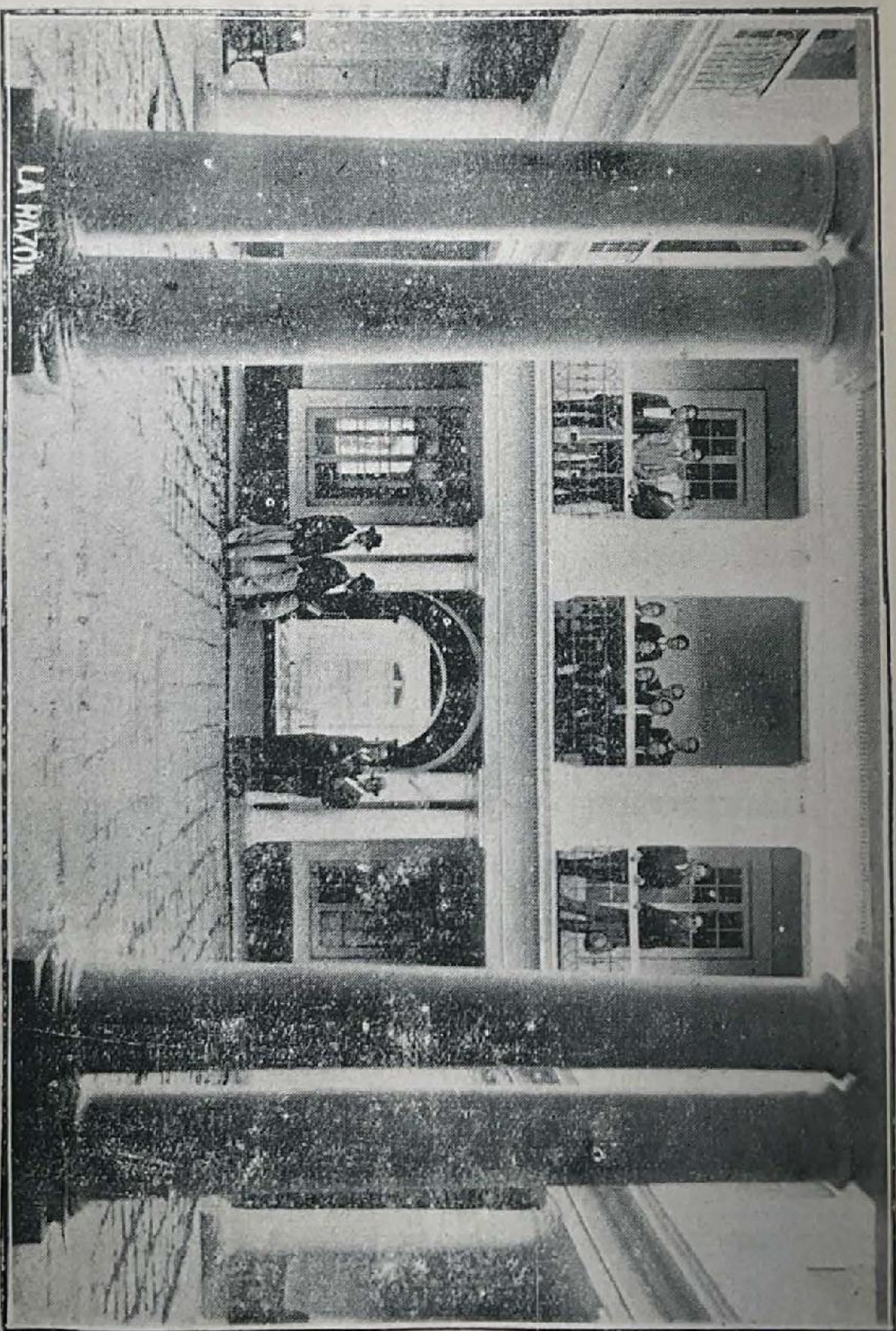
Como ya la Facultad de Medicina ha alcanzado el desarrollo necesario y ya no hay motivo para que el Instituto tome su tutela, como sucedió en ocasiones anteriores, la Sociedad se desenvuelve ahora independientemente, y dadas sus especiales condiciones de organización, antigüedad, servicios, personal, etc., tiene el propósito de pedir la colaboración de todo el cuerpo médico de la República para que, sobre su base, se forme la Academia Nacional de Medicina.

Ahora que se trata de organizar un sindica-



Salón de actos Públicos.

LA RAZON



LA PAZ

Primer patio, con algunos estudiantes.

to médico, el Instituto va a tomar sobre sí el cuidado de estudiar debidamente la cuestión y de encauzarla sobre firmes cimientos.

Esperemos que esta institución casi semi-secular, que ha sabido mantenerse firme ante mil embates, sea siempre el baluarte que defienda los derechos médicos, los intereses profesionales y contribuya eficientemente al desarrollo de la ciencia en el país.

El Sindicalismo Médico

Todos saben que el movimiento sindicalista ha sido ante todo una organización obrera con el objeto de aliviar su situación y asegurar las condiciones de su existencia.

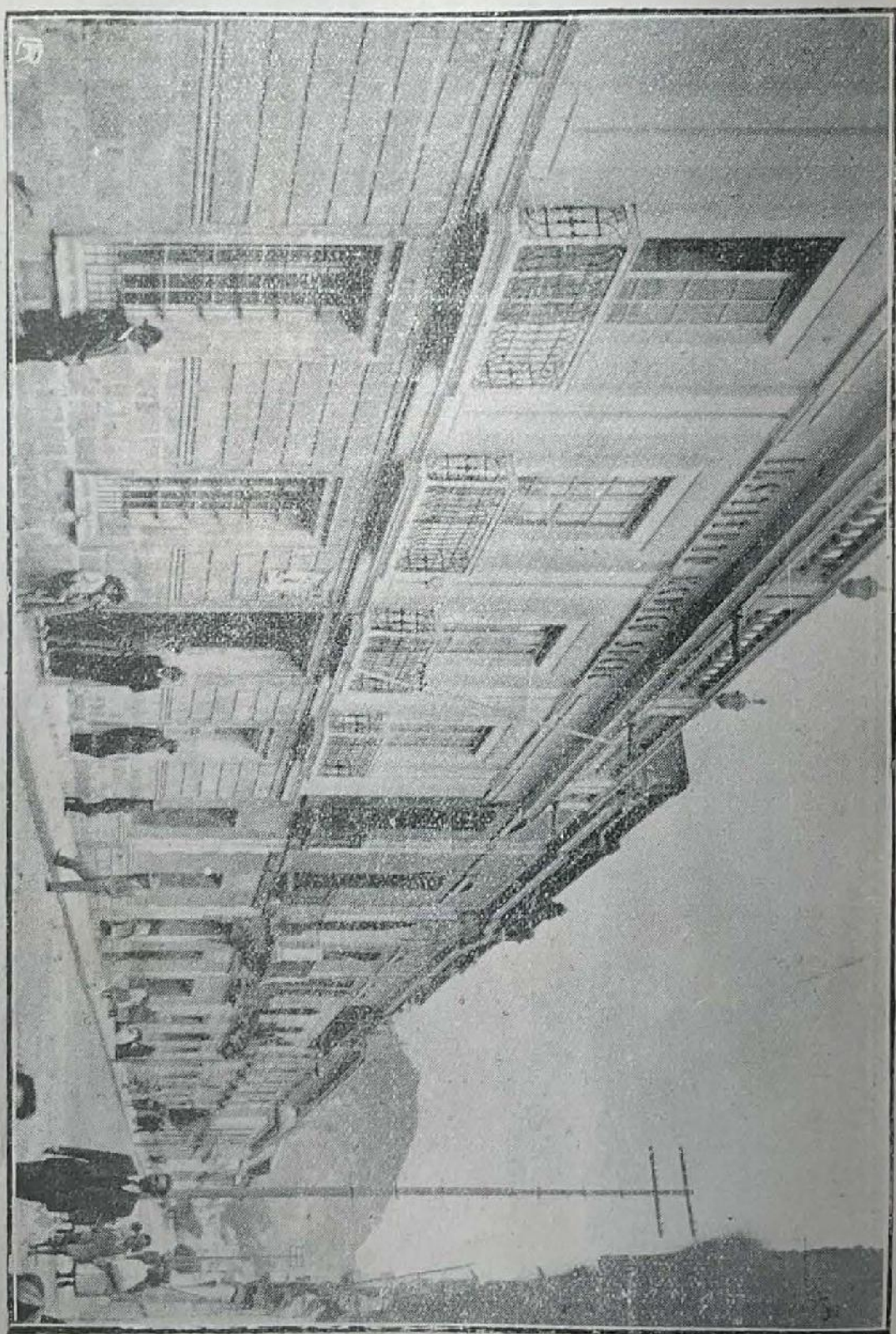
El sindicalismo, esto es, el sistema que procura el mejoramiento gremial y obrero en general mediante la asociación constituída en defensa de los intereses comunes, tiene una estructura esencialmente compleja.

Los medios de que se vale para lograr sus fines son múltiples, y sus finalidades mismas difieren con mucho unas de otra para poder sintetizarlas en una sola expresión que abarque su dispar realidad.

No es ésta la ocasión ni es éste el lugar para hacer un estudio detenido del sindicalismo que pretende la anulación del Estado, o del que aspira a la dictadura del proletariado, o del que quiere tener en su mano todos los medios de producción para organizar sobre ellos un Estado especial. Todos estos sindicalismos miran la revolución como base del desarrollo de sus planes.



Dr. Aniceto Solares, Vicepresidente del Instituto.



Frontis del edificio del Instituto Médico Sucre.

Dr. Antonio Salazar, Presidente del Instituto.

Hay un concepto ideológico más positivo y mejor orientado, que es el del sindicalismo basado no ya en la revolución sino en la evolución social. Este concepto, traducido a la realidad, ha dado origen al sindicalismo independiente y al sindicalismo fascista. El sindicalismo evolucionista no acude a la lucha sangrienta ni provoca vanos y estériles conflictos. Su misión es la de lograr el máximo posible de ventajas sin cambiar de una manera substancial el actual orden de cosas.

El individualismo proclamado por la democracia, conquista de 1789, base del sistema de organización de casi de todas las repúblicas, es algo que, oponiéndose al progreso de las colectividades y sobre todo a su bienestar, debería ceder el paso a la solidaridad de la producción, en la que se encuentran interesados los q' laboran y los q' pagan, patronos y obreros, capital y trabajo, y también inteligencia.

Una forma de sindicalismo evolucionista, que en su aplicación ha dado ya palpables muestras de su capacidad práctica para resolver las dificultades inherentes al restablecimiento del principio de justicia en esta cuestión capital de la lucha entre el capital y el trabajo, es la del sindicalismo fascista, que, abandonando el ideal de un internacionalismo nocivo, proclama la intervención suprema del Estado cuando los intereses particulares se encuentren en pugna y hace una realidad de la cooperación de clases, aniquilando el temido fantasma de la lucha entre éstas.

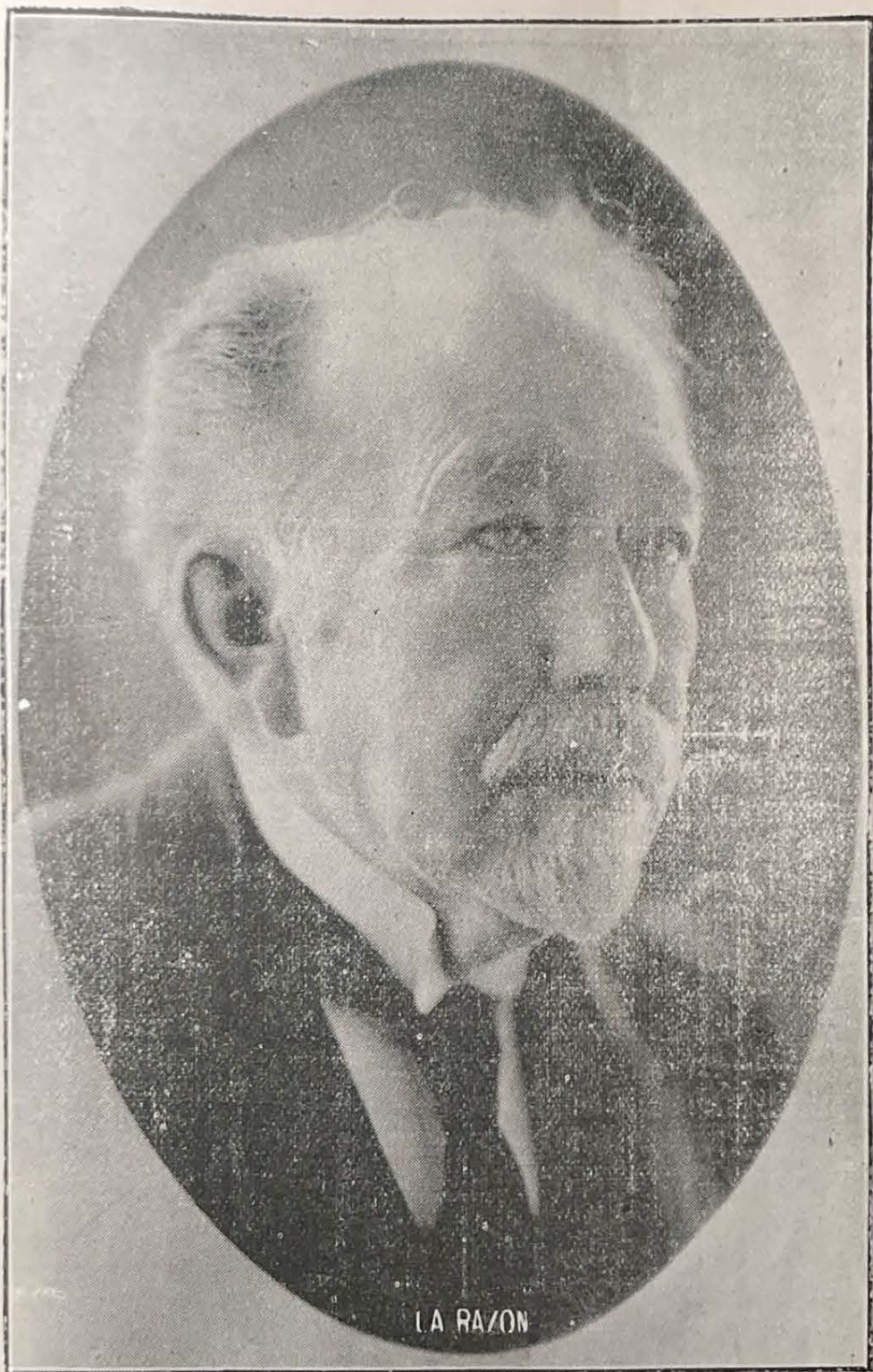
Esta forma es el sindicalismo integral; las demás son simplemente parciales. Pero para que llegue a ser efectiva, se requiere precisamente la formación del Estado corporativo en lugar del Estado democrático e individualista que es la característica de nuestra organización social boliviana.

Viviendo, pues, como vivimos, dentro de un régimen incompatible con la sindicalización total y obligatoria, los elementos obreros y los elementos profesionales tienen forzosamente que acudir a las asociaciones sindicales parciales. Y es dentro de esta modalidad que debemos considerar la iniciativa lanzada por el cuerpo médico de La Paz, de propender a la formación del sindicalismo médico en Bolivia.

Ya hace varios años que madura en la mente de los médicos bolivianos la idea de organizarse sindicalmente. Hay razón para ello. Como no existe una ley sobre el ejercicio profesional de la medicina y ramas anexas, como no ha sido posible establecer hasta hoy el monopolio legal de este ejercicio, como los asuntos relativos a honorarios, a la represión del ejercicio ilegal y a la defensa de los derechos e intereses profesionales, han quedado abandonados, se puede decir que el médico se encuentra aislado, sin protección, sin ayuda, entregado a todos los embates de la lucha por la vida atendido a sus propias fuerzas.

La unión hace la fuerza, como reza el lema de nuestro escudo nacional. Sin esta unión, que no es más que una de las manifestaciones del gran principio de solidaridad humana, de interdependencia no sólo entre los hombres sino también entre la ininterrumpida serie que forma la cadena de las generaciones, la acción individual queda poco menos que reducida a cero.

Pero para llegar a constituir un gran todo con los miembros de la profesión médica, es preciso primero establecer vínculos de compañerismo en



Dr. Nicolás Ortiz, decano honorario de la Facultad. Eminente maestro de la juventud médica boliviana.



LA RAZON

Dr. Ezequiel L. Osorio, Presidente del Instituto.

forma de agrupaciones intelectuales y de mutualidades comprofesionales; es necesario q' la *invidia medicorum* ceda el paso a los principios y reglas de la ética universalmente admitida; es forzoso, en fin, que previamente nos consideremos todos como células de un gran organismo y que nuestras actividades converjan sin descrepancia hacia la realización del supremo ideal de mejoramiento de las condiciones sociales y económicas de nuestra profesión, ideal que se condensa siempre dentro del fin de la solidaridad humana.

Al lado de los intereses materiales se encuentran, primando sobre ellos, los intereses morales. El cuerpo médico tiene ante sí una gran cantidad de problemas que resolver, ahora más que antes. Las circunstancias de la vida han cambiado totalmente; y así como el trabajador y el capitalista buscan soluciones satisfactorias a las nuevas condiciones en que actúan, así también el médico tiene que buscarlas, si quiere ocupar o mejor dicho continuar ocupando el mismo nivel en que lo colocaron sus antepasados, que supieron responder a su vez a las necesidades de la hora en que vivieron.

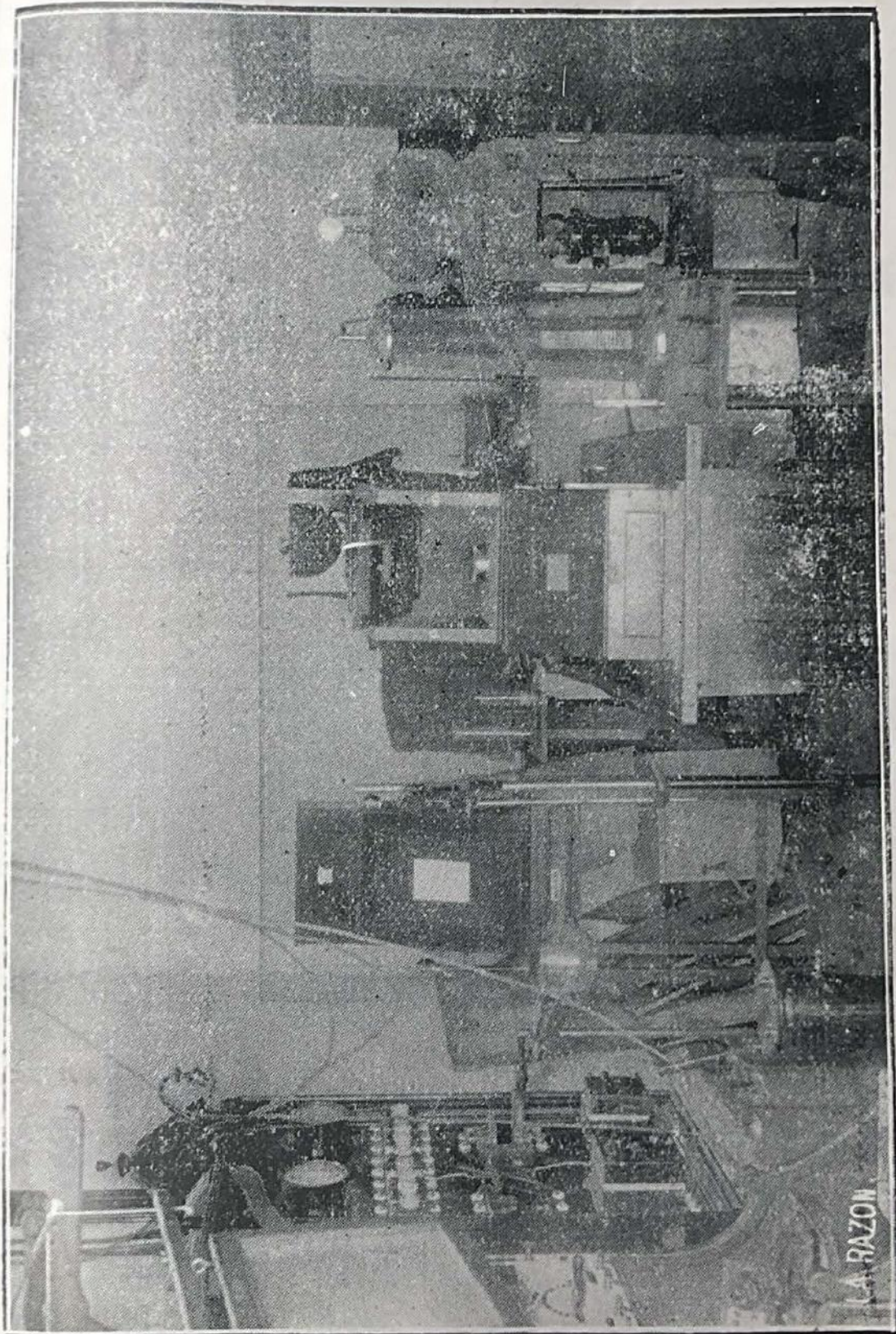
Todas estas reflexiones no tienen otro objeto que dar a conocer los móviles que impulsan al cuerpo médico de las distintas circunscripciones de Bolivia hacia la vía del sindicalismo profesional. Este tendrá por resultado la creación del espíritu de fraternidad y solidaridad que tanta falta hace; la mejora de las actuales condiciones de vida, evitando las injusticias que se cometen con el médico aisladamente considerado; la prevención de futuros conflictos entre comprofesionales y entre la sociedad y los médicos; la garantía de nuestros derechos, su pleno ejercicio, sin más limitaciones que las trazadas por la ley y el bien público; el estudio cuidado-

so de las reclamaciones de las personas y agrupaciones médicas para atenderlas debidamente, defendiendo las reivindicaciones legítimas; la organización de instituciones que fomenten el ahorro y contribuyan por medio de seguros bien establecidos a garantizar al profesional contra accidentes, invalideces, enfermedad, vejez o muerte.

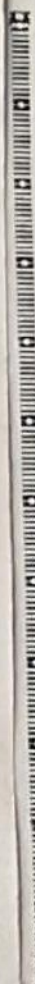
Así considerado, el sindicalismo médico profesional, en lugar de ser un sindicalismo revolucionario y avasallador, violento y creador de luchas y conflictos, será más bien una institución evolucionista, que funcione perfectamente dentro del engranaje actual, sin requerir cambios bruscos ni sacudidas intensas. Será más bien, un elemento de orden y de disciplina, un elemento de bienestar y felicidad social.

No hay que creer, sin embargo, como creen la mayor parte de los iniciadores del sindicalismo, que su constitución implique solamente una serie de beneficios y la satisfacción de todas las aspiraciones, sin imponer por su parte condiciones particulares que se traducen por obligaciones y responsabilidades. Hay que pensar que, cuando se obtienen beneficios, también se adquieren compromisos ineludibles.

La primera condición exigida por el sindicato a sus miembros es la de la más estricta y severa disciplina, impuesta por la institución y aceptada libremente por el que quiere pertenecer a ella; porque el sindicato no es obligatorio, y porque quien aspira a serle incorporado debe saber bien a qué se compromete. El que ingresa sabe las ventajas que le va a reportar su entrada; es justo e



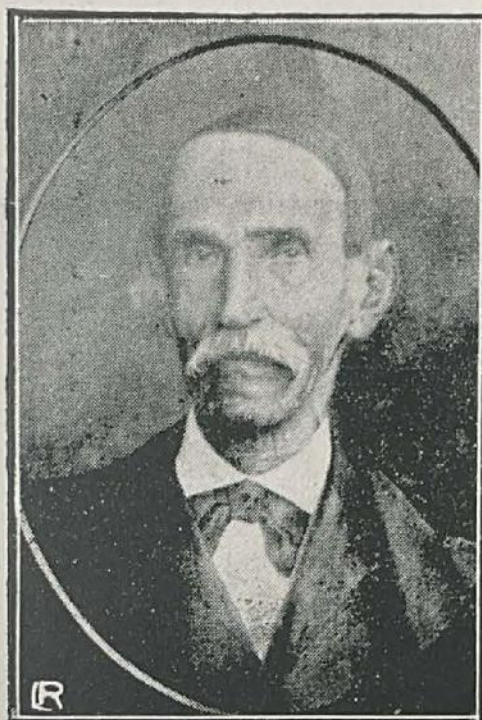
Sección de electrorradiología



**Médicos fundadores de la Escuela de Medicina y
Socios fallecidos del Instituto**



Dr. Torrally, fundador de la Escuela de Medicina en 1826



*Dres. Manuel Ascensio Cuéllar, primer profesor de la Facultad, y
Dres. Núñez y Montalvo, sus discípulos, profesores también*



Dr. Valentín Abecia

Dr. Valentín Abecia



Dr. Gerardo Vaca Guzmán.

indispensable que conozca igualmente qué deberes adquiere para con la sociedad.

En Bolivia no hay una legislación especial para sindicatos profesionales; pero lo que no está prohibido terminantemente por la ley, queda de hecho permitido. Podemos constituir un sindicalismo médico desde luego; ya vendrá después el legislador a reglamentar la forma de su desarrollo. La ley no crea las instituciones; son las instituciones, las costumbres y las necesidades las que crean la ley.

El principio fundamental que debemos perseguir es la defensa de los intereses profesionales; y la consecución de esta aspiración no puede ser real si no se mantiene en primer lugar el principio de autoridad que gobierne a todos los asociados dentro de un régimen de orden y disciplina, para que así se mantenga la cohesión necesaria que pueda servir de cimiento a la personería civil y jurídica que capacite a la asociación para realizar todos los actos conducentes al buen logro de sus finalidades.

Las personas indignas, los colegas malos, quedan de hecho excluidos de una asociación, en la que la honradez más absoluta y la corrección más grande son la norma de conducta de todos sus miembros. La disciplina voluntaria exige, por otra parte, que quienes predicen la anarquía y el desgobierno, no puedan formar parte de un sindicalismo pacífico y evolucionista.

Las reglas invariablemente aceptadas por consenso unánime en materia de deontología médica tienen fuerza de ley dentro de la agrupación sindical, lo mismo que la forma y condiciones en que tiene que desenvolverse el ejercicio profesional. El médico que sienta vulnerados sus derechos debe entregar al sindicato la solución de los diferentes que mantenga con los poderes públicos, con sociedades,

compañías de ferrocarriles, de seguros, empresas mineras, etc. La más activa cooperación por parte del sindicato es también otra norma en todas las cuestiones o procesos judiciales que sostengan sus miembros, si estos asuntos son de índole profesional. El sindicato además está ampliamente facultado para tomar todas las medidas conducentes a impedir el ejercicio ilegal de la medicina.

Fuera de estos objetivos generales que no pueden faltar de los Estatutos generales, hay que contar todavía con las obligaciones emanadas de las decisiones o acuerdos de la Asamblea general, puesto que la voluntad de la mayoría es la única que rige y es la única que da vigor y hace eficientes las determinaciones del sindicalismo. Cualquiera que sea el concepto que se tenga del derecho de gobernar, cuando se ingresa en una asociación sindical hay que subordinarse a sus disposiciones invariables. Para no tener que lamentarse más tarde, para no emplear fuertes frases de censura contra esta dictadura de los más, es de toda necesidad que el médico que quiere sindicalizarse medite antes debidamente la calidad de los compromisos que va a contraer y su capacidad para cumplirlos.

El sindicato dispone de algunas sanciones para aplicarlas en los casos de faltas o delitos contra la institución. La expulsión y la inscripción en el Index son las más severas. Para poner un nombre en el Index no hay necesidad de que sea o haya sido miembro del sindicato; puede colocarse en estas condiciones a todo profesional cuya conducta comprometa el decoro del cuerpo médico o trasgreda de una manera patente las normas de la moral médica. Es una verdadera excomunión médica. Ningún profesional puede mantener relaciones con él.



Dr. Angel Ponce



Dr. Sixto Rengel

La institución del Consejo de Familia dentro del sindicalismo francés ha sido y es muy útil para zanjar dificultades y desavenencias y mantener la mayor cordialidad y franqueza posibles entre los asociados. También puede pensarse en un Tribunal de Honor, que en ciertas ocasiones llegue a hacer de árbitro en algunas cuestiones que afectan la honra o los merecimientos de los colegas sindicalizados.

La tarifa de honorarios y el cobro de éstos han dado siempre margen a mil cuestiones judiciales cuando el médico ha tropezado con clientes que no reunían las condiciones necesarias de probidad. También se ha dado el caso de que algunos médicos no han sabido guardar las consideraciones de su jerarquía, o ponerse a la altura de la tradición y de la historia, que nos muestran, época por época, la continua dignificación del ambiente moral que rodea y envuelve a la respetable orden cuya moral debe encontrarse por encima de las mezquindades y pequeñeces de la vida.

Aquí, pues, la acción sindical debe hacer sentir su benefactora obra, resolviendo asuntos litigiosos, evitando luchas interconfraternales y sirviendo de base de juicio a los jueces y magistrados que intervinieron en los pleitos que se suscitaren.

En cuanto a las relaciones que el sindicato debe guardar con los poderes públicos, es menester alcanzar las desiderata de que no se prescinda nunca de él cuando se trate de cualquier cuestión que directa o indirectamente atañe a los intereses del cuerpo médico; y que se le consulte siempre que tenga que resolverse asuntos de higiene pública y de medicina social.

Pero no es solamente desde el punto de vista de la defensa profesional que se debe encarar el estudio del sindicalismo médico. También es preciso ver que, paralelamente a él y acaso dentro de su propio radio, un gran número de obras de beneficencia y previsión social pueden ser creadas e impulsadas. Obras todas destinadas a ayudar y proteger al médico contra los males de distinta naturaleza que le acechan, así en el orden moral como en el económico y material.

Todo ello es materia de un trabajo aparte, que será oportuno cuando ya esté en marcha el proyecto tan acariciado por la profesión de organizar un sindicalismo médico.

De lo que ahora se trata es de presentar un Estatuto, es decir, un proyecto de Estatuto, para que sirva de base de discusión ordenada a cuantos se interesan por la iniciativa.

Este proyecto puede perfectamente ser el Estatuto—tipo que, con pequeñas variaciones, rige en casi todos los países latinos. Aunque se diga que al tomarlo como modelo, *estamos plagiando*, creemos que más vale apropiarse de lo que la experiencia de la humanidad ha producido en muchos años, que no, por el gusto de ser originales, imponernos otro que difiera substancialmente de aquél y no sirva ni al objeto que nos proponemos ni tampoco llene ninguna de las aspiraciones rápidamente anotadas más arriba.

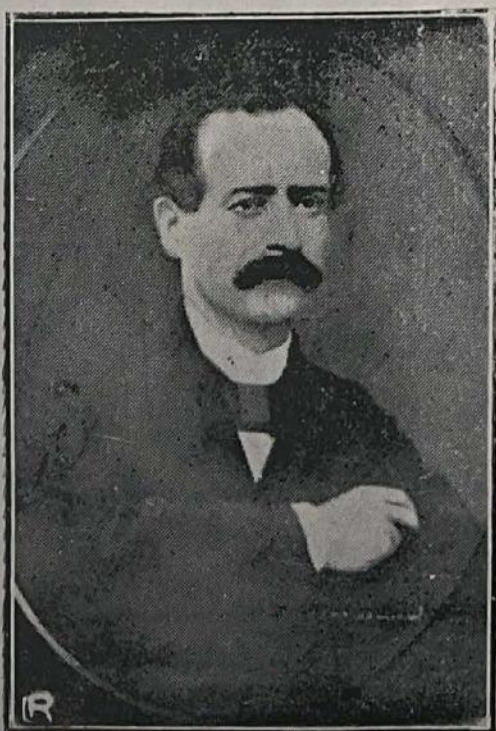
ESTATUTO—TIPO DE UN SINDICATO

Definición. Objeto

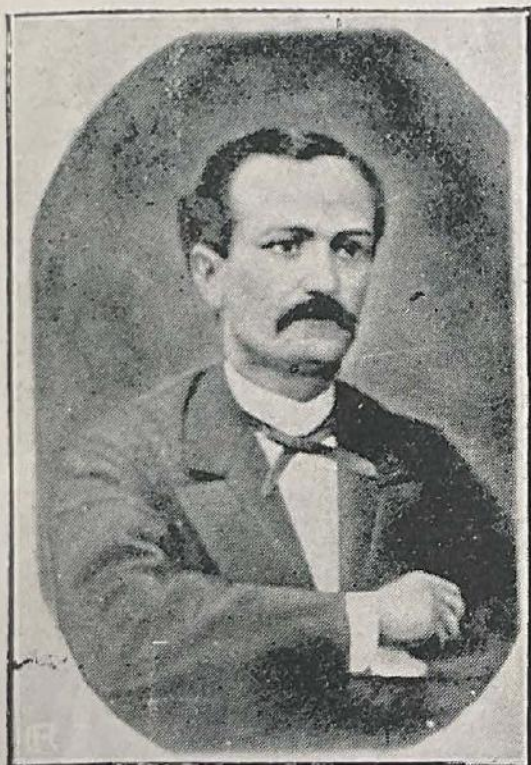
Entre los médicos que quieran suscribir los presentes Estatutos se constituye una sociedad sindical, llamada Sindicato de.....



Dr. Marcelino T. Martínez



Dr. Constantino Doria Medina



Dr. Donato Doria Medina



Dr. José Ma. Araujo

El Sindicato tiene objeto:

a) Mantener entre sus miembros el culto de la dignidad profesional y las obligaciones de estrecha solidaridad que ella les impone en sus relaciones entre sí, con los enfermos y con las diversas colectividades;

b) Estudiar y preparar, de concierto y en colaboración con los poderes públicos y autoridades competentes, la aplicación local de las medidas médicas, de asistencia y protección de la salud pública generales;

c) Perseguir por todos los medios legales la ejecución y respeto de las resoluciones adoptadas por las asambleas generales de la Sociedad;

d) Asegurar la defensa de los intereses generales de los médicos de la región, sin lastimar los de los colegas de las regiones vecinas o de la familia médica.

Los derechos de cada sindicalizado consisten en el goce de una protección tan extensa como sea posible contra los perjuicios profesionales de que puede ser amenazado o atacado.

Las obligaciones y deberes se resumen en la observación de todas las decisiones del Sindicato, especialmente en materia de:

1°. Conducta deontológica;

2°. Prohibición de todos los actos de competencia ilícita mediante la intriga, la solicitud de clientela, denigramiento de los colegas, rebaja y envilecimiento de honorarios, coalición o presión política o religiosa con el fin de perseguir un interés profesional, y otros actos semejantes que apreciará el Sindicato en su valor.

3°. Concurso espontáneo o cosindical amenazado o herido.

Las sanciones aplicables a los casos de in-

fracción de los Estatutos y resoluciones son válidamente pronunciadas en escrutinio secreto por la Asamblea General y por mayoría relativa de los miembros concurrentes, previa investigación, audiencia de partes e informe escrito. Ellas pueden ser votadas sin la presencia del colega delincuente presunto, si éste no comparece a pesar de haber sido citado mediante cartas certificadas, primero ante la oficina investigadora, y luego ante la Asamblea general.

Cualquier penalidad aplicada sin la presencia del acusado, puede ser susceptible de observación durante el plazo de tres meses, pasados los cuales se hará efectiva.

Estas penalidades son: explicación de la conducta observada; advertencia o amonestación; censura; multa de 10 a 500 Bs., exclusión temporal y exclusión definitiva, que podrá sumarse a la multa.

La Asamblea general a su vez decidirá, por su parte, si há lugar a ejercer contra el sindicato una acción judicial de daños y perjuicios, en caso en que la multa no bastase a reparar el perjuicio causado al Sindicato.

Para que la Asamblea General pronuncie las dos últimas penalidades, multa o exclusión, se requiere que esté compuesta por dos tercios mínimo de los miembros del Sindicato y que la penalidad sea acordada por los dos tercios de sus miembros concurrentes.

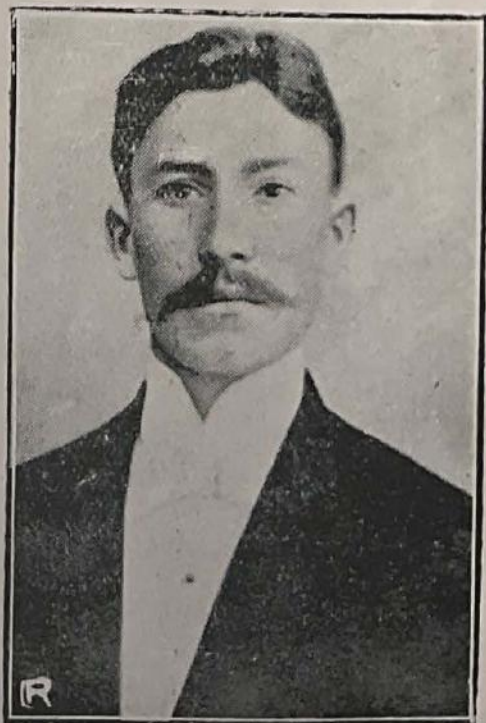
La dimisión o renuncia no libra al sindicato de las responsabilidades y penalidades en que incurrió con anterioridad a aquélla.

El Sindicato está administrado por un Consejo compuesto de: un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y tres vocales.

En toda circunstancia grave, particular-



Dr. Antonio Cárdenas



Dr. Victor F. Quintana



Dr. Demetrio Gutiérrez



Dr. Arcil Zamora

mente en las investigaciones que pueden traer consigo votos de penalidad, lo mismo que en los conflictos que pudieran surgir entre colegas, el Consejo, los miembros prominentes del sindicato y los antiguos presidentes se constituirán en "consejo de familia" a convocatoria del presidente. Sus decisiones no tendrán efecto si no fueren acordadas por dos tercios por lo menos de los miembros concurrentes.

Las asambleas disciplinarias son obligatorias y la incomparecencia a estas implica una multa de 5 Bs., salvo los casos especiales de dispensa.

El *Reglamento interior* da forma a todas las disposiciones de detalle para que se cumplan los enunciados generales del Estatuto.

Este reglamento interno debe legislar o estatuir sobre todo en cuanto concierne a las relaciones que se mantendrán con los médicos no sindicalizados.

Dr. E. L. Osorio.

Oficio del Cuerpo Médico de La Paz al Instituto Médico "Sucre"

La Paz, 1°. de abril de 1932.

Al Señor Presidente del Instituto Médico Sucre

Sucre.

Distinguido colega:

Contando con la valiosa cooperación que con plausible entusiasmo se dignó brindarnos por su intermedio el Instituto Médico Sucre en su atto. telegrama de fecha 4 de mayo de 1931, dirigido a nuestro colega Dr. Enrique Loup B., el Cuerpo Médico de La Paz ha resuelto proseguir en toda energía y decisión esta vez, la campaña contra el ejercicio ilegal de la profesión médica, que va aumentando a diario alentado por nuestra nula acción defensiva, y amparado por la complacencia de las autoridades.

Nos permitimos adjuntarle una copia del memorial que una comisión de médicos entregará personalmente al Presidente de la República, y esperamos que merecerá la aprobación de ustedes. Como es de suponer la respuesta que merezcamos del Jefe Supremo de la Nación, determinará la actitud que deba seguirse, hasta alcanzar el completo logro de nuestros fines.



Dr. Néstor F. Careaga



Dr. Fidel M. Torrico

Paralelamente a esta campaña, se ha decidido organizar el sindicato médico de La Paz, en el estudio de cuya reglamentación nos encontramos actualmente ocupados. Grande sería nuestra satisfacción si supiéramos que nuestros compañeros de la capital, se apresuraran a constituirse en forma análoga, a fin de que en un próximo futuro, toda la familia médica boliviana se viera unida formando una sólo entidad, el Sindicato Médico Nacional.

Confiamos en que esta campaña por la defensa de nuestros derechos, hallará todo el apoyo necesario de parte de esa digna institución de su presidencia, ya que el éxito dependerá sólo de la unión, lealtad y firmeza con que nuestra actitud se muestre. Todas las indicaciones y sugerencias que los colegas de ésa se dignaran hacernos, constituirán un valioso aporte que recibiremos con todo agrado.

Con este motivo, presentamos a los colegas del Instituto Médico Sucre, el afectuoso saludo del Cuerpo Médico de La Paz, y nos suscribimos de usted, señor Presidente, obsecuente y S. S.

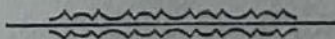
p. el Comité del Cuerpo Médico de La Paz

Enrique Loup B.

Daniel Bilbao R.

Emilio Lara Quiroz

Dirección postal: Apartado 176.



La Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico Sucre

Por el Dr. Felipe Urquieta.

El virus vaccinal, de tan extendido uso profiláctico, puede tener dos procedencias: humana y vacuna. Es indudable que estos dos orígenes del flúido antivarioloso se refieren a una producción *in vivo*. Mas no hace dos años que se conoce también el cultivo *in vitro* del virus aquél.

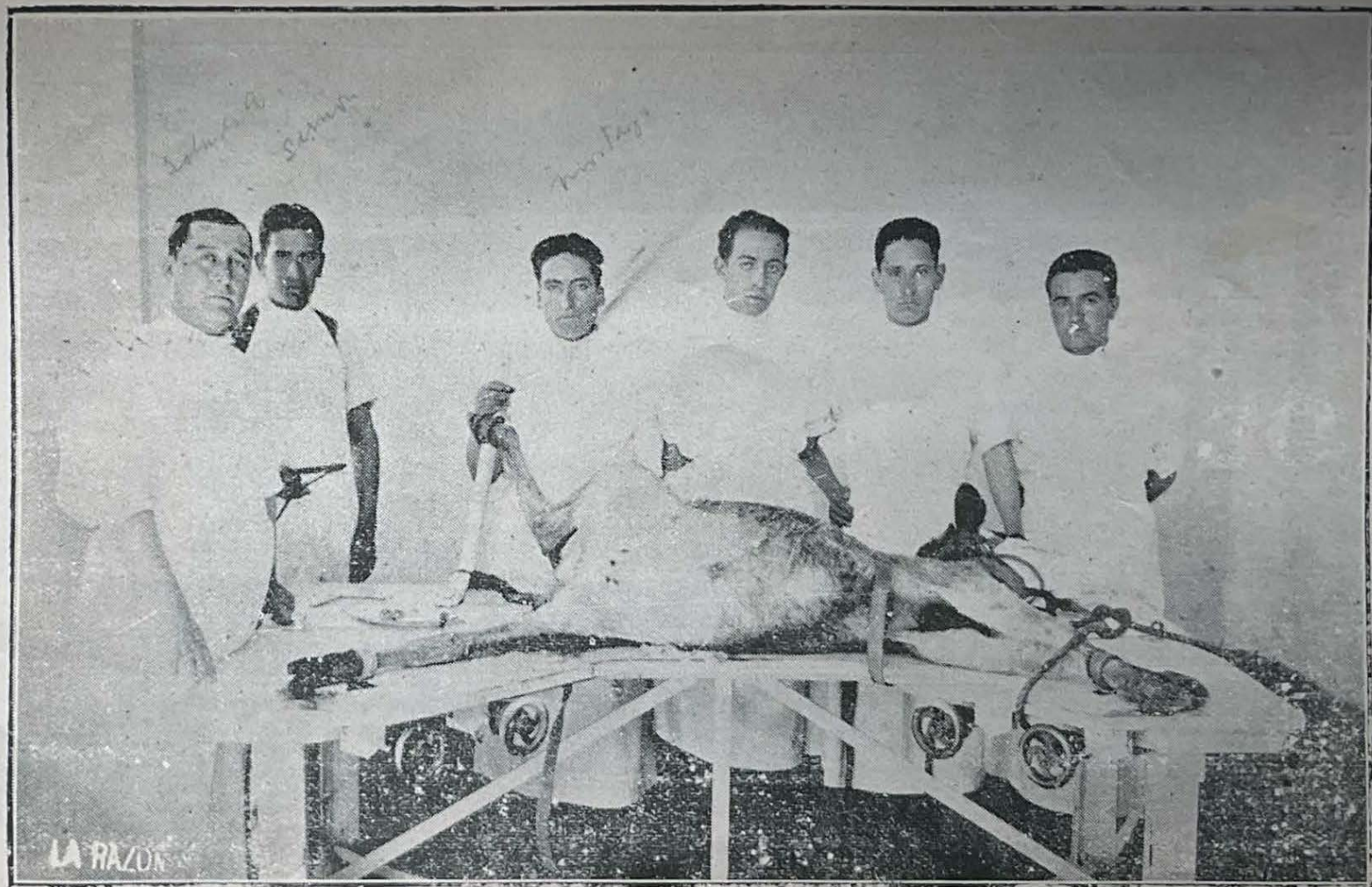
Los fragmentos de embrión de pollo, el plasma y el extracto embrionario del mismo, ítem de la película leucocitaria, se prestan grandemente para el cultivo del virus vaccínico. La proliferación es más activa, y con mucho, cuando son los leucocitos de pollo el cultivo, y no el embrión.

En estas producciones *in vitro*, ciertamente que la multiplicación es muy inferior a la de tantas bacterias en sus correspondientes medios de cultivo. En efecto, después de doce días, el virus vaccínico sólo ha aumentado 700 a 1000 veces, mientras que, como es sabido, algunas bacterias, en pocas horas, se reproducen de tal modo que un individuo da origen a cientos de miles y aun a millones.

Los partidarios del método *in vitro*, arguyen en pro de su sistema de cultivo, la pureza, por decirlo



El Dr. Armando Solares Arroyo
Director del Instituto de Vacuna antivariolosa.



Una ternera en el momento en que va a ser inoculada.

así, del fluído, pues que, como dice un autor, no se ignora “que las linfas vaccínicas del comercio suelen hallarse con mezcla de microbios ocasionales”. (Dessy).

Dicha presencia de gérmenes extraños al virus vaccínico puede referirse tanto a especies bacteriológicamente identificadas, cuanto a factores invisibles, filtrables, ultravirus, acaso también los “inframicrobios” de que habla Nicolle.

La cuestión tiene importancia suma, por las consecuencias que tales flúidos impuros pueden producir a raíz de la vacunación.

Bastaría con recordar las “encefalitis agudas infantiles post—vacunales” que relata el Dr. Julio Comby, en la edición de noviembre de 1931 de la Revista Francesa “Clinique et Laboratoire”. Y, por otra parte, el descrédito de la vacuna humanizada, sobre todo de brazo a brazo, por las posibles complicaciones, entre ellas la sífilis. (Bouchardat, Formulario Magistral, 1920, página 662).

La Vacuna antivariolosa que prepara el Instituto Médico Sucre, —que es fluído animal, procedente de ternera,— muéstrase perfectamente estéril con respecto a los microbios ocasionales. Del análisis bacteriológico que hemos practicado, sobre dicho producto profiláctico, obtuvimos:

Las preparaciones se tiñeron por el método de Graam, siendo Graam -positivos los estafilococos;

los estreptococos;

el tetrágeno;

el Bacilo de Friedlander; etc.

Graam *negativos* el gonococo;

el Colibacilo;

el proteus vulgaris; etc., etc.

No observándose bacteria alguna.

Las preparaciones se tiñeron por el Zichl, *no observándose* ni el Bacilo de Koch, ni el Bacilo de Pfeiffer;

Las preparaciones se tiñeron por el azul de Loeffler, *no observándose* ni el Bacilo de Eberth, ni el Bacilo coli, etc.;

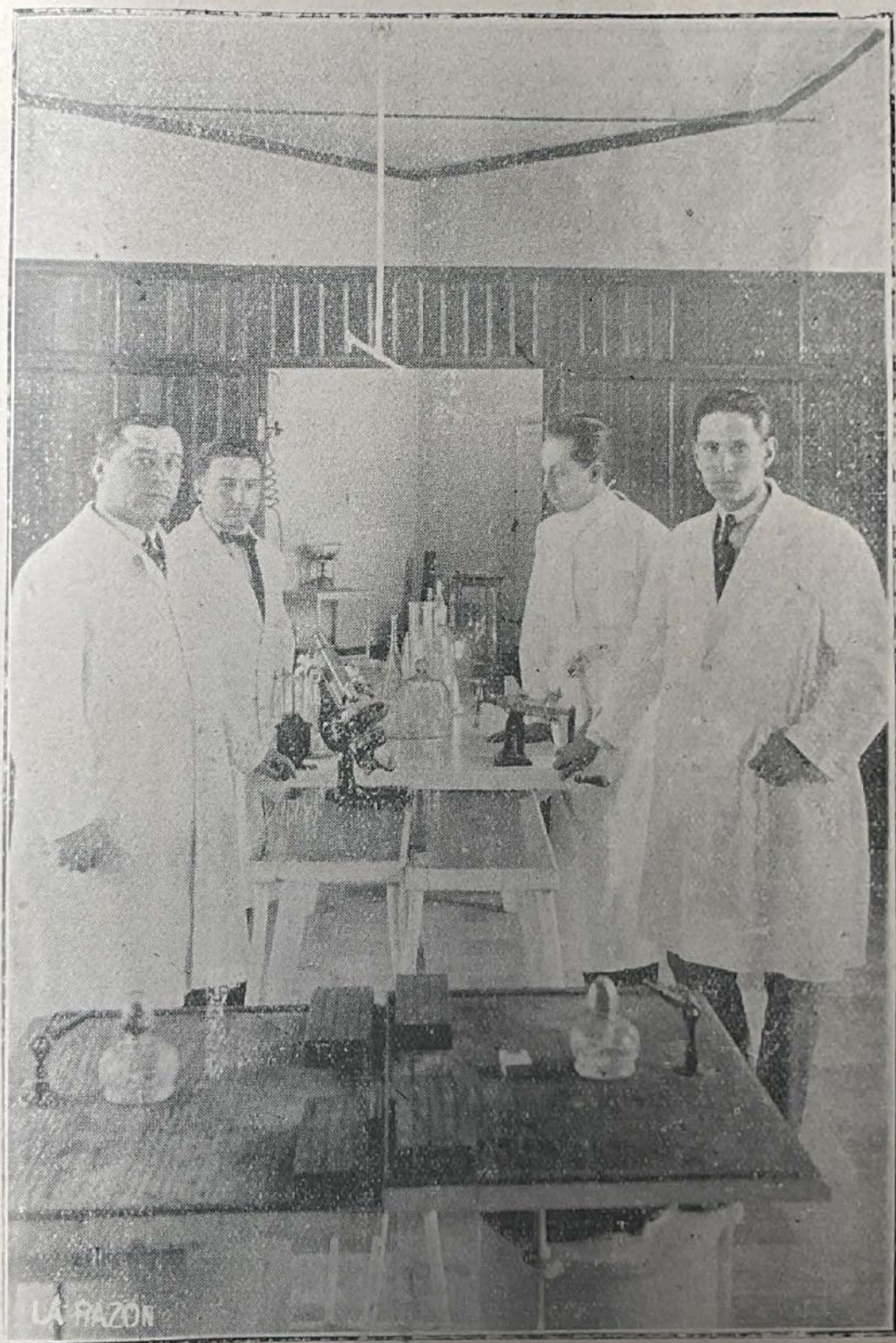
Las preparaciones se tiñeron por el violeta de genciana, *no observándose* el Bacilo piociánico, etc., etc.

Esto en cuanto a esterilidad bacteriológica propiamente dicha. Sobre la ausencia de virus y ultravirus, invisibles, filtrables, en la Vacuna del Instituto Médico Sucre, bien claro lo atestiguan las observaciones y el hecho de que, habiéndose vacunado por el autor de este estudio, ocho personas, —cinco niños de ellas, o sea el 62 por ciento—, no sobrevinieron complicaciones de ninguna clase. La inoculación del fluido vaccínico boliviano fué hecha el 8 de febrero, habiendo transcurrido 66 días hasta el día en que escribimos.

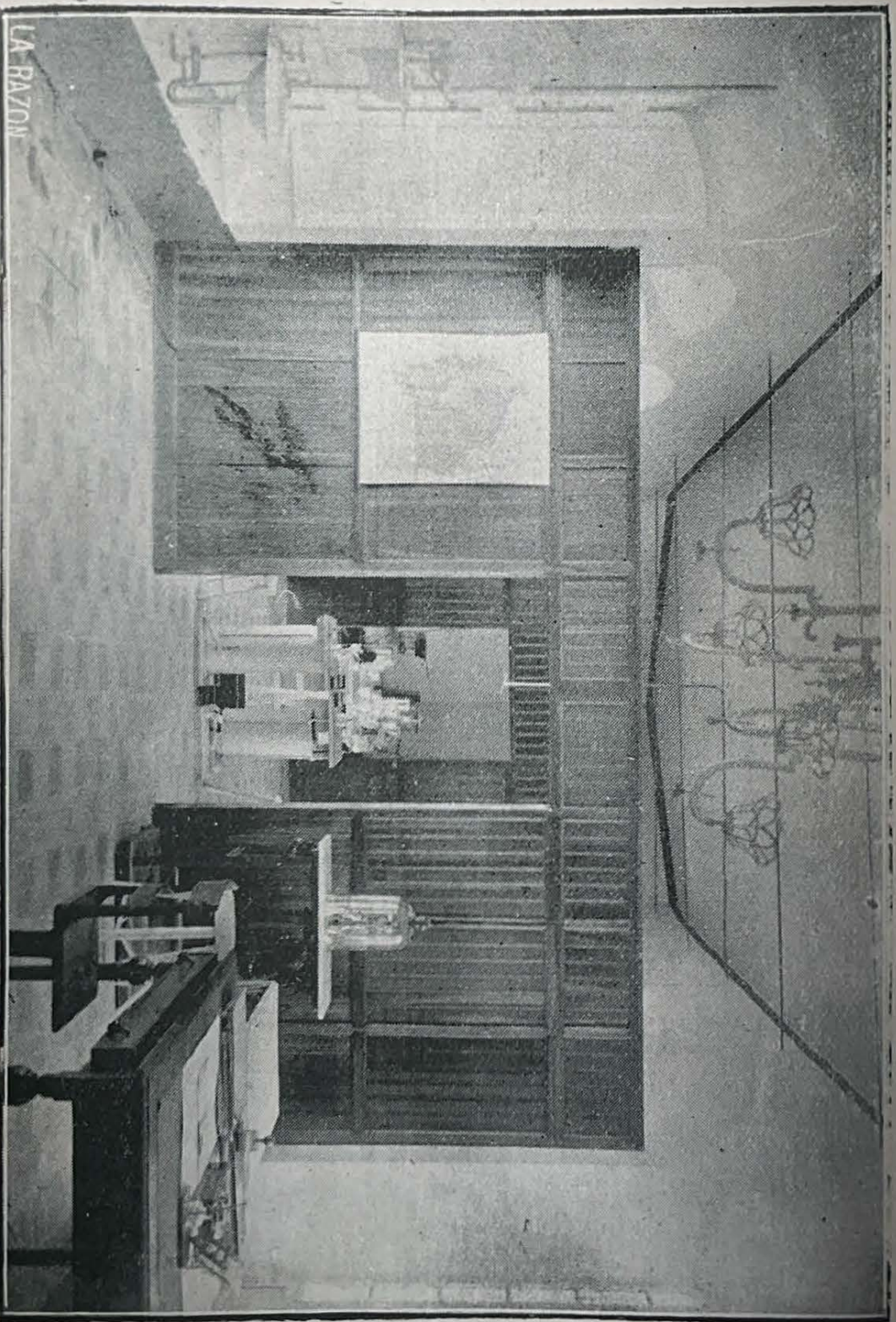
Por todo lo expuesto se infiere que la Vacuna del Instituto Médico Sucre, de Bolivia, constituye un “virus vaccínico puro”.

Autores que tratan de la vacunación, — y ya son muchos,— dicen que deben emplearse linfas recientes, de 10 días a ser posible, y de 50 días, cuando más (Kesch.) El principio no es otro que el de garantizar el período de actividad del virus vaccínico.

Empero, —y aprovechando el número de ampolletas de fluido que nos remitiera el Instituto Médico Sucre,— hemos observado una vacunación con éxito practicada el 10 de abril, *id est*, a los 85 días de la extracción de la linfa.



Una vista de la sección de vacuna.



Otra vista de la sección de vacuna.

Se deduce que la Vacuna del Instituto Médico Sucre, conserva, ventajosamente, su actividad 90 días.

Ciertamente que no es fácil determinar con exactitud, el “índice de virulencia” de un fluido vacínico cualquiera.

La unidad vacunante ha sido establecida como la cantidad mínima del fluido, que inyectada por vía intradérmica al conejo, es capaz de producir efecto.

De una manera aproximada, podemos nosotros dejar constancia de que la Vacuna del Instituto Médico Sucre tiene más de 3.000 unidades por centímetro cúbico.

Hemos tenido el propósito de observar la helio—inactivación del fluido vacuno boliviano. Y con esta intención expusimos a la acción directa de la luz solar, la linfa, en un caso durante tres horas, y en otro cinco horas 20 minutos.

Nos interesaba grandemente saber si los rayos abióticos, de acción decisiva sobre las bacterias en general,—(en unas cuantas horas los rayos ultravioletas destruyen al Bacilo de Koch), — nos interesaba, repetimos, llegar al conocimiento del efecto de estas radiaciones sobre virus, ultravirus e inframicrobios.

Desgraciadamente, la climatología de Arequipa, por estos meses, no permite contar con los días solares que sería de desear; aparte de que la viscosidad y aspecto turbio de la linfa, impedían la acción directa de los rayos ultravioletas.

Mas hemos de insistir en este estudio, y habremos de referirnos a la helio—inactivación vacinal, en ocasión que no se esperará mucho.

Siendo nosotros profesionales químicos, tocamos ahora tratar del aspecto más difícil de la tesis. Nos referimos, pues, al estudio bio—químico de la linfa vaccínica.

Hace más de treinta años que Toussaint decía que “la eficacia de la vacuna dependía exclusivamente de las sustancias solubles, *puramente químicas*, fabricadas por los microbios”. (Véase nuestro trabajo: “Inmunidad, inmunización y Sueroterapia como fenómenos exclusivamente químicos”, por el Doctor Felique Urquieta, Tesis del Doctorado en Farmacia, Universidad de Washington, EE. UU.

Una vez más hemos de proclamar nuestras simpatías, si no partidismo, hacia el papel altamente defensivo que, en nuestro organismo, corresponde a la colessterina.

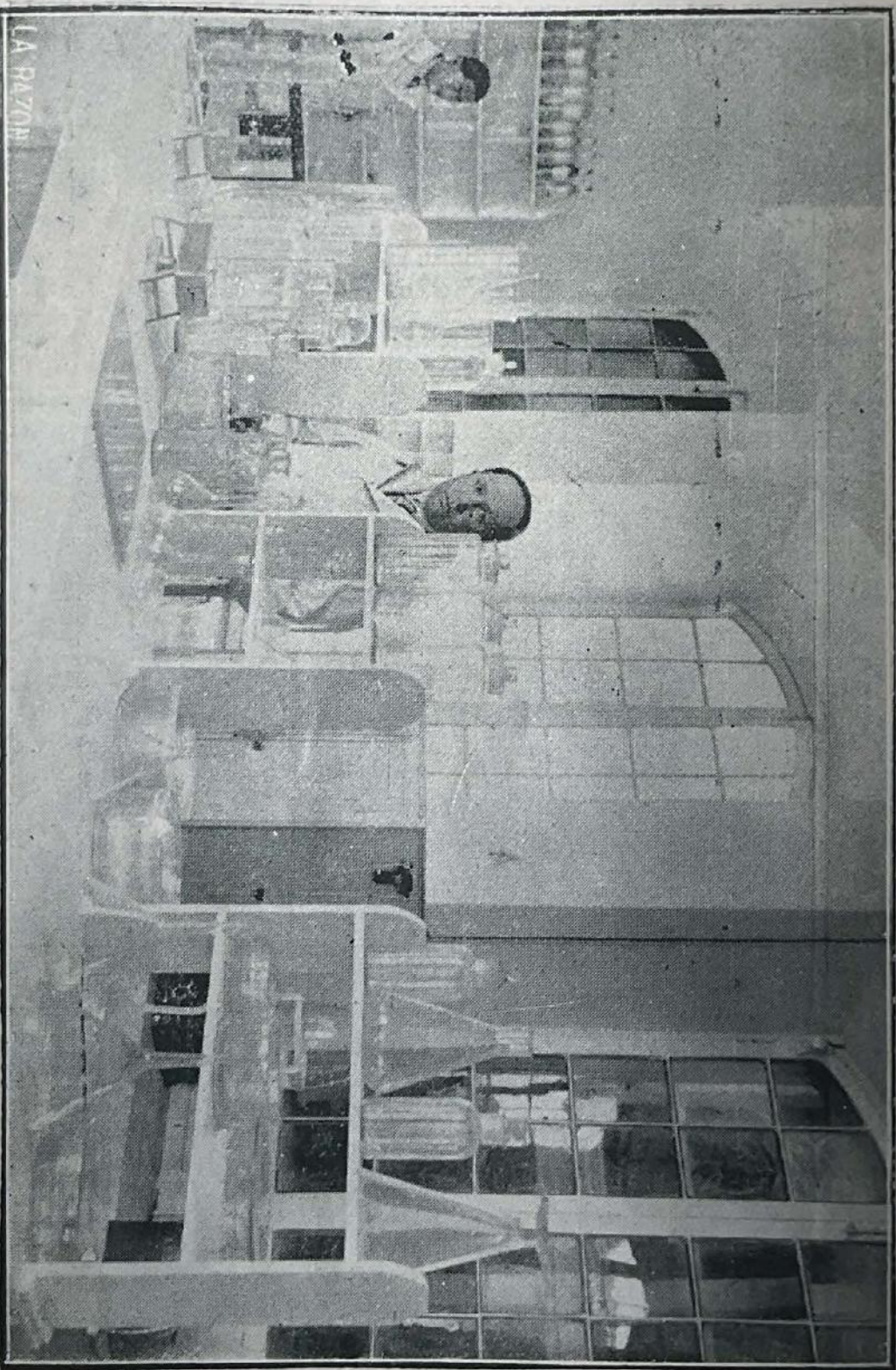
La colessterina es un alcohol monohidrogenado de la serie terpénica, (Halliburton). Y por consiguiente, tiene la colessterina estrecho parentesco químico con los cuerpos canfénicos.

La Revista Médica Latino—Americana, que se edita en Buenos Aires, registra no hace mucho, un nuevo tratamiento para la viruela. El reciente método antivarioloso, de bastante éxito al parecer, se funda en el empleo de la cedrina. El autor del trabajo que comentamos, llega a las conclusiones siguientes:

“El tratamiento por la Cedrina, instituido precozmente, disminuye las lesiones iniciales de la viruela”... Y luego, “el tratamiento de la Ce-



Las vacas que amamantan a las terneras vacciníferas.



El Dr. Navarro en la sección de bacteriología

Defensa Profesional

Memorial presentado por el Cuerpo Médico de La Paz
a S. E. el Sr. Presidente de la República

La Paz, 26 de marzo de 1932.

Al Excelentísimo Señor Presidente Constitucional de la República.

Presente.

Excelentísimo señor :

Desde algún tiempo a esta parte, el cuerpo médico nacional ha venido soportando una situación anómala, que significa la violación y el atropello más desembozado de todas aquellas disposiciones y leyes existentes para regir el ejercicio de la profesión médica y ramas anexas. En efecto, un número cada vez más creciente de extranjeros, a cuyos oídos llega sin duda la noticia de la inaudita facilidad con que en Bolivia se consiguen ciertos favores, se ha establecido entre nosotros, ejerciendo la profesión médica al amparo de "licencias generales" concedidas en notoria pugna con las leyes y decretos existentes al respecto. Solicitudes hábilmente tramitadas tergiversando cláusulas de tratados internacionales no ratificados; acogimientos a especiales concesiones acordadas a los nacionales —tras ape-

lar al expediente de una nacionalización *a posteriori* y carente de las primordiales condiciones; alusión a supuestos títulos extraviados cuyos duplicados se pidieron a países remotos; invocación a ciertas misiones de apostólico empeño para beneficiar a la raza indígena; cuanto recurso en fin, ha podido urdir la perspicacia abogadil, ha sido empleado con este objeto, alcanzándolo siempre tan fácil como deplorablemente.

Para evitar tales irregularidades la Dirección General de Sanidad, en legítimo ejercicio de sus atribuciones, ha opuesto reparos tanto en general como en cada caso particular, haciendo observar al Ministerio de Instrucción los puntos concretos de violación de leyes y reglamentos. Lastimosamente, en la inmensa mayoría de los casos, su autoridad no sólo no ha sido considerada, sino que aun pasando por encima de la Ley de 21 de Noviembre de 1917 —según la cual los títulos que facultan el ejercicio de la medicina, serán conferidos *previo informe favorable de la Dirección General de Sanidad*— ha acabado siempre por otorgar las licencias generales que constituyen una burla a nuestra Legislación.

En la Cámara de Diputados el asunto de que tratamos ha sido objeto de una información, a raíz de la cual se dictó el Decreto Supremo de 21 de abril de 1931, que acordaba un plazo de ciento veinte días para que los profesionales extranjeros hicieran revisar sus títulos, pero cuyo resultado práctico fué absolutamente nulo. Otra petición presentada por H. Diputado Mollinedo en 30 de septiembre de 1931, produjo el informe de 16 de octubre del mismo año, que al exhibir la ilegalidad de cada caso particularmente analizado, terminaba manifestando haberse concedido “plazos prudenciales” a los

unos y estar "en estudio" los expedientes de los otros.

Frente a tal estado de cosas es que el cuerpo médico, viendo menoscabada su dignidad, burlados sus legítimos derechos, se presenta ante el Jefe Supremo de la Nación, cuyo espíritu legalista es la mayor garantía que alienta una causa justa, para pedirle la atención que reclaman sus derechos y la aplicación estricta de las leyes que nos rigen.

No es posible tolerar por más tiempo que, contrariamente a lo que hacen todas las naciones civilizadas, nuestro país sea un campo abierto al ejercicio ilegal de la medicina, dejando la salud pública a merced de la audacia de cualquier aventurero. Una nación legalmente constituida sólo puede encomendar su primordial deber de cuidar la vida de sus habitantes, a aquellos individuos de cuya idoneidad puede dar fe. Con ese objeto existen las universidades facultadas para otorgar títulos tras las pruebas reglamentarias de rigor. Renunciar a ese derecho sería colocarnos en la calidad de comarcas en vías de colonización, en donde cada agrupación extranjera se viera obligada a llamar un médico de su país.

No es campaña de xenofobia; es empeño de depuración, es reclamación de justicia. Si al elemento nacional se le exige el severo cumplimiento de todas las leyes y prescripciones universitarias, no es comprensible por qué ha de librarse de ello al extranjero, a quien sólo le basta rodear su petición de un simulacro de legalidad —grotesco en la mayoría de los casos— para conseguir iguales derechos bajo el sugestivo amparo de complacientes autoridades. No es posible consentir que con tal empeño se pretenda aún acudir a nuestra Magna Carta, para hacerla servir de burladero en ambiciones ines-

crupulosas. En efecto, se ha invocado en ciertos casos el artículo 34 de la Constitución como si no se refiriese sólo a derechos políticos, "a concurrir como elector o elegido para la formación de los poderes públicos y a la admisibilidad a las funciones públicas", lo q' es enteramente distinto al ejercicio de las profesiones liberales. Por otra parte, la ley de 24 de noviembre de 1910 al establecer que "los bolivianos que, previos los estudios necesarios hayan obtenido en el extranjero títulos profesionales, podrán ejercer su profesión en el territorio de la república, sin más requisitos que los de identificar su persona y presentar ante el ministerio del ramo, el respectivo título debidamente legalizado" supone lógicamente que la condición de *boliviano* debe ser *anterior* a la de estudiante en el Extranjero. Más por si aun esto no fuera suficiente, existe el Decreto de 13 de febrero de 1930, cuyo fin, lejos de oponerse a lo establecido por la Constitución y por la Ley, no tiene otro objeto q' complementarla, dándole su cabal interpretación.

Un ejemplo típico de ese imprudente empeño de acomodar la Constitución y la Ley a los intereses de un individuo, constituye el caso del súbdito sirio Juan Farah, quien, al ver fracasado su intento de ejercer la medicina en el Perú nacionalizándose previamente, acudió al mismo arbitrio en Bolivia. La circunstancia de hallarse entonces el país en los difíciles momentos que subsiguieron a la revolución de junio, fué hábilmente aprovechada y no obstante los informes adversos y las representaciones de la Dirección General de Sanidad, le fué otorgada la licencia respectiva. Establecido el precedente, cualquier extranjero hoy día tiene abiertas las puertas del ejercicio de la medicina con sólo recurrir al simulacro de nacionalizarse para torcer el

sentido de la ley de 24 de noviembre de 1910. Tal va ocurriendo en la actualidad con cierto alemán apellidado Lahr.

Una práctica perniciosa y que va siguiéndose cada vez con mayor frecuencia, consiste en otorgar licencias temporales con "plazos prudenciales" como dice el informe ministerial, cuando el solicitante alega la consabida pérdida de sus títulos. Debido a ello, cualquier charlatán armado de audacia, goza del más amplio derecho para ejercer la profesión médica, sin otra preocupación q' la de hacer renovar de tiempo en tiempo los "plazos prudenciales". Si accidentalmente llega un día en que la impostura es descubierta, la fuerza de los hechos quizá ponga término a su continuación; pero entre tanto, el engaño al público doliente y la burla a nuestras leyes, tendrá lo irreparable del hecho consumado. Un elocuente ejemplo de lo expuesto, nos proporciona el reciente caso del supuesto médico R. Carné Cort, quien con los grandes anuncios, que ya delataban su calidad, y con el prestigio que la credulidad pública otorga al extranjero, no tardó en conquistarse la mejor clientela. Gozaba del "plazo prudencial" concedido por el Ministerio de Instrucción, sobrándole por el momento el rimbombante título que se daba de médico de la legación de S. M. el Rey Alfonso XIII. Cuando al cabo llegó el cablegrama oficial del consulado de Bolivia en Barcelona, expresando que "datos rectorado aconsejan negar absoluto ejercicio medicina señor Carné Cort" ya este había desaparecido del país, a expensas de cuya credulidad fué espléndidamente beneficiado.

Otro favorecido recurso al que han dado en cobijarse algunos extranjeros, es el de referirse a tratados internacionales sin validez alguna por no haber sido ratificados. Tal el caso del médico nor-

teamericano J. V. Price, en cuyo expediente de licencias se exhibe como importante y decisivo considerando el "haber llenado los requisitos determinados por los artículos 1 y 5 de la convención de México de 8 de enero de 1902", siendo así que ella no rige por haber sido precisamente Estados Unidos quien se negó a aprobarla. No obstante tan concluyente motivo, que invalida en definitiva el acuerdo de referencia, no se sabe si por ignorancia real o afectada se dictó la resolución suprema de 27 de mayo de 1925, en cuya virtud el nombrado médico americano se halla en actual ejercicio de la medicina. Llama sugestivamente la atención que en el caso de favorecer a algunos se cita el artículo 138 de la Constitución, el mismo que se pasa por alto cuando no conviene para otros en que, como en el caso referido, aparece un decreto supremo anulando lo establecido por la ley de 21 de noviembre de 1907 en su artículo 3°.

Se habla continuamente de la sabiduría de esos médicos extranjeros que pugnan por establecerse en Bolivia, ponderando la utilidad de su presencia como fuente de enseñanza y eficaz estímulo para los nacionales. Dando por supuesto que esos eminentes y prestigiosos médicos se hubiesen decidido a abandonar los honores, utilidades pecuniaras y comodidades mil que brindan sus países a personas de sus merecimientos, para venir a compartir la rudeza y estrechez de nuestro ambiente, es empero inexplicable que se afanen de modo tan obstinado en eludir la demostración de sus conocimientos ante las exiguas pruebas reclamadas por nuestras universidades. La capacidad científica y el acierto clínico se demuestran y consagran en universidades y hospitales ante el juicio del mundo médico, no del profano. El triunfo popular sobre todo en

nuestro medio, es conquista de la charlatanería, logro de ser lanzado por alguna figura espectable, tenaz ayuda sectaria. Su efímera duración muestra más tarde la flaqueza de su base. No están lejos para demostrarlo, las andanzas del famoso Asuero en el Extranjero y entre nosotros las de una Miss Southwell "naturalista" que se cubrió de fama entre las damas de la sociedad. Las desastrosas consecuencias de las prácticas de la susodicha Miss Southwell, así como los graves errores y las faltas a la moral de otras "Celebidades" que aun actúan entre nosotros, son palpadas a diario por el cuerpo médico local en medio del prudente silencio que en esos casos prefieren guardar los familiares de los afectados, ya por no confesar su propio fracaso, ya por no desentonar con la moda del momento.

El cuerpo médico nacional, no sólo que nunca se ha opuesto a la venida de verdaderas personalidades científicas, sino que vería con beneplácito que gobiernos y universidades propiciasen su frecuente visita y aun contratasen sus servicios para ciertas cátedras en las Facultades. Así se incrementaría el adelanto de la medicina en el país, como se hace en las demás naciones; mas, bien distinto es todo esto de la política de puertas abiertas para el ejercicio profesional, que sólo puede atraer aventureros dispuestos a emplear todo recurso, aun el de adoptar una momentánea nacionalidad, con tal de satisfacer su único objetivo, la explotación mercantil de la credulidad pública.

El cuerpo médico, al oponerse a la continuación de estos abusos, no sólo obra en defensa de sus derechos y salvaguardia de la salud pública, sino que quiere precautelar el interés de los futuros médicos que actualmente se esfuerzan en las arduas tareas del aprendizaje. Mañana, al salir de la fa-

cultad, tras unas pruebas que sólo a ellos se exige, no tendrán sitio que ocupar, vencidos por la concurrencia extranjera. Empresas mineras y compañías industriales, contratarán cada vez con más exclusividad los servicios de sus connacionales, tal como si estuviésemos en alguna "concesión internacional" de comarca asiática; y en cuanto al público, se verá siempre atraído por la ruidosa charlatanería que pregona sin escrúpulos.

Mientras que por un lado se multiplican las Facultades médicas, llamando así a prepararse a un número cada vez mayor de estudiantes, por otro se restringe su futura esfera de acción, brindando campo abierto al extranjero. No es posible desconocer que la juventud se sentirá defraudada en posesión del diploma inútil, frente al extranjero para quien la universidad no tiene ninguna exigencia y las leyes se pliegan a su antojo.

Con estas consideraciones, el cuerpo médico, que no puede tolerar por más tiempo ver aplastados sus derechos por una concurrencia espuria a base de complacencia y favoritismo, viene en presentarse ante el Supremo Gobierno para pedirle el estricto cumplimiento de las leyes existentes, la cancelación definitiva de todas las licencias concedidas que figuran en la lista del informe ministerial de 16 de octubre de 1931 y a la que se debe agregar la del Dr. Juan Farah y otras que indicaría la Dirección General de Sanidad, a menos que los solicitantes se sometan a pasar por las pruebas del caso para obtener el título universitario nacional.

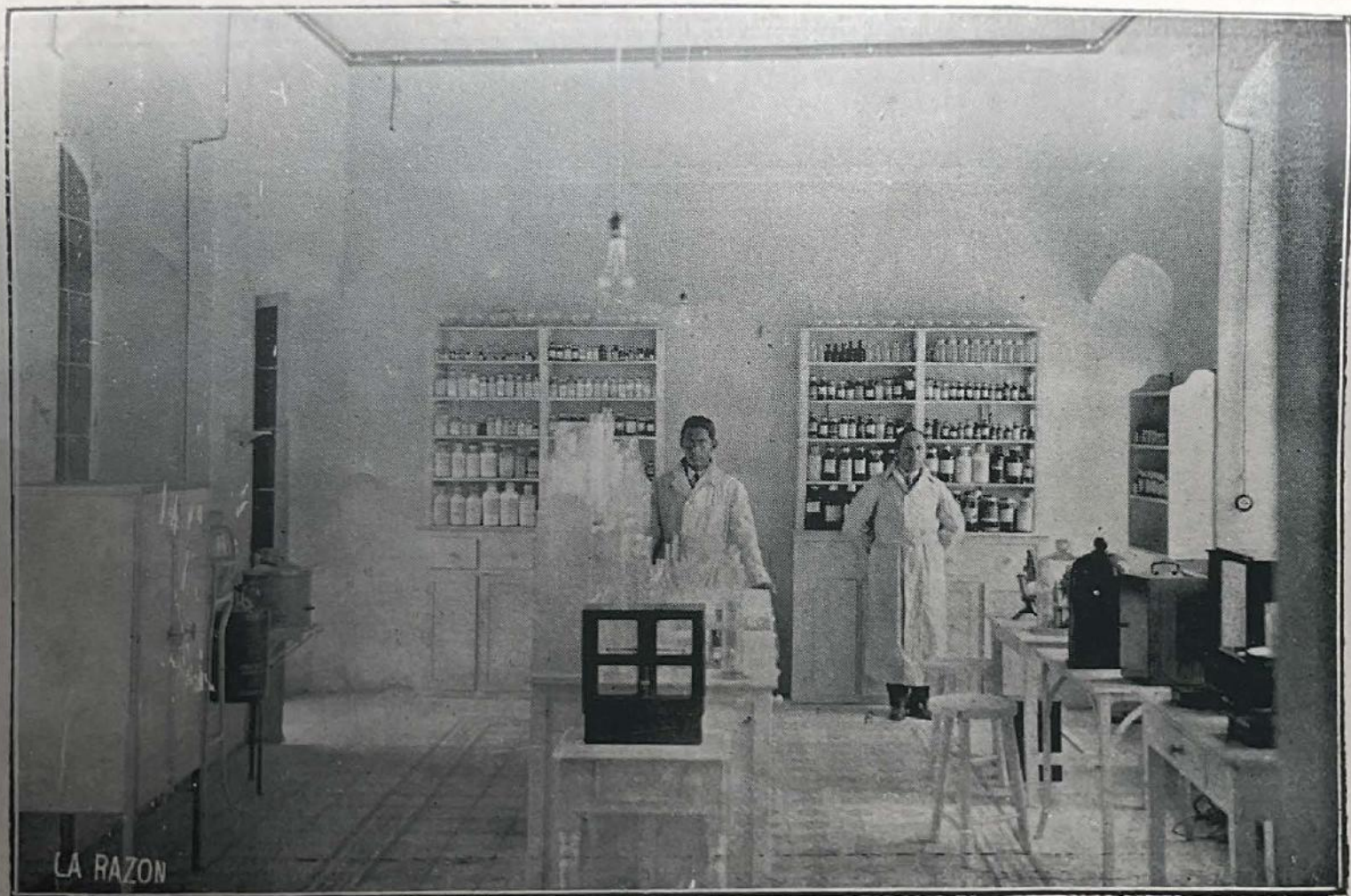
El cuerpo médico de La Paz, autorizado para representar en esta oportunidad, al cuerpo médico de la República toda, según se acredita por los documentos adjuntos, espera de S. E. q' le merecerá el honor de su atención, que a la luz de su ele-

vado criterio, el espíritu de justicia se impondrá y que, finalmente, su exquisita cortesía no tardará en hacerle conocer su decisión al respecto.

Con este motivo, tienen el honor de presentar al Excelentísimo señor Presidente de la República, el testimonio de su respetuosa consideración.

Más de sesenta firmas.





Una vista del laboratorio de bacteriología



Otra vista del laboratorio de bacteriología

Dr. Aniceto Solares

Consideraciones acerca de la hidatidosis orbitaria, a propósito de una nueva observación.

(Trabajo publicado por el autor en "ARCHIVES D' OPHTALMOLOGIE" de París, tomo XLVIII, abril de 1931).

Es sabido que entre las localizaciones de los quistes a equinococos, el desarrollo en la órbita es raro.

Uno de los últimos trabajos que al respecto conozco, debido al doctor Teulières, profesor en la Facultad de Medicina de Burdeos, indica en 141 la cifra de los casos conocidos (1).

El artículo del profesor Rollet, referente a su procedimiento de extirpación de los quistes "por orbitotomía sub-aponeurótica", habla de "150 observaciones, las únicas existentes en la literatura médica" (2).

El estudio, muy completo y muy interesante del doctor Teulières, merece llamar la atención de

(1) Archives d' Ophthalmologie, junio de 1927.

(2) Archives d' Ophthalmologie, mayo de 1930.

los oftalmólogos, por sus caracteres de actualidad, sobre algunos aspectos del asunto. Los voy a examinar muy sucintamente en este artículo.

Señalo, desde luego, la inconstancia, y aun podría decirse la *frecuencia* con que las reacciones de Weinberg-Parvu y la eosinofilia se muestran negativas. Estas reacciones, bastante frecuentemente positivas en la hidátide de otras regiones del organismo, se comportan diferentemente en el quiste orbitario a equinococos. El caso del profesor Rollet denotaba ausencia de eosinofilia. En las dos observaciones del profesor Teulières, reacción Parvu-Weinberg negativa con eosinofilia de 2 por 100 y 1 por 100, respectivamente, en cada caso. Ascunce ha visto casos sin nada de eosinofilia (3). Además, el segundo caso de Teulières se refiere a un enfermo en el que el examen del producto patológico demostró que el tumor era de contenido *estéril*, sin *scólex* (cabezas) ni ganchos (*crochets*), o sea la variedad denominada "acefalocisto".

En fin, se habla con frecuencia de *lesiones inflamatorias* del nervio óptico. No podrán ellas corresponder al tipo de *éxtasis papilar*, pues bien sabemos que ésta traduce la hipertensión cefalorraquídea. Las mencionadas lesiones (neuritis óptica), son una manifestación tóxica por *impregnación de vecindad* (4), producida por sustancias formadas en el quiste, las que acaban por infiltrarse en el nervio, verdadera acción *neurotrópica*.

Los progresos de los métodos operatorios y de la técnica de la anestesia han permitido modifi-

(3) Archivos de Oftalmología Hispano-americanos, julio de 1923.

(4) Aniceto Solares. Les Kystes hydatiques de l'orbite. — En "Archives d'Ophthalmologie" de París, julio y agosto de 1921.

car los procedimientos de tratamiento. La operación de Krönlein, a la que hube de recurrir en uno de mis enfermos, queda como la operación de excepción, utilizable en tumores muy profundos y poco voluminosos, cuando su reducido volumen no permite alcanzarlos únicamente por incisión de las partes blandas, sobre todo si se ha de conservar el globo ocular. Se tiene para elegir entre la *orbitotomía sub-aponeurótica de Rollet* y la extirpación por vía mucosa, frecuentemente preferible cuando el tumor aparece entre el globo y las porciones anteriores de la pared ósea, o el reborde orbitario.

Por lo demás, estos métodos quirúrgicos han aprovechado en mucho de los progresos de la anestesia local. El último caso que he operado ha sido mediante anestesia local, con uso muy moderado de la solución anestésica.

He aquí un resumen de una nueva observación, hasta ahora inédita; se refiere a una enferma observada en Potosí, (la ciudad de las célebres minas de plata del imperio colonial español, situada a una altura de 4020 metros sobre el nivel del mar). La enferma en cuestión me consultó en julio de 1929; es el tercer caso que he observado y operado.

OBSERVACION. — Mujer de 47 años, verdulera. En la casa que habita hay perros, corderos, un gato; es de notar que las gentes de su condición viven en continuo contacto con los animales que crían.

Entre febrero y marzo de 1928, con ocasión de un esfuerzo, la enferma experimentó una sensación de **tensión** en la órbita derecha, y acaso un vértigo, a más de un dolor poco intenso y fugaz. Desde aquella época sufría dolores lancinantes, fugaces, localizados en la órbita; asimismo experimentaba **fotopsias**. Quince o veinte días después de la aparición de estos primeros síntomas, se presentó la diplopia:

la enferma está muy segura de que veía doble. Al mismo tiempo se apercibió que su ojo derecho estaba sobresaliente (exoftalmía). La disminución visual, que se produjo al comienzo de la afección, se acentuó consecutivamente; desde hace siete meses, la diplopia ha desaparecido. La salud general ha sido siempre buena. Nunca ha tenido urticaria.

Actualmente, es la exoftalmía lo que más llama la atención; es bastante pronunciada, oblicua afuera y algo abajo, y la superficie del globo (córnea) sobrepasa más o menos 1 cm., del plano anterior de la órbita. Córnea normal. Hiperhemia conjuntivo-episcleral moderada, con vasos un poco tortuosos pero no muy turgescientes. Cámara anterior poco profunda, hallándose el iris propulsado. Midriasis moderada, abolición casi completa de los reflejos pupilares. Edema poco intenso de los tegumentos.

Es en el ángulo súperointerno de la órbita donde sobresale el tumor: la tumefacción es poco perceptible a la vista, sin cambio de color de la piel, salvo una ligera rubefacción del borde palpebral superior. La exploración digital indica un tumor que ha desviado al globo; esta neoformación es un poco ovalada, de 2 cm. en su eje horizontal, de 1 cm. en el vertical, sin adherencia a los tegumentos, no dolorosa, de consistencia elástica, sin dureza, lisa y bien regular.

Blefaroptosis pronunciada; la oclusión palpebral no es completa sino con esfuerzo. Los movimientos de abducción y descenso del globo están conservados, aunque algo disminuídos; el de elevación totalmente abolido. Epífora de mediana intensidad.

Atrofia papilar bastante avanzada, de color blanco, con algunos vasos tortuosos; hay vestigios de edema reinitiano peripapilar. V = la mano a 40 cmts., pudiendo contar regularmente los dedos.

La rinoscopia hace ver una hipertrofia de la mucosa de ambos cornetes inferiores.

OPERACION. — El 7 de julio intervengo. Anestesia por infiltración, con la solución de novocaína de Reclus, más algunas instilaciones conjuntivales de cocaína a 4 por 100.--Procedo por vía conjuntival, empezando con una cantotomía, a fin de tener más espacio. Luego, incisión del fondo de saco conjuntival en sus porciones superior y súperointerna, buscando el tumor. En este momento, punción de la bolsa quística, la que permite retirar cerca de 20 cc. de líquido "agua de roca", y recién al finalizar su evacuación aparecen



Quiste hidatídico de la órbita
(Caso del Dr. Aniceto Solares)

algunas partículas blancas, sedimento hidatídico. En seguida, inyecto solución formolada a 1 por 100, y concluyo la extracción, que no es difícil, de la membrana quística. Una hemorragia venosa de una cierta cantidad se produce luego; se la cohibe. Suture totalmente la incisión. El globo vuelve a su sitio en la órbita.

Una gotecilla de líquido llevada al microscopio, nos permite ver claramente **scolex y ganchos**.

Los días que siguen no hay otra incidencia que una tumefacción de la órbita, que seguramente es debida a un hematoma; apósito un poco compresivo, después, compresas húmedas calientes. Estos trastornos acaban por disiparse.

El líquido y la membrana quística, recogidos con los mayores cuidados de asepsia, fueron enviados al profesor Dévé (de Rouen). Desgraciadamente, llegaron a destino disgregados, aunque asépticos.

Llamo la atención sobre una circunstancia: la rapidez de evolución de algunos síntomas al comienzo de la afección. La diplopia apareció entre 15 a 20 días después de las primeras manifestaciones de la enfermedad (tensión orbitaria, dolor, etc), y la desviación del globo se produjo en la misma época. La exoftalmía fué observada por la enferma un mes después de esas primeras manifestaciones, y el comienzo de la disminución visual data de la misma época. La diplopia, desaparecida hace siete meses, habría existido durante 9 meses, lo que indicaría que al cabo de ese tiempo la atrofia papilar era ya muy avanzada. En cuanto al tratamiento, el traumatismo de los tejidos para extirpar el tumor fué bien mínimo, con una muy buena anestesia local, empleando una cantidad más bien mínima de solución anestésica.



Una dolencia de cada rato: el romadizo o catarro nasal (coriza)

(Vulgarización médica)

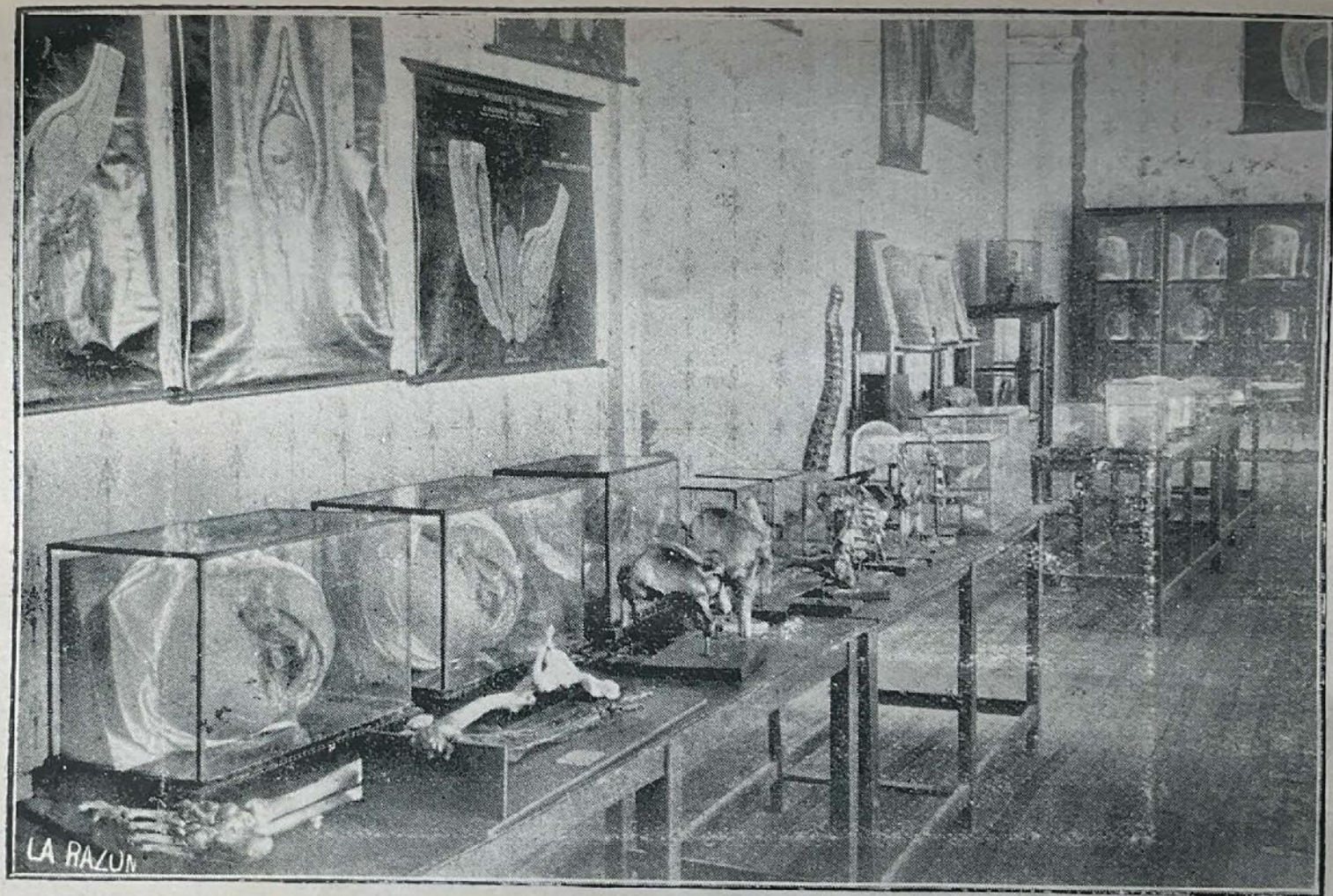
Ocupar la atención del lector con un tema tan baladí, cuando actualmente sólo se toma la pluma para tratar técnicamente de complicados y difíciles asuntos de diagnóstico bacteriológico y suerológico, en que el profano no acierta a explicarse ni el significado de los términos usados, es ciertamente casi una temeridad. Quien tal hace está al borde del descrédito profesional. Por lo menos no se le lee sino con una sonrisa de protección. Es tamos tan lejos de los buenos tiempos de la sencillez clínica, que esto parece de una ingenuidad desconcertante, por decir lo menos.

Sin embargo, es de pensar que la complejidad de las cosas y sobre todo la complicación de las doctrinas se ha ido formando poco a poco sobre la base de la sencillez de los hechos. Por otra parte, es lógico suponer que, cuando se desprecia la pequeñez de algunas dolencias, debería ser porque la simplicidad de su tratamiento ha sido colmado por el éxito. Pero no es así. La medicina moderna, que aborda cuestiones de altísima clínica y pide al laboratorio la resolución de complicados problemas biológicos, comparados con los cuales los problemas



LA RAZON

Una vista del museo de anatomía y dermatología



El museo de anatomía normal y patológica

del cálculo matemático son verdaderos juegos infantiles, la medicina moderna, digo, no ha alcanzado a hacer desaparecer un callo cutáneo ni a cortar una gripe, ni a ahuyentar un vulgar romadizo.

No hay, pues, derecho a mirar con desprecio que alguien se preocupe con este a, b, c, tan rudimental.

Lo cierto es que el catarro, así, sin adjetivo sobreañadido, tal como se lo denomina en nuestro país, la rinitis catarral aguda, como se le llama en los tratados de Patología médica, no merece más que una somera descripción de parte de los grandes profesores. Se habla de él como de una cosa incómoda, de la que uno de buena gana quisiera librarse de tratar; pero que, estorbando y todo, se presenta impertinentemente entre las enfermedades del aparato respiratorio. El maldito catarro, por no dejar de fastidiar a toda la gente, se atreve aun con los más eminentes tratadistas. y no hay más remedio que dedicarle algunas palabras, aunque sean de aburrimiento.

Pero basta de desdenes al catarro, a lo menos por mi parte. En prueba de ello escribo esta plática sin pretensiones que demostrará que le tomo muy en cuenta y que creo que corresponde "a tout seigneur, tout honneur".

A cada momento se coge un resfriado. Quién más, quién menos, porque estuvo en una corriente de aire o porque no estuvo, se presenta estornudando, con una voz quejumbrosa y con una cara de mover a compasión al ser menos compasivo. No se da importancia a estas pequeñas afecciones, que se toman como la cosa más natural del mundo. En efec-

to ¿para qué preocuparnos con una dolencia que, en cuatro días o una semana, se habrá curado por sí? El público indocto en verdad, pero filosófico también, dirá recordando a Molière: "El médico curará con toda seguridad aquellas enfermedades que se curan por sí mismas" y preferirá a estas mismas y no al doctor que cobra honorarios.

Y, con todo, bajo una aparente benignidad, el coriza o romadizo, suele producir en los individuos débiles o predispuestos, verdaderos desastres. Ya Dieulafoy, el famoso clínico que sabía observar con acierto poco común el fondo de las afecciones aparentemente sencillas, dió la voz de alerta, hace muchos años, sobre los peligros del catarro nasal. La acción del frío o la del contagio (porque el catarro es la más contagiosa de todas las enfermedades) desencadena la serie de pequeños episodios: algunos estornudos, flujo mucoso por las narices, picor en las fosas nasales, voz gangosa, lagrimeo... luego las cosas se amenguan, las molestias disminuyen... el individuo se olvida de su enfermedad, y deja que el catarro "caiga al pecho". Sobrevienen la tos, la expectoración bronquial, que, sin tratamiento alguno o con algunos paliativos, marchan hacia la cronicidad. He ahí un terreno preparado para el bacilo tuberculoso; he ahí, tal vez, desde luego, un tuberculoso incipiente que cree tener solamente un resfriado rebelde.

Es preciso estar sobre aviso; es menester estar en guardia contra esta forma de tuberculosis traicioneras por lo ocultas e insospechadas.

Claro que no todo catarro nasobronquial crónico degenera en tuberculosis, porque hay personas de resistencia orgánica suficiente para contrarrestar el ataque infeccioso bacilar; pero hay que tener en cuenta, que, al lado de éstas, existen otras de re-

ceptividad manifiesta, que ofrecen amplio campo para la proliferación del agente patógeno. Por otra parte, la misma persona que, en anterior ocasión, soportó ventajosamente el amago de infección, saliendo ileso su organismo, puede encontrarse en otra, en inferioridad de condiciones, perdidas sus defensas y desaparecida su inmunidad.

No hay, pues, que desdeñar el tomar en serio el tratamiento del coriza. Apenas se manifiesta la sensación de cosquilleo en las fosas nasales y aparecen los primeros estornudos, lo más práctico es emplear el *remedio de Brand*:

R/. Acido fénico cristalizado	{	aa	5 gr.
Amoníaco líquido			
Alcohol a 90° centígrados		10	»
Agua destilada		15	»
Mz.			

Echar cada hora unas diez gotas de esta mezcla en un pañuelo y respirar por la nariz los vapores que se desprenden de ella.

Como tratamiento abortivo, suele dar benéficos resultados el salicilato de soda a la dosis de 1 gramo 50 centigr. por día. También la *kinectina*, el *kipsol*, una píldora cada dos horas. Hay que abstenerse de beber líquidos y de fumar. El alcohol, que es ávido de hidrógeno y deshidrata los tejidos, usado moderadamente, es útil, así como la supresión de la sal, que es la que mantiene la secreción nasal.

Una fórmula que me ha satisfecho en la práctica es la siguiente:

R/. Polvos de belladona	0,01 centigr.
Terpina pulverizada	0,01 " "
Polvos de eucaliptus	0,03 " "
Mz. Para un sello.	3 por día.

Igualmente son de preconizar estas otras, bastante conocidas:

R/. Tintura de belladona
Alcoholaturo de raíz de acónito } aa 10 gr.

Tomar LX gotas de esta mixtura en tres veces, en ayunas.

R/. Alcoholaturo de anémona pulsátil.
LX (sesenta) gotas por día, en dos veces.
R/. Piramidón 0,20 centigr.
Clohidr. de quinina 0,30 "
Mz. Para un sello. 3 sellos por día.

Una de las preparaciones más corrientes y más útiles es seguramente el oleogomenol para uso nasal, es decir, la solución de gomenol en aceite esterilizado al 20 por ciento.

El *leniformo*, aceite semejante al *oleogomenol*, que se instila como éste en las fosas nasales, se usa también a la dosis de cinco a seis gotas en cada vez, tres o cuatro veces al día.

Aspirar cloroformo, diez o doce gotas vertidas sobre un pañuelo, produce magníficos resultados en el coriza.

Un baño a 42 o 43 grados puede cortar un coriza que comienza.

Cuando el catarro está plenamente declarado, si las fosas nasales tienden a obstruirse, las pulverizaciones con cocaína, adrenalina y suero fisiológico, facilitan la respiración y descongestionan la mucosa. La reunión de estas tres substancias puede hacerse en la siguiente forma:

R/. Clorhidrato de cocaína 0,25 centgr.
Solución de adrenalina al milésimo 1,50 "
Suero fisiológico 25,00 gramos

Después de diez minutos, un vaho con agua hirviente que tenga disuelta una cucharadita de la mezcla siguiente:

R/. Mentol	3 gramos
Tintura de benjuí	30 »
Bálsamo del Perú	{ aa 4 »
Bálsamo de tolú	
Alcohol de 90° centigr.	120 »

Por último, se introducirá en cada nariz la pomada cuya fórmula va en seguida:

R/. Clorhidrato de cocaína	0,03 centigr.
Acido bórico	1,00 gramo
Resorcina	0,03 centigr.
Bálsamo del Perú	1,00 gramo
Vaselina blanca	15,00 gramos

A esta prescripción prefiero la siguiente: sobre todo para usarla por las noches, impidiendo la obstrucción nasal:

R/. Solución normal de a-	
drenalina	1 gr.
Lanolina no hidratada	1 gr.
Clorhidrato de cocaína	0,50 centigr.
Benjuí	0,02 »
Eucaliptol	0,30 »
Vaselina	30,00 gramos

También los balsámicos disueltos en aceite prestan excelentes servicios. Así, por ejemplo, la esencia de geranio unida al eucaliptol en vaselina líquida. Ya está indicado el *leniformo*, que se debe emplear al 10 por ciento.

Otra fórmula de inhalaciones en el coriza, del Dr. Moulouguet, es ésta:

R/. Bálsamo del Perú	1 gramo
Esencia de pino silvestre	2 ,
Tintura de benjuí	} aa 50 ,
" " eucaliptus	
Alcohol a 90°. centigr.	

Una cucharadita para medio litro de agua caliente. Aspirar por la nariz los vapores que se desprenden.

El dolor de cabeza se combate con aspirin, piramidón, gardán, quinina.

La persistencia del catarro impone el uso del protargol, del collargol, del electrargol. De preferencia en los niños, el electrargol.

La solución de adrenalina en aceite de vaselina, con la concentración del 20 por ciento, ayuda a la defervescencia del coriza rebelde.

Una recomendación que siempre se debe hacer a los pacientes, para evitar complicaciones internas, es la de no sonarse sino suavemente y siempre de cada nariz por separado.

Como el coriza, igual que las demás enfermedades, recorre toda la gama de la benignidad más grande a la gravedad más absoluta, el médico debe saber aconsejar en cada caso lo que haya que hacer: desde las simples prescripciones de higiene hasta el más severo tratamiento.

Cuando hay serio peligro no se permitirá al enfermo abandonar la cama, se le administrará un laxante, se le darán tisanas e infusiones calientes, pediluvios sinapizados. Se protegerá la irritación de la piel del labio superior con una pomada al óxido de zinc y bálsamo del Perú.

Está aconsejado el empleo del caldo stock-vacuna en instalaciones de cinco a seis gotas (inmunizol Grémy, Rhinovacuna Vicario).

Debe tomarse muy en cuenta que la mayor o

menor virulencia de los gérmenes infecciosos del coriza depende, además de su origen, de las condiciones del medio ambiente en el que se desarrollan. Por eso es q' el cuidado debe ser tanto mayor cuando se trate de personas débiles, delicadas, predispuestas, enfermizas, anémicas, linfáticas, etc.; y que, desde el punto de vista local, las malas conformaciones o las alteraciones previas del aparato nasal, son importantes coadyuvadoras de la proliferación y penetración microbiana en los tejidos.

Cuando un individuo es demasiado propenso a los catarros nasales, debe consultar con un especialista y hacerse examinar debidamente. Puede tratarse de lesiones preexistentes, como rinitis hipertrófica, desviación del tabique, pólipos, aumento de volumen de los cornetes, etc. Aplicando un tratamiento causal, la aparición frecuente de los catarros ya no tendrá lugar.

De todos modos, a más de evitar el contagio, deben evitarse las corrientes de aire frío, especialmente si se está transpirando o se tiene la cabeza mojada; la prolongación de los baños fríos, la falta de reacción después de éstos, los cambios bruscos de temperatura, como el salir de una habitación caliente al aire libre.

Una persona habituada a no cubrir la cabeza nunca, a hacer uso diario de duchas frías, al ejercicio activo, a las fricciones del cuerpo después de las duchas, en fin, una persona que lleva una vida activa, impidiendo la detención o estancamiento circulatorio en ciertas localidades del organismo, rara vez se quejará de esta afección incómoda. En cambio, el que se abriga mucho, hasta transpirar inútilmente, que usa calzado impermeable, que no abandona la chalina del cuello, que lleva una vida de reposo y sedentaria, habrá preparado él mismo el

romadizo o los romadizos de que se queja.

Las personas fuertes, jóvenes, vigorosas, deben entrenarse en un sistema de endurecimiento; no así los temperamentos delicados o que tienen la salud precaria.

Hay también un procedimiento profiláctico de defensa orgánica contra el coriza, que lo transcribo a continuación:

“Se obtendrán de una persona con coriza recidivante a cortos plazos, sus secreciones nasales en el meato medio, con un portaalgodones, hacia el tercero o cuarto día del coriza. Se sembrarán sobre gelosa Truche. Estufa a 37 grados durante 48 horas. Emulsión en suero fisiológico. Esterilización por el calor a 56 grados. Se prepararán 15 ampollas de 2 cc. de vacuna: 5 a 500 millones de gérmenes por cc.; 5 a 1000 millones y 5 a 2000 millones. Inyecciones subcutáneas, al ritmo de dos inyecciones por semana, comenzando por medio cent. cúb. de la serie de 500 millones y aumentando progresivamente las dosis”.

Si los nenes tuvieran siempre descubierta la cabeza, el número de personas delicadas y propensas al coriza disminuirá considerablemente.

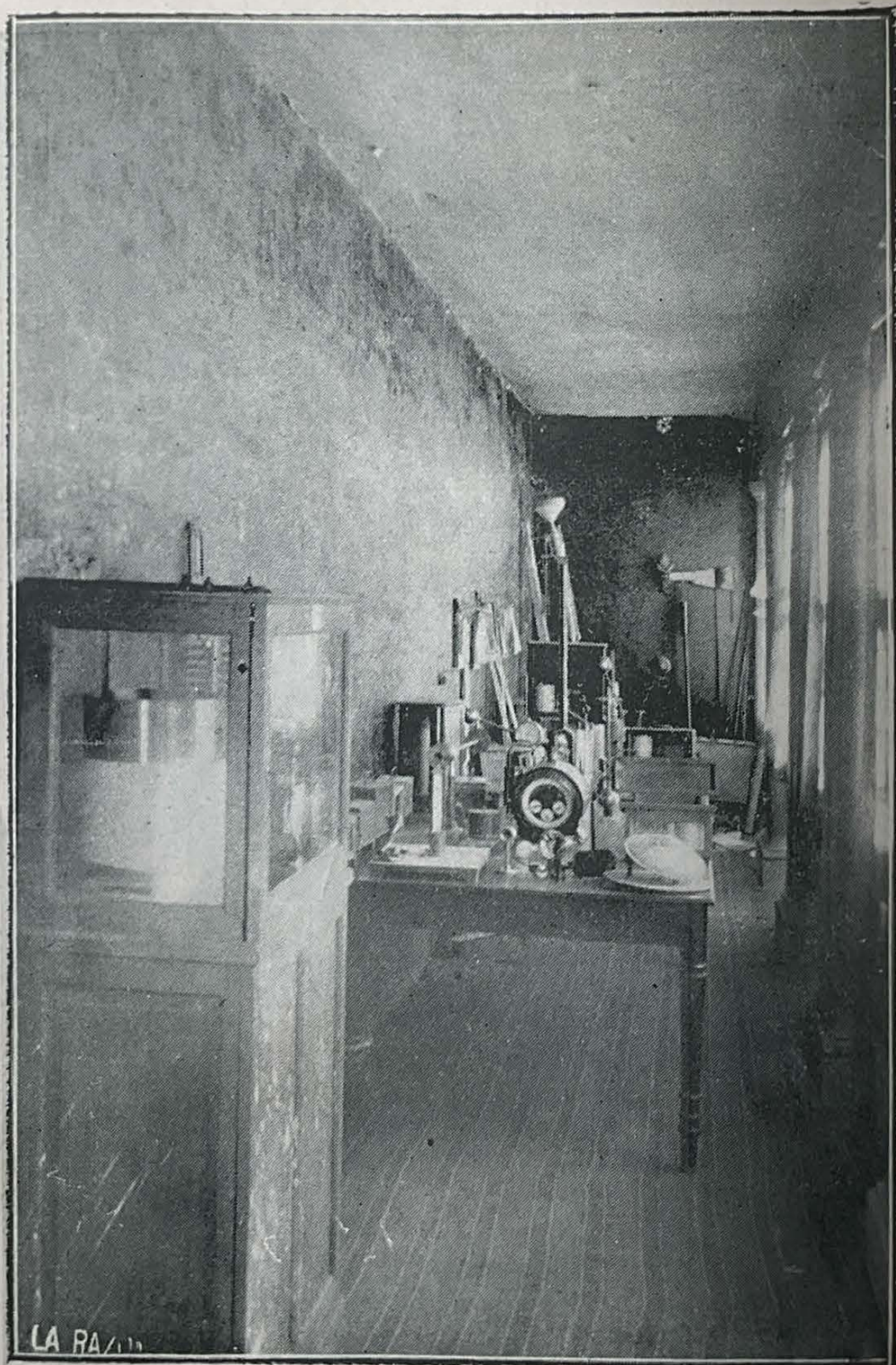
Si los adultos hicieran más vida al aire libre, usaran menos gorros y sombreros para cubrir sus cabezas, y no tuvieran tanto miedo al agua fría menos resfriados, menos romadizos y sobre todo menos afecciones del árbol respiratorio tendríamos que lamentar.

Aguerrirse, llevar una vida lo más próxima posible a la Naturaleza, siempre han sido factores de salud. Entre los hombres primitivos que pueblan nuestro disputado Chaco, el catarro es *ra-ra avis*.

Dr. Osorio.



Una vista del Museo de Historia Natural



Sección de meteorología.

LA FIEBRE AMARILLA

Controversias bastante vehementes, discusiones ardientes, publicaciones de prensa para probar la prioridad en el diagnóstico de la epidemia que estalló en la ciudad de Santa Cruz, a todo ello ha dado margen la apreciación de la sintomatología y los estudios de laboratorio realizados por los doctores Veintemillas, Prado Barrientos y Balcázar, médicos nacionales. El asunto parecía resuelto ya, tanto más que la comisión médica argentina había emitido una opinión concordante con la de los facultativos anteriormente nombrados; pero la circunstancia de haberse remitido algunos productos patológicos al Brasil, de donde viene una opinión divergente, ha puesto nuevamente a la orden del día el asunto de la epidemia oriental.

Es preciso reconocer que no siempre es fácil el diagnóstico de la fiebre amarilla, pues que la fiebre remitente, biliosa, la tifoidea biliosa, la fiebre biliosa hemoglobinúrica, la fiebre recurrente y de un modo particular la espiroquetosis ictero—hemorrágica, pueden simularla en una forma más o menos completa. Si sobre todo se tiene en cuenta la razón fundamental de la identidad morfológica de

las dos leptospiras responsables de esta última enfermedad y de la fiebre amarilla, no hay por qué admirarse de las dificultades que trae consigo la diferenciación rotunda de ambas infecciones en ciertos casos. Igual cosa ocurre con los treponemas, que producen enfermedades absolutamente desemejantes no obstante pertenecer a un mismo grupo zoológico.

Por otra parte, en un país como el nuestro, donde los médicos no tenemos oportunidad de hacer estudios prácticos sobre este género de enfermedades tropicales, que nos son del todo exóticas, es muy natural que las confusiones sobrevengan. Errar, además de ser muy humano, es también muy frecuente cuando es la primera vez que se trata de clasificar una afección en el cuadro nosológico nacional. Traemos a colación a este propósito el hecho de que, habiendo estallado la Gran Guerra, se presentó en uno de los hospitales de Berlín un enfermo con un extraño padecimiento que no recordaba a los médicos de sala nada de cuanto hasta entonces habían visto en su práctica. Se trataba de un caso de viruela antes de la erupción o con una erupción naciente. Fué un médico boliviano allí presente el primero que hizo el diagnóstico, porque éste había tenido muchas ocasiones de ver variolosos y atender epidemias de viruela.

El laboratorio del Instituto de Higiene de Pernambuco es seguramente uno de los mejor capacitados para este género de exámenes, en los que el mismo Noguchi, autor del procedimiento, y descubridor del *leptospira icteroides*, que lleva su nombre desde que fué conocido en 1919, apenas pudo ver tres veces en veintisiete casos el parásito, valiéndose de la iluminación sobre fondo negro y grandes aumentos. La intervención del Instituto Oswaldo

Cruz y de la Rockefeller Foundation brasileña, solicitada por Bolivia, es, pues, digna de todo encomio, tanto más si se tiene en cuenta que no se trata de simples exámenes directos de sangre fresca, sino más bien de diagnósticos retrospectivos, que tienen que estar basados en el resultado que den los cultivos patógenos de leptospiras combinados con el suero de los enfermos sospechosos.

Es de alto interés, en todo caso, fijar definitivamente el diagnóstico, no sólo por satisfacción científica, sino principalmente por cumplimiento de un deber ineludible de previsión social.

El General Gorgas, presidente de la comisión contra la fiebre amarilla, establecida por el Instituto Rockefeller, ha sido el más activo propagandista de la campaña que tiende a hacer desaparecer esta enfermedad de todos los países invadidos por ella. En el libro que el Instituto Gorgas, recientemente ha publicado, se puede apreciar el resultado harto halagador de su eficaz acción profiláctica y terapéutica. Como su ayuda ha sido ya requerida, no nos cabe sino aplaudir la iniciativa tomada, si se tiene en cuenta que la Fundación Rockefeller, además de poner al servicio de los países atacados por la fiebre amarilla los especialistas necesarios, suele también, en determinados casos, subvencionar con apreciables sumas en vista de la solución clara de las dificultades diagnósticas que se presentan.

Si realmente es fiebre amarilla la enfermedad que se ha presentado en Santa Cruz, no hay que perder tiempo en el tratamiento de los enfermos por el suero de Noguchi, que hasta la fecha ha dado buenos resultados cuando es empleado a fuertes dosis en inyecciones intravenosas en el primer período de la dolencia; ni tampoco en establecer las medidas de profilaxia más indispensables contra los

mosquitos *Stegomyia*, sus larvas, y a favor de la precautelación sanitaria de los habitantes de la región infestada.

Hace 45 años, cuando la fiebre amarilla era conocida sólo clínicamente, sin saberse cuál era su agente causal, ni sus medios de transmisión, se la hubo diagnosticado ya en Bolivia durante la expedición efectuada en el Gran Chaco por la misión Thouar, de la que formaba parte en calidad de médico, el prestigioso hombre de ciencia y distinguido facultativo, Dr. Nicolás Ortiz. Fué el quien, en compañía del médico español Dr. José Camó y Montobbio, presentó un luminoso informe que fué publicado un año más tarde.

Este importante documento, que apenas nos ha sido dado obtenerlo por su rareza, tiene un gran valor clínico en estos momentos. Viene a demostrarnos que no es la primera vez que en Bolivia se presenta la enfermedad cuya sintomatología, tan bien descrita, en aquel tiempo, vuelve a figurar, como calcada nuevamente sobre esos viejos moldes.

Es para nosotros un motivo de verdadera satisfacción publicar en La Revista del Instituto Médico Sucre el informe presentado al Jefe Superior de la Expedición al Paraguay, en 1887, por los doctores Camó y Ortiz, que lo insertamos a continuación.



Fiebre amarilla

Informe por los Doctores J. Camó y Nicolás Ortiz

Sucre, 1887.

Si no el mérito de la oportunidad, tendrá a lo menos el humilde dato científico el informe que publico a continuación, sobre la enfermedad que por lo meses de Febrero y Marzo del presente año, diezmo a los habitantes de la Provincia de Cordillera. Impúlsame a publicarlo, además de la anterior consideración, sagrada deuda de amistad a mi distinguido compañero el Dr. José Camó Montobbio a cuya entusiasmo y sagacidad clínica es debido en su mayor parte el trabajo que someto al criterio público.

Por lo que hace al fondo mismo del trabajo, se notará, sin duda, la falta de ciertos datos de suma importancia en un estudio clínico; pero deberá disculparse si se tienen en cuenta las condiciones en que nos hallábamos, al estudiar la enfermedad. Miembros de una comisión exploradora que pronto debía internarse en el desierto, con medios de acción calculados sólo para el objeto que la llevaba, no contábamos con termómetros clínicos que nos permitiesen seguir las evoluciones comparativas del ciclo térmico con relación al pulso, carecíamos de los instrumentos indispensables para la comprobación de las lesiones anatomo—patológicas; siendo por último, las preocupaciones dominantes, obstáculo invencible, para que hubiéramos podido practicar una sola necropsia. Con todo, la suma de datos consignados nos parece suficiente para dar a la enfermedad un lugar concreto en el cuadro nosográfico.

Divergentes opiniones, oficial y extra—oficialmente emitidas, contradicen la nuestra. Si, como creo, no nos hemos equivocado y nuestro pronóstico se cumple, reapareciendo el flagelo, nos quedará la satisfacción científica, de haber comprobado, por primera vez, una verdad, aunque ella sea un mal desde otros puntos de vista y por otras consideraciones ajenas a las ciencias médicas. Tal vez más expertos y autorizados investigadores sigan nuestra huella y confirmen nuestras opiniones.

Datos geográficos reunidos últimamente, me permiten limitar, con aproximación, la zona en que se desarrolló la enfermedad de que se trata en el Informe. A fin de utilizarlos, sin modificar el original, acompaño una carta topográfica de la región, en la cual están convenientemente marcados los lugares invadidos y el itinerario seguido en nuestras investigaciones.

Para terminar añadiré que este trabajo oportunamente enviado al Ministerio de Colonización, debió haber visto la luz pública hacia el mes de mayo último; pero circunstancias imprevistas impidieron que así fuese. Quede disculpada de ese modo su inoportunidad, si alguien, olvidando que lo científico es siempre oportuno, cree encontrarla.

Sucre, diciembre 20 de 1887.

Nicolás Ortiz.

**Señor Jefe Superior de la
Expedición al Paraguay.**

En cumplimiento de la comisión que se sirvió Ud. conferirnos en sus oficios del 10 de marzo, tenemos el gusto de informar sobre el estado sanitario de los pueblos de Misiones, desde San Antonio de Parapití, hasta la quebrada de Muchirí.

El mismo día 10 de marzo, fecha de los citados oficios nos pusimos en marcha con dirección a Saipurú desde donde resolvimos pasar a Abapó, pues en ese lugar se encuentra el foco principal de la enfermedad que debíamos estudiar y fundadamente esperábamos hallar allí la solución del problema de su desarrollo. — De vuelta a Saipurú nos hemos detenido en el Espino, Masavi, Aimiri, Tacurú y continuando a Parapití, Cerritos, Charagua, San Antonio y San Francisco de Parapití, volviendo por la orilla derecha del río Parapití a Iquiasiriri en la mañana del 22 de marzo.

Datos recogidos en Saipurú. — Algunos viajeros venidos por Abapó a Saipurú y demás pueblos de Misiones han enfermado de un mal desconocido que se caracteriza por invadir con fuerte cefalalgia, especialmente frontal, dolores en los miembros y la región lumbar, subdelirio desde la primera noche, estupor y coma después, fiebre muy intensa que cesa al tercer día, vómitos desde el segundo, que en otros enfermos son verdaderas hematemesis, vomitando muchos una materia negruzca como borra de café, gran sequedad en la boca y respiración anhelosa. — En algunos se presenta hipo desde el primer día, que en muchos no aparece hasta el segundo; los más tienen fuerte inyección de las conjuntivas desde la primera noche y tinte amarillo subido en la segunda, sobre la piel y las escleróticas, coloración, que suele aumentar en los siguientes días. — Notable es el curso de la enfermedad que se desenvuelve y termina en tres días, después de los cuales muere o entra en convalecencia el enfermo. También se nos habló de complicaciones en la convalecencia y se nos aseguró que estos casos, todos de viajeros no habían dado lugar a ningún otro.

En el Espinó vimos enfermo a un joven Manuel León, en el primer día de la enfermedad a la ida a Abapó y en el tercero a la vuelta.

En la quebrada de Machiri encontramos a varios convalecientes informándonos la dueña de casa Da. María Salomé Tapia de Arias que los nueve miembros, siete peones y sirvientes, habían sido atacados todos sin excepción, habiendo muerto tan sólo el primer invadido, niña de corta edad. Confirmónos los síntomas (uniformes en todos), que se nos indicaron en Saipurú, agregándonos detalles sobre invasión, curso, fenómenos cerebrales, etc., que nos suministraron mucha luz. Dicha señora tuvo la feliz inspiración de un tratamiento bastante racional que citaremos más adelante. — En Abapó vimos tres enfermos. D. Felipe Velasco en convalecencia de la misma enfermedad con una complicación que era una nefritis, todavía con mucha intericia (color de naranja agria) con hipo y una anuria de 16 horas que vaticinaba próxima y fatal terminación.

Petrona Soza; quince días de convalecencia, casi ha desaparecido la ictericia que fué muy intensa, pero persiste el insomnio y los fenómenos gastro-intestinales. — Un tercer enfermo tiene una nefritis localizada parcial y todavía ictericia.

Los síntomas arriba citados son todos de los enfermos de Abapó y los mismos que nos refirieron en Saipurú y en Muchirí, concordando con los de los enfermos vistos e interrogados. Muchas gentes han observado bien y describen uniformemente la afección agregando muchos síntomas.

Algunos de los primeros enfermos (pero no precisamente los primeros). vinieron de río arriba, citándose un punto llamado Itaguasuti. De aquí han ido otros a Tatarenda, suponiéndose que esa sea la causa de haberse desarrollado la afección en dicho punto.

En Abapó llega ya a 25 el número de muertos en el mismo pueblo y en el espacio de dos meses.

También se nos informó de haberse presentado casos de la enfermedad en cuestión entre los animales, especialmente en los asnos.

Al regreso tuvimos ocasión de ver dos enfermos en la orilla derecha del río Grande, mozos del Sr. Gregorio Coca (de Yaraeta), uno en pleno segundo día y otro en el tercero. En Masivi recogimos también datos igualmente concordantes con los anteriores.

No habían enfermos en Tacurú, Saipurú, Pirití, Chagagua, ni Parapití. Algunos viajeros venidos por Abapó, habían enfermado y aun muerto; pero ningún caso se habían desarrollado en estas localidades ni antes, ni después.

La misma enfermedad parece reinar en Gutiérrez y en Terrazas. En Lagunillas han muerto algunos, pero según dicen, todos, menos uno, han salido a puntos infectados (Gutiérrez, Terrazas, Ticucha, Abapó etc.)

Síntomas. — De los datos recogidos y del examen e interrogatorio de los enfermos resulta que la enfermedad se caracteriza por los siguientes síntomas. Casi sin pródromos la mayor parte de las veces y las más después del medio día, sienten los enfermos violento dolor de cabeza especialmente en la frente, en muchos semeja a la compresión que ejerciera un aro de rígido metal, fuertes dolores torturan las carnes en los miembros y se hacen insoportables en la región lumbar, los ojos están brillantes y pronto empiezan a presentar una inyección que rápidamente aumenta, viéndose en algunos equimosis conjuntivales que dan a esta mucosa un aspecto punteado. La fiebre es alta desde un principio. El enfermo está inquieto, pero no sobreexcitado; nada comparable al delirio de una flegmasía aguda; inquieto como si en ninguna postura se hallara cómodo, murmura entre dientes, pala-

bras que él mismo no tiene conciencia y si se le llama, después de mirar con aire estúpidamente sorprendido o indiferente y falto de expresión contesta tarde, en voz baja y pronunciando despacio las sílabas de su respuesta como si economizara palabras y las pensara con trabajo. El insomnio es completo en esa primera noche, siendo el enfermo presa de un subdelirio que ya no desaparecerá hasta que se presente el coma o hasta que cese la fiebre al terminar el tercer día y con ella tal vez la vida del enfermo. Si en las primeras horas se examina la boca se encuentra la lengua límpida o poco saburrosa y húmeda todavía. Las encías comienzan a ponerse tumefactas y con semicírculos blanquecinos que rodean los bordes de los alvéolos pero sin gran rubicundez, que muy a menudo es nula. El enfermo no se queja de sed, ni pide de beber; pero bebe con avidez si se le ofrece. Ningún otro síntomas del aparato gastro-intestinal. La respiración es anhelosa, difícil, pero todavía el enfermo respira con la boca cerrada. La piel está seca y generalmente áspera y urente.

El enfermo orina todavía, pero de tarde en tarde, pequeñas cantidades de un líquido muy cargado de pigmentos y rico en sedimentos.

Así se pasa la primera noche sin descanso ni calma para el enfermo, pero por sarcasmo la suerte prepara un amanecer más triste, en vez de la mejoría que aguardan los circunstantes. Los sufrimientos y dolores lejos de calmar se agravan. Preséntase el hipo tenaz y penosísimo precursor de vómitos compuestos de materias mucosas mezcladas de bilis. En muchos enfermos sobrevienen vómitos sanguinolentos o sanguíneos y en algunos son de pequeños coágulos con aspecto de borra de café, indicio de haberse verificado la hemorragia por los vasos capilares de las ulceraciones de la mucosa gástrica. Si se examina la boca se encuentra en el estado de las encías la explicación de la hematemesis. Están, en efecto, turgentes, reblandecidas, como ablandadas, esponjosas y ulceradas en los puntos que la víspera estaban ocupadas por la infiltración que rodeaba los dientes en forma de semicírculos blanquecinos. La lengua se seca, se cubre de una capa blanca de epitelio mortificado y concluye por presentar en el centro una lista de color oscuro. La mucosa de los labios se seca y se resquebraja. El enfermo siente una malestar que localiza principalmente en el epigastrio y náuseas incesantes aun en los casos en que falta el vómito.

La inquietud no es tan acentuada como el primer día,

pero no mejora en el estado de las facultades mentales. Sigue el sub-delirio y el decaimiento sensible de las fuerzas. El enfermo profiere un quejido continuo como su sufrimiento, débil como su estado, lastimero como su situación.

La respiración se verifica por la boca y la mandíbula inferior caída, da un aire profundamente estúpido a la fisonomía. La mirada se apaga, desaparece el brillo de la víspera, disminuye la inyección y en la tarde suele ya verse el tinte sub-intérico que empeza en la esclerótica.

Gneralmente los enfermos siguen estreñidos, pero en algunos aparece la diarrea que puede ser melénica. Las hemorragias tienen también lugar por la nariz y por las encías.

Las ventanas de la nariz siguen los movimientos respiratorios, sus aberturas están secas y algunas veces fuliginosas. La piel seca y áspera y en algunos se pone amarilla.

Son síntomas del tercer día: la ictericia que sube hasta el color amarillo rojizo de la naranja agria, los infartos poliganglionares, la diisminución de la orina, el quejido, el insomnio, el infarto del hígado o del bazo, la sensibilidad a la presión en todo el vientre, la disminución notable de la presión arterial y la extenuación y demacración extraordinarias para su plazo tan corto.

Suele bajar la fiebre y con ella el pulso disminuir y aun cesar los vómitos, calmarse los dolores y presentarse una remisión de todos los síntomas, que no siempre es una mejoría. En los casos graves, la anuria se establece francamente y claro que con ella continúan acentuándose los fenómenos cerebrales, sobreviniendo la muerte en esa noche o al empezar el cuarto día.

En otros, desaparecen los síntomas graves, pero el enfermo, falto de fuerzas, está extenuado, boquiabierto, ansioso y muere después de un vómito o de una deposición de sangre o de ambos a la vez.

También sucede que se acentúa más la remisión y desaparecen completamente los síntomas molestos. Apenas si la ictericia, siempre más pronunciada desde el tercer día —y la extenuación recuerdan el grave mal pasado cuando sobreviene súbitamente un síncope y el enfermo muere por parálisis del corazón.

Los más salvan, amén de las complicaciones de la convalecencia. Esta es siempre penosa. 71 insomnio subsiste largos días, el malestar, los dolores musculares, el embotamiento de la inteligencia, la falta de fuerzas, la ictericia, la

sensibilidad de las encías y de todo el vientre, las náuseas, los dolores en las regiones renal, hepática y del bazo, la sequedad de la boca, los infartos de los ganglios infáticos, del bazo, del hígado, la sed y la inapetencia, son secuelas inevitables, mientras la nefritis, la enteritis, los abscesos, son peligros de la convalecencia.

Diagnóstico y patogenia. — Si después de esta descripción, fiel copia de los síntomas, se nos pregunta, como a médicos, en qué grupo nosográfico colocamos la enfermedad, se nos pide la clasificación del mal, imitando al naturalista, que en presencia de un sér, busca su nombre, cotejando sus caracteres con la frase descriptiva que de antemano le está asignada y le da, por fin, el nombre correspondiente, el suyo, el que tiene ya admitido; diremos que la enfermedad en cuestión, observada en Abapó, el Espino, Mucirí y Mazavi, es la muy conocida con el nombre de: **Fiebre amarilla, tífus icteroides o vómito negro.**

Sin duda que muchos espíritus han de resistirse a admitir la presencia de la fiebre amarilla, aislada en el corazón de Bolivia, lejos de los lugares en que generalmente nace y vive y sin caminos conocidos para venir de fuera. — Pero, ni la altura sobre el nivel del mar de los puntos invadidos es superior a la de los campamentos de aclimatación establecidos en Cuba, durante la guerra por las tropas españolas y en los cuales se desarrolló la fiebre amarilla, que no existía en los pueblos inmediatos por los que habían pasado las tropas; ni la distancia del mar prueba nada, desde que sabemos ser la fiebre amarilla de naturaleza parasitaria y vivir en el agua su bacteria no transmisible por el aire.

Sus síntomas corresponden a la fase diagnóstica de la fiebre amarilla, faltando sólo, lo que hemos podido averiguar, por falta de un tubo de ensayo, la presencia de albúmina en la orina; pero es síntoma que, por desgracia, no sabemos si existía en nuestros casos, que hubiera tenido mucha importancia para el diagnóstico diferencial de un caso aislado, en el primer día, la pierde con la observación del curso entero de varios y se puede asegurar que existía en vista de los síntomas renales, que se presentaron más tarde. — Y no es eso solo. En la cordillera que separa Misiones, de Lagunillas, Terrazas y Gutiérrez, existen, a uno y otro lado del Río Grande, numerosos yacimientos de sal, que hacían saladas o salobres a varias de las corrientes que salen de ella. En tal cantidad llega a existir la sal, que ha sido beneficiada,

por concentración de las aguas. Además, esa cordillera está cubierta de bosques altos, en cuyo suelo existe una gruesa capa secular de restos orgánicos, vegetales y animales. Las lluvias no han sido este año continuadas, sino diistantes una de otra, las aguas disuelven sal y se extienden por el bosque embebiendo las materias orgánicas en descomposición, ya húmedas y empapadas del agua de lluvia. De modo que podrían estas substancias ponerse en contacto alternativo, con el agua dulce y con la salada, o lo que es lo mismo, colocarse en condiciones parecidas a las de la boca de los ríos en las Antillas y en el golfo de Méjico. La admisión de esta conclusión, salva la dificultad de la distancia del mar, pues sabido es que esas son las condiciones favorables al desarrollo del parásito de la fiebre amarilla. — Y la admisión de esta idea se impone, pues los focos de infección, donde a la fecha permanece localizada todavía la enfermedad, tienen aguas salobres, o están inmediatos a ellas, explicándose así su presencia, en Muchiri (quebrada salada), en Mazavi y Yaraeta que reciben el agua salobre de la quebrada de Muchirico y que mientras los pueblos inmediatos no son atacados, la enfermedad reina en el otro lado de la cordillera de Misiones, en Terrazas y Gutiérrez, cuyas aguas nacen de las mismas alturas.

Más aceptable se hace todavía nuestra teoría, sobre las condiciones telúricas en que se desarrolla el mal reinante, si se busca una explicación al hecho observado por los moradores de estos parajes, los que no teniendo conocimiento del tiempo necesario al desarrollo de una generación de los parásitos y del período de incubación, dicen unánimemente que los fuertes calores originan la enfermedad, mientras que los aguaceros la hacen desaparecer. Y es natural que así piensen, pues las lluvias no han sido continuas este año, sucediéndose con intervalos de diez, quince días, y es claro, que si se suman los necesarios al desarrollo de los microbios y el período de la incubación, se verá que debe transcurrir ese tiempo, más o menos, para que se manifiesten los síntomas de una infección que necesitaba de la primera lluvia para desarrollar. Cada nuevo aguacero vuelve a favorecer una nueva generación de parásitos, mientras las aguas arrastran los formados y de ese modo los infectados enferman antes de la próxima lluvia.

En todos los casos de que tenemos conocimientos, la incubación ha durado a lo menos cinco días y a lo más ocho.

Bien sabido es que esto concuerda con la fiebre amarilla.

Por si algo faltara, para completar la lista de las pruebas, volveremos a llamar la atención sobre un hecho apuntado más arriba, de haber sido atacados algunos animales.

Tampoco la altura sobre el nivel del mar es dificultad para admitir el diagnóstico hecho, puesto que en Cuba se ha observado en la sierra del Cobre a alturas iguales o superiores. He aquí como las alturas tomadas con el hipómetro en los distintos puntos y sus temperaturas medias abajo 541 m. temperatura media en un día de observación (14 de marzo). 33°. 2. Mazavi 890 m., temperatura media en un día (15 de marzo). 30°. — Lagunillas, 25 días de observación, en diciembre 86 y enero 87) 969 m. — 6 sobre el nivel del mar y 22°5 de temperatura media. — Gutiérrez en (2 días 6 observaciones), altura 938 m., temperatura media 22°.68.

Aun cuando no parezca ponerse abrigar la menor duda respecto al diagnóstico de la enfermedad en cuestión creemos oportuno decir, que no puede ser una afección del tubo gastro intestinal, por no localizarse en dichas vías y mucho menos el cólera nostras o colerina, pues faltan los síntomas característicos, el enfriamiento, los calambres, los vómitos al principio y la diarrea. Hemos dicho que la diarrea no sólo no es constante, sino rara en los dos primeros días y que los vómitos se presentan sólo al segundo, cesando por regla general en el tercero.

Tampoco puede ser una fiebre tifoidea o tifus abdominal, pues basta el curso rápido en tres días, la hematemesis, la anuria, la ictericia y en fin todo el cuadro sintomático, para disuadir de esa idea. Sólo el estupor y la facies, con el aspecto de la lengua del segundo día, recuerdan el parentesco que existe entre ambas enfermedades, del cual dejo constancia el talento observador de los antiguos al colocar entre los nombres de la fiebre amarilla el de tifus icteroides. Pero ¿quién pretenderá confundir una enfermedad que se desenvuelve en tres días, con otra que cuenta su duración por septenarios?

Basta la constancia de su marcha y cuadro sintomático, el hipo, la hematemesis, la anuria, la inyección punteada de la conjuntiva, la uniformidad de su desenvolvimiento en todos los casos, para alejar la idea de una fiebre palídica

perniciosa, en la cual sería intermitente la fiebre; y la de una remitente, aun de la biliosa de los trópicos.

Historia. — Desconocen exactamente la cuestión de la zona atacada a pesar de haber oído el nombre de lugares más distantes situados en los valles comarcanos, pero carecen de datos precisos.

Involuntariamente recordamos que por esta época una persona notable originaria de Santa Cruz y residente en Sucre nos leyó una carta en q' le daba cuenta de una enfermedad extraña, desarrollada al pié de la cordillera y q' se atribuyó a la emanación de vapores sulfurosos de una fosa recién abierta. ¡Como si el ácido sulfuroso o el sulhídrico pudieran originar enfermedades microbianas! La descripción, recordaba la fiebre amarilla y q' sepamos no se hizo luz completa sobre el asunto.

Los ancianos refieren que hace como veinte años fué Abapó asolada por una enfermedad que presentó los mismos síntomas y que el entonces cura D. José Lorenzo Sánchez calificó de fiebre amarilla. En esos lugares apartados y faltos de recursos, el cura hace caritativamente de médico.

Tal vez una investigación más detenida que la nuestra descubra no haber sido esta la única vez en que ha aparecido el mal.

También fué este año un sacerdote el llamado a pronunciar el verdadero nombre de la afección. El virtuoso señor Tarrazona, cura de Abapó, que debía ser uno de los primeros en pagar su tributo a la plaga, la llamó como buen español **Vómito Negro**.

¿Qué otra cosa puede ser? Enfermedad que recorre en tres días todo su cuadro sintomático, que se acompaña de hematemesis en forma de borra de café, de infarto de todos los ganglios linfáticos, de hipo, estupor subdelirio, de anuria y fiebre alta, que extensa y demacra profundamente en tan corto plazo, que mata súbitamente después de un vómito de sangre o cuando el enfermo parece haber sanado y está sentado en su cama al cuarto o quinto día y aun levantado; que cuenta en primera línea como fenómeno de invasión, la cefalalgia y el lumbago, como complicación terrible la nefritis — ¿qué podrá ser para quien haya visto el vómito negro en y como síntoma de muerte, la anuria, y el hipo persistente? el mar Caribe, en el seno mejicano o en la costa del Pacífico, — ¿qué podrá ser más que la fiebre amarilla, más que el mismo vómito negro?

¿Que se presenta lejos del mar y a cierta altura? — Ojalá nos hubiera caído el honor y la fortuna de descubrir ese hecho, hoy ya de claro pasado, como vulgarmente se dice.

No hemos averiguado ningún caso de contagio comprobado. La enfermedad permanece localizada en puntos determinados sin propagarse a los inmediatos. En Misiones todos los enfermos han ido de Abapó, Muchiri, el Espino y Mazavi, sin dar lugar a otros nuevos por contagio. Hasta este hecho concuerda con lo que sabemos de la fiebre amarilla, poco contagiosa de suyo.

Tratamiento. — Hemos oído que se empleaban muy diferentes tratamientos.

En primer lugar se nos dice que en cierto punto se administraba abundantemente el tártaro emético y los purgantes salinos, siendo grande la mortalidad. Y nada más natural que ese pésimo resultado, pues si algún remedio está formalmente contraindicado, es un vomitivo, sobre todo cáustico, en una afección que ha de producir al segundo día vómitos y ulceraciones en el estómago, por las que ha de perderse una sangre, cada una de cuyas gotas será preciosa para sostener la vida que se escapa. Lo mismo debe pensarse de un purgante y de todo remedio irritante.

No vale la pena de hablar de la sangría, de los sinapismos y de algunos remedios vulgares que hemos visto usar.

En cambio, nos complacemos en elogiar el tratamiento de Muchiri, donde felizmente para los moradores ha sido inteligente, consistiendo en dieta absoluta, aplicación de la sábana mojada, uso interno de la limonada a pasto, administración de infusos de güapurucillo (solanácea narcótica), y abstención de todo remedio perturbador y enérgico. Este tratamiento sintomático y casi expectante ha dado el brillante resultado de salvar a todos los atacados (16 personas o sean todos los habitantes) ., pues el único caso de muerte fué el primer invadido, sometido a otra medicación.

Un tratamiento racional de la fiebre amarilla tiene que ser especialmente sintomático. La dieta absoluta, la abstención de todo medicamento capaz de irritar la mucosa gastrointestinal; un narcótico o hipnótico suave, de preferencia lactucario y sino el opio para vencer el insomnio, las fricciones con agua y vinagre, o la sábana mojada, el uso de bebidas refrigerantes, especialmente acídulas, a pasto, e instando al enfermo, el aseo de la boca y la nariz desde el principio para

prevenir las ulceraciones, la administración de un purgante oleoso el primer día, pero nunca después y sólo cuando la lengua lo indica, los enemas emolientes desde temprano, los colutorios alcoholizados constituyen la base del tratamiento, en el que ocupan también un puesto distinguido: la ergotina para contener las hemorragias, el benzoato de soda que hemos visto emplear con buen resultado desde el primer día y a dosis altas, el hielo, los vinos helados especialmente el de Champagne, desde el segundo día, las fricciones sobre el epigastrio para calmar el hipo y en ciertos casos la quinina hipodérmicamente el tercero. Pero inútil será que nos entendamos sobre materias bien tratadas en los textos.

Mortalidad. — De lo expuesto se deduce que la afección se ha presentado con carácter esporádico y por lo tanto benigna.

La mayor parte de los casos han terminado por resolución cuando no han sido sometidos a un tratamiento perturbador y los habitantes de los lugares atacados están ya escarmentados de sus perniciosos efectos.

Medidas preventivas para precaverse de la enfermedad. — Estando tan lejos la columna de los focos infectados donde permanece aislada todavía a pesar del mucho tránsito y haber comenzado ya en enero; encontrándonos en una región tan seca y sin temor de que nos lleguen emanaciones de puntos situados al O. y al N. O., conociéndose la poca contagiosidad de la fiebre amarilla y no siendo ésta transportada por los sanos, ni por las mercaderías, ropas, ni cartas, creemos inútil e improcedente toda medida que tendiera a aislarnos, toda cuarentena o cordón sanitario, de los cuales únicamente resultaría perjuicios y molestias estériles para los habitantes de la región.

Si los ulteriores movimientos de la fuerza expedicionaria nos aproximarán o pusieran en relación con los puntos atacados, sería preciso tomar algunas medidas. Entonces debería prohibirse el uso de agua cruda, especialmente de las ricas en sales de sodio, no permitiéndose más que la hervida previamente, evitar la exposición al aire de la noche y el dormir a la intemperie.

En los últimos congresos médicos han sido unánimemente condenadas las cuarentenas y los cordones sanitarios. Y si en alguna enfermedad es aplicable esta práctica, de seguro que es en la fiebre amarilla. Inútiles de todo punto las desinfecciones de objetos que no pertenezcan a los enfermos

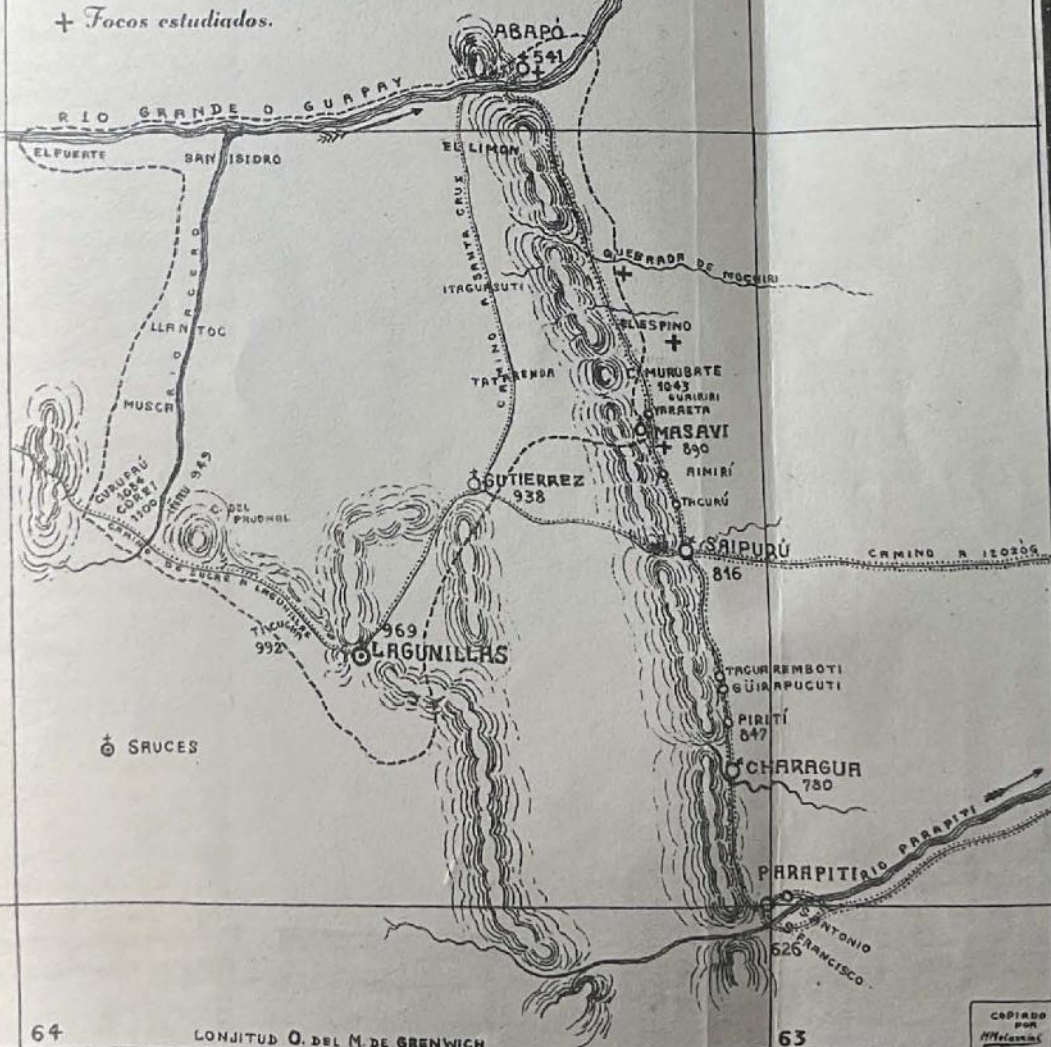
CARTA TOPOGRÁFICA DE LA REJION OCUPADA POR LA FIEBRE AMARILLA EN *Febrero y Marzo de 1887.*

----- Zona invadida

===== Itinerario seguido por la Comisión

+ Focos estudiados.

19



20

64

LONGITUD O. DEL M. DE GREENWICH

63

COPIADO
POR
M. HERNANDEZ

e inoficiosas las cuarentenas, después de los diez días de haber salido el viajero de un punto infectado, pues el período de incubación no dura más.

Creemos bien inútiles esos cordones parciales, que pretenden conseguir un aislamiento ilusorio e imposible en la práctica, sobre todo tratándose de una enfermedad que se contrae por infección y las menos veces por contagio inmediato y que nunca se transporta por los sanos.

Además, para demostrar lo ilusorio de los cordones en estas regiones, bastará conocer las cordilleras y preguntarse quién atajará a los indios que viajan a pie, ni podrá jactarse de cerrar las comunicaciones. El comercio será el único perjudicado y la carestía y el hambre son males positivos y más terribles.

Es lo que informamos, como resultado de nuestro viaje de observación.

Igüiasiriri, 22 de marzo de 1887.

J. Camó M.

N. Ortiz.



Crónica

Defensa profesional.

El cuerpo médico de La Paz, ante la serie de irregularidades e incorrecciones en el ejercicio de la medicina, que ha llegado hasta el extremo de conceder derechos a personas sin títulos, se ha visto precisado a dejar escuchar su voz en resguardo de los profesionales bolivianos, legalmente diplomados; y lo ha hecho no sólo en nombre suyo, sino también en nombre de los demás distritos de la República, quienes le autorizaron para ello.

Hase presentado ante S. E. el señor Presidente de la Nación el memorial que insertamos en el presente número de La REVISTA. El legalista jefe del Estado ha atendido las reclamaciones contenidas en dicho documento.

Es de esperar, pues, fundadamente, que de hoy en adelante la profesión médica desenvolverá sus actividades dentro de un marco de completa legalidad, respecto a los derechos adquiridos y consideraciones debidas a cada uno de sus miembros.

Bien por el progreso moral y por los intereses de la profesión.

El Secretario del Instituto.

Después de breve ausencia, ocasionada por asuntos de familia, se encuentra nuevamente entre

nosotros este distinguido colega y entusiasta miembro de la mesa directiva del Instituto.

Hospital de Santa Bárbara.

El público en general y el público médico en particular han extrañado que hasta ahora no se hubiese provisto el importante cargo de director y cirujano del Hospital Municipal. El sistema de interinidades no puede ser peor, sobre todo cuando ellas se prolongan hasta mediados del año, siendo así que es obligación de la Municipalidad proveer los puestos vacantes en el mes de enero.

Por lo demás, es preciso dejar constancia de un hecho anormal, que se reproduce hace ya tiempo, desde que durante el Gobierno de Saavedra se aprobaron inconstitucionalmente los Estatutos de la Sociedad Humanitaria de San Vicente de Paúl.

Nos referimos a la delegación que hace la Municipalidad de funciones que privativamente le corresponden, que son de su directa incumbencia, como el nombramiento de sus empleados de Hospital, a una sociedad particular de beneficencia, la que actúa como cuerpo colector, formulando ternas, lo que no pasa en ningún otro de los servicios comunales.

La Municipalidad, igual que el Congreso, no puede despojarse de sus atribuciones constitucionales legítimas, compartiéndolas con una entidad que no es oficial. El gobierno y la autoridad no se enajenan; lo más que puede hacer el Concejo es encomendar la administración económica del Hospital a quien ofrezca las garantías necesarias para su buena atención.

Si es que el Municipio, por tal o cual razón, más o menos atendible, no puede encargarse direc-

tamente del servicio de asistencia social, que es una de sus primordiales obligaciones, debe delegarlo oficialmente a un Comité designado por él mismo. Por respetable que sea un cuerpo colegiado como la Sociedad Humanitaria, sus miembros no han sido elegidos por los personeros del pueblo, que es el que sostiene con los impuestos que paga el servicio llamado de beneficencia, función social, no función privada.

Biblioteca.

Se han hecho varias adquisiciones nuevas para esta importante sección del Instituto. En poco tiempo más, con los fondos de que disponemos en Europa, haremos un pedido importante de obras recientemente publicadas.

Museo de Historia Natural.

Se ha procedido en este museo a la reparación de numerosas piezas que se encontraban en malas condiciones. El hábil taxidermista D. Valericio Castro, se encuentra actualmente ocupado en disecar ejemplares de nuestra fauna departamental y preparar dos esqueletos humanos completos, provistos de todas sus piezas debidamente articuladas.

Prosecretario — contador.

El Consejo de Administración del Instituto ha designado para este cargo al señor José Gerardo Téllez, quien ya ha comenzado a poner en perfecto orden el archivo de la Sociedad, a levantar un inventario prolijo de los bienes, material, útiles y libros y a poner al día todos los documentos de contabilidad del Instituto.

Colegas viajeros.

El Dr. Manuel Gantier y el Dr. Alberto Reyes Davis se han restituído recientemente a esta capital, después de algún tiempo de ausencia.

Casa para la Facultad de Medicina.

El Gobierno y los Representantes Nacionales aceptaron el compromiso de adquirir para la Facultad de Medicina la hermosa casa-quinta de propiedad de la señora Elena F. de Blanco, después de largas y laboriosas gestiones del anterior Rector de la Universidad. En aquel local habría podido instalarse con toda comodidad e independencia nuestra Escuela Médica, a satisfacción de profesores y alumnos.

Pero, parece que a última hora se ha entorpecido la marcha de este importante asunto y que las cosas se mantendrán en *statu quo*.

Deseamos que prevalezca el interés de la Facultad, cuya situación precaria no puede substistir sin desmedro de sus bienes entendidos intereses.

El Rector de la Universidad.

Procedente de Rosario (República Argentina) ha vuelto el Dr. Roberto Landívar, en unión de su familia. Los saludamos muy atentamente, deseándoles grata permanencia entre nosotros.

En la sección de Vacuna Antivariolosa.

Los numerosísimos pedidos de flúido vacuno de los distintos puntos de la República han dado motivo para una intensa actividad en esta repartición.

Referencias de diversa índole, que a diario recibimos en nuestra oficina de información, no hacen otra cosa que confirmar plenamente la excelente calidad de este producto, con resultados positivos de un 100 por ciento en primeras vacunaciones.

Es tiempo ya de que el H. Concejo Municipal de la localidad, siguiendo prácticas establecidas, se preocupe de obtener los recursos necesarios para que el cuerpo de alumnos de la Facultad de Medicina, proceda a la vacunación y revacunación general de la población de la ciudad y sus alrededores.

Por todas estas consideraciones, se hace necesario y urgente la atención de los poderes públicos, en el pago de la modesta asignación anual que se reconoce a este importante servicio de salubridad pública.

Sección de Bacteriología.

En esta repartición del instituto se ultiman las medidas necesarias para la iniciación de sus actividades en el terreno de investigaciones biológicas. Debemos adelantar por el momento que su labor ha de beneficiar de inmediato y con carácter absolutamente gratuito a los diferentes servicios del Hospital de Santa Bárbara, debiendo ponerse dentro de breve tiempo a disposición del público en general.



Instituto Médico "Sucre"

Sociedad fundada el 3 de febrero de 1895

Socios fundadores

- / Dr. Manuel Cuéllar
« José Cupertino Arteaga

Socios de número

- | | | | |
|----|----------------------------|----------------------------|----|
| 2 | Dr. Nicolás Ortiz | Dr. Armando Solares Arroyo | 12 |
| | « † José Manuel Ramírez | « Gregorio Mendizábal | 24 |
| 3 | « Domingo Guzmán | « Jenaro Villa E. | 13 |
| 4 | « Wálter Villafani | « Ml. Gerardo Pareja | 14 |
| 5 | « Jaime Mendoza | « Claudio Roso | |
| 6 | « Ezequiel L. Osorio | « Anastasio Paravicini | 15 |
| 7 | « Gustavo Vaca Guzmán | « Filomeno Martínez | 16 |
| 8 | « Aniceto Solares | « Carlos F. Garret | 17 |
| 9 | « Claudio Calderón Mendoza | « † Pastor Reynolds | 18 |
| 10 | « Ml. Leonidas Tardío | « Clovis Urioste Arana | 19 |
| 11 | « Francisco V. Caballero | « Eulogio Ostria Reyes | |
| | | « Medardo Navarro | 20 |
| | | « David Osio | 21 |
| | | « Julio C. Fortún | 22 |
| | | « Raúl F. de Córdova | 23 |
| | | « Germán Orosco P. | 24 |
| | | « Bernardo Vaca Guzmán | 25 |
| | | « Nemesio Torres M. | 26 |

Socios honorarios

Sr. Juan Manuel Sainz y Dr. José María Escalier.

Socios correspondientes

INTERIOR

Sucre.—Señores: Francisco Cerro S. J., Máximo de Argandoña, José D. Ichaso, Alfredo Jáuregui R., Anselmo Hernández, Julio Villa A.

La Paz.—Doctores: Elías Sagárnaga, Néstor Morales Villazón, Juan Antonio Osorio, Fausto Carrasco.

Cochabamba.—Doctores: Isaac Aranibar, Mariano Ayala Montaña, Julio Rodríguez, Israel Zegaria, Cleómedes Blanco Galindo, Manuel Ascencio Villarroel.

Oruro.—Doctores: Adolfo Mier, Enrique Condarco.

Santa Cruz.—Doctor Uldarico Zambrana.

Potosí.—Doctor Humberto Oropeza.

Cinti.—Doctor José Avelino Loria.

EXTERIOR

Miembro de honor en el extranjero (Francia).—Dr. L. Dartigues.

República Argentina.—Doctores: Manuel Blancas, Gregorio Aráoz Alfaro, Juan José Vitón, Víctor Delfino, Leónidas Jorge Fiasco, José Zamora (h), José Querejazu, León Velasco Blanco, Roberto Landívar, Tomás Cerrutti.

Uruguay (Montevideo).—Doctor José Martirené.

Perú (Arequipa).—Doctor Edmundo Escomel.

Brasil (Rio Janeiro).—Doctores: Miguel Coelho, Fernando Magalhaes, Juliano Moreira, Carlos Chagas, Abreu Filho, Luis Soares.

España (Madrid).—Drs.: Gregorio Marañón, Marcelino Pascua.

Francia (París).—Prof. H. Gougerot, Dr. L. Mathé, Dr. Powilewicz; Profesores: Noël Fiesinger, Robert Debré, Chevassu, Paul More, Louis Ramond, Babonneix, Pierre Brocq, Funck Brentano, Richet, fils, Laroche, Vallery-Radot, Roussy, Balthazard, Claude, Terrien, Halphey, Ombrédanne, Pierre Duval, Dres. Molinéry, Percheptère.

Inglaterra.—Dr. M. D. Mackenzie.

Socios fallecidos

Socios fundadores

- Dr. Valentín Abecia
- « Gerardo Vaca Guzmán
- « Angel Ponce

Socios de número

- Dr. Sixto Rengel
- « Marcelino T. Martínez
- « Donato D. Medina
- « Constantino D. Medina
- « Justo Padilla
- « Demetrio Gutiérrez
- « José María Araujo
- « Víctor F. Quintana
- « Fidel M. Torricos
- « Julio Oropeza T.
- « Antonio Cardenas
- « Arcil Zamora
- « Néstor F. Careaga

Socios honorarios

- Sr. Carlos Arce
- « Néstor Sainz

Socios correspondientes

INTERIOR

Sucre.—Sres. Ignacio Terán, José M^a. Calvo.

La Paz.—Dres. Andrés S. Muñoz, Luis Viaña, Claudio Sanjines T., Manuel B. Mariaca, Adolfo Flores.

Oruro.—Dres. Wesley Beach, Zenón Dalence.

Santa Cruz.—Dr. Pablo Sanz.

Potosí.—Dres. Héctor Vázquez, Mariano P. Zuleta.

EXTERIOR

Argentina.—Dr. Emilio R. Coni, Sr. Carlos Doynel, Dr. J. Llambías

Uruguay.—Drs. Américo Ricaldoni, Gerardo Arrizabalaga.

Perú.—Doctores: Ernesto O. drioza, Daniel Matto.