



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 32 BOLIVIA-SUCRE, JUNIO DE 1936. Nº 62



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.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO SUCRE

DIRECCIÓN:

Instituto Médico «Sucre» —Sucre, Bolivia. Calle San Alberto N°. 8

COMITÉ DE REDACCIÓN:

Director:—Jaime Mendoza.

Colaboradores:—Medardo Navarro y Julio C. Fortún.

SUMARIO

PÁGINAS.

<i>Discurso del Presidente del Instituto en la sesión inaugural de 3 de Febrero de 1936.</i>	1
<i>La lucha antituberculosa en Bolivia.— 1ª. conferencia del Dr. Jaime Mendoza.</i>	6
<i>La lucha antituberculosa en Bolivia.— 2ª. conferencia del Dr. Jaime Mendoza.</i>	48
<i>Escuelas de primeros auxilios.—Conferencia del Dr. Medardo Navarro.</i>	
<i>Crónica</i>	71

SUCRE-BOLIVIA.-S. A.

Editorial CHARCAS

REVISTA

DEL

Instituto Médico Sucre

Año XXXII | Sucre, Junio de 1936. | No. 62

Discurso del Presidente del Instituto en la sesión inaugural de 3 de Febrero de 1936.

Señores:

La guerra con el Paraguay, que alteró todas las actividades normales del país, llevando la Nación entera a una campaña para la que no estaba preparada, hizo que cada una de las instituciones nacionales se pusiera a órdenes del Estado Mayor General.

El Instituto Médico "Sucre", sociedad científica formada por los más destacados representantes del cuerpo médico de la Capital de la República, se ofreció espontáneamente habiéndole tocado el honor de organizar la Sanidad Militar del Departamento, marchando en consecuencia, la mayor parte de sus miembros, al teatro de operaciones, ya en brigadas o individualmente, conforme las necesidades lo exigían.

Como consecuencia de dicho aporte, tuvieron que suspenderse sus labores ordinarias habiéndose encomendado por acuerdo social la Dirección del Instituto al maestro Dr. Nicolás Ortiz, quine con patriotismo digno de todo reconocimiento, atendió sus premiosas exigencias.

Con la movilización de casi todos los socios del Instituto, quedó en acefalía su mesa di-

rectiva durante toda la contienda, hasta hace poco tiempo, en que el Dr. Aniceto Solares, Vicepresidente, en reemplazo y por ausencia del Presidente Dr. Ezequiel L. Osorio, convocó a sesión ordinaria para reorganizar la institución, nombrando, como primer acuerdo, su mesa directiva para el año 1936 en la que inmerecidamente me han confiado la Presidencia.

Los motivos antedichos han impedido la presentación de la Memoria; tocándome ahora, en atención a mi reciente investidura, bosquejar sintéticamente la obra realizada por el Instituto durante el doloroso proceso bélico.

En consonancia con la naturaleza de sus funciones el Instituto inició—como ya he dicho—la organización de Brigadas Sanitarias. Tenía que ser así porque la situación de nuestro pueblo requería un inmediato Ejército de Sanitarios—pues detrás del fragor de los cañones está la dolencia del combatiente herido y junto a él la mano del cirujano que rehabilita al héroe para nuevas hazañas y evita la desaparición de un soldado más.

Así es que partieron con noción exacta de sus sagrados deberes patrios los primeros sanitarios de esta ciudad, sanitarios que incomprendidos todavía por la intromisión fanática encaraban los contrastes de la guerra. Ellos fueron: Drs Ezequiel L. Osorio, Aniceto Solares, Manuel L. Tardío, Armando Solares Arroyo, Medardo Navarro, Julio C. Fortún, Nemesio Torres Muñoz, José Mostajo, José Renjel, Eduardo Paravicini; Practicantes: Sres. Luis Villafani, Wálter Echalar, Luis Pereira, Alfredo Quiroga, Nèstor Valdez, Francisco Ampuero, Agustín Benavides, Carlos Nava M. y Eduardo Rivero C.

Enfermeras: Srtas. Mena Cors, Isabel Aldana, Herminia León, Constantina Melgarejo, Isabel Taboada, Hortensia Nava Ruiz, Carmen Daza y Aurora Imaná. Muchos de ellos no volverán más. Gratitud y admiración para los caídos.

Asimismo nuestro consocio el Dr. Jaime Mendoza, no obstante su oposición a la guerra marchó a ella cuando después del desastre de Alihuatá la situación se hizo gravísima para el país.

Aparte de esto -aunque parece poco es ya mucho- redoblaron sus labores algunas secciones: tal la de vacuna antivariolosa encomendada al distinguido profesional Dr. Eduardo Gironás F. que sin ser aún socio del Instituto, y con carácter ad-honorem, ha dirigido la marcha de esta sección con el mayor celo, acierto y patriotismo, merced a lo cual se ha podido proveer del virus antivarioloso, tanto al ejército, como a la población civil, con superabundancia. Las cantidades tenemos detalladas en el informe que ha recogido el jefe titular de la sección Dr. Armando Solares Arroyo que son como sigue:

DETALLE DE LA VACUNA REMITIDA A LOS SIGUIENTES DEPARTAMENTOS DE BOLIVIA:

Chuquisaca	1.267	ampollas para	31.675	vac.
Potosí.....	458	"	11.450	"
Oruro.....	397	"	9.925	"
La Paz	343	"	8.575	"
Cochabamba.	502	"	12.550	"
Tarija.....	570	"	14.250	"
Santa Cruz	650	"	16.250	"
Beni	1.365	"	34.125	"
Total de amp.	5.552	"	138.800	"

La sección de bacteriología también ha presentado su aporte benéfico al país. Pues, cuan-

do se presentó una epidemia en la provincia Tomina de este Departamento, puso sus laboratorios a disposición del Dr. Ventemillas encargado por el Supremo Gobierno para combatirla.

La biblioteca ha sido mejorada con muebles y enriquecida con libros adquiridos de la testamentaria de nuestro malogrado colega y miembro del Instituto Dr. Antonio Cárdenas; con los obsequiados por el Dr. José Cupertino Arteaga y finalmente con los llegados últimamente de París de la casa León Augendre.

El Instituto Médico, no solo ha proporcionado a la Defensa Nacional el contingente personal de sus socios, sino que también, en Sucre, ha atendido las necesidades materiales de la Sanidad Militar.

Vuelto como la mayor parte de los socios, después de tres años de campaña, nos queda la labor de reorganizar con empeño todas las secciones y encaminarlas por la ruta del adelanto; para ello todos estamos pletóricos de entusiasmo y de unción cívica esperando que el año 1936 será de activa labor, para dar efectivo impulso, si no a todas las distintas secciones de que se compone la Institución, cuando menos a las más importantes, dentro de las posibilidades económicas.

El tesoro de la institución, que fué encomendada al distinguido médico Dr. Wálter Villafani se ha conducido en perfecto orden, quedando solo por cobrar algunas sumas adeudadas por el Supremo Gobierno.

Por la honestidad con que han desempeñado sus labores de Tesorero y Jefe Accidental de la sección Vacuna los doctores Villafani y Gironás, han merecido un voto de agradecimiento y de aplauso de parte de la sociedad, ha-

biendo sido invitado el Dr. Gironás a incorporarse como socio.

Como ven señores, la información no puede pasar de somera.

Un fatal determinismo de los acontecimientos, marca inevitablemente el rumbo de los hombres y de las cosas. Mas, ahora que el mundo se conduce por el "Imperio de las Ideas" hay que buscar las más adaptadas a nuestra idiosincracia para trazar el molde de la resurgente Nacionalidad Boliviana.

No es extraño que hable de la resurgente Bolivia. De los escombros del pasado, del sepultamiento de nuestras miserias y desgracias, tiene que nacer forzosamente otra Nación al calor del optimismo y del anhelo de mejoramiento para poder pesar como pueblo vigoroso en el concierto de las Américas.

Y para engrandecer esta Patria abatida por el coloniaje y su propia independencia—tan mal ensayada—es preciso comenzar por renovarse y superarse trascendiendo luego este afán superior en beneficio de las instituciones—como la que dirijo—para que en seguida, por concate-nación natural, se labre la prosperidad de las demás que integran la Patria y se realice por armoniosa solidaridad y común ideología el noble propósito que justifica nuestro vivir.

Con hoy son 40 años de vida para la Institución. Se fundó en conmemoración del soldado filósofo, cuyo célebre testamento es para nuestro fervor cívico como plegaria del creyente: Al recordarlo rememoremos sus sabias enseñanzas y prometamos seguir el luminoso sendero que su inmaculada actitud señala.

ANASTASIO PARAVICINI.

La lucha antituberculosa en Bolivia

Conferencia de vulgarización científica, leída en el Instituto Médico «Sucre».

Una vez más me toca hablar sobre la tuberculosis en Bolivia, cumpliendo con una insinuación del Instituto Médico «Sucre». Mas antes de abordar ese tema considero que es de oportuna y útil vulgarización detenerme en ciertos conceptos generales tocantes al flagelo mundial.

* * * *

No obstante los grandes progresos realizados en el conocimiento de la tuberculosis, subsisten diversos puntos de interrogación en el aspecto etiológico y patógeno; y, por otra parte, hay cierta anarquía en las opiniones sustentadas por los investigadores que han consagrado su esfuerzo al estudio de dicha afección.

Tenemos a la mano uno de los últimos números de «Le Monde Médical», de París, dedicado a la tuberculosis; y en él se pueden ver *tete-a-tete* los criterios divergentes de los más ilustres representantes del movimiento científico francés. Extractaremos de este acervo utilísimo para los estudiosos las más salientes ideas.

LA TUBERCULOSIS NO ES CONTAGIOSA EN EL ADULTO.—Tal es el sugestivo título del estudio del famoso biólogo francés Augusto Lumiere, quien rechaza el contagio tuberculoso en

el adulto atendiendo a argumentos directos e indirectos. He aquí ellos:

Argumentos directos:

1). Ausencia del contagio en los medios donde más abunda el bacilo. Ese es el caso de los tisiólogos; y también el de los personales de sanatorio, a cuyo propósito Lumiere cita las siguientes palabras del Dr. Guinard, director de los sanatorios de Cligny: «El personal alojado ha tenido hijos, que han sido criados y han crecido en la inmediación de los enfermos; pues bien, ninguno de ellos ha presentado el menor síntoma de tuberculosis.» También cita a Di Natale, quien encontró bacilos vivos y virulentos en la mucosa nasal de médicos y enfermeros, «sin que nunca-dice-estos gérmenes hayan infectado a sus portadores». Pide Lumiere, como antes Pidoux, a los médicos que denuncien «algún caso de contaminación real».

2). Hay un inmenso número de individuos que no son contaminados por su cónyuge tuberculoso. «Ningún cónyuge-dice el autor-de tísico debería escapar a la infección». Refiriéndose a la V Asamblea Francesa de Medicina General que estudió este problema llegando a la conclusión de que la tuberculosis conyugal sólo tiene un porcentaje de 10 o/o, hace diversos reparos en el sentido de que esa misma proporción debe disminuirse, pues el cónyuge que se supone contaminado por el otro pudo ser bacilar «sin necesidad del matrimonio».

3). La resistencia del adulto a la infección —afirma Lumiere— tanto en los casos de absorción de grandes cantidades de gérmenes vivos y virulentos como en los casos de inoculación por picadura, en las necropsias de tísicos, viene

en apoyo de la inmunidad que se establece durante los primeros meses de la vida en todos los individuos que viven en países de elevada tuberculización.

Argumentos indirectos:

1). La propagación tuberculosa permanece estacionaria. Siendo contagioso este mal, como el sarampión, la escarlatina o la fiebre tifoidea, haría enormes estragos: «La Humanidad—escribe el autor—no resistiría». Luego añade: «Cualesquiera que sean las precauciones profilácticas tomadas, las víctimas se encuentran entre los descendientes de bacilares, aun cuando éstos no esparzan ningún microorganismo a su alrededor (antiguos coxálgicos, pleuríticos o enfermos con tumores blancos, abscesos fríos, etc., completamente curados mucho antes de nacer sus hijos)».

Más adelante reafirma este punto de vista así:

«Conocemos médicos entre los contagionistas más conocidos, cuyas familias han sido diezadas por la tuberculosis; no han conseguido proteger a sus deudos y todas las medidas que han podido dictar en su clientela no han sido suficientes para impedir a algunos descendientes de tuberculosos enfermar a su vez. «Conseguimos preservarnos de todas las afecciones contagiosas, pero no se evita la enfermedad a los descendientes de tuberculosos.»

2) Las estadísticas contradicen el contagio. «Los estragos producidos por este azote en el tiempo y el espacio—dice—continúan invariablemente una marcha regular, sin experimentar nunca perturbaciones notables o bruscas. “Re-

gularidad que no presenta ninguna enfermedad contagiosa.

3) La bacilosis puede ser contagiosa en los lactantes y los individuos que siempre han estado alejados de todo foco tuberculoso; siendo entonces "fatal, sin regresión ni remisión y que reviste siempre la forma ganglio—visceral", en tanto que la de tipo corriente es "eminente-mente polimorfa, con paros y mejorías y que cura en gran número de casos".

"El tipo común de la bacilosis tardía-añade-figura en 97 por 100 aproximadamente en la mortalidad total por tuberculosis".

4). "Es imposible reducir experimentalmente esta bacilosis del tipo habitual del adulto contaminando los animales después del nacimiento".

HERENCIA Y TERRENO EN LA TUBERCULOSIS, por el profesor Andrés Dufourt.--Para este, la herencia de la tuberculosis hay que considerarla en un doble aspecto: herencia de la semilla; herencia del terreno.

Herencia de la semilla.—Distingue dos formas: la herencia del bacilo adulto virulento de Koch y la del ultravirus.

En la primera recuerda la herencia *latente* u *oculta* y la *confirmada*. Hablando de la *oculta* impugna a Baumgarten, quien dijera en 1891 que los bacilos, después de atravesar la placenta en número reducido producen lesiones discretas en diversos órganos del feto, durante los primeros meses o hasta los dos años. «Estos focos ocultos de tuberculosis hereditaria-había

dicho Baumgarten-constituyen según mi modo de ver el punto de partida de la tuberculosis manifiesta del adolescente y del adulto". Dufourt contradice esta opinión apoyándose en la falta de reacción tuberculínica de los recién nacidos, lo que demostraría que no están en estado de alergia. En cuanto a la herencia *confirmada*, el autor la acepta. "Es-dice-un hecho la herencia del bacilo virulento de Koch". Pero advierte, fundándose en diversas estadísticas, que ella es rara o excepcional.

Respecto a la herencia del ultravirus, piensa que es muy frecuente y aun normal. "Todo permite hoy creer-afirma-que dada la casi constancia de la ultravirucemia en los tuberculosos, la transmisión placentaria del ultravirus constituye en las mujeres embarazadas tuberculosas un fenómeno en cierto modo obligatorio, podríamos decir casi fisiológico". Pero, al par, Dufourt no cree que esa transmisión sea de gran importancia para el nuevo ser. «En la mayor parte de los casos-escribe-esta herencia no tiene consecuencias graves». Cita a este propósito experiencias hechas en animales: cobayas inoculados resisten casi siempre. Los más no sufren nada. Otros, después de un tiempo corto de hipotrofia, recuperan. Sólo muy pocos se caquectizan y mueren. De lo cual pueden deducirse consecuencias análogas para el hombre.

Concluye el autor el párrafo sobre la ultravirucemia con estas indicaciones:

"Cabe suponer que en la raza humana, el ultravirus, heredado al nacer, desaparece al cabo de un cierto tiempo".

«Incluso es posible que el hecho de heredar el ultravirus tenga, junto a los inconvenien-

tes....algunas ventajas". (Aquí la inmunidad o premunición).

"En resumen:

"a) La tuberculosis congénita oculta no está hoy demostrada.

"b) La tuberculosis congénita confirmada existe, pero es excepcional.

"c) La infección hereditaria por el ultravirus es probablemente constante".

"....Los bacilos heredados por intermedio del ultravirus no subsisten durante mucho tiempo en el organismo, no se transforman en bacilos virulentos de Koch".

Herencia del terreno.—En este segundo aspecto, Dufourt no acepta las ideas de Villemin, Virchow, Koch, Peter y Daremberg favorables a la herencia del terreno. Vuelve a este propósito a la noción del contagio, no siempre bien interpretada. Recuerda a Strauss quien ya admitía que "los hijos de tuberculosos substraídos al contagio familiar, podían fácilmente ser preservados de la enfermedad". "Los tocólogos y los pediatras—dice Dufourt—saben hoy perfectamente que los niños de mujeres tuberculosas, después que han pasado los primeros meses, muchas veces difíciles, de su vida, se desarrollan con la misma facilidad, con el mismo empuje que los niños nacidos sin ninguna herencia morbosa".

Sobre la herencia de las distrofias, relacionada con la del terreno, Dufourt, después de presentar estadísticas, concluye en que "no merece ser tenida en cuenta".

Luego se pregunta: "Pero si no hay heredopredisposición ni distrofia, ¿debemos admitir, por el contrario, una heredoimunidad?" Según

el autor ella es dudosa, pues siendo sólo efímera la presencia del ultravirus hereditario en el nuevo ser, la heredo inmunidad conferida por aquél desaparecería también rápidamente.

Lo propio dice respecto a los anticuerpos tuberculosos maternos acarreados por la sangre durante el embarazo. Si tienen realmente alguna trascendencia en este orden, sería ella muy pasajera, pues que permanecen muy poco tiempo (a lo más tres meses) en los recién nacidos. "Vemos, pues, -concluye- que esta cuestión de los anticuerpos continúa muy oscura aún, por lo que se refiere a su finalidad; nada permite afirmar que los hijos de madres tuberculosas aporten al nacer un terreno favorable, ni siquiera un terreno poco refractario a una tuberculización postnatal".

«...La cuestión del terreno en materia tuberculosa no se limita al estado físico y humoral transmitido por ascendencia directa. Aquí también influyen con toda seguridad las cualidades ancestrales, las cualidades de raza".

LAS MODALIDADES ESPECIALES DEL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS, por el Dr. Fernando Besancon.—Este autor es también decidido contagionista. Para él no tiene importancia la herencia de la semilla en forma de bacilo o virus filtrable, pues ellos no son suficientemente virulentos ni están en cantidad proporcionada "para producir una verdadera infección tuberculosa en el recién nacido; la infección de los lactantes, incluso según los partidarios más acérrimos de la doctrina del paso del bacilo y del virus filtrable a través de la placenta, no es debida a este paso, sino al contagio postnatal en el ambiente familiar".

Según las propias palabras del autor, "toda la confusión que durante tanto tiempo ha separado a los contagionistas de los anticontagionistas procede de que, en materia tuberculosa, no se separa lo que es "la infección tuberculosa" de lo que es la "morbilidad tuberculosa".

La infección tuberculosa es debida siempre al contagio. "Fuera de este elemento, en la morbilidad hay que tener en cuenta las "causas segundas" (v. gr. la miseria). Cita a este propósito el caso de una escuela en la que dieciocho meses antes, la cutirreacción había sido positiva tan sólo en 19 por 100 de los casos; pero después de la permanencia, durante nueve meses, de un maestro tuberculoso, la cifra de las cutipositivas subió a 73 por 100; hubo, pues, una «infección tuberculosa muy extensa; a pesar de ello el examen radiológico sólo reveló lesiones tuberculosas en 16 niños».

Hablando de *los nuevos datos sobre la infección tuberculosa* Besancon dice que por grande que sea la frecuencia de ella dista mucho de ser constante en niños y adultos. Los datos anatomopatológicos indican que si bien Noegeli, en 1900, apoyado en estadísticas, afirmaba que el 97 o/o de los adultos de las ciudades son tuberculosos evolutivos o latentes, dicha proporción sólo es exacta tratándose de medios hospitalarios o urbanos muy infectados, disminuyendo con mucho en otros.

A propósito del *índice de tuberculización* recueda las estadísticas de Marfan, Hamburger y Monti, Pollack, Calmette, Gryzes y Letulle, mostrando la mayor frecuencia de la tuberculosis con la mayor edad. Cita la estadística de Marfan:

79.7 por 100 de 14 a 15 años.
97 por 100 en el adulto.

En medios acomodados el porcentaje es aún menor, como lo demuestra la estadística de Bernard:

28 por 100 a los 4 años.
68 por 100 a los 15 años.

La estadística de Soederstrom, principalmente con la reacción percutánea de Moro, en más de 5.000 niños, da:

64 por 100 de 14 a 15 años en medio indigente.

54 por 100 en medio acomodado.

El autor contradice el postulado según el cual la infección tuberculosa en un medio humano nuevo es casi siempre mortal.

«Era de temer—dice—que esta infección en medio nuevo produjera formas graves de tuberculosis según la ley que rige la tuberculosis en medio nuevo....;pero no es así. En la mayor parte de los casos la infección se limita a producir una cutipositiva sin síntoma; la morbilidad tuberculosa casi no se observa más que en 6 por 100 de los casos.... y ha sido algo más acentuada en los estudiantes de medicina».

Las primoinfecciones tardías no tienen la gravedad de las de los lactantes e indígenas. Se presentan en formas relativamente benignas: eritema nudoso, tifobacilosis, pleuresia, esplenopneumonia, etc. Con todo, la estadística de Sergent, formada en medio hospitalario, acusa mayor gravedad para gentes que viven en defectuosas condiciones (hipoalimentación, promiscuidad, etc.)

Contradice también Besancon las opiniones sobre la rareza de la tuberculosis conyugal.

Los exámenes radiológicos dan una frecuencia de 35 a 45 por 100. Hablando de la resistencia a la "tuberculosis enfermedad" en el cónyuge sano, dice: "Es ello tan sólo un hecho trivial que muestra la resistencia de todo individuo ya infectado a las reinfecciones heterogéneas. El único punto especial es la extraordinaria resistencia a esta reinfección explicable quizás por el hecho que el cónyuge sano, pero, a pesar de ello, ya muy probablemente tuberculizado (adulto de las ciudades), se expone progresivamente a infecciones tuberculosas, al principio relativamente discretas, después cada vez más intensas, a medida que evoluciona la tuberculosis en el cónyuge enfermo, aumentando de este modo, si no su inmunidad, por lo menos su premunición".

Explica la oposición de gravedad entre la primoinfección tardía de las enfermeras y estudiantes recién llegados a las ciudades y la de los indígenas, por las malas condiciones de vida de éstos: promiscuidad, miseria, hipoalimentación.

Se refiere a la propagación tuberculosa en el medio industrial y en el rural señalando aquí la importancia del factor económico. "Una vez mejor comprendida la industrialización, — dice—penetrando el bienestar en las ciudades y aumentando, gracias al desarrollo industrial, los salarios elevados, siendo el trabajo corporal menos pesado y con alguna mayor comodidad las habitaciones, y sobre todo pudiendo disponer de una buena alimentación, *la mortalidad por tuberculosis disminuye hasta el punto de no rebasar en algunas ciudades industriales la cifra más baja observada*".

Y añade: "Entre tanto, contaminado en

la ciudad, el campesino regresa al pueblo, donde trasmite el contagio en medio nuevo, y en condiciones de higiene mucho peores que en las ciudades, a pesar del aire y de la luz. La tuberculosis rural produce una mortalidad mucho más elevada que la tuberculosis urbana, salvo en los países más adelantados como Dinamarca, en los que el campo es un medio industrial modelo, en el que la mortalidad es la misma que en las ciudades.

"En todos los países que durante la guerra, a causa del bloqueo, tuvieron que someterse a una hipoalimentación, la cifra de la mortalidad por tuberculosis, que declinaba rápidamente, como en todos los países civilizados, subió inmediatamente, habiendo incluso doblado".

TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MADRE AL FETO POR LA VÍA TRANSPLACENTARIA, por los doctores E. Sergent y H. Durand.—Los autores se muestran partidarios de la herencia tuberculosa. Recuerdan el concepto antiguo de la tuberculosis "constitucional y familiar"; y asimismo "el dogma del contagio". "Cada una de estas dos teorías—dicen—era defendida no solamente con talento, sino también con argumentos de igual valor" hasta que se demostró "sin ningún género de duda que el virus tuberculoso atravesaba la placenta de las madres, pero bajo otra forma que la del bacilo, y con otros efectos".

"El descubrimiento realizado por Fontes de elementos lo suficientemente delgados para atravesar las bujías filtrantes—dicen—había caído en el olvido". Mas las nuevas investigaciones de Vaudremer, Calmette, Valtis, los propios Sergent y Durand, Arloing y Dufourt confirmaron dicho

descubrimiento "y la existencia de un virus invisible susceptible de atravesar las bujías filtrantes". "De esta manera-añaden-quedaba afirmada la noción capital de que el bacilo no es el único agente virulento, sino que hay otros junto a él, cuyo conjunto constituye un virus complejo, compuesto de formas diversas ácido resistentes o no, de las que una de las más curiosas es indudablemente el virus invisible filtrable".

Nombran también los autores con frecuencia a Landouzy en estos puntos y a propósito del concepto de éste sobre la tuberculosis inflamatoria.

Luego estudian la transmisión placentaria en el doble aspecto de la semilla y del terreno. Se detienen a considerar, en el primero, el paso del bacilo y el del virus filtrable.

Transmisión transplacentaria del bacilo

A. R.—Afirman que ella realmente existe, fundándose en las observaciones hechas tanto en veterinaria como en la especie humana. El bacilo pasa a través de la placenta. Ese paso se efectúa por intermedio de la sangre. Es la *bacilemia*. "Es indudable que debe existir-dicen-por cuanto conocemos en clínica múltiples determinaciones óseas, subcutáneas, renales, articulares, pleurales, de una tuberculosis manifestamente septicémica". El paso del bacilo por la placenta puede determinar en ella lesiones discretas y aun inapreciables; o, también, provocar ciertos desórdenes. Mas, de todas suertes, llega al feto.

En cuanto al feto contaminado, "pueden afirmar-sucumbir antes de nacer, inmediatamente después de nacido o al cabo de algunas semanas o algunos meses, habiendo presentado

un síndrome de desnutrición progresiva y de atrepsia". En las vísceras de las víctimas infantiles se encuentran "signos de una tuberculosis caseosa, nodular, con células gigantes y bacilar que interesa los diversos órganos", v. gr. el hígado o el sistema hemolinfático, u otros, en forma de granulia.

Después de aceptar esta transmisión placentaria del bacilo tuberculoso, los autores advierten que ella es muy rara, señalando a este propósito varias estadísticas.

Transmisión transplantaria del virus filtrable.—Afirman los autores que, en contraste con la rareza de la transmisión placentaria del bacilo A. R. la del virus invisible es harto frecuente. Asientan con este motivo como junto al bacilo A. R., que produce la tuberculosis tipo Villemin, diversos investigadores como Arloing, Fontés, Vaudremer, Ferrán, "hablaban ya de un polimorfismo probable del agente virulento". "A este descubrimiento—prosiguen—se añadieron otras nociones: las de bacilos y granulaciones no A. R., puramente cianófilas bacilos desnudos de Courmont; la propiedad ácido resistente parecía decididamente ser pasajera, accidental, debida a determinadas condiciones, pero no necesaria. El virus tuberculoso es, pues, un virus polimorfo, bacilar, granuloso, ácido resistente o no, invisible según los casos, las condiciones de residencia o de cultivo. Tal es el lugar del virus filtrante cerca del bacilo de Koch".

Luego añaden:

«Veamos ahora sus propiedades. Su carácter esencial es poder atravesar las bujías filtrantes de porcelana o de colodión, mediante una cierta presión. Inyectado al animal produce

la tuberculosis, pero una tuberculosis de tipo especial, esencialmente diferente de la tuberculosis tipo Villemin, y que sería justo denominar tuberculosis tipo Fontes, por ser este autor el primero que fijó sus caracteres. Esta tuberculosis está caracterizada por una caquexia crónica mortal, la ausencia del chancro en el punto de inoculación, la presencia de hipertrofias ganglionares simples no caseosas, focos congestivos viscerales, hemorragias capilares, focos necróticos. Y en estas alteraciones discretas, en contra también de la tuberculosis tipo Villemin, encontramos con dificultad muy escasos bacilos, cortos, granulosos, ácido resistentes o no, que por lo demás desaparecen con bastante rapidez y cuya vitalidad, al igual que el poder patógeno, parece ser bastante pequeña. De modo que puede existir una tuberculosis sin células gigantes, sin nódulos, sin caseificación, con o sin bacilos; es un hecho hoy perfectamente conocido».

Después se refieren los autores a las experiencias hechas en animales, a partir de las de Calmette y Valtis, en 1925, seguidas casi inmediatamente por las de Arloing y Dufourt y más tarde por las de los mismos Sergent y Durand, que demuestran patentemente el paso transplacentario del virus filtrable. Inyectando en las hembras grávidas el líquido tuberculoso, en los hijos se vieron luego ganglios hipertrofiados en cuya pulpa había bacilos A. R.

Estos hechos inducen a los autores a repetir el postulado de Dufourt.

En cuanto a los efectos del virus filtrable en los niños, los incluyen en tres grupos:

«Un cierto número de animales parece

escapar a la enfermedad.

«Los animales de un segundo grupo sucumben inmediatamente después del nacimiento.

«Por último, en otros casos, los animales viven algunos días o algunas semanas, y, finalmente, mueren caquéticos».

En las autopsias, no se hallan las lesiones clásicas: chancro, nódulos caseosos, etc., y sí apenas algunas congestiones viscerales discretas, pequeño aumento de volumen de los ganglios. En veces nada se encuentra que explique la muerte. Tampoco los bacilos son hallados siempre.

«De modo que—dicen—caquexia discrásica, produciendo la muerte al nacer o al cabo de poco tiempo; tal es el efecto habitual de la infección del feto por su madre».

La infección parece ser muy precoz.

Calmette y Valtis han encontrado también anticuerpos elaborados por la madre y transmitidos al feto junto con el virus.

En ciertos casos la madre no es sino un huésped por el que pasa el germen saprofítico para llegar al feto.

Por último, inyectando directamente el ultravirus en los animales recién nacidos, ya sin intervención de la madre, se reproducen en ellos efectos superponibles a los anteriores experimentos.

Respecto al paso transplacentario del virus en el hombre, los autores recuerdan la "experiencia princeps" de Arloing y Dufourt, en 1926, que demostrara el paso placentario del virus tuberculoso filtrable de la madre al hijo; experiencia seguida luego por otras, entre ellas

las de los propios Sargent y Durand, y cuyos efectos son asimismo superponibles a los de los experimentos con animales: la hipotrofia, la desnutrición progresiva, la muerte en ausencia de toda lesión clásica de tuberculosis, la presencia de algunos bacilos reproduciendo en el animal el mismo tipo de enfermedad. (El filtrado de los ganglios infectos inoculado a cobayas los mataba, hallándose luego en éstos bacilos A. R.)

Después se demostró que el virus no sólo existe en el feto, sino también en el líquido amniótico.

El proceso de la transmisión del virus, como el del bacilo, se produce por medio de la sangre. Hay una *virucemia* o *ultravirucemia*.

La infección del feto humano, como la de los animales, es precoz.

Su frecuencia es variable. Parece estar en relación con el carácter lábil o activo del virus, la resistencia personal, la cantidad, etc. Citan el caso de un niño de madre tuberculosa que gozaba de perfecta salud aun a los ocho meses de nacer, mientras un cobaya inoculado con la sangre del cordón sufrió una tuberculosis mortal.

Hablando de la patología, anotan el hecho de que "un gran número de niños escapa a la infección o la presenta muy atenuada, lábil, poco duradera y poco intensa".

"Otros—dicen—nacen antes de término o a término, con un grado notable de hipotrofia ponderal o estatural". Recuerdan, asimismo, los casos de muertes «inexplicadas» por la falta de lesiones, o ser ellas muy ligeras.

El porvenir de los niños así contamina-

dos no es idéntico. «Unos—afirman--sucumben con un síndrome de desnutrición progresiva, en el que la pérdida de peso sigue un curso progresivo hasta la muerte. Sucumben y el examen del cadáver sólo muestra algunas hipertrofias ganglionares y lesiones específicas; otros nada, lo cual justifica la expresión de "muerte inexplicada"....."Son perfectamente explicables desde que el estudio experimental de las propiedades biológicas y de los efectos del virus filtrable permite una aproximación con hechos análogos de la patología experimental: en ambos casos, la presencia de algunos bacilos A. R. dotados de un poder patógeno especial ha levantado el velo del misterio de estas muertes. Y no es uno de los méritos menores de la experimentación el haber permitido explicar de un modo racional los hechos hasta hace poco misteriosos".

Y prosiguen los autores:

"Otro grupo de niños, por el contrario, después de una disminución de peso de duración variable, pero siempre pasajera, progresa de nuevo. El peso sube de un modo regular y, en algunas semanas o algunos meses, éste y la estatura son los propios de la edad; nada entonces en su aspecto los diferencia de los niños nacidos de madre sana".

En suma, hay un paralelismo entre el proceso patológico humano y el animal, que Sergent y Durand califican de "impresionante".

El porvenir lejano de los niños que han salido ilesos de esta primera etapa de la infección depende del legado materno y de la resistencia del niño.

El legado materno está compuesto por

los anticuerpos y por el virus. La duración de los primeros es efímera (no pasa de tres meses). La del virus es muy discutible. Los más de los investigadores sostienen que los bacilos originados por el virus filtrable sólo tienen una vitalidad reducida (un año todo lo más) desapareciendo luego. Los autores oponen ciertos reparos a esta tesis. Dudan de que el virus sólo engendre bacilos desprovistos de vitalidad y poder patógeno. Recuerdan experiencias—suyas y de otros—demostrativas de que “en algunos casos por razones que desconocemos hoy, es posible el retorno a una forma bacilar A. R. activa, con producción de lesiones caseosas, por cierto susceptibles de regresión a veces”. Tampoco aceptan que los bacilos desaparezcan sin dejar vestigios. “...Sabemos del bacilo—dicen—que permanece durante mucho tiempo vivo en medio de focos de curación enquistados, fibrosos y calcáreos. La forma A. R. fácilmente reconocible ha desaparecido, sea; ¿pero no ha experimentado la mutación en formas cianófilas tan difíciles de reconocer, y cuyas propiedades ignoramos aún? ¿Acaso la mutación no ha podido verificarse en el sentido del retorno al virus invisible?” Creen, en fin, que el virus puede permanecer latente, como el virus sífilítico que, despertando en el adulto, causa luego la sífilis hereditaria precoz; o al igual de otras afecciones, como el paludismo y la amibiasis.

Estos y otros puntos conexos los autores consideran no dilucidados todavía definitivamente; pero bien se ve que ellos se inclinan a creer que el ultravirus deja siempre vestigios en sus víctimas, por más que aparentemente parezca que ya no existe. Y por ello juzgan que

se debe reemprender ese estudio con los nuevos datos que arroja la bacteriología.

"En resumen-dicen-los anticuerpos desaparecen, el virus desaparece muchas veces, pero no siempre; las lesiones que ha producido subsisten indudablemente y son la causa de algunas distrofias generales de la adolescencia y de la edad adulta. Es probablemente de esta manera cómo podemos concebir el terreno tuberculizable; Landouzy no afirmaba la herencia de semilla, sino la del terreno. Creemos poder también afirmar la herencia del terreno, sin desecharlo por completo la del virus invisible que es susceptible de ejercerse, por lo menos en algunos casos".

No hay que olvidar que los clínicos antiguos conocían este aspecto débil y en cierto modo degenerado de los descendientes de tuberculosos. Landouzy, con su fino sentido clínico había ya descrito esta segunda infancia y estos adolescentes con hipotrofia general, que parece ser la consecuencia de la hipotrofia ósea y muscular característica de estos niños delgados, flacos, pálidos, con tórax estrecho, corazón en forma de gota, pequeño, con huesos endebles, músculos blandos, omoplatos caídos, columna vertebral oscilante, talla y peso inferior al que les corresponde por su edad, y, quizás también, el desequilibrio neurovegetativo que Fontés atribuye a las alteraciones de las glándulas endocrinas. Signos todos ellos más o menos numerosos y más o menos completos de una distrofia general, de una discrasia tóxica productora más tarde de individuos de salud delicada, flacos, pálidos, ptósicos, dispépticos, incapaces de ejecutar un esfuerzo prolongado".

Concluyen los autores con los siguientes conceptos a propósito de los predispuestos, frente a una infección exógena:

«Landouzy admitía que el terreno legado por la madre tuberculosa podía conferir al niño, a pesar de su aspecto muchas veces mediocre, una cierta resistencia, un cierto grado de heteroinmunidad». Mas no creen Sargent y Durand que ello sea un efecto de los anticuerpos, sino más bien del virus: «La inyección de virus filtrable parece, pues, tener en algunos animales y en ciertas condiciones experimentales, un poder débilmente protector para con los bacilos».

«Y —prosigue— lo propio ocurre quizás con los humanos. Parece que en los descendientes de tuberculosos es más frecuente encontrar un porcentaje mayor de formas congestivas, asmáticas, enfisematosas, que de formas caseosas. Sería conveniente estudiar con atención las estadísticas que a ello hacen referencia, lo cual no deja de ser algo consolador puesto que parece indicar una especie de vacunación hereditaria de la raza».

A PROPÓSITO DE LA PROFILAXIA DE LA TUBERCULOSIS, por los doctores Roberto Debre y Marcelo Lelong.—Estos autores son decididos contagionistas. He aquí un extracto de sus ideas a este propósito.

«La profilaxia de una enfermedad —dicen— sólo es eficaz cuando deriva del conocimiento de la etiología.» Y establecen su criterio sobre las siguientes bases:

«1°.—El contagio es el modo ordinario de propagación de la tuberculosis; la herencia no desempeña prácticamente ningún papel».

Contradicen, pues, el dogma: «el tísico na-

ce de otro tísico", dogma que se explicaría por deficiencia de observación. Los antiguos creían ciegamente en él, puesto que no habían reconocido los efectos de la separación del niño del medio bacilar de su familia donde se contamina, demostrados gracias a la "obra de Grancher".

«La herencia concepcional de la tuberculosis —afirman los autores—, es decir, la transmisión de la enfermedad por el espermatozoide o el óvulo, no existe. El contagio transplacentario es posible: nosotros mismos hemos precisado sus diversos mecanismos; la tuberculosis congénita existe, y después de varios autores franceses y extranjeros hemos descrito sus formas anatómicas y hasta clínicas. Pero estos hechos, por reales que sean, sólo constituyen rarezas, hasta tal punto excepcionales que no deben ser tenidas en cuenta en la práctica. Asimismo la herencia del terreno, en el sentido estrecho de la palabra, no existe. La observación de niños, hijos de padres tuberculosos, que han sido desde el nacimiento puestos al abrigo del contagio, muestra que no hay distrofias heredituberculosas". "...nuestra experiencia sobre este punto, fundada hoy en una práctica de más de quince años y en la observación de más de 2.000 recién nacidos, nos ha servido para reforzar nuestras conclusiones".

«2º.—El contagio se ejerce ante todo en la infancia: la tuberculosis del adulto no acostumbra ser más que el despertar de una infección antigua, oculta o latente".

Citan a este propósito los trabajos de Grancher, Behring, Hutinel, Marfan, "confirmados por los tisiólogos contemporáneos de todos los países". "Prescindiendo —escriben— de algu-

nos hechos excepcionales (cuyo tipo anatomoclínico es muy especial", la tuberculosis del adulto no es más que el despertar de una infección antigua, cuyo comienzo verdadero remonta a muchos años atrás, a la infancia, y hasta a la cuna". Y añaden: "El adulto sólo por excepción es virgen de toda infección tuberculosa; incluso perfectamente, sano, está en estado de tuberculosis latente (como lo atestigua su reacción tuberculínica positiva) y, en él, el problema estriba no tanto en evitar el contagio como en conseguir no se despierte la infección".

«3º.—La tuberculosis del hombre es debida a un contagio por el hombre".

En este punto rechazan la afirmación ya antigua de algunos investigadores sobre la relación de la tuberculosis bovina con la humana. Citan el caso de Francia donde la costumbre de hacer hervir siempre la leche no ha disminuído "en modo alguno" la frecuencia de la tuberculosis en los niños; y añaden: "los estudios bacteriológicos, en los casos de tuberculosis del lactante y del niño, revelan prácticamente siempre la existencia del bacilo humano y no del bovino.»

«4o.—El contagio es casi siempre directo: precisa un contacto con un individuo que espupa bacilos, enfermo diagnosticado o ignorado».

En este punto los autores no dan mayor importancia al bacilo difundido en las poblaciones por los esputadores, pues él quizá se halla más bien atenuado por "la luz, las variaciones de temperatura, la sequedad, su envejecimiento en el suelo"; y en estas condiciones sólo produce una infección latente o "vacunante". Luego

se preguntan: "este mínimun de contagio ¿es el resultado de un contacto único y furtivo con un tuberculoso tosedor con el que hemos compartido por un instante los azares de la vida?". Esto importa poco, a su juicio.

«50.—El contacto peligroso es el contacto íntimo y prolongado con el tuberculoso contagioso.

"Entre los esputadores de bacilos —prosiguen— se impone una distinción importante. Los manantiales bacilíferos no son por igual peligrosos y la contagiosidad del adulto enfermo está en relación con la mayor o menor riqueza de bacilos en sus esputos, con su presencia continua o intermitente.... Depende también de las precauciones profilácticas adoptadas (enfermo educado, que emplea la escupidera, no besa a su hijo; o enfermo indisciplinado e ignorante), de las condiciones higiénicas del medio (habitación amplia o reducida...), de la mayor o menor intimidad de las relaciones entre el enfermo y el niño. y, finalmente, de la duración del contacto, que puede ser de algunos días o de algunas horas tan sólo, o bien persistir durante meses y hasta años".

«60.—El contacto peligroso es, finalmente, el contacto a partir de la infancia".

Prosiguen los autores:

"A dosis igual, una contaminación peligrosa será tanto más grave cuanto menor es la edad en que se ha verificado. La tuberculosis tiene tantas más probabilidades de ser evolutiva cuanto más cerca del nacimiento haya sido contagiada. por más que antes de los dos años dista mucho de ser siempre fatal....; de todas ma-

neras, es indudable que el pronóstico de la tuberculosis antes de los dos años —al igual que el del sarampión, por ejemplo—, es positivamente peor que después de esta edad.

“Cuando el niño es contaminado más tardíamente, su resistencia es más eficaz; y las ocasiones de contactos intensos íntimos y prolongados van disminuyendo. Todas las estadísticas muestran el aumento regular, de año en año, del porcentaje de los niños que reaccionan con la tuberculina. Ahora bien, en la mayoría de ellos, el viraje de la reacción tuberculínica se ha operado de un modo silencioso, ya que ni los padres, aun los más atentos a la salud de sus hijos, han observado ningún trastorno importante. Es, pues, sumamente conveniente evitar la infección de los niños pequeños y retardarla hasta el período de la vida en que tendrá más probabilidades de operarse de un modo latente y benigno”.

“7o.—El comienzo real de la tuberculosis sólo puede ser reconocido poniendo en práctica de un modo sistemático y periódico la cutirreacción tuberculínica y el examen radiológico”.

El autor advierte muy bien:

“Saber reconocer las manifestaciones iniciales de la tuberculosis humana forma también parte de un programa completo de profilaxia, porque las manifestaciones que marcan el comienzo real de la enfermedad, son casi siempre curables. Reconocer a tiempo es nuestra primera obligación”.

Luego señalan la importancia de saber descubrir a tiempo el comienzo de la enfermedad en los niños; y a este propósito insisten sobre la necesidad de emplear “la cutirreacción tuber-

culínica, que deberá ser practicada sistemáticamente con motivo de cualquiera de los trastornos ligeros observados en los niños, o mejor aún, periódicamente en todo niño, y en segundo lugar el examen radiológico del tórax, que deberá ser practicado en cuanto la cutirreacción sea positiva”.

«La importancia de estos dos métodos es tal que debería hacerse una verdadera cruzada para conseguir su difusión en la práctica diaria, y añadiremos también que una mejor educación médica debe permitir la interpretación razonable y valedera de los elisés radiográficos y de los esquemas radioscópicos».

Orientación de la profilaxis antituberculosa.— Los autores creen que se la debe dirigir decididamente hacia la infancia y la adolescencia, resumiendo sus ideas en estas proposiciones:

«1o. Reconocer los enfermos contagiosos.

«2o. Proteger a los niños y a los adolescentes contra las contaminaciones brutales, intensas, prolongadas.

«3o. Reconocer inmediatamente la inevitable contaminación de cada individuo.

«4o. Poner entonces a este individuo en estado de resistir la infección que acaba de presentarse en él.»

Respecto al *reconocimiento y separación* de los enfermos dicen que los médicos deben localizar los focos de contagio, incluso los ocultos con los recursos suministrados por los dispensarios. Reconocidos tales casos, hay que “pensar en su aislamiento en el hospital, en un sanatorio, o también en poblaciones especiales”; aunque observan

que este procedimiento es costoso e ineficaz, sobre todo para el elemento obrero.

“Para que el *tratamiento* del enfermo sea eficaz—escriben—debería durar hasta la curación completa».

“En un gran número de casos, el día en que las casas de seguros sociales puedan y sepan cumplir su deber, esta tarea será posible y fácil. Sin embargo, en muchos casos deberá recurrirse a la *protección del niño*.—En este punto los autores señalan la separación profiláctica según el sistema de Grancher y la vacunación antituberculosa.

En la primera (sistema de Gracher), recuerdan los magníficos resultados que ha producido en Francia durante los veinticinco años de su establecimiento, existiendo al presente numerosas filiales incluso fuera de ese país (Bélgica, Inglaterra, Canadá, Checoslovaquia, Polonia). Señalan asimismo la Obra de Colocación Familiar de Bernard y Debré, fundada en 1921 y que en los quince años que lleva de existencia comprendiendo un total de más de dos mil recién nacidos separados de sus madres ha demostrado palmariamente que el niño puesto al abrigo de toda contaminación desde el nacimiento, aun procediendo de padres tuberculosos, nunca se infecta. Instituciones similares se han creado también fuera de Francia.

Debré y Lelong anotan lo siguiente a este propósito:

“Es de gran importancia hacer resaltar que los dispendios, y la colocación familiar en el campo de un lactante o de un niño no solamente constituye una práctica eficaz, sino que cuesta tres veces menos que la colocación en un sanatorio de un adulto contagioso”.

Para los casos de oposición de los padres, los autores señalan el papel importante del médico en el sentido de persuadirles a librar al niño del contagio.

La vacunación antituberculosa.—Sería para Debré y Lelong el ideal en la preservación antituberculosa del lactante y del niño. Con tal motivo se refieren a la obra de Calmette y luego de diversas consideraciones sobre la vacuna Calmette-Guérin (B. C. G) concluyen: "En resumen, hay que obtener un virusvacuna que sea vivo, fijo, no tuberculígeno, susceptible de producir una inmunidad suficientemente intensa, y por último, suficientemente duradera". Tales propiedades las encuentran en la vacuna Calmette-Guérin; y ahora sólo queda que el tiempo y la experiencia abonen realmente su eficacia.

"Entretanto—añaden—¿cuál debe ser la tarea de los médicos? Buscar los manantiales de contagio, reconocer los enfermos que ignoran lo son y que aun sin quererlo contaminan a los niños que les rodean; educar a los enfermos: hacerles aceptar el aislamiento necesario; aislar al recién nacido y a todo niño virgen aún de la infección que tenga que vivir en un medio peligroso; finalmente, en medio contaminado, después de la separación que se impone ante todo, proceder sin temor y confiadamente a la vacunación antituberculosa

Reconocimiento de los niños contaminados, en el período realmente inicial y curable de la enfermedad.—Debré y Lelong concluyen su trabajo con los siguientes conceptos:

"Finalmente, un programa completo de

profilaxia comprende también una parte importante, en la que el papel del médico es capital: reconocer al niño contaminado en fecha reciente, descubrir los períodos iniciales de la enfermedad, que son al mismo tiempo los períodos curables de la infección, poner al contaminado reciente en las condiciones de higiene, de alimentación y de cura más adecuadas. Aquí figuran los establecimientos de cura para niños, situados en la llanura o en la montaña, o también en ciertos climas marítimos y que si sólo se albergan en ellos niños recientemente contaminados, merecen conservar el nombre de "preventoriums", puesto que su papel es el de prevenir la evolución nociva de la enfermedad, reforzando la resistencia general del niño en el preciso momento en que acaba de ser infectado.

"Pero esta tarea de reconocimiento supone la práctica periódica y sistemática de la cutirreacción tuberculínica y la difusión de los exámenes radiológicos que son indispensables para completar el estudio clínico de los enfermos. Lactantes, escolares, aprendices jóvenes, obreros y empleados jóvenes también, soldados, estudiantes, deben ser, desde este punto de vista, vigilados con atención y perspicacia. El equipo sanitario del país debe comprender lugares de reposo en los que el individuo joven podrá librarse de las malas condiciones higiénicas en que con sobrada frecuencia vive, hacer desaparecer la ponosis que a menudo le ha sido impuesta; ir, desde el comienzo de la infección tuberculosa—rápidamente descubierta por el médico—a mejorar su salud y poner en sus manos los elementos de una victoria casi siempre definitiva contra el bacilo de la tuberculosis".

Líneas Finales

He ahí un boceto sintético de las ideas predominantes actualmente entre los más autorizados representantes de la medicina en Francia acerca de la tuberculosis, ideas que podemos hacer en cierto sentido extensivas al resto del mundo médico, dada la gran autoridad y prestigio de la escuela francesa.

Si ahora, después de esta revisión sumaria tratamos de llegar a ciertas conclusiones, he aquí las que por nuestra parte podemos proponer en líneas comprimidas. Las damos, por supuesto, con las reservas consiguientes, recalcando los puntos que son de nuestro criterio personal.

10. *Herencia*.—Es un hecho, ciertamente, que existe la herencia tuberculosa. Y en este orden habría que reconocer la justeza de criterio de los antiguos observadores, por lo menos en múltiples casos. Sólo que, en este punto, con los hallazgos alcanzados en nuestros días, hay lugar de hacer los correspondientes distinguos.

La herencia no tiene la extensión y gravedad que antes se decía. Si, por ejemplo, nos referimos a la *herencia de la semilla*, tratándose del bacilo del Koch, por más que pueda atravesar la placenta para infectar el feto, tal hecho es excepcional y dentro de la práctica, en la lucha anti-tuberculosa, no tiene mayor importancia.

Es cuanto a la *herencia por el ultravirus*, si bien ella es, con mucho, más frecuente que la anterior y hasta se la considera por algunos un hecho normal y aun fisiológico, tampoco tiene siempre aquella fatalidad que por otros se le quiere atribuir. En ciertos casos quizás puede considerarse

se útil una tal herencia ya que según diversos observadores, constituiría algo como una vacunación de la raza.

Se habla también, como caso especial, de la *herencia del terreno*. Mas en este punto nosotros profesamos el siguiente criterio personal. Al hablar del terreno no es dable excluir siempre el grano o semilla. Estos dan sus características a aquél, así como el terreno influye también fatalmente sobre el desarrollo y la vida de la semilla. Hay reciprocidad de acciones en el juego biológico de ambos. De esta manera, para nosotros, cuando se habla de la herencia por el virus filtrante, implícitamente está contenido en ese concepto el terreno. El virus dará a ese terreno, posiblemente por influencias endócrinas cualidades especiales. Hará como el grano de trigo en el lugar donde se lo siembra; así como también influye la tierra en ese grano.

2o. *El contagio*.— Este es el punto en que más se han separado contagionistas y anticontagionistas. Creemos, sin embargo, que hay ciertos aspectos de concordancia con los que se puede llegar a un criterio común. Tal el referente al contagio en el niño. El mismo Lumiere, principal campeón contra el contagio tuberculoso, lo acepta sin reparos en la niñez y en los individuos nuevos. Y esto es ya mucho. Si, como se afirma por la mayoría de autores, la tuberculosis del adulto no es sino el despertar de la que se adquirió en la niñez, he ahí un punto de aproximación entre unos y otros para consolidar la noción del contagio.

Y, por lo demás, tratándose de los «seres nuevos», tan propicios al contagio y en los que la tuberculosis causa terribles estragos, claro es que ellos son asimilables al niño, ya que éste es

un ser nuevo en la vida, un terreno virgen todavía en el que la agresión tuberculosa tendrá caracteres especiales.

Más aún: agregaremos de nuestra parte que no hay por qué sutilizar mucho en la línea de separación del contagio y la herencia. Con frecuencia son una misma cosa. Es decir, la herencia es también el contagio. La madre tuberculosa ha contagiado el mal a su hijo, aun prescindiendo del contagio postnatal. Es el contagio prenatal transplacentario, sea por bacilemia o viruscemia. Y es aquí que vuelve a aparecer la cuestión del terreno. Al transmitir la madre a su hijo la semilla junto con los demás elementos vitales que en ella crearon un tipo particular, transmite, asimismo, ciertas cualidades del terreno al nuevo ser. Y en este sentido diríamos que se puede contagiar el terreno como la semilla.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA.—No creemos como otros que por ser la tuberculosis hereditaria, ya nada se puede hacer contra ella. Tanto valdría decir que por ser la sífilis hereditaria, tampoco se la debe combatir. Al contrario; creemos que en esto mismo está una nueva razón para extremar las medidas en la campaña antituberculosa; y en este sentido suscribimos las ideas sostenidas por el eminente profesor francés Sergent. De esta manera, creemos igualmente que, así como hay una profilaxia contra el contagio, la hay también contra la herencia que es sólo una modalidad de aquél. Desde que se enseña a los padres tuberculosos a darse cuenta del peligro, se está realizando esa campaña.

Quizás también aquí vendría algo de lo que llamaremos la campaña anticoncepcional tocan-

te a la tuberculosis, pero, por razones que se comprenden, pasamos por ahora sobre este punto.

LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA.—Desde que nos atrevimos a presentar, en cuanto estudiantes, una tesis hablando de la tuberculosis en Sucre para recibir el bastón de doctor, hemos ido poniendo nuevos jalones de raro en raro sobre este asunto como se puede ver por nuestros escritos, varios de ellos publicados en la *Revista del Instituto Médico*.

Al presente nos es sensible decir que desde que rompimos nuestras primeras armas en este campo, hace más de treinta años, muy poco o nada se ha caminado en el estudio propiamente científico de la enfermedad en nuestro país. Nosotros mismos, después de los primeros arrestos de adolescentes, sólo hemos vuelto a él, según queda dicho, de un modo azás limitado.

Y sin embargo, ¡cuán lleno de interés se presenta este estudio en un país que, como Bolivia, tiene características geográficas, telúricas, climatológicas, y rásicas que necesariamente deben dar un tipo especial a la evolución del proceso tuberculoso entre nosotros!

Ojalá, entonces, las nuevas generaciones médicas vayan en adelante por otras veredas, que nos lleven a conocer mejor las modalidades del mal en Bolivia, para de allí derivar las correspondientes conclusiones en la campaña contra la tuberculosis.

Constituyendo este flagelo un grave problema social, bien vale la pena de afrontarlo tanto en el terreno exclusivamente sanitario como fuera de él. Y en cuanto a su aspecto propiamente técnico, fuera de las correspondientes

medidas tomadas por las autoridades correspondientes deberíamos darle un lugar considerable en la enseñanza médica. Por eso mismo, nosotros coincidimos con el Dr. Cifuentes, distinguido médico chileno, en la conveniencia de erigir en la Facultad Médica la cátedra de Tisiología.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN BOLIVIA.— Desde luengos años, viene hablándose en Bolivia de la lucha antituberculosa. Incluso se creó en La Paz, hace tiempo, una Liga Antituberculosa. Pero, en realidad, no pasamos del terreno verbalista o papelista. Empezamos, por lo demás, ignorando cuál sea el incremento del mal entre nosotros. Estamos casi siempre dentro del campo meramente conjetural. Nuestras estadísticas son muy deficientes y sólo abarcan sectores limitados del país. En Sucre, siendo estudiantes, hace más de treinta años nos afanamos vanamente por conseguir datos estadísticos al respecto. Ni en el hospital de esta localidad pudimos obtenerlos completos en esos tiempos. E igual pasó en los últimos años cuando tratamos de volver sobre este asunto. Por eso, desde la presidencia del Instituto Médico dirigimos una encuesta a los colegas de Sucre. Las respuestas de los que atendieron nuestro llamado están consignadas en la revista de esta institución (véase el número 57).—En ellas hay también divergencia de opiniones. Bien es verdad que en su mayoría aceptan el concepto de que la tuberculosis ha aumentado en esta población. Y lo que es, en el resto del país, tanto entre médicos como entre profanos, existe la misma creencia.

Por último, la guerra del Chaco ha provo-

cado también un cierto movimiento acerca de este punto. Se ha hablado largo y tendido sobre el crecimiento del mal en el elemento militar. Verdad es que también se han emitido algunas opiniones en contrario. Asimismo, ya en las postrimerías del Gobierno anterior, se puso sobre el tapete el asunto sanatorial y, precisamente el que esto escribe, en su última salida del Chaco, fué consultado por el Inspector General sobre el tema, elevando con tal motivo diversos informes en los que se declaraba partidario de la pluralidad de sanatorios de tipo diverso en el país, dada la gran variedad de sus accidentes físicos directa o indirectamente relacionados con los fenómenos biológicos. Más aún; comisionado él mismo para el reconocimiento de ciertos lugares apropiados para sanatorios, así lo hizo, dirigiendo otras informaciones a la Dirección General de Sanidad Militar. Por otra parte no creímos demás dirigir al Instituto Médico Sucre un extenso memorándum sobre este asunto reclamando su intervención patriótica y humanitaria; y hasta empuñamos la vieja pluma del periodista para llevar estos mismos temas al palenque de la prensa. Sólo que entonces surgió la cara chata de una censura imbécil y tuvimos que callarnos, incluso sobre estos asuntos de sanidad militar o general.

Hoy, vuelve a sonar en Bolivia la antigua fórmula de la lucha antituberculosa. Se ha constituido en La Paz una Dirección General con ese rótulo. Ella, a lo que entendemos, ya no restringirá su acción solo al campo militar, o sea a los desechos de la guerra pasada, sino también a otros, como el industrial del que nosotros nos habíamos ocupado otrora y que en Bo-

livia, tiene un lugar tan vasto representado especialmente por la minería.

Sabemos que en el orden financiero se cuenta, como primeros emolumentos para estos fines, con un donativo de un millón de pesos de la empresa industrial Patiño Mines y que el actual Gobierno, como el anterior, ofrece otras partidas.

Un punto que actualmente preocupa en este orden a los Poderes Públicos, es siempre el referente a los elementos militares que en la postguerra aparecen contaminados por el flagelo y que al retornar a sus hogares constituyen otros tantos focos de siembra tuberculosa en ellos y en el ambiente común.

De igual suerte, en estos mismos días, deben llegar a Bolivia, procedentes del Paraguay, unos 20.000 ex-prisioneros de guerra. Y seguramente, en esta copiosa legión de servidores de la patria, hay un porcentaje considerable de tuberculosos. Las listas de muertos en el Paraguay, que frecuentemente ha venido publicando la prensa asuncena con referencia a los cautivos, son harto reveladoras al respecto. En ellas aparece la tuberculosis, sobre todo la pulmonar, ocupando el más ancho lugar con relación a otras enfermedades. Y ahora, cabe aquí esta interrogación fatídica: ¿cuántos de esos desgraciados seres que fueron a contraer el mal, ya durante la campaña o ya, mucho más, en su cautiverio, tratándose de un país que ofrece condiciones opimas para la propagación tuberculosa, constituirán también en su propia patria, en el seno de su hogar, nuevos elementos de incremento de la plaga entre sus propios deudos, especialmente en los niños que pueden ser sus hijos o sus hermanos?

Porque, en este punto, no hay duda posible. En todo el mundo, aun los más encarnizados adversarios del contagio, como Augusto Lumiere cuyos conceptos hemos transcrito anteriormente, ya no oponen observación alguna a la infección del niño por la tuberculosis, sobre todo del lactante. Vimos cómo este autor habla de dicho contagio y de su letalidad. "La infección que observamos en estos casos de contagio real —dice— difiere esencialmente de la que ataca por modo habitual al adulto; es entonces una enfermedad fatal, sin regresión ni remisión y que reviste la forma ganglio visceral. Y más adelante insiste aún al hablar de este tipo de tuberculosis llamado infantil, ganglionar y visceral, siempre mortal que es realmente —subraya— "la única enfermedad tuberculosa de contagio".

Si así se afirma por el más cerrado adversario del contagio en Francia, ya podemos ir deduciendo que en Bolivia nuestros niños se hallan actualmente, más que otras veces, expuestos al contagio por los factores que hemos señalado.

Y he aquí también en este campo otro de los funestos resultados de una guerra a la que con razón, el que esto escribe, antes de que ella se produjese, ya calificó, en uno de sus libros, como una guerra estúpida.

Precisamente, lo que constituye la más bella y acaso la única esperanza del país, encarnada en los niños, en esos pequeños seres que entran a la vida, indemnes todavía de la contaminación tuberculosa, como de tantas otras lacras materiales y morales que nos corroen, precisamente esa porción humana fresca y sana, destinada a

hacer el futuro país, está ahora amenazada por la peste blanca, merced a su medio de propagación más seguro e incontestado como es el contagio.

Es por ello que nosotros hemos señalado insistentemente este punto en nuestros escritos, y verbalmente ante los poderes públicos. En el seno del Instituto Médico Sucre lo apuntábamos hace pocos días como uno de los aspectos básicos, que nunca deben perderse de vista si es que realmente se trata de hacer una obra efectiva de profilaxia trascendente en este orden y no una simple fachada.

* * *

Termino las presentes líneas de vulgarización sobre un tema que debiera preocupar no sólo al cuerpo médico, sino a todos en Bolivia por ser de gran significación social, haciendo votos por que los encargados oficialmente por el Gobierno para emprender la lucha antituberculosa lo hagan en condiciones tales de no dejar en ella ciertos huecos que son justamente los que más deben suscitar el interés de la Dirección General de Sanidad.

Hemos tenido ocasión de ver, hace días, un proyecto sobre la lucha antituberculosa en Bolivia, elevado a esa Dirección por el Dr. Cifuentes. Ignoramos si haya sido aprobado por tal oficina y por el Gobierno; mas debemos decir que entre los puntos interesantes que contiene no hemos visto claramente planteado éste que a nosotros nos parece de importancia capital: la campaña contra el contagio en el elemento infantil.

Y es por ello que en las presentes líneas recalcamos con cierto énfasis tal punto.

Salvemos a nuestros niños.

Sí; salvémoslos también del peligro tuberculoso como de otros que no hace al caso anotar.

Salvemos a nuestros niños.

Ni se diga que esto es un grito meramente sentimental del que esto escribe.

No. Fuera de lo sentimental prima también aquí el sentido genuinamente material, o más bien utilitario, ya que me estoy refiriendo al capital humano futuro de la nación.

Y séame permitido repetir a este propósito algo de lo que decía hace luengos años al entregar al servicio público el primer Pabellón de Niños, que fundé en el hospital de Santa Barbara, ya que también entonces invocaba el factor utilidad.

"Días pasados, entre un manojito de máximas que registra una revista, norteamericana, —"Pacific Medicinal Journal"— leía yo la siguiente que dice a la letra:

¿Sabe usted que la protección de la salud de los niños es el primer deber de una nación?

"Ahora bien, en mi concepto, esta sentencia condensa todo un tratado de filosofía trascendente. Es la fórmula breve de una ley que aunque no se halle escrita en los códigos de una nación, debería estar siempre presente en la conciencia de sus ciudadanos. Su significación es tan enorme, que si pensamos un poco, vemos en ella la enunciación de uno de los problemas más graves que afectan el porvenir de la humanidad.

"Fijaos bien, señores: *El primer deber de una nación es proteger la salud de los niños.*

"Desgraciadamente en nuestro país no hemos aún dado a esta materia la importancia que merece. Entre nuestros problemas nacionales nos

preocupan muchísimo más otros asuntos que seguramente tienen menor importancia que éste. Hablamos, por ejemplo, largo y tendido de la cuestión financiera, de los asuntos ferrocarrileros, de la industria y el comercio considerándolos como el substracto de nuestra vitalidad; y en cambio no decimos una palabra de lo que a la salud de los niños se refiere, siendo así que ella significa también uno de los asuntos más graves desde el punto de vista comercial e industrial.

“Es decir no estamos imbuídos de lo que esa sencilla máxima dice:

El primer deber de una nación es proteger la salud de los niños.

“Hace pocos días, en un diario de La Paz, se registraban cifras horribles de mortalidad; y entre ellas se consignaba el hecho de ser la proporción mayor en lo tocante a los niños. A juzgar por esos datos se ve que la metrópoli boliviana está diezmada en el elemento infantil por una gran variedad de afecciones como la bronquitis, el sarampión, la coqueluche, las enteritis, la tuberculosis.

“Y en cuanto a Sucre bástenos anotar que la viruela acaba de hacer presa en esta población y sus alrededores. Y anotemos también, para vergüenza nuestra que, a pesar de ser Sucre la ciudad en que se confecciona una vacuna de reputación casi mundial, y donde ya no debiera conocerse la viruela, tenemos sin embargo que deplorar la mortandad que ocasiona este flagelo sobre todo entre los niños.

“Sí, señores; confesémoslo honradamente: ni nosotros ni nuestras autoridades damos la importancia debida a este asunto gravísimo de la salud de esos seres que constituyen la par-

te más delicada, la que ofrece más esperanzas de fuerzas y aliento en el porvenir.

¿Sabe usted que el primer deber de una nación es la protección de la salud de los niños? —dice la revista yanqui.

“Y es claro que nosotros no entendemos lo dicho simplemente como un grito sentimental, como un arranque filantrópico en favor de la niñez. Ese dicho sintetiza también una cuestión de interés, de comercio, una cuestión económica, vamos al decir. Y así debe ser si tenemos en cuenta el carácter americano sajón, esencialmente utilitarista. El sajón nunca olvida el lado práctico de las cosas. Él sabe muy bien que al hacer a sus niños sanos y robustos forma con eso un capital seguro que redundará en beneficio de su país. Es decir el yanqui al obrar así está mirando el porvenir de su país. Él comprende rectamente que para hacer un país fuerte y grande, hay que empezar por cuidar dentro de las mejores condiciones de salud al niño.

“Bien señores: yo deseo sinceramente que en nuestro país también estemos imbuídos de estas ideas; y más que imbuídos de ellas, yo deseo que las llevemos a la práctica. Yo quiero que nuestros legisladores dicten leyes de protección de la infancia, que nuestras municipalidades tomen a pechos de un modo entusiasta y tesonero la tarea de velar prácticamente por la implantación y el cumplimiento de todas aquellas medidas que de ellas dependen para proteger a los niños; que se multipliquen entre nosotros las sociedades humanitarias destinadas a arbitrar dineros, a crear institutos, a formar cajas de ahorro en favor de la niñez desvalida; yo quiero, en

fin, que en la conciencia y el corazón de cada ciudadano, se haga una idea fija la necesidad de socorrer por todos los medios posibles a los que más que nadie de nuestro socorro necesitan por ser los más impotentes: los niños".

* * *

Esto decía hace cerca de veinte años, entregando a mi pueblo natal una obra de beneficencia exclusivamente hecha con limosnas, y en la que se contempla el aspecto útil que he dicho.

E imbuído de ese mismo criterio traté ulteriormente de realizar otras como la referente al establecimiento de una institución análoga a los kinder—crippen que había visto en Berlín, en favor de las clases proletarias. De esto he dicho algo en la Revista del Instituto en el estudio «Una indicación en favor de las clases obreras». Verdad es que fracasé en este camino. ¿Y qué? No es esa una razón para desalentarme.

Y ahora, a la vuelta de largos años y al frente de otro peligro enorme para los niños como es el representado por la tuberculosis que diezma tantas vidas infantiles en todo el mundo, experimentando, según se afirma, en nuestro país un inusitado acrecentamiento, no puedo menos de repetir los mismos conceptos.

Si eso es evidente, el Gobierno y el pueblo boliviano hállanse en la obligación de atajar la catástrofe con una acción conjunta, tenaz, constante.

Y aquí otra vez la máxima norteamericana que anotaba otrora:

«El primer deber de una nación es proteger la salud de los niños».

De manera que en el punto concreto de la campaña antituberculosa que actualmente se plan-

tea en Bolivia por los Poderes Públicos, yo sugiero al Instituto Médico, confirmando lo que más de una vez he dicho en su seno, dirigirse a aquéllos indicando en primer término, en esa campaña, la defensa del niño. Y ya se comprende que al decir esto me estoy refiriendo sobre todo a los niños de las clases desvalidas, que por su misma situación económica se hallan en mayor peligro.

No hablo de realizar cosas imposibles, dado el pauperismo de las arcas fiscales; pero con una conveniente organización, con la debida honradez y un real patriotismo, se puede realizar mucho, aprovechando de las mismas condiciones naturales de nuestro suelo, poco propicio ciertamente para la evolución del mal en gran escala.

Y a propósito del factor económico, vuelvo a referirme al hecho de que la defensa del niño en este orden es mucho menos onerosa que la del adulto. Recuérdense las palabras de Debre, copiadas anteriormente, haciendo notar que en Francia el costo de una tal defensa es tres veces menor en los niños que en los adultos, tratándose por ejemplo de ciertas instituciones como sanatorios o preventorios.

Pero aunque así no fuese, ¿no deberá Bolivia hacer los mayores sacrificios para llenar ese deber de nación que dice la máxima citada?

* * *

Pongo punto final a esta primera conferencia reservándome continuar aún en otra ocasión sobre un tema que considero de alto interés humano y nacional.

Sucre, 19 de abril de 1936.

La lucha antituberculosa en Bolivia

2a. conferencia dada por su autor
en el Instituto Médico «Sucre» el
12 de mayo de 1936.

En mi conferencia anterior, al sumarizar las ideas contrapuestas de los más eminentes profesores de la escuela médica francesa sobre las nociones del contagio y la herencia tuberculosos, decía que no obstante esas diferencias de criterio se había llegado por lo menos a un acuerdo acerca de un punto capital: el contagio en el niño.

Hoy he de insistir sobre él.

El contagio en el niño está, pues, aceptado por todos.

Cierto es que respecto a su gravedad subsisten aún ciertas divergencias. Así, para Lumiere ese contagio es siempre mortal: el niño, sobre todo el lactante, contaminado muere "sin remisión ni regresión" dice este biólogo. En tanto, otros, como el profesor Besancon, afirman que no existe siempre esa letalidad. Para los más, aunque es peor el contagio cuanto más tierno es el niño, desde los dos años adelante sus defensas orgánicas le hacen más capaz para salir triunfante de la prueba.

Por lo demás, que este último aserto es evidente lo demuestra el hecho mismo de existir en el mundo un crecidísimo número de tuberculosos en los que el comienzo de la enfermedad data de la infancia. Si todo niño contaminado muriese, tal vez sería ese un medio de eliminación del flagelo al cabo de cierto tiempo.

Y ahora bien; lo más patético del caso es que el niño encuentra la principal fuente de contagio en su propio hogar. Es su misma madre que aun cuando no le pariera tuberculoso, lo hace tal después de nacido; o es el padre quien le contamina. Esta es la noción que ignoraron los antiguos. Si ellos aceptaban terminantemente la herencia tuberculosa es porque no habían reparado en el contagio postnatal, cosa que actualmente ya no se discute.

Henos, pues, así al niño expuesto al mal dentro de su propia familia; o fuera de ella cuando su debilidad orgánica no le permite defenderse.

Y al frente de esta verdad ¿qué procedimiento adoptar para salvarlo de tan terrible evento?

Dirijamos también aquí la vista a la gran maestra, a Francia, donde se han hecho y se siguen haciendo diversas pruebas en esta materia.

Tal, por ejemplo, la Obra de Grancher.

«En 1903—decía Debré el año pasado refiriéndose al gran fisiólogo—fundó su obra teniendo en cuenta lo que hiciera Pasteur en la lucha contra las enfermedades de los gusanos de seda. Esta selección de la semilla aún sana de la raza humana—afirmaba—realiza la fórmula de Pasteur aplicada a la sericultura. Fórmula idealmente simple y científica. La Obra de Grancher toma a los niños todavía sanos de tres a diez años y los lleva al campo, al seno de familias de labriegos también sanas, donde viven hasta los trece e incluso hasta los veinte años. Esta obra viene funcionando desde hace veinte años sin haber ocasionado nunca ninguna dificultad. La selección de niños sanos de familias tuberculosas tiene lugar en los dispensarios. El niño

colocado individualmente en una familia encuentra en ella un hogar adoptivo, asiste a la escuela del pueblo y más tarde será orientado hacia una profesión agrícola».

He ahí la Obra de Grancher, que funciona en Francia desde hace más de un cuarto de siglo.

Sólo que el benefactor, al prescribir la separación de los niños de sus padres tuberculosos únicamente desde los tres años, no había visto tampoco la tuberculosis del niño más tierno, y sobre todo la del lactante; y, al contrario, creía que no existe el contagio en esa edad.

La noción afirmativa es posterior.

Y fué ella quien produjo la ampliación de la Obra de Grancher en Francia, mediante la Obra de Bernard y Debré, o sea la colocación familiar de los niños recién nacidos (*Placement familial des tout petits*). El propio Debré la explica así:

«El principio de la separación antes de la contaminación, desde el nacimiento fué defendido a partir de 1908 por Comby, y después en 1914, por Nobécourt y Schreiber. Su realización fué conseguida por la Obra de la Colocación Familiar de los niños pequeños, fundada en 1921 por nuestro maestro León Bernard con nuestra colaboración. Un organismo completo de protección del niño fué entonces creado, organismo que comprende un servicio de reconocimiento de los padres tuberculosos y muy especialmente de las mujeres embarazadas tuberculosas (*profilaxia antenatal*) que deben ser examinadas para controlar la realidad de la tuberculosis pulmonar, y preparadas moralmente con vistas a la necesidad de separarlas de su hijo. Poco

antes del parto, las futuras madres son mandadas a maternidades como la del profesor Couvelaire, con las que existe una estrecha conexión gracias a un servicio social especial; inmediatamente después del nacimiento el lactante es separado de la madre por completo, y mandado con una nodriza al campo en cuanto su estado lo permite. Los niños son colocados en el campo en familias de campesinos cuidadosamente elegidas y vigiladas por el médico del Centro; los núcleos de nodrizas son agrupados al rededor de un dispensario de puericultura con enfermera visitadora, local para preparar los biberones, otro para la consulta médica y una pequeña enfermería con habitaciones de aislamiento».

La Obra de Grancher y la de Bernard y Debré tienen numerosas filiales en la misma Francia y otros países extranjeros (Bélgica, Inglaterra, Canadá, Checoslovaquia, etc.), habiendo salvado de la tuberculosis a millares de niños separados oportunamente de sus padres enfermos y confirmado en forma contundente la noción del contagio infantil y la posibilidad de evitarlo.

Y si miramos más cerca de Bolivia, ahí tenemos la Argentina.

De una comunicación del Dr. Alejandro A. Raimondi dirigida el año pasado al Segundo Congreso Rioplatense de Tisiología transcribimos estos conceptos:

Nacido el niño, es llevado de inmediato a la sala de lactantes, anexa a la maternidad, donde se encuentra preparada una nodriza interna, que lo lacta durante unos días de observación, mientras se dispone de la que se hará cargo de su crianza familiar. Durante esos días de permanencia en la sala de lactantes, el niño es sometido a la vacunación B. C. G.

Para entegar al niño a la obra de la «Colocación familiar del recién nacido, hijo de madre tuberculosa», es indispensable una inspección previa de la vivienda y establecer las condiciones de salud de los miembros que componen la familia, exámenes que están a cargo del servicio del Dispensario antituberculoso, no entregándose niños a familias numerosas y ni confiándose más de un niño a la vez a una misma familia.

Colocado el niño en un hogar, es motivo de constante vigilancia, no tan sólo de los Dispensarios anticuberculosos, sino también de los Dispensarios de lactantes, por intermedio de las visitadoras de ambos servicios.

Desde la iniciación de este servicio, en que se colocó el primer niño, el 3 de Abril de 1924, hasta Septiembre de 1935, han sido entregados para la «Colocación familiar del recién nacido», 958 niños hijos de madres tuberculosas, 55 lo fueron un peso entre 4 kls. y 4 kls. 900 grams. 592, entre 3 kls. y 3 kls. 900 grams., 248 entre 2 kls. y 2 kls. 900 grams y 27 con un peso inferior a 2 kls. Estas cifras nos dicen que una elevada proporción corresponde a niños de peso normal, y que sobre ese particular no se hecho sentir mayormente la condición tuberculosa de la madre, puesto que la gran mayoría nacen con un buen desarrollo y con toda la apariencia de buena salud.

Los niños así criados, que de otra manera, de permanecer junto a la madre, hubieran seguramente sucumbido, han demostrado no obstante su origen y la lactancia mercenaria, aptitudes para su desarrollo normal, cual si fueran hijos de madres sanas.

Una prueba de los buenos resultados, ha sido la comprobación, que mas de un 80 % de estos niños, están en buenas condiciones, habiendo algunos sobrepasado los 10 años de edad, en perfecto estado de salud, lo que evidencia la utilidad y eficacia de la Maternidad y de la obra de la «Colocación familiar del recién nacido».

Ante estas comprobaciones, tiene un significado práctico que debe aprovecharse en beneficio de la profilaxis antituberculosa, el voto sancionado, en la 2a. Conferencia Pan Americana de Eugenesia y Homocultura, realizado en Buenos Aires en Noviembre de 1934, al aconsejar a todos los gobiernos «La conveniencia de la creación de maternidades o secciones en las ya existentes, destinadas a la asistencia exclusiva de tuberculosas, con el fin de realizar el debido tratamiento de la madre y la inmediata separación del hijo.

evitando de esa manera la principal causa del contagio post-natal de origen familiar».

Cumplidos los 2 años de edad, los niños pasan al preventorio Rocca, establecimiento que tiene por objeto recibir a los niños entre 2 y 10 años de edad, de ambos sexos, hijos de padres tuberculosos.

El Preventorio, con capacidad para alojar 300 niños, es otro de los organismos destinados a la preservación de la tuberculosis y por ello, mantiene una estrecha unión de dependencia con los demás servicios encargados de la lucha contra la enfermedad, dentro del plan trazado coordinadamente por la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires.

En el Preventorio, el niño consolida su salud en base de un ambiente higiénico, buena alimentación, juegos y ejercicios al aire libre. Es constante la vigilancia médica que sobre ellos se ejerce, completada con exámenes odontológicos, radiográficos y de laboratorios. Desde el mes de Marzo de 1928, que se inauguró el Preventorio, hasta el mes de Septiembre de 1935, han ingresado 1.062 niños, de los cuales 140 hijos de padres tuberculosos, 715 de madres tuberculosas y 207 de padre y madre tuberculosos.

Es digno de hacer notar que desde su fundación y no obstante el crecido número de niños internados, no se ha producido en ellos, ni un solo caso de tuberculosis. Esto habla elocuentemente en favor de estos establecimientos y de su importancia en la lucha preventiva contra la tuberculosis.

Debemos referirnos asimismo, a los proyectados preventorios de campaña y de montaña, con capacidad cada uno de 200 camas, para niños de 12 a 14 años de edad, que funcionarán bajo la Dirección de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Es interesante recalcar el significado de estos establecimientos, pues en ellos los niños podrán adquirir conocimientos y aptitudes para el trabajo de campo importante desde el doble punto de vista social y profilático.

Nos cabe por ello, la satisfacción de destacar la contribución que a esos mismos fines presta el Preventorio Elordi en Banfield, dependiente de la Liga Argentina contra la tuberculosis, que tan eficaz y patrióticamente preside el Dr. Aráoz Alfaro.

Igualmente nos corresponde mencionar la acción que cumple el Preventorio de llanura en Jáuregui, F. C. O., que funciona bajo la capacitada superintendencia de la Sociedad de Beneficencia de la Capital.

Ampliando nuestro campo de acción en defensa de la infancia predispuesta a la tuberculosis, existe la Colonia Marítima de niños débiles de Necochea, que dispone de dos pabellones de 3 plantas cada uno, con capacidad para alojar un total de 600 niños de ambos sexos, con todas las comodidades exigibles. Este establecimiento permite beneficiar del clima marítimo a no menos de 3.000 niños por temporada.

En la selección de estos niños intervienen los Dispensarios Antituberculosos, dando preferencia de inscripción a aquellos niños procedentes de hogares humildes, que por su estado de salud puedan beneficiarse con el clima marítimo.

Nuestros medios de defensa contra la tuberculosis se han ampliado con la vacuna B. C. G. que venimos aplicando desde 1925, al poco tiempo de conocer los buenos resultados alcanzados en Francia, y suministrándola en un comienzo únicamente a los niños hijos de madres tuberculosas, nacidos en la Maternidad del Hospital Tornú.

Después de 9 años de observación, con buenos resultados, en los hijos de madres tuberculosas, nos hemos sentido habilitados a extender esta acción preventiva contra la tuberculosis, aplicándola no sólo en la forma que lo hemos venido haciendo hasta el mes de Julio de 1933, sino generalizando su uso a todos los niños nacidos en las maternidades dependientes de la Asistencia Pública.

La aplicación de la vacuna B. C. G. en las diversas maternidades del municipio de la Capital, ha sido fácil pues hemos encontrado en todas ellas, un ambiente francamente favorable de parte de las madres al solo anuncio de los fines de la vacunación. Asimismo cabenos la satisfacción de dejar constancia que hemos encontrado en todos los jefes de maternidades, el apoyo necesario para facilitar las tareas que deben cumplir las visitadoras de higiene social que concurren a dichos servicios, con el objeto indicado. Hasta el 30 de Agosto de 1935, se han vacunado 21.210 niños, en las diversas maternidades del municipio, sin contratiempo alguno.

La lucha antituberculosa municipal, no se limita tan sólo a la vacunación de los niños, sino a seguir su evolución posterior hasta el máximo posible de edad. Para ello ha quedado organizado un fichero especial, en el Dispensario Central, con la colaboración activa de todos los Dispensarios Antituberculosos y cuyas constancias documentadas constituirán elementos de juicio de la mayor utilidad para apreciar el valor de la vacuna B. C. G.

Además de la vacunación que realiza la visitadora de higiene social, en los niños nacidos en las diversas maternidades municipales bajo el contralor del Dispensario, ha quedado habilitado un Consultorio externo en el Preventorio Rocca, para la vacunación con B. C. G. en niños de más edad, y de acuerdo con las conclusiones a que llegó Heimberck, de Noruega, de vacunar y revacunar las alumnas enfermeras, podrá hacerse extensiva la vacunación a los adolescentes y adultos que reaccionen negativamente a la tuberculina.

Para asegurar el éxito de esta vacunación, hemos impuesto el examen clínico y radiográfico periódico, de todo el personal de las maternidades, dejando constancia en una ficha personal su resultado. De esa manera ha sido posible eliminar de las maternidades, personal enfermo o sospechoso con antecedentes pulmonares, cambiándoles de destino.

Es digno de destacarse, que mientras en 1925, la mortalidad general infantil, de 0 a 1 año de edad, fué de 3.901 defunciones en la Ciudad de Buenos Aires, en 1934, dicha mortalidad desciende a 2.352, vale decir un 40 % menos. En lo que atañe a mortalidad, por tuberculosis en niños de 0 a 12 meses, el descenso es aún mayor, toda vez que en los mismos años, 1925-1934, las cifras han sido de 98 y 49 respectivamente, es decir un 45 % menos.

De lo expresado queda en evidencia que la verdadera orientación preventiva contra la tuberculosis, debe iniciarse en la infancia, en la cual la lucha tiene un gran margen de acción, alcanzado resultados prácticamente satisfactorios, que hablan muy en favor de la obra que en este sentido se realiza.

Estimula esta acción, las comprobaciones que es posible documentar en todas las etapas en que esta lucha preventiva interviene. El niño separado de la madre tuberculosa, ya lo hemos dicho, asegura su existencia y llevado a un medio higiénico adecuado, se coloca en condiciones de desarrollarse satisfactoriamente, preparando su organismo para defenderse en una edad en que las acechanzas de la tuberculosis aún lo persiguen. Son resultados evidentes, que justifican y abonan la necesidad de difundir con la mayor amplitud, este aspecto de la profilaxia como un medio cierto de prevenir los estragos de la tuberculosis.

Larga ha sido la cita; mas era preciso hacerla para que se vea cómo en la nación del

Plata se viene siguiendo gallardamente el camino trazado en Francia tocante a la protección del niño contra la tuberculosis.

Por esta comunicacion se ve igualmente que la vacuna Calmette-Guérin, usada en Francia desde hace largos años, es también empleada en la Argentina. Y si recordamos que se hizo, lo propio con la de Ferrán, cuyas ideas sobre el polimorfismo del bacilo de Koch vuelven sobre el tapete, encontramos en el país vecino una ejemplar dedicación a estas nobles actividades en favor de la niñez expuesta al ataque del azote.

Y ahora volvamos a nosotros mismos.

Repetiré que en Bolivia la protección del niño contra la tuberculosis por la sanidad pública es cuestión todavía intocada.

Hoy mismo, cuando se vuelve a hablar de la lucha antituberculosa y se ha presentado un plan para desarrollarla, no se alude en forma categórica a este punto que es de fundamental importancia.

Es por ello que, de mi parte, según ya lo anuncié en mi anterior conferencia, quiero al presente recalcar mis puntos de vista en este grave asunto.

Desde luego, para emprender con seguridad la campaña contra la tuberculosis infantil, hay que empezar por el principio: debemos saber con precisión si es verdad, como se afirma corrientemente, que la tuberculosis infantil se ha propagado tanto o más que la del adulto entre nosotros. Y hay que establecer, siquiera en forma aproximada, el índice de tuberculización en nuestro país, seguramente muy variable en relación

con sus características. Para ello existen recursos hoy usados larga mano en otros países, tales como las pruebas a la tuberculina y los procedimientos radiológicos.

Lo cual supone la creación de dispensarios especiales dotados de aquellos y otros elementos necesarios para llegar a conclusiones positivas y no a simples conjeturas.

De manera que debemos dirigir primeramente nuestros pasos en este sentido, esto es, a establecer claramente *si hay la susodicha gran propagación tuberculosa infantil y los factores que influyen en ella.*

* * *

Una vez aclarado este punto, no hay sino proceder en consecuencia.

Si se ha comprobado que realmente existe esa propagación, hay que acudir a todas aquellas formas de combate que la experiencia de otros países no señala.

Tales, como ejemplo, las obras de Grancher y de Bernard en Francia, y las de tipo similar en la Argentina, a que antes me referí.

En Bolivia, es cierto que no podemos tentar desde el comienzo obras de ese aliento. Somos un pueblo pobre financieramente y con una cultura incipiente. Por otra parte, yo me figuro que la escasa densidad de nuestras poblaciones y nuestras circunstancias de altitud en gran parte del territorio, así como otras condiciones climatológicas, son factores que influyen para que el porcentaje tuberculoso infantil no haya llegado todavía a las cifras enormes de otros países. Pero siquiera en pequeño bien podemos poner los pri-

meros jalones de una institución que aun cuando fuésemos el pueblo más sano del mundo no estaría nunca demás.

Así, yo propongo al Instituto Médico «Sucre» encabezar un movimiento de opinión dirigido a conseguir que en la campaña contra la tuberculosis que se va planteando por los Poderes Públicos, se contemple en primer término y en forma concreta la protección del niño, destinando a ello los fondos precisos.

Entre éstos hay un donativo de la Patiño Mines por valor de un millón de pesos. ¿Por qué no emplearlo exclusivamente en el objeto que señalo?

Sobre esa base, ya vendrían otros recursos una vez que el mejor conocimiento de este asunto nos hubiera hecho ver que el mal tiene efectivamente la extensión que se le achaca a priori.

Pero si no es así, de todas suertes esa institución sería la mejor obra de seguridad para el bienestar de las futuras generaciones en este aspecto trascendental.

* * *

Debo también, a propósito de la defensa del niño contra la tuberculosis, volver a un punto que ya toqué anteriormente: la vacuna B. C. G.

Como bien se sabe, pacientes investigadores de diversos países han estado buscando una vacuna que confiera al hombre la inmunidad contra la infección tuberculosa.

Así tenemos en España la figura conspicua de Jaime Ferrán, que propuso al mundo, des-

meros jalones de una institución que aun cuando fuésemos el pueblo más sano del mundo no estaría nunca demás.

Así, yo propongo al Instituto Médico «Sucre» encabezar un movimiento de opinión dirigido a conseguir que en la campaña contra la tuberculosis que se va planteando por los Poderes Públicos, se contemple en primer término y en forma concreta la protección del niño, destinando a ello los fondos precisos.

Entre éstos hay un donativo de la Patiño Mines por valor de un millón de pesos. ¿Por qué no emplearlo exclusivamente en el objeto que señalo?

Sobre esa base, ya vendrían otros recursos una vez que el mejor conocimiento de este asunto nos hubiera hecho ver que el mal tiene efectivamente la extensión que se le achaca a priori.

Pero si no es así, de todas suertes esa institución sería la mejor obra de seguridad para el bienestar de las futuras generaciones en este aspecto trascendental.

Debo también, a propósito de la defensa del niño contra la tuberculosis, volver a un punto que ya toqué anteriormente: la vacuna B. C. G.

Como bien se sabe, pacientes investigadores de diversos países han estado buscando una vacuna que confiera al hombre la inmunidad contra la infección tuberculosa.

Así tenemos en España la figura conspicua de Jaime Ferrán, que propuso al mundo, des-

pues de largas experiencias, su vacuna anti-alfa.

Esta vacuna se empleó profusamente en la Argentina, adonde vino personalmente el Dr. Ferrán. Y aun cuando los resultados parecían propicios, combatido el sabio hasta en su propia patria no pudo imponer definitivamente su descubrimiento.

Pero dejemos a España, y vamos por tercera vez a Francia, donde nos encontramos con la vacuna de Calmette-Guérin, la llamada B. C. G.

Estos eminentes profesores, después de largos años de experiencias «a través de 230 cultivos de bacilo bovino», llegaron a la fórmula que lleva su nombre, cumpliendo así su propósito de hallar un bacilo-vacuna vivo, fijo, o sea, incapaz de recobrar su primitiva virulencia haciéndose tuberculígeno, y en cambio dotado de virtudes antigénicas y por tanto suficientemente eficaz para conferir la inmunidad.

Quince años que ya van corridos desde las primeras observaciones en el hombre (1921) han dado resultados halagadores. En Francia hasta el año pasado había vacunados más de 500.000 niños; y fuera de Francia, un número casi igual. Se trata, pues, de una experiencia que abarca más de un millón de seres humanos en los primeros años de la vida, lo cual constituye una cifra ciertamente considerable.

En la Argentina, como ya vimos, se ha hecho también largo uso de la vacuna B. C. G., y entendemos que hasta se la elabora. En el Brasil se hace lo propio desde hace largos años e igual ejemplo van siguiendo los demás vecinos (Chile y Perú. Seguramente el pequeño Paraguay lo hará así adelantándose a nosotros).

¿Y nosotros?

No pensamos en esto. Una lástima. La nación que bajo el impulso de un grupo dinámico de médicos de este Instituto, inauguró hace lueg-os años la fabricación de la mejor vacuna antivariólica de Suramérica, tocante a esta otra vacuna está todavía impasible e inerte.

Pues entonces, ahora creo que ya podemos echar mano de un modo sistemático de ella y pensar en elaborarla nosotros mismos.

Así podríamos simplificar la lucha antituberculosa incluso en el aspecto financiero, ya que procurarse la vacuna B. C. G., o aun elaborarla, significa un gasto mucho menor que la creación de grandes organismos, como sanatorios, hospitales, preventorios, etc., etc., para lo cual no contamos con los necesarios recursos materiales ni tampoco —¿por qué no decirlo?— con elementos humanos debidamente preparados.

* * *

He ahí expuestos en forma sumaria mis puntos de vista acerca de la campaña antituberculosa en Bolivia.

Repito que en mi entender el primer lugar en ella debe asignarse a la protección de nuestros niños, según lo dije también en mi primera conferencia.

Mas para proceder con seguridad debemos conocer ante todo el terreno que estamos pisando. ¿Existe realmente el incremento de tuberculosis infantil que tanto se dice? ¿Estaremos, por ejemplo, en este orden al nivel de nuestro vecino Chile? ¿O más bien nuestras condiciones de situación geográfica y climatérica nos

habrán salvaguardado, ya que nuestras prácticas descuidadas operan al contrario?

Por mi parte, según tengo dicho desde hace más de treinta años que me ocupo de este asunto, no he sido precisamente un pesimista. Dentro de lo meramente conjetural he dicho repetidamente que Bolivia debe de ser uno de los países de menor tuberculización en el mundo, a pesar de la enorme invasión de casos importados, ya que en este orden tenemos la puerta franca al extranjero.

Pero como pudiera muy bien suceder que yo esté equivocado, por eso mismo, aun personalmente, deseo persuadirme de la verdad y en esta virtud indico la necesidad de que se haga una previa investigación sobre esta materia.

No procedamos —insisto— por simples afirmaciones o conjeturas, ni acometamos obras costosas sobre base insegura. Ahí tenemos, en el mismo caso de la guerra pasada, algo muy revelador. En cierto momento se dió un grito alarmista señalando el incremento inmenso de tuberculosos en nuestras tropas. Una exageración. Luego vino la reacción opuesta. Se llegó hasta a negar la tuberculosis diciendo que en muchos casos se la había confundido con otras enfermedades.

Yo mismo, durante un breve lapso que fui director del hospital militar de Macharetí tuve la impresión de que la mayor mortalidad allí estaba ligada a esta enfermedad, pero haciendo ciertos reparos en relación con la insuficiencia de recursos para los diagnósticos precisos.

Y lo mismo puedo decir de Charagua, donde también dirigí otro hospital. Tratándose, por ejemplo, de las llamadas adenitis tuberculosas,

había estado en un comienzo imbuído del concepto de que realmente así fuese, pero pronto hube de desechar ese criterio exclusivista.

Y ahora me pregunto: ¿hemos ya dilucidado debidamente este punto de la propagación tuberculosa en el Chaco? ¿O estamos siempre en el campo de la mera suposición?

¿Y qué decir del resto del escenario boliviano?

He ahí por qué hablo de que debemos hacer ante todo una previa, honrada y verídica investigación.

* * *

Escritas las anteriores líneas, recibo de La Paz el último número del Boletín de la Dirección General de Sanidad, en que el jefe de esa repartición al hablar de la lucha antituberculosa emite los siguientes conceptos que copio porque coinciden en un todo con los que vengo sosteniendo:

«La lucha antituberculosa ya no es cuestión de sanatorios, hospitales y dispensarios más o menos bien provistos. Ya no toma en cuenta, con tanta preferencia, al enfermo, para pretender curarlo. Ya no considera como una epidemia la presencia de los muchos enfermos que deben ser aislados. No se hace ya con tanto ahínco una labor de saneamiento o de curación, sino de higienización, de prevención. Mas que al enfermo, defiende al sano.

Bajo este concepto, los servicios que se multiplican son los preventorios, las colonias de niños, los jardines—hogares las escuelas al aire libre. Se procura evitar que la enfermedad dañe a las generaciones que vienen. Bien entendido que sin dejar en absoluto los hospitales—sanatorios y los dispensarios. La declaración obligatoria, la desinfección y aislamiento, también obligatorios, son de rigor; medidas preliminares que se ponen en ejecución al comenzar la campaña.

Pero, indudablemente, la principal medida profiláctica, la que gana terreno en todas partes, es la vacunación antituberculosa. Cuando visitábamos el Laboratorio de la Liga Brasileira Antituberculosa, que prepara la vacuna B. C. G., nos hacíamos la promesa de llamar la atención del Departamento Nacional de Lucha Antituberculosa de Bolivia, sobre tan excelente servicio, sus resultados, la facilidad de establecerlo, la enorme economía que significaría para el erario, y, ante todo, las proyecciones futuras de su instalación. La vacuna antituberculosa constituiría la verdadera defensa de nuestras poblaciones indemnes contra el incremento de la peste blanca.

¿Por qué, nos preguntábamos, en lugar de pensar en tantos hospitales, sanatorios y dispensarios, que al final de cuentas no funcionarán bien, dada nuestra idiosincracia, ni prestarán los servicios efectivos que sus dirigentes esperan, puesto que sus resultados son tan mediocres en los mejores establecimientos de su género, no podría destinarse una buena parte de los recursos a lo que es más efectivo, más seguro, lo único tal vez apreciable en la lucha antituberculosa, a instalar un laboratorio que prepare la vacuna B. C. G., y a fomentar luego el uso de este producto, en la mayor proporción? No nos atrevemos a creer que el asunto hubiera sido olvidado.

Como se ve por la anterior transcripción, el Director General de Sanidad abunda en consideraciones casi iguales a las mías. Diríase que nos comunicamos telepáticamente.

Sólo que, en el punto en que dice que no se atreve creer que la vacuna B. C. G. hubiese sido olvidada por el Departamento de Lucha Antituberculosa, yo seré más explícito y rotundo.

Creo que ese Departamento ha incurrido en tal olvido.

* * *

Para concluir me permito hacer al Instituto Médico "Sucre" las siguientes sugerencias:

1a. Dirigirse al nuevo gobierno boliviano sugiriendo la conveniencia de que el donativo de la Patiño Mines se destine concretamente a la defensa del niño contra la tuberculosis.

2a. Dirigirse igualmente a la entidad dominante en el mismo sentido, ofreciendo, si cabe, su concurso decidido en este asunto.

3a. Iniciar la obra de un laboratorio para la elaboración de la vacuna B. C. G. en Sucre.

Jaime MENDOZA.

Sucre, 12 de mayo de 1936.



Sesión Pública del 3 de Febrero

Conferencia leída por el
Dr. Medardo Navarro,

Fundaciones de Escuelas de Primeros Auxilios

Señores:

En este recinto científico, conmemoramos el aniversario del nacimiento del Gran Mariscal de Ayacucho, que ante la faz de la tierra, declaró la existencia independiente de nuestra nacionalidad. En un día magno como este, y, como el mejor homenaje, a tan clásica fecha, un brillante núcleo de profesionales, entre los que figuraba nuestro Presidente Honorario, el Dr. Manuel Cuéllar, fundaron el 3 de Febrero de 1896, el Instituto Médico Sucre, con el nobilísimo propósito de fomentar la investigación científica y realizar una amplia labor de acercamiento moral e intelectual de los diferentes centros científicos del país. No obstante el ambiente indiferente, los fundadores de la sociedad con una tenacidad, extraña al medio, emprendieron una ardua labor en beneficio de la salud pública, fundaron secciones, que como la Sección de Vacuna antivariolosa, bajo la dirección inmediata del eminente maestro Dr. Nicolás Ortiz, han evitado en el país, las terribles epidemias de viruela que asolaban nuestras poblaciones.

Es necesario, señores consocios, continuar la

obra de estos meritorios científicos, mirando siempre al porvenir, adoptando la firme resolución, de combatir la inercia dominante, la indecisión y la timidez, muy características en nuestro ambiente.

Es, con este propósito, que la sociedad ha acordado, iniciar una serie de conferencias de vulgarización tendientes a educar al público, principalmente en lo que a primeros auxilios se refiere. Fundando escuelas de primeros auxilios, los médicos contarán con poderoso auxiliar para su ejercicio profesional.

Sabemos señores que para prestar los primeros auxilios no basta leer uno de tantos manuales de medicina práctica que se encuentran en las librerías y después de su lectura aplicar los remedios a derecha e izquierda.

Tampoco es suficiente, que un médico de buena voluntad se limite a exaltar galantemente a un auditorio selecto métodos, que en la práctica, resultan ineficaces. Es necesario inculcar en las conferencias nociones que a primera vista son de escasa importancia, que en la práctica diaria son importantes. Por ejemplo, es muy corriente que a los que se quejan de dolores de estómago, se les dé una copa de un licor cualquiera, ignorando por supuesto la causa que produjo el dolor, y que en la mayoría de las ocasiones es nocivo. La misma administración de purgantes en manos inexpertas puede dar lugar a serios conflictos en los casos de enfermedades intestinales.

La tendencia a ejercer la medicina, es muy corriente e inherente a la naturaleza humana. Se cuentan por millares los casos, en los cuales un remedio se populariza muchísimo por

el sencillo método de la recomendación. En esta forma se cree hacer un bien, cuando muchas veces la indicación de un remedio puede ser absolutamente contra indicada.

Numerosos son los puntos de vista que se deben tener para dictar conferencias de primeros auxilios; sobre todo indicar que el comentario casero y callejero, el que generalmente es uniforme respecto al ejercicio de la medicina, es, en todas las ocasiones, errado.

Muy poco se han preocupado las autoridades en el ramo sanitario, preparar a las futuras madres en la práctica de los primeros auxilios. Hay que hacer mucho en este sentido. Porque al fin y al cabo, si es cierto que el médico, hace las indicaciones, ¿quién las ejecuta? No es la mujer ¿ya sea en su calidad de madre solícita, de hermana solícita o de una enfermera inteligente?

Todos los médicos debemos confesarlo: Que no hay nada más grande y más hermoso que esos silenciosos y oscuros sacrificios que se desarrollan misteriosamente envueltos en la penumbra de los cuartos de los enfermos particulares, en los que la obstinación entusiasta de una mujer, consigue, muchas veces, arrancar, una vida de las garras de la muerte.

En estos momentos supremos de desolación, cuando toda la serenidad y el aplomo de un hombre han desaparecido, para no dejar sino la desesperación incontenible, muchos médicos, señores, hemos visto sonreír a una madre ante su hijito moribundo y darle ánimo.

Por las razones expuestas debemos procurar que la mujer sea habilitada para ejercer dos grandes funciones.

La primera enseñándole a conservar la sa-

lud, haciéndola práctica en el ejercicio de las medidas higiénicas que estén a su alcance, que son muchas y muy importantes.

Y segundo, convertirla en el auxiliar más precioso del médico haciendo una enfermera eficaz.

La terrible guerra en la que fuimos envueltos nos ha demostrado la gran necesidad de contar con este podero auxiliar.

La heroica campaña que en tres años consecutivos hemos sostenido, no debemos medirla solamente por la cantidad de municiones y dinero que ha costado, ni aun por la cantidad de hombres, sino por la calidad de hombres que han muerto. Han desaparecido los padres de las futuras generaciones. La selección natural se ha tornado contraria y en vez de predominar el más apto, el más fuerte, como tendría que ser, el más fuerte y el más apto ha desaparecido.

Para que nuestra raza no sufra después de la hecatombe, estamos obligados a buscar una compensación y esta no debe ser otra, que la *conservación de la vitalidad nacional*.

Las grandes calamidades, en muchas ocasiones traen a la larga grandes beneficios. Para llegar a este resultado debemos comenzar nuestra campaña en la escuela, donde los médicos escolares dicten la reglamentación de la higiene escolar, examinen prolijamente a todos los niños. Estas deben ser las primeras medidas para que los hombres del futuro sean sanos, fuertes y libres de las terribles enfermedades, que hoy minan la salud del pueblo en general.

Tres son los temas importantes que hay que

tener muy en cuenta para la conservación de la salud. La higiene pública, la higiene semipública y la higiene privada. Todas son dependientes entre sí y si las dividimos, es para facilitar su práctica.

La higiene pública está encomendada a la acción de los gobiernos departamentales y municipales.

La higiene semipública, está encomendada a las instituciones privadas. Por último, la más importante, la higiene privada está llena por las actividades de la dueña de casa, siendo en este caso la depositaria de la vitalidad de la nación y responsable ante la sociedad y ante la patria de esta función delicadísima que está llamada a desempeñar.

Para esta cruzada nobilísima en la que debe jugar un papel importante, la mujer; para ello las autoridades todas y principalmente las sociedades médicas están obligadas a fundar escuelas de enfermeras donde metódicamente se vayan educando; a estas escuelas deben concurrir todas sin distinción de clases sociales y recibir la instrucción adecuada a su capacidad.

El escaso número de personal educado y preparado, para los primeros auxilios en la pasada contienda ha contribuido a q' se hagan improvisaciones de enfermeras y de consecuencia han sido víctimas nuestros heroicos combatientes. Otro de los conflictos suscitados por esta deficiencia de personal preparado y la necesidad perentoria de enviar personal sanitario a la campaña, ha sido que para la atención de las ciudades no se ha contado con ningún personal.

El Instituto Médico Sucre, se compromete

por mi órgano a organizar esta cruzada y encomendar a todos sus socios esta tarea nobilísima, organizando escuelas de primeros auxilios, donde todas las mujeres de buena voluntad adquieran los conocimientos necesarios para defender la salud del pueblo y para q' a más de ser útiles a sus padres, hijos hermanos y compatriotas, estén listas al primer llamado, por si la nube roja de la guerra injusta nos envolviera otra vez turbando la paz que la hemos conseguido a costa de tanto sacrificio.



CRONICA

El Premio Roma.—En el concurso literario convocado por la Legación Italiana para premiar la mejor producción literaria en la República de Bolivia con el «PREMIO ROMA» ha sido honrado muy merecidamente nuestro consocio el distinguido escritor Dr. JAIME MENDOZA con su libro EL MACIZO BOLIVIANO.—Para el Instituto Médico SUCRE, es un galardón más habiendo con tal motivo resuelto en su última sesión ofrecer al Dr. Mendoza una manifestación que se realizará en estos días.

Biblioteca del Instituto.—Ultimamente ha sido enriquecida con un gran lote de libros modernos llegados de París.

Mesa directiva.—De acuerdo a los Estatutos de la Sociedad, en febrero de este año, se ha renovado la mesa directiva que debe regir los destinos de la asociación con el siguiente personal:

Presidente.—Dr. Anastasio Paravicini

Vice « « Armando Solares Arroyo.

Secretario.—« Medardo Navarro.

Vocales. — « Julio C. Fortún y Francisco V. Caballero.

Esta directiva lleva el propósito firme de encauzar nuevamente a la sociedad por una vida activa, después de un receso de más de tres años en que todos sus miembros acudieron al llamado de un imperativo sagrado cual es el de la Patria, que en Agosto de 1932 fué atacada por el invasor guaraní.

El Dr. Wálter Villafani.—Este distinguido galeno que los mejores días de su vida profesional los ha consagrado al bienestar de la humanidad, sobre todo llevando al hogar de la gente desvalida el alivio y consuelo, ha sido honrado con una sesión de honor llevada a cabo para manifestarle el gran aprecio y agradecimiento q' le tiene la Sociedad por sus importantes servicios.

Dr. Raúl Fernández de Córdova.—Después de una corta permanencia en la capital de la República Argentina se encuentra entre nosotros, reincorporándose al seno de la sociedad.

Médicos nuevos.—*Roberto Delgadillo y Luis Villafani.*—Estos dos distinguidos alumnos de la Facultad de Medicina, después de la lectura de sus brillantes tesis han prestado el juramento de ley para optar el título de doctores en Medicina y Cirugía.

Ambos dos han prestado importantes servicios en la pasada campaña como médicos regimentarios cayendo prisioneros en cumplimiento de su deber. Por sus méritos y sus condiciones personales están llamados a tener un brillante porvenir profesional. Les deseamos éxito en la iniciación de su carrera.

Nuevos socios.—Los doctores José Mostajo, César Villafán y José Aguirre, han sido presentados como socios de número al Instituto Médico.

Nos complacemos de contar con su valiosa colaboración en el seno de la Institución y esperamos su incorporación.

Doctores Armando Solares Arroyo y Julio C. Fortún.—Estos dos distinguidos consocios,

miembros de la Sanidad Militar han viajado a la ciudad de La Paz con asuntos de servicio. Esperamos que su labor en pro de la Sanidad Militar sea benéfica. Les deseamos pronto retorno.

Conferencia.—Siendo la cuestión de la lucha antituberculosa de palpitante actualidad, nuestro consocio el Dr. Jaime Mendoza, a insinuación del Instituto Médico, dictó las dos conferencias que registra el presente número de la revista. Son temas de vulgarización que esperamos tendrán eco en el mundo médico boliviano y determinarán nuevos rumbos contra la peste blanca en el país.

