



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 33 BOLIVIA-SUCRE, SEPTIEMBRE DE 1937. Nº 65



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"

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre" - Sucre. Bolivia - Calle San Alberto No. 8

COMITE DE REDACCION

Director: Dr. Jaime Mendoza

Colaboradores: Dres. Anastasio Paravicini, David Osio,
Julio C. Fortún.

SUMARIO

	Páginas
<i>La Defensa de los Niños.</i> Dr. Jaime Mendoza.	1
<i>Protección de la Infancia abandonada.</i> Dr. Germán Oroscó.	15
<i>El cuidado de los niños en la Edad Escolar.</i> Dr. Germán Oroscó.	21
<i>La página del Dr. Ortiz.</i> —Velada fúnebre —Discursos de los Dres. Armando Solares y Emilio Fernández M.	25
<i>Un caso de Medicina Legal. Zonas tolerantes del cerebro.</i> Dr. Wálter Villafani.	37
<i>El Profesor F. de Lapersonne.</i> Dr. Aniceto Solares.	45
<i>Blefarospasmo y hemiespasmo facial.</i> Profesor de Lapersonne.	47
<i>La consagración de un maestro del saber, de la moral y del civismo.</i> —Dr. Germán Oroscó.	55
<i>Sobre una epidemia de tuberculosis en Sucre.</i> —Cuadros estadísticos.—Sr. Enrique Vargas Sivila.	57
<i>Crónica.</i>	81

SUCRE-BOLIVIA, S. A.

EDITORIAL "CHARCAS".—SUCRE

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre" - Sucre. Bolivia - Calle San Alberto No. 8

COMITE DE REDACCION

Director: Dr. Jaime Mendoza

Colaboradores: Dres. Anastasio Paravicini, David Osio,
Julio C. Fortún.

SUMARIO

	Páginas
<i>La Defensa de los Niños.</i> Dr. Jaime Mendoza.	1
<i>Protección de la Infancia abandonada.</i> Dr. Germán Oroscó.	15
<i>El cuidado de los niños en la Edad Escolar.</i> Dr. Germán Oroscó.	21
<i>La página del Dr. Ortiz.</i> —Velada fúnebre —Discursos de los Dres. Armando Solares y Emilio Fernández M.	25
<i>Un caso de Medicina Legal. Zonas tolerantes del cerebro.</i> Dr. Wálter Villafani.	37
<i>El Profesor E. de Lapersonne.</i> Dr. Aniceto Solares.	45
<i>Blefarospasmo y hemiespasmo facial.</i> Profesor de Lapersonne.	47
<i>La consagración de un maestro del saber, de la moral y del civismo.</i> —Dr. Germán Oroscó.	55
<i>Sobre una epidemia de tuberculosis en Sucre.</i> —Cuadros estadísticos.—Sr. Enrique Vargas Sivila.	57
<i>Crónica.</i>	81

SUCRE-BOLIVIA, S. A.

EDITORIAL "CHARCAS".—SUCRE

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Año XXXIII | Sucre, Agosto de 1937 | N°. 65

LA DEFENSA DE LOS NIÑOS

Una vez más—y no será la última—,volvemos sobre esta cuestión, que nos viene preocupando desde hace más de veinte años y no acaba aún de ser comprendida con justeza en Bolivia. Existe, en verdad, una literatura ya frondosa acerca de ella; existe, asimismo, la que llamaremos una "literatura oficial", tejida con leyes, decretos, proposiciones, etc. Pero si de la fronda salimos al campo raso de los hechos, éstos aparecen tan mezquinos, que hay para sentirse humillados.

Tal, el aspecto médico-higiénico de la materia, tan importante, no nos ofrece algo de verdad eficiente. Se crea, según van los gobiernos, unos y otros organismos de nomenclatura variada y generalmente pomposa, pero sin enjundia. Entre tanto, el meollo permanece intocado. Mas bien, de vez en vez, la iniciativa de algún solitario ga-

leno se yergue valerosa; mas, dada la incomprensión ambiental, resulta a la larga estéril. Esto nos ocurrió a nosotros cuando, volviendo de Europa henchidos de juvenil optimismo, tratamos de hacer cosas positivas en favor de la niñez, particularmente de la niñez desvalida: después de mucho trajinar, acabamos en nada. En La Paz, últimamente, el Dr. Juan Ml. Balcázar, que es otro viejo luchador en este terreno, ha publicado un libro —“Protección y crianza del niño”—, al que en un comentario hemos llamado “libro bueno”, tanto por su estructura como por noble objetivo. Veremos si esta semilla no cae también en otro erial ingrato.

Pero la defensa de nuestros niños es de suyo harto difícil. Y no se circunscribe al solo campo sanitario, sino que constituye un punto gravísimo del problema social. En tal sentido decíamos, el año pasado, en el libro “Apuntes de un médico”, estas palabras:

“Para remediar radicalmente tal situación, habría que empezar por remover los mismos cimientos de nuestra presente estructura social. Pero como hacerlo así no está aún en nuestras manos, ahora hay que atenerse al empleo de ciertos procedimientos que atenúen o disminuyan el mal, dejando para un mejor porvenir los recursos fundamentales que involucra el concepto de una revolución social.”

A poco de escrito eso, el gobierno civil de Tejada Sorzano cedía el campo a una junta militar que había proclamado la revolución social. Se abría, pues, una nueva puerta. Observemos que, a la sazón, el estado de la niñez había empeorado notablemente en Bolivia, como consecuencia de la guerra del Chaco; y no sólo trantándose de los huérfanos de guerra, sino en general, de todos los

hijos de hogares pobres en los cuales la campaña repercutía desastrosamente. La acción de la Cruz Roja, creada en condiciones de apremio, no alcanzaba a estos últimos, ni a un gran número de los mismos huérfanos de guerra, especialmente a los de la clase indígena, que formó la mayor parte del ejército y fue la principal víctima de las enfermedades y de las balas. El advenimiento de un régimen político que había inscripto en su programa, como punto básico, el mejoramiento social, daba, pues, motivo a esperar que se contemplase con solicitud la defensa de los niños.

Y lo cierto es que, hasta el presente, aún no se advierte ese mejoramiento. Se ha creado un organismo sanitario llamado Dirección General de Higiene y Salubridad, de donde salen diversas disposiciones referentes a la protección de la madre y del niño, establecimiento de casas-cunas, patronato de menores, etc. Es decir, continuamos perdidos en la fronda papelista; y, en el hecho, la situación de nuestros niños sigue tan mal como antes, o peor si cabe.

Bastan para probarlo algunas noticias sobre tres aspectos, muy importantes, de la situación de la niñez en Bolivia:

Alimentación

Nuestros niños —en particular los hijos del proletariado—, están mal nutridos cuantitativa y cualitativamente. Lo cual se explica unas veces por la ignorancia de sus padres, pero las más por que éstos, en general, no cuentan con los recursos suficientes para munirse convenientemente de artículos

tan necesarios como la leche, la manteca (de cerdo), el azúcar, el arroz, las patatas y hasta el maíz. Tomemos, como ejemplo, las patatas. Antes de la guerra, un quintal español de patatas costaba 5 Bs. Hoy, si se lo adquiere del propietario vale diez veces más, y veinte si de los intermedarios. Es decir, en Bolivia, país originario de las patatas, un quintal español de ellas vale entre 50 y 100 Bs. Añádase a esto que aun pagando tales precios, es difícil conseguir dicho artículo; y de ahí, en muchos casos, su total supresión en el régimen alimenticio, siendo, como es, básico en Bolivia.

Esto vale también para otros artículos de primera necesidad.

Verdad es que los salarios han sido aumentados en un 100 por 100 o poco más. Pero de ninguna manera ese aumento es parejo al que han sufrido los precios de los más indispensables artículos alimenticios.

Las consecuencias de todo esto en la niñez, podemos resumirlas en una palabra siniestra: hambre. Hambre que, aun sin ser confesada, existe en el organismo que no asimila el número de calorías que requiere para vivir según las exigencias de su edad, sexo y otras circunstancias; hambre fisiológica, usando de una fórmula ya común en el vocabulario médico.

Vestido

Este es otro elemento cuya adquisición se ha hecho, postguerra, problemática de veras para los hogares pobres. En 1931, una vara de tocuyo —la tela más barata, en nuestro mercado, para la con-

fección de ropa blanca—, valía 30 cts.; hoy cuesta 3 Bs. Otras telas necesarias para la ropa de los niños, tienen precios sencillamente prohibitivos. De ahí que nuestros chiquillos pobres —los *llokjallas*—, viven, casi ordinariamente, o en una espantosa desnudez, o cubiertos por andrajos. En nuestras ciudades, diariamente podemos, en la calle, asistir al espectáculo de niños cuyas carnes van tiritando de frío entre sucios pingajos de tela. Y téngase presente que la parte más densamente poblada de Bolivia es justamente la de las grandes altitudes. La Paz, Oruro, Uyuni, superan los 3.600 metros sobre el nivel del mar; Potosí, los 4.000. Las principales empresas mineras, que constituyen núcleos apretados de gente, sobrepasan con mucho esas alturas. Nosotros, en las empresas Patiño y Aramayo, encontrábamos madres obreras con sus niños, lactantes o de la segunda infancia, a alturas de 5.000 metros, allí donde señorean la rarefacción aérea y un frío polar. En tales parajes, el niño, mal alimentado y mal abrigado, es víctima segura de diversas enfermedades.

Alojamiento

Como fruto de la misma guerra del Chaco, en Bolivia ha sobrevenido un fenómeno antes desconocido, dada la poca densidad de su población: el encarecimiento de la vivienda. Exodo campestre a las ciudades, afluencia a las mismas de excombatientes y mayor inmigración extranjera, son factores de tal encarecimiento. Los alquileres son actualmente entre diez y veinte veces ma-

yores que antes de la guerra. Y ocurre también que no se encuentra alojamiento a ningún precio. Aquí se observa lo mismo que en cuanto a los artículos de primera necesidad. La situación de la gente pobre, la más prolífica según se sabe, no puede ser, pues, peor tratándose del alojamiento. Familias enteras deben vivir hacinadas en estrechos tugurios, en medio del aire confinado y en la penumbra. Los hijos de cierta edad tienen siquiera el recurso de la calle, que así viene a ser su natural vivienda; pero en la noche, forzosamente deben recogerse al antro que les sirve de albergue, con todas las imaginables consecuencias nefastas para su salud. Ni el propio medio escolar ofrece ventajas en este orden a los niños. Locales estrechos, sombríos con, frecuencia húmedos, de construcción antigua, en veces a punto de derruirse, concentran a los niños durante las horas de actividad escolar.

* * *

Y, mientras tanto, se pregona largo y tendido en Bolivia el mejoramiento de la clase proletaria. En vano ha sido la lluvia de decretos oficiales más o menos alucinantes. Se ha hablado de combatir la especulación, y ésta es mayor cada día. Las oficinas y almacenes de abastecimientos, con frecuencia se han convertido en centros de favoritismo y hasta de negocio fácil con el pueblo. Y había que ver a sus puertas las muchedumbres famélicas, en espera, por horas y horas, de su ración. Miseria, andrajos, mugre, infección. Los indios venidos desde los campos por algunas varas de tocuyo, muchas veces habían de

regresar sin obtener nada. Como siempre, los seres más infelices venían a ser las víctimas más fáciles de la explotación.

Pero no son escasas en Bolivia las gentes muy sabidas para quienes vivimos en el mejor de los mundos. Hace poco, un connotado financista, hablándonos del alza del estaño, del plomo, del antimonio, etc., y veía en ella el comienzo de una era edénica para nuestro candoroso pueblo; decíanos que el obrero boliviano se halla mucho mejor que el de otros países; que aquí nadie se muere de hambre. Aquel señor es uno entre muchos.

Las apariencias, sin embargo, son en verdad placenteras. Hay más jolgorios y diversiones que antes, sobre todo entre la que se llama "alta sociedad". Pero tras todo eso están los desfalcos, los asaltos con guante blanco a la hacienda pública, la huída, más o menos disimulada, al extranjero, de altos funcionarios, los negocios turbios de la gente "bien". Bolivia enfila por el mismo camino que aquellos pueblos que, transpuesto que el vértice del progreso, se echan a rodar en el descenso. Mas Bolivia no ha alcanzado, ni mucho menos, ese vértice. Está en la situación de esos niños que han aprendido tempranamente la depravación y se hacen viejos en plena juventud.

* * *

Una población mal alimentada, mal vestida, mal alojada, y por añadidura, mal acostumbrada, tenía que ser terreno propicio para diversas enfermedades. Y dentro de esa población, la parte más expuesta, naturalmente, es la que se halla en

condiciones de menor resistencia; es decir, la niñez.

La mortalidad y morbilidad infantil han llegado a alcanzar en Bolivia cifras aterrantes. Chile era considerado hasta hace poco el país americano más castigado en este punto. Ya no es así. Es Bolivia quien tiene al presente tan triste suerte. Hace tiempo que nosotros venimos señalando tal hecho.

En el citado comentario al libro del Dr. Balcázar, señalábamos el siguiente dato estadístico:

"En Potosí y La Paz, en 1933, según un cuadro que tengo a la vista, la mortalidad infantil fué, respectivamente, de 347 y 345 por 1.000 nacimientos. En Sucre, no obstante la benignidad del clima y la poca densidad demográfica, hubo en el mismo año 248 niños muertos por 1.000 nacidos; cifra que aun cuando menor con casi 100 respecto a las de Potosí y La Paz, es fatídica teniendo en cuenta las de Valparaíso (211) y Río de Janeiro (175), ciudades de fama siniestra hace cincuenta años en este orden, y que superaban con mucho a Sucre, como ya por entonces lo hizo notar el Dr. Valentín Abecia".

En la conferencia del Dr. Aniceto Solares sobre estos mismos temas que registró el número anterior de esta revista, encontramos la siguiente estadística:

PAIS	NATALIDAD por 1.000 habitantes	MORTALIDAD por 1.000 niños
Argentina	29.10	106.6
Bolivia	34.25	289.4
Brasil	25.79	178.65
Chile	37.15	247.5
Colombia	29.3	135
Ecuador	39.47	149.3

EE. UU. de N. A.	17.8	61.5
Cuba	25.8	101.7
Costa Rica	45.9	171.2
México	42.1	170.8
Paraguay	34.32	131.2
Uruguay	23.9	103.3

No hemos podido obtener datos mas completos sobre la natalidad y mortalidad infantil en Bolivia durante los últimos años. Unicamente tenemos los siguientes para Sucre, que los damos con alguna salvedad:

En el año pasado de 1936, la mortalidad infantil fué de 397 muertos, por 1.000 nacidos.

En el primer semestre de este año ha sido de 174 muertos.

Con lo cual, Sucre ha venido a colocarse entre las ciudades más castigadas en el mundo por la mortalidad infantil.

Es de notar que, entre las ciudades bolivianas, Sucre es una de las que gozan de mejor clima y más holgadas condiciones de vida no obstante las circunstancias de postguerra.

* * *

El *standard* de vida, aumentando en Bolivia en proporciones inauditas, a consecuencia de la guerra, ha tenido, pues, entre otras funestas consecuencias, el acrecentamiento de la mortalidad infantil. Si antes de la guerra una familia pobre, compuesta por el padre, la madre y dos hijos, podía sostenerse medianamente con 2 Bs. diarios, hoy no puede hacerlo con menos de 10, y aun más en múltiples casos. Y como los salarios no

han ascendido paralelamente, la familia obrera vive en condiciones precarias, y propicias por consiguiente a los agentes destructores,

En Chile, la comisión Dragoni-Burnet, de la Liga de las Naciones, destacada especialmente para investigar el nivel medio de la vida y los factores de enfermedad y muerte, ha comprobado "una subalimentación neta en una parte de la población, y defectos de alimentación en su conjunto" (1), siendo ésta una de las principales causas de la mortalidad infantil, muy particularmente de la de los niños de la primera infancia.

¿Y qué decir de Bolivia?

Si Chile tiene el *roto*, en cuyo régimen alimenticio la base es, el poroto consumido en cantidad enorme para suplir a la carne, que es artículo de lujo para sectores íntegros de población, en Bolivia tenemos el indio. El indio, sobre todo el de la Altiplanicie, no cuenta ya ni con el maíz, que desde un ancestro inmemorial lo alimentaba; no cuenta ya ni con las patatas. Da al mercado lo poco que pudo cosechar, y queda soportando largos períodos de inedia. Su hijo, lactante, apenas tiene la leche misérrima de su madre mal alimentada. Para la gente pobre de las ciudades, existen por lo menos las sociedades de beneficencia que, a falta de la acción oficial, concurren en favor de los niños desamparados. Para el niño indio, ya no hay eso.

Ahora, si del indio pasamos al cholo, vemos que allí la mortalidad infantil alcanza su máximo. Esto ya lo hizo notar, hace cincuenta años, el Dr. Valentín Abecia, en Sucre. Al presente, tal

(1) "Boletín Médico de Chile" Valparaíso, 1937, No. 459.

hecho es aún más grave. El cholo, hijo del indio y del español originalmente, diríase que por el cruzamiento perdió en mucho la resistencia orgánica del indio a los agentes destructores. Sería ése un factor ancestral. Luego está el factor moral, o educativo. El hecho de hallarse el cholo en más directa convivencia con la capa social inmediatamente superior, hace que se asimile con más facilidad que el indio los defectos y vicios de ella, y no sus buenas cualidades. De esta suerte, no contando el niño cholo, en la misma medida, con las defensas orgánicas del indio, y sumido en un ambiente moral pernicioso, cede más fácilmente a la opresión del medio físico. Por otra parte, las pocilgas estrechas e infectas en que, generalmente, habita este estrato social, son peores que el rancho indigena, perdido en los campos. Allí el niño está siquiera reconfortado por el aire y el sol. En fin, la alimentación del niño indio, por pobre que parezca, es superior a la del cholo. Desde luego, la vida más sana que lleva la madre india comunica a su leche más pureza y salud para su hijo que la de la madre chola. Entre los niños cholos abundan enormemente las afecciones gastrointestinales y la mortalidad es mucho mayor que entre los indios.

En cuanto a las clases que se dicen cultas e ilustradas, esa cultura no siempre conduce a sus individuos a tratar en la forma debida a los niños.

Allí, con frecuencia, las madres olvidan el cuidado personal de sus hijos por llenar los compromisos mundanos. Se acude al biberón, otra fuente de la mortalidad infantil. Las madres india

y chola, con todo' de su ignorancia, suelen ser más abnegadas que la blanca.

* * *

Por último, yendo de los niños de la primera infancia a los de la segunda y tercera, o sea al medio escolar, nos encontremos con que la situación deja también mucho que desear allí. Excepcional es que los escolares cuenten con locales higiénicos. Ordinariamente se les aloja en mazmorras donde son mezquinos el aire y la luz. Esto, añadido a la desnutrición y a la fatiga consiguiendo a la vida escolar, se comprende que tristes resultados provocará en la salud de los niños.

* * *

Como se ve por las sumarias líneas antes la defensa de los niños es una cuestión que está aún sin resolverse en Bolivia. Los poderes públicos han hecho muy poco; la iniciativa privada ha hecho más, pero siempre en forma limitada y parcial. Así, la acción en favor de los huérfanos de guerra, no abarca, en general, según dijimos atrás, justamente el conjunto más numeroso de ellos, como es el de los indios. Mucho menos llega hasta los niños que aún no siendo huérfanos sufren en una y otra forma las consecuencias de la guerra. Por otra parte, no olvidemos a aquellos para quienes sus propios padres son un peligro. "Hay que salvar a los niños de sus propios padres", decíamos, hace años, en la Universidad Femenina de Sucre, preconizando la formación de una liga defensiva de la niñez desvalida, siquiera por inicia-

tiva particular, ya que en esos tiempos no era posible esperar una acción eficaz de parte del Estado.

Al presente, después de más de veinte años, todavía estamos empeñados en la misma prédica, siquiera para el caso especial de Sucre.

Sucre podría ser una ciudad ideal para los niños por sus condiciones climatéricas y telúricas. Pero ya hemos visto cómo, a pesar de tal ventaja, también acá la mortalidad infantil es enorme. Por eso nos hemos dirigido a un grupo de damas que sabemos altruistas pidiéndoles encabezar la organización de la referida liga en favor de los niños desamparados. Esperamos que los buenos ofrecimientos q' se nos ha hecho, se traduzcan en realidades.

Como otro recurso contra el mal, vamos también persiguiendo la erección de un preventorio para niños débiles en una de las zonas más apropiadas de la localidad. Ya comunicamos en "Apuntes de un médico" que José Prudencio Bustillo había cedido a tal fin la mitad de su quinta, con un espacio de más de 5.000 metros cuadrados. Ultimamente, desde Cochabamba, nos ha confirmado su ofrecimiento.

Para un preventorio de niños débiles se presta Sucre de modo especial por sus condiciones naturales. Además, aquél significará para la ciudad una verdadera escuela, no sólo enseñando prácticas de trabajo a los niños temporalmente acogidos allí, sino difundiendo entre las familias los conocimientos que más urgentemente se requieren en el cuidado de los niños en el hogar.

En cuanto a la ayuda oficial para nuestro proyecto, el coronel David Toro, como presidente de

la anterior junta militar de gobierno, nos la ofreció, y también el Dr. Claudio Calderón Mendoza, Jefe de la Lucha Antituberculosa. Esperamos que la nueva junta militar de gobierno cumplirá el ofrecimiento del coronel Toro, toda vez que se trata de un asunto de positivo interés general.

* * *

En Bolivia debería ya promoverse una verdadera cruzada en favor de los niños. Cuando la vida misma de un pueblo está amenazada por una grave crisis, ese pueblo debe levantarse como un solo hombre para conjurar el peligro. Lo contrario es un suicidio colectivo; es la ambivalencia del demente precoz, que ha perdido el impulso vital.

Y ahora que tanto se pregona el socialismo, esa necesidad aumenta todavía más. La existencia inmanente de una nación está en los niños. Desampararlos es un hecho antisocial, o, si se quiere, antisocialista.

Repetimos, para concluir, aquella fórmula que proclamamos hace veinte años entregando al servicio público una obra en favor de los niños:

“El deber primordial de una nación es proteger la salud de los niños”.

Jaime Mendoza

PROTECCION DE LA INFANCIA ABANDONADA

Por el Dr. Germán Orosco.

Con raro entusiasmo se encara entre nosotros un grave y trascendental problema: la cruzada por la redención del indio.

Se invita al pueblo todo, como debería hacerse, a colaborar decididamente en esta obra, que, como es enorme, su realización implica fe y constancia en sus ejecutores, y muchos años de tiempo para su cumplimiento.

Es evidentemente, para Bolivia, uno de los asuntos básicos a que un gobierno de constitución netamente socialista debe abocarse en forma decidida y firme. Pero ¿no es acaso igualmente evidente, que para encararlo con mayor éxito debe fijarse más la atención en los niños pertenecientes a esta misma raza?

Más fácilmente se civilizan los niños que los adultos. Más rápidamente asimilan buenas costumbres y aprenden lenguajes o idiomas distintos a los suyos. La obra de la escuela es netamente infantil: allí se forman las inteligencias y se abren los espíritus. La escuela tiene como base la obra creadora y no reformadora.

Entonces, pues, el Estado y la colectividad, deben cumplir previamente con la obra de protección a la infancia, porque en ella está el porvenir del país, tanto moral como materialmente representado.

Y este tema que viene preocupando a todos los países del mundo, en conferencias y congresos que realizan los médicos, por ser ellos los verdaderamente llamados a considerarlo desde todo punto de vista, ha dado ya grandes frutos a las naciones que con mayor firmeza se han abocado a solucionarlo. Porque, en verdad, la protección del niño no implica la ayuda o protección de una determinada raza, considerada superior o inferior; ella va en beneficio de todos los niños integrantes de una nación, sin importar su raza, sino sus condiciones de vida, alimentación y formación moral e intelectual.

Es por ello que varios congresos han llegado a conclusiones y sugerencias dirigidas a los gobiernos, dictando normas prácticas que tiendan a la realización de obligaciones ineludibles.

Así el 4º Congreso Panamericano del Niño, aprobó las siguientes conclusiones:

“1º.—La protección de la infancia, para que pueda dar los frutos que de ella se esperan y desean, deberá comenzar con una acción protectora de la madre antes de ser madre, y continuarse sin interrupción por la protección de la primera y segunda infancia, de la edad escolar, del niño delincuente, tarado mental o físicamente, abandonado o maltratado.

“2º.—Tal programa de trabajos exige y supone el funcionamiento armónico de numerosas instituciones y organizaciones relacionadas y entrelazadas una con otra.

“3º.—Para lograr un funcionamiento armónico de estas instituciones, es indispensable la unidad de acción, y sobre todo la unidad de direc-

ción; sin estos requisitos todos los esfuerzos son vanos y perdidos y la protección eficaz sólo una quimera.

"4°.—El único medio de llevar a la práctica este programa, es la creación de una Oficina Central, dependiente del Estado, que se ocupe de todas las materias relacionadas con la infancia desde los puntos de vista biológico, higiénico y social, para establecer datos estadísticos de mortalidad, vagancia, etc., sea para unificar los métodos que se han de llevar a la práctica, sea para elaborar proyectos de leyes que miren al bienestar de la infancia, sea para fomentar la iniciativa privada que ha de sumarse a la acción de Estado".

Y bien, en nuestro país, nada se hace para proteger a la madre ni al niño. Apenas si en las clases superiores, que son minoritarias, existe una relativa preocupación por el bienestar biológico, moral y cultural de los niños. La gran masa de los niños vive en el más completo abandono por parte del Estado y de las instituciones particulares. Porque el deber del Estado no concluye en la creación y mantenimiento de escuelas, sino en cuidar celosamente de este capital humano, que cuanto mejor tenido esté, mayores utilidades dará en el porvenir.

¿O es acaso razonable que los hijos de los indios sigan en las tinieblas del analfabetismo ancestral de su raza? ¿O acaso es admisible que los hijos de los obreros y de las familias poco acomodadas continúen sobrellevando las taras físicas y

morales propias de su clase social? No, de ninguna manera.

¿No representa un grave quebranto para una nación la existencia de legiones de niños enfermos, débiles orgánicos o débiles mentales? ¿No es un capital perdido un niño analfabeto? ¿O es admisible o perdonable que en las calles de nuestras principales ciudades se vean falanges de niños abandonados, vagabundos y futuros delinquentes?

Y, sólo para hablar hoy de los niños abandonados, ¿es tolerable que las autoridades permitan la vergonzante explotación de menores, realizada tan bárbaramente por sus propios padres? ¿No pueden las autoridades poner fin a este delito de perversión de la infancia?

En ningún país civilizado se permite el trabajo a los niños, antes de que cumplan con el desarrollo progresivo de sus organismos y sus mentalidades. En el nuestro, los niños de cierta clase social se dedican desde muy pequeños a vender diarios, a lustrar zapatos, a llevar paquetes y viandas, etc., desapareciendo en ellos durante todo el día la influencia del hogar y la escuela. Estos niños abandonados están orillando constantemente el camino de la delincuencia.

¿Y qué diremos de todos aquellos niños que se encuentran ya en plena delincuencia, igualmente instigados por los padres, al ser vagabundos y mendicantes? Esos pobres niños nunca podrán dignificar sus espíritus con el trabajo si el Estado o las instituciones particulares no los aíslan del ambiente en que viven, para educarlos debidamente.

Ya se ve, así simplemente enunciado, que el problema de la protección a la infancia es de tras-

cendencia mayor que el de la redención indigenal, porque en su realización se va en defensa de los niños de todas las razas que integran el país.

Repetimos, finalmente, para reforzar nuestra opinión, las palabras pronunciadas por el que fué ilustre pediatra uruguayo, Profesor Luis Morquio, en el Primer Congreso del Niño celebrado en Ginebra: "Consideramos que el grado de civilización de un pueblo se mide por la suma de fuerzas dispuestas a favor de la causa del niño; que el primer deber de la humanidad de hoy es rodear a los que nos sustituirán mañana de las mayores garantías y medios de defensa para que cumplan su misión con el mayor bienestar y rendimiento posible".

"Que los derechos del niño a la salud, a la protección moral y material, a la educación y a la instrucción, constituyen principios claramente establecidos, indiscutibles obligaciones que debemos cumplir para garantizar en primer término la conservación de su existencia y para que pueda después ser un elemento útil a sí mismo, a la sociedad y a la patria".

América, al perder a Morquio, ha perdido a uno de los mas altos valores de la medicina, que con el ilustre sabio brasileño Chagas, también desgraciadamente perdido, y con el gran argentino Araoz Alfaro, eran el sólido tripode de la ciencia sudamericana. Queda aún en pie esta última figura continental, con su robusta inteligencia, su gran corazón y su inquebrantable energía, puestos siempre al servicio de los niños de todo el mundo.

A estos tres ilustres hombres de ciencia se-

guirán luego otros que actualmente están laborando infatigablemente por esta gran obra del futuro, que hará la grandeza de nuestros países.

"No necesitamos entrar en grandes consideraciones para establecer, por lo tanto, un hecho que nadie podrá discutir hoy día: la preocupación fundamental de un Estado debe ser la protección a la infancia", repite el Presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría, Dr. Arturo Baeza Goñi. Y continúa: "El niño no es responsable de haber sido concebido, y al nacer tiene el derecho inalienable de contar con el apoyo de padres concientes y sanos; en caso contrario, nada ni nadie podrá relevar a la sociedad y al Estado de la obligación de reemplazarlos en forma integral".



EL CUIDADO DE LOS NIÑOS EN LA EDAD ESCOLAR

Por el Dr. Germán Orosco.

Habíamos dicho en nuestro anterior artículo, sobre PROTECCION DE LA INFANCIA ABANDONADA, que la labor médico-social en favor del niño empieza desde los cuidados que deben prodigarse a la madre antes de ser tal, para continuarla ininterrumpidamente con los que deben prestarse a la primera y segunda infancia, al niño en su edad escolar, al niño delincuente, al tarado física o mentalmente, al abandonado o maltratado. Efectivamente, para que esta obra de preparación del futuro de un país sea eficiente, no debe descuidarse ninguna de estas épocas y condiciones de la vida de las nuevas generaciones.

Y el niño en su edad escolar es el que mayor atención exige por parte de maestros, médicos e instituciones encargadas de velar por él.

El papel de los primeros es de gran importancia, desde el momento que ellos son quienes deben estudiar su psicología, sus tendencias, sus inclinaciones, las modalidades de su carácter, su capacidad de atención y retención, así como sus aptitudes especiales para determinadas enseñanzas. De este estudio de observación metódica y pa-

ciente, pueden sacarse conclusiones, de gran valor, para seguir la evolución de su mentalidad, carácter emotividad, iniciativa, impulsos, disciplina de sus actos, atención de su cuidado personal y predilección inicial por la ciencia, artes u oficios.

Estas conclusiones, seguidas también en su estudio por el médico, tienen la virtud de catalogar a los niños, separarlos convenientemente, para formarlos en la enseñanza primaria y secundaria, de acuerdo a su estado psico-físico, y para estimular desde temprana edad sus aptitudes especiales. De esta manera la escuela cumple con su alta misión social, demostrado como está, que no se puede enseñar por igual a decenas o centenas de niños; como no pueden aplicarse a ellos métodos y sistemas standarizados.

Los segundos—los médicos—tienen en la escuela un amplio campo para la labor eugénica que deben cumplir en beneficio del país. El concepto de que la función del médico es la de curar las dolencias humanas, ha sido reemplazado por la obra de preparación, prevención y mejoramiento de las razas, en que él interviene inmediata y directamente. Pues bien, esta obra la cumple el médico moderno desde la infancia, con la misma devoción y habilidad con que cuida el jardinero una planta, desde el instante mismo en que ha sido derramada la semilla hasta que se convierte en un robusto y corpulento árbol, y de los selectos frutos que de él se esperan.

La labor del médico en la escuela es de gran importancia y responsabilidad para la patria. Debe él vigilar la observación estricta de la higiene, como base de la salud; debe cuidar y seguir el estado psico-físico de los alumnos; debe con-

tribuir a la educación moral e intelectual de éstos, preparándolos con adecuadas e inteligentes enseñanzas para la próxima etapa de su vida: la adolescencia; así como debe prodigar sus cuidados en cuanto descubra en ellos la posibilidad de una dolencia.

La gran mayoría de los países ha organizado, por esta razón, debidamente sus servicios de medicina escolar; creando cargos, consultorios médicos y dentales, preventorios y dispensarios. Pero es verdad también que en ellos los médicos no reglan su dedicación de acuerdo a la remuneración que les presta el Estado; rindiendo más bien sus esfuerzos en relación directa a lo que sus conciencias les dictan e imponen. Desaparece allí el vulgar empleado público, para hacerse presente el ciudadano que presta su contribución eficaz en la preparación del porvenir de su Patria.

Y las instituciones organizadas con este objeto, ayudan decididamente a maestros y médicos, facilitándoles todos los recursos materiales y morales, y ejerciendo una obra importante de colaboración al Estado con sus indicaciones, proyectos y reglamentación o ampliación de los servicios de medicina escolar.

Es así como un Gobierno puede saber y orientarse sobre las posibilidades y condiciones de las generaciones de escolares; pues que como ya dijimos en anterior ocasión, el deber del Estado no concluye en la creación y mantenimiento de escuelas, sino en cuidar celosamente de este capital humano, del que se obtendrán los rendimientos que de su atención tengamos derecho a exigir. El Estado, representado en este caso por su Ministerio de Educación, podrá, gracias al maestro, al mé-

dico e instituciones que colaboren, modificar y mejorar las condiciones de los establecimientos escolares y de los niños que a ellos concurren.

Como demostración de la importancia de estos servicios, analicemos el informe mensual de abril del presente año, presentado por la Dra. Luisa Pfau, Jefe del Departamento de Higiene Escolar de la República de Chile.

Dice la Dra. Pfau que durante ese mes se examinaron los niños de 22 escuelas, cuyo número asciende a 2.832, y de los que tan sólo 262 estaban en buenas condiciones de salud!

Atacados de desnutrición en primer grado cita 624 niños; en segundo grado de desnutrición 269, y 5 en desnutrición completa. Además, de los 2.832 niños examinados 1.896 tienen mala dentadura precisamente por la mala alimentación.

Continúa el informe con el detalle de enfermedades dominantes, dando las siguientes cifras: 183 atacados de pediculosis; 133 de sarna; 10 de eczema; 134 con disminución de la vista; 377 con hipertrofia de amígdalas; 139 con ganglios infartados; 226 con micro-poliadenia; 45 con bronquitis; 48 con taquicardia; 45 de dorso redondo y 20 con constipación. Además 127 del total de niños examinados están predispuestos a adquirir tuberculosis; 25 padecen ya de tuberculosis pulmonar, 2 de tuberculosis intestinal y uno de tuberculosis de la cadera. El informe consigna asimismo, un fallecimiento por tuberculosis y otro por escarlatina.

Se agrega a lo informado por la Dra. Pfau, el resultado de exámenes en la sección cardiología y endocrinología infantil, a cargo del Dr. Andrade, y según los que de 59 niños, padecían de

cardiopatías congénitas 7; 19 de cardiopatías adquiridas y de trastornos cardiovasculares de orden funcional.

Merced a los informes precitados, la Dirección General de Sanidad de Chile, considera que con los medios de que dispone, podrá atender durante al presente año 30.000 niños de los 80.000 que asisten a las escuelas.

Cábenos preguntar ahora: ¿Cuándo sabremos nosotros cuántos niños sanos y enfermos concurren diariamente a cada escuela?

Mientras el servicio médico escolar no se encuentre bien organizado en el país, ignoraremos siempre la terrible tragedia que vive la niñez de Bolivia, desamparada como está en las diferentes etapas de su formación. Pero sí, sabemos desde ya, que gracias a este punible descuido el porvenir humano de Bolivia será cada vez más lamentable.

Y mientras seguidamente pregonamos por la prensa el resurgimiento económico del país, debido a la valorización y exportación de lo que su suelo produce, nada hablamos de quienes hacen producir ese suelo, prodigiosamente rico, y mucho menos de los hijos que mañana engrandecerán aún más sus riquezas o significarán su segura decadencia.

LA PAGINA DEL Dr. ORTIZ

VELADA FUNEBRE

Conmemorando el primer aniversario del fallecimiento del que preclaro hombre público y eminente hombre de ciencia, Dr. Nicolás Ortiz, el Instituto Médico "Sucre", le rindió el homenaje de su recuerdo, organizando una velada fúnebre, que se llevó a cabo el día 14 de julio, en el salón de honor de la sociedad. Adhirióse también a este significativo acto de justicia y homenaje la Facultad de Ciencias Médicas, nombrando sus delegados para representarla, tanto del elemento docente, como del alumnado.

El acto revistió caracteres de solemnidad por la selecta concurrencia de magistrados, autoridades, elemento profesional médico y estudiantil, así como por la presencia de los familiares del difunto. Fueron momentos de honda emoción y recogimiento en que todos vivieron, al evocar lo venerada memoria del Maestro, hábilmente delineada en sus rasgos biográficos más salientes, por los delegados cuyos discursos publicamos en la «página del Dr. Ortiz», del presente número.

Una selecta orquesta intercaló sus ejecuciones, dejando escuchar escogidas piezas de música fúnebre.

Discurso del Dr. ARMANDO SOLARES ARROYO en representación del Instituto Médico "Sucre".

Señores:

Los miembros del Instituto Médico "Sucre", que recibieron simiente de saber en esta Facultad

de Medicina, que han hecho del respeto y cariño al Dr. Ortiz el culto de su vida profesional, que han buscado imitar sus virtudes, porque saben que la verdadera hombría no reside en la torpe vanidad que nos adjudica cualidades imaginarias, ni en la ridícula suficiencia de esos que desdeñan osados la vida y la experiencia, fuentes eternas de bondad, sabiduría y tolerancia, sino en la lealtad a los maestros cuando sus enseñanzas nos permiten avanzar en el afán de superación, no han olvidado al maestro que sembrando el dolor con su partida hace un año pasó a la gloria, y hoy realizan esta velada fúnebre en su recuerdo.

A grandes rasgos indicaré algunos datos biográficos de entre las múltiples actividades que le cupo desempeñar al Dr. Ortiz, durante su fructífera vida, dentro del marco de la justicia y sin bellezas literarias, para lo que no cuento con dotes suficientes. El maestro de los maestros Dr. Nicolás Ortiz, nació en la capital de la provincia del Sara, del departamento de Santa Cruz, el 10 de septiembre de 1857, hijo de los distinguidos miembros de la sociedad cruceña don Fidel Ortiz y doña Juana Manuela Antelo de Ortiz; cursó los estudios de instrucción primaria en la ciudad de Santa Cruz, partiendo luego de dicha ciudad con dirección a ésta, donde ingresó el año 1876 a la Facultad de Medicina, y allí, con claro talento y perseverante estudio, se hizo acreedor a la gracia excepcional de vencer en un solo año dos cursos, graduándose de doctor en Medicina el año 1881, habiendo desempeñado, estando aún de estudiante, la cátedra de ciencias naturales en el Colegio Junín.

A breve tiempo de su egreso de la Facultad

viajó a Europa, en jira de estudio por diversas Facultades de allí, regresando munido de conocimientos y ética profesional a servir al país, platórico en su afán de enseñar y hacer el bien a este pueblo que consideraba él como al que se le debía tener el cariño sin límite a que es acreedor por sus propios hijos.

Nombrado Profesor de nuestra Escuela Médica y Médico del Manicomio Pacheco, comenzó su labor de sembrar la simiente del saber y la caridad hasta el año 1886, en el que dominado por el valor de los hombres de bien, formó parte de la famosa expedición Thouar, juntamente con el notable oftalmólogo Camó, recorriendo las ardientes regiones del Chaco, sufriendo privaciones, hambre, sed, como sufrieron más tarde, en esas mismas regiones inhospitalarias nuestras bravas tropas, regando con su generosa sangre, la mezquina tierra chaqueña, que parecía vengarse de no ser conocida por la inercia boliviana.

Allí hizo interesantes estudios descubriendo dos especies de coleópteros, a los que en honor del descubridor el Dr. Blancar de la Academia de Medicina de París los llamó PIROFORUS Y NAUPACTUS ORTICI; descubrió también la existencia de la fiebre amarilla, cuando esta entidad nosológica no era bien conocida, y cuya presencia se ignoraba en nuestro país, y finalmente, entre los expedicionarios, el día en que la angustia llegaba a su máximo, cedió cual apóstol generoso su ración de agua en favor de los demás.

Cuando muchos años después, en atrayentes conversaciones se indagaba sobre las causas que motivaron el no haber llegado a feliz término tan

valiosa expedición, con frase audaluza aplicada al Jefe de ella, daba rotunda explicación, haciendo resaltar el valor de los expedicionarios y considerándose el último dentro de su habitual modestia.

Vuelto a esta capital casó con la Srta. Clementina Pacheco, dama de entre cuyas relevantes virtudes resaltaba la caridad, complementándose así la generosidad y bondad que en alto grado poseía el maestro, emprendiendo nuevo viaje a Europa, llevado siempre de su afán de superación.

De regreso del viejo mundo, cúpole desempeñar el cargo de Gerente de la Compañía Guadalupe de Bolivia, fué diputado por la Provincia Sara, Profesor de la Facultad de Medicina, Presidente del Tribunal Médico, Miembro del Comité Patriótico de defensa de los intereses nacionales y del Departamento de Chuquisaca, Presidente de la Sociedad Geográfica.

En el año 1914, fundó la Sección Maternidad del Hospital de Santa Bárbara, importantísimo servicio y salvador de vidas de seres a los que se negaba entonces servicio hospitalario y que no tenían otro pecado que obedecer los mandatos imperiosos de la naturaleza.

Juntamente con destacados profesionales, dentro del seno del Instituto Médico Sucre, fundó la sección de vacuna antivariolosa, luchando con el incompresivo medio e imponiendo con su talento y contundente lógica el uso de la vacuna, salvando a nuestro pueblo y a la nación entera del despoblamiento ocasionado por terribles epidemias de viruela. Como su sucesor en el cargo de Director de la Sección Antivariolosa, que por mu-

chos años desempeño, he constatado al lado de su sabia labor, su inquebrantable fe en nuestra vacuna y su energía para imponerla en forma obligatoria, venciendo y luchando contra corrientes cultas o no, que en aquellos tiempos se ofrecían contra la vacunación. Fruto de dicha inteligente acción fué la ley de la vacunación obligatoria, que ha salvado de tan terrible flagelo a Bolivia, adquiriendo a la vez la Institución justa e inquebrantable fama, por la que se ha impuesto en forma definitiva en el país y fuera de él.

Representó con singular brillo a la Ciencia Médica boliviana en varios congresos médicos en el extranjero, llamando la atención por sus conocimientos enciclopédicos en el Congreso Médico de Rio Janeiro.

Fué también Presidente de la institución que represento y varias veces Rector de la Universidad, marcando su paso por ellas con innegables progresos.

Como Decano de la Facultad, se distinguió por su sano ejemplo a los profesores y por su invencible atracción a la juventud estudiosa, a la que en más de una ocasión puso a cubierto de zarpazos de mandones y caciques que no veían en ella el elemento pensante de hoy ni el porvenir del mañana, mereciendo así el título de Maestro de la Juventud y Decano honorario de la Facultad de Medicina.

Produció el acto justiciero de la jubilación del maestro, por sus innumerables servicios a la enseñanza, siguió sus labores hospitalarias, caracterizadas por su sapiencia y bondad, que era tanta que no creía en el mal, hasta febrero de 1933, en que el Supremo Gobierno encomendó al Coronel

David Toro Jefe, del Estado Mayor del Ejército la entrega de la simbólica condecoración de Comendador de la Orden del Cóndor de los Andes, con que se le distinguía en premio a su fecunda vida por entero consagrada al estudio, al amor, a la humanidad y la práctica del bien.

A muy poco tiempo de haber recibido la condecoración, en aciago momento, pagó tributo a la naturaleza con la resignación de los santos de la ciencia y del saber, dejando el ilustre maestro su ejemplo venerable, de haber cumplido su misión como escolar, como hombre de verdad por su valor, civismo y desinterés, y como apóstol por su bondad y desesperación de ser útil a la Patria. a la que también sirvió en lo militar, no obstante sus cansadas energías, en el último momento guerrero.

Si el olvido es el complemento al descanso eterno de algunos seres, jamás podrá llegar él a tan augusta memoria, que será eternizada por el bronce y por la luz que irradió el galeno-símbolo a las generaciones que educó dentro del marco del saber, del valor, la generosidad y el desinterés.

Señoras, caballeros:

La Facultad de Ciencias Médicas de Chuquisaca, por mi intermedio, desea exteriorizar a la memoria del viejo Maestro, Dr. Nicolás Ortiz, en el aniversario de su muerte, su más sincero reco-

nocimiento al Científico, a su Decano Honorario y al Maestro de la Juventud Boliviana.

No tengo la pretensión de hacer la biografía del viejo Maestro en todos los aspectos de su vida, y sí sólo una breve reseña del hombre de ciencia, del galeno moral y del ciudadano idealista y soñador.

El Dr. Nicolás Ortiz, como hombre de ciencia, cumplió con la verdadera función de la cátedra en las diferentes asignaturas de la Facultad de Medicina, muy particularmente de las de Anatomía, Patologías, Pediatría, y sobre todo de las de Puericultura y Obstetricia.

Su inclinación al cuidado de los niños y de las madres, fué la parte culminante de su especialidad. Fué con el amor a los infantes y a la maternidad, que puso de relieve sus dotes de gran científico.

Los claustros oscuros de los Manicomios Nacionales, estuvieron bajo su dirección.

No satisfecho de prestar todo su saber a la atención de los enfermos, y ansioso siempre de beber ciencia de las mismas fuentes de la observación, se hizo el campeón de la vacuna antivariolosa del Instituto Médico "Sucre", dándole el renombre que merece en el mundo científico, y disminuyendo la mortalidad por la viruela.

Fue médico abnegado de varias expediciones a inhóspitas regiones del territorio nacional, entre ellas al Chaco.

Se debe a él el hallazgo de la terrible enfermedad de Fiebre Amarilla en el Oriente Boliviano, en 22 de marzo de 1887, y que después de 45 años, el laboratorio del Instituto Oswaldo Cruz, comunica al mundo científico, la existencia de esta

enfermedad en el territorio boliviano, reafirmando de esta manera el criterio clínico del viejo Maestro. Honor y Gloria para el modesto ciudadano de la Ciencia, -honor y gloria para la Universidad Boliviana.

Representó al Cuerpo Médico Boliviano, en varias jornadas científicas en el exterior donde su fecundo y sereno criterio, puso de pie la dignidad científica de los claustros de la Facultad.

La ciencia y la humanidad merecen del Maestro de nivea cabellera sus beneficios, así el hospital de Santa Bárbara, los Manicomios y el Hospicio 25 de Mayo. La sociedad encontró en el Maestro, al Hombre, al Filántropo, al padre cariñoso, al Esposo ejemplar, al Hermano de verdad y de corazón. A él se debe la fundación de la Sala de Maternidad del Hospital y la sección de estudiantes del mismo.

El fué el contralor y ligamento de la familia médica chuquisaqueña, el consejero filial y sincero en las dudas de la clínica.

El Dr. Nicolás Ortiz, ha sido un digno representante de una generación,—ha sido un símbolo, una élite y un abnegado servidor de la ciencia boliviana. Los que hemos conocido su acendrado espíritu de filántropo, de generoso y desprendido, su corazón de niño, su alma inquieta y su cerebro de irradiaciones luminosas, sólo tenemos para el maestro reconocimiento infinito.

Practicó la ciencia con el corazón y el cerebro, sin buscar el bienestar personal, y sí sólo el lenitivo para el hogar atormentado y la ternura para las clases desvalidas; pues, su alma generosa alivió siempre los dolores y enjugó lágrimas y

sembró bondades, y por todo esto la Facultad de Ciencias Médicas de Chuquisaca, le rinde en este acto, su más profundo reconocimiento de lealtad al Maestro, al amigo que rehuyó el aliento de un materialismo malsano.

El Dr. Ortiz, vivió en el hogar familiar, modestamente, sin ostentaciones ni vanidades, y por eso murió como Cristo abandonado a su propia cruz, sin el menor remordimiento de haber explotado el dolor humano. las lágrimas de los hijos y la misma muerte.

El Maestro, cual vigilante centienela, con la mirada fija e imperturbable a la vieja Casa de Medicina, en los claustros de la Universidad, y con el corazón atormentado de post-guerra, cerró los ojos el 8 de julio de 1936, y abrió una página de vida ejemplar para sus discípulos.

El Dr. Ortiz, ha sido un visionario, que ha tendido siempre el ala hacia la excelsitud de la perfección. El quebranto económico de su vida universitaria, le sirvió de ascua sagrada para templar el resorte espiritual, para la empresa de sus acciones varoniles, y para sublimizar su veneración a la desgracia y al dolor humano.

El Dr. Ortiz, fue un idealista moral, independiente de dogmas y de apriorismos metafísicos. —un predispuesto a emanciparse del rebaño.

El pasado sólo le sirvió como un accidente, para poner rumbo a los perjuicios muertos, y jamás vistió al idealismo con andrajos, porque siempre consideró mortaja de la superación.

Constantemente clavó las pupilas en constelaciones lejanas y de apariencia inaccesible.

El Maestro Nicolás Ortiz, ha sido un hombre afiebrado por los ideales de superación espiri-

tual, soñador contra utilitario, generoso contra lo calculista, indisciplinado contra lo dogmático, —pues, ha sido un hombre cualitativo que conjugó en su mente la inspiración y la sabiduría con afán inusitado de cultura; y por eso es que también tuvo un sólo enemigo: la ignorancia.

Luchó por el engranaje nivelador y jamás sintió la fruición de los honores con que se intenta domesticar a los hombres rebeldes, para hacerlos cómplices de los intereses creados; por que el Maestro disponía de "razones que la misma razón impele".

Su amor a la humanidad se incubó en las desgracias humanas. Custodió su dignidad personal, bajo el palio de la más severa austeridad, frente a las tentaciones que conspiran la vanidad humana.

Este acto, es, de reconocimiento al Clínico experto, al Médico que jamás mancilló la moral médica con la avalancha de las impurezas de la inconsciencia, al Galeno generoso y respetuoso con el dolor y la miseria humanas, al Hombre antena de las inquietudes sociales. Por todo esto, la Juventud Boliviana, hizo de él, su Maestro, la sociedad su Padre y la clase médica su ídolo.

El Maestro tuvo también su Calvario en la decepción de los hombres de malsanas ingratitudes, cuando su quebranto económico tocaba su puerta. Pero el Maestro, ni por esto, supo odiar, y si alguna vez aborrecía, era para estimular las pasiones superiores de los hombres para beneficio de la sociedad.

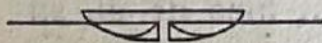
El Maestro, ha sido grande como la virtud, fuerte como el roble, de conciencia blanca como espuma de mar y generoso como un Cristo.

Sus manos temblorosas, han sido siempre extendidas para todos los colegas, para los estudiantes y para las clases menesterosas.

Para que su memoria sirva de ejemplo a las generaciones del porvenir, urge que el cuerpo médico, y muy particularmente el Instituto Médico Sucre y la Facultad de Medicina, eternicen en el bronce al Ciudadano de la Ciencia Boliviana, al Soldado de la Universidad, al Hombre provo y al Maestro de la Juventud Boliviana.

¡¡¡Maestro!!!... Vuestros colegas y discípulos de la Escuela de Medicina, en prueba de gratitud a vuestro abnegado esfuerzo por la humanidad y la Ciencia, el día de hoy te erigimos con nuestros corazones. vuestro monumento firme e impercedero.

Dr. Emilio Fernández M.



UN CASO DE MEDICINA LEGAL

Zonas tolerantes del Cerebro

Conferencia del socio Dr. Wálter Villafani—en la sesión del día 15 de julio de 1937.

Señores Colegas del Instituto Médico:

Presento ante vuestro ilustrado criterio, un caso de medicina legal; suceso ocurrido hace años en esta Capital, que llamó mucho la atención no solo de los hombres científicos, sino aún de los políticos y de la sociedad en general. El caso es el siguiente:

J. C. M. natural de Sucre, de 34 años de edad, casado, de profesión constructor de instrumentos de cuerda, es conducido por su familia en estado comatoso, casi agónico, al Hospital de Santa Bárbara; había atentado contra su vida dándose un tiro de pistola por la boca; el proyectil no llegó a salir, pero se notaba un cascabeleo de huesos debajo del cuero cabelludo de la región frontal, el individuo sangraba por la boca, tenía una respiración fatigosa, parecía que aquella vida se extinguía lentamente; había que ocurrir rápidamente en su auxilio. Pero se trataba de un individuo vinculado con personajes políticos y cuya actuación anterior—en el terreno de la política—lo hicieron más espectable. Debo hacer aquí un parén-

tos a mi relación, para informar los antecedentes de nuestro protagonista y los motivos que lo obligaron a atentar contra su vida.

Saben mis estimados colegas, que nuestra vida Republicana, ha sido constantemente agitada por convulsiones políticas, gobiernos creados por motines de cuartel, administraciones precarias, abandono absoluto de la defensa y administración del país porque la política lo absorbía todo, etc. Se trataba de la elección de Representantes Nacionales, los partidos políticos se preparaban para la lucha electoral, nuestro protagonista había sido nombrado inspector de las mesas receptoras, llega el día de las elecciones, un empleado de Policía lo increpa en una de las mesas, se entabla la discusión, se van a las manos, el policial lo empuña, le dá un tiro de pistola en la región lumbar, lo tiende en el suelo e iba a victimarlo allí, pero el agredido más listo, saca su revólver y desde el suelo donde estaba tendido, le dispara su arma y lo tiende al suelo, muerto; todo este suceso ocurría al medio día en medio de una enorme concurrencia que presenciaba esta escena; el agresor es víctima de sus opositores políticos, lo apalean, lo contunden, lo masacran y así sangrante y sin poderse tener en pie es conducido a la policía y de allí a la cárcel, donde guardó su prisión durante 22 meses; todos los diarios comentaban en diferentes tonos este asunto, al cabo de este tiempo la justicia falla —aún habían jueces en Berlín— y el individuo es absuelto por haber cometido el crimen en defensa propia; el obrero vuelve al hogar y a su taller.

Posteriormente, nuestro hombre es solicitado de varios centros, accede a la insinuación y hace

su jira política por Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí, donde lo ovacionan como a un héroe; intereses creados lo han hecho un personaje político.

Pasa el tiempo, pero la política sigue absorbiendo todas las actividades, un motín de cuartel derroca al gobierno A. y entra el opositor B. Nuestro personaje político está en el poder, es solicitado para ocupar el puesto de intendente de Policía, no acepta, se le ofrece otro puesto, tampoco acepta; nuestro protagonista había cambiado radicalmente de carácter, ya no era el hombre expansivo, afable, amigüero, rechaza el puesto que se le ofrece y se hace más retraído, neurótico, riñe frecuentemente con su consorte y lo persiguen ideas de suicidio, ¡hay algo en aquel individuo que le tortura la conciencia!.

Apenas trascurrieron pocos años de esta escena electoral, el individuo más presa de su neurosis resuelve poner fin a sus días, después de una noche de insomnio, a las seis de la mañana estando aún el individuo en cama, por un incidente baladí, saca apresuradamente su pistola de su mesa de noche, muerde el cañón y se dispara un tiro en presencia de su esposa. A poco momento de este incidente, el enfermo era conducido casi agónico, al Hospital de Santa Bárbara.

Hecha esta relación, los señores colegas comprenderán que el Sr. Director del Hospital, tenía razón para provocar una consulta médica con la presencia de distinguidos colegas y amigos políticos del individuo objeto de nuestro estudio.

Concurrieron muchos profesionales a esta consulta, entre los cuales hay algunos colegas acá presentes que me escuchan.

La consulta fué rápida y en presencia del suicida moribundo; opinaron unos por que ya no había intervención quirúrgica alguna, por tratarse de un caso grave, casi preagónico, otros manifestaron su opinión en sentido de que se interviniera aunque sea con remotas probabilidades de éxito, prevaleció esta idea y del grupo de los médicos concurrentes a la consulta son elegidos el Dr. Leónidas Tardío como cirujano operador y como ayudantes el Dr. Gregorio Mendizabal y el que estas líneas escribe.

Empieza la intervención sin anestesia alguna, hecha la asepsia del campo operatorio, se le practica un gran corte semi-circular de convexidad anterior en la región frontal, se levanta el colgajo y se recojen las esquirlas que se sentían debajo del cuero cabelludo, y juntamente con las esquirlas se encuentra el proyectil y una pequeña porción de masa encefálica en forma de papilla que había sido arrastrada por la bala. Allí observamos todos, que el proyectil había atravesado verticalmente desde la bóveda palatina detrás de los incisivos, hasta la cara interna del lóbulo frontal del lado izquierdo, un poco por delante de la rodilla del cuerpo calloso.

Cuando todos observábamos esta gran abertura craneal, con aquella herida del cerebro que movía siguiendo el ritmo del corazón, nuestro operado despierta como de un sueño narcótico, abre los ojos y con gran sorpresa nuestra, reconoce a los médicos que le rodean y los saluda a cada uno indicando sus nombres; solo aquella descompresión del cerebro transformó aquel sujeto, del estado agónico en el que se encontraba a ese estado conciente de sus actos. Concluía pronto la

intervención y el individuo es transportado a la sala de cirugía; allí se le sigue atendiendo hasta su completo restablecimiento. El enfermo es dado de alta después de 37 días de permanencia en el Hospital.

Meses más tarde he estado —y en varias ocasiones— con este amigo; trabajaba normalmente en su taller, no tenía ninguna perturbación funcional ni en la visión ni en el olfativo, ni siquiera una alteración física en la facies e interrogado por mí, el sujeto me manifestó que no sentía ninguna perturbación funcional y solo sentía un ligero vértigo cuando se sonaba con fuerza las narices.

¿Que zonas son aquellas del cerebro, tan tolerantes, que destruidas no provocan ninguna perturbación funcional? Hagamos un ligero recuerdo anatómico y fisiológico de la parte lesionada.

Tenemos en la cara inferior del lóbulo frontal, el surco orbitario interno que aloja el nervio olfatorio y el bulbo olfatorio; este lóbulo limita por dentro con la cisura inter-hemisférica y forma la circunvolución olfatoria interna que se continúa por delante con el pie de la primera circunvolución frontal; más afuera de este surco se observa el surco en H, cuya parte anterior—según el profesor Hervé se continúa con el pie de la segunda circunvolución frontal y la parte posterior, con la parte mas anterior de la tercera circunvolución frontal; pero estas regiones no nos interesa describirlas porque ocupan una región muy externa al punto lesionado.

El nervio óptico no obstante su proximidad al punto lesionado, no debía haber sufrido herida

alguna, porque no se observó en el paciente ninguna perturbación funcional en la visión; veamos entonces el nervio olfatorio en su origen aparente y real, la cintilla olfatoria y las cuatro raíces de origen de este nervio. Esta zona cortical tiene un vasto campo de distribución en el cerebro, principalmente en los animales osmáticos forma la mayor parte de la cara interna de los hemisferios; abriéndose en dos arcos rodean el cuerpo calloso por la parte superior e inferior, debajo del pedúnculo y se fusionan por la parte posterior formando una concavidad que rodea el rodete del cuerpo calloso; forma de esta manera en los animales osmáticos un vasto campo que el profesor Broca compara a una raqueta, cuyo limbo rodea el hilio del hemisferio y cuyo mango dirigido hacia adelante está constituido por la misma raíz del nervio olfatorio y termina en el lóbulo olfatorio o lo que es lo mismo en la cintilla y el bulbo olfatorio del hombre.

El bulbo olfatorio, la cinta olfatoria y sus raíces, forman pues, las vías olfatorias centrales y formando parte integrante del hemisferio cerebral; ambos primitivamente están escarbados en forma de cavidad central, comunicando hacia atrás con el ventrículo lateral y viniendo a formar un simple divertículo de este ventrículo. Esta cavidad, verdadero ventrículo olfatorio, persiste toda la vida en algunas especies de animales como las aves, los batracios y los peces, pero en los primates y principalmente en el hombre, va desapareciendo gradualmente a medida que se aleja de la vida embrionaria y desaparece en el adulto dejando solo un rastro de sustancia gelatinosa que corresponde al eje longitudinal de la cinta y del bulbo ol-

fatorio. En la parte estructural o histológica, según los estudios del Profesor Golgi, está formado el bulbo olfatorio por tres capas, la superficial, la media y la profunda; la primera o fibrilar procedería de los nervios olfatorios y por consiguiente de la mucosa nasal y estaría formada de una red de plexos que rodeando el bulbo penetrarían en la capa siguiente.

La capa media, más gruesa, estaría formada por células glomerulares, de fibrillas nerviosas entremezcladas que recibirían por su polo inferior las fibras olfatorias de la capa superficial y de su polo superior las prolongaciones protoplásmicas de las células mitrales, estas células que forman la capa media, han sido comparadas a una mitra; de allí su nombre; se caracterizan por presentar un cilindro eje muy largo que penetra en la capa interna o profunda y lateralmente de cierto número de prolongaciones protoplásmicas que concluyen en un glomérulo por arborizaciones libres; al nivel de estas articulaciones, es decir en pleno glomérulo es donde las impresiones odoríferas pasan de una neurona periférica a una neurona central.

La capa central o profunda está formada en su mayor parte por células mitrales, estas fibras primero ascendentes, se desvían para hacerse anteroposteriores y luego ascendentes y otras que con el nombre de descendentes van al bulbo olfatorio y terminan en arborizaciones libres y por último hay una serie de colaterales que al nivel del quiasma olfatorio van al bulbo olfatorio del lado opuesto formando las fibras comisurales encargadas de transmitir las sensaciones olfativas al bulbo del lado opuesto. Quedaría así demostrada la función conductora que la mayor parte de los his-

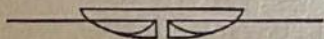
tólogos atribuyen hoy día a las prolongaciones protoplasmáticas y cilindroaxiles de las neuronas.

En el caso presente, el proyectil al pasar por la parte anterior de la lámina cribosa del etmoides, es de presumir que no hubiese herido el bulbo olfatorio y solo la parte anterior del lóbulo olfatorio en la parte comprendida entre el surco olfatorio interno y la cisura interhemisférica, lesiones por otra parte que no obstante su extensa destrucción por el proyectil, no presentaban en forma clara las perturbaciones funcionales olfativas del individuo, ya sea por la tolerancia de estas zonas o por que las fibras comisurales del cerebro del lado opuesto reemplazaban las funciones de aquel territorio destruido.

Así vivió nuestro protagonista, unos doce años más de este suceso, entregado normalmente a sus ocupaciones profesionales y alejado en lo absoluto de la política militante, hasta que una enfermedad muy ajena a su lesión cerebral, una entero-colitis con complicación peritoneal, lo llevó a la tumba hace algún tiempo.

Sucre, 19 de julio de 1937.

W. Villafani





El profesor F. de Lapersonne

En un claro día de verano, bajo el azur radiante de la "Ciudad Luz", se extinguió la vida del Maestro.

Sus 83 años de edad no fueron motivo para que hubiese dado tregua a su infatigable labor de trabajo científico.

Maestro incomparable, poseía una vastísima cultura médica, no sólo en la especialidad oftalmológica sino en muchas otras ramas de la medicina. A ello debió al haber ocupado los puestos más culminantes en la docencia y en las instituciones científicas de Francia.

El célebre "Hotel-Dieu" de Paris, ilustrado antaño por aquellas egregias figuras de la medicina que se llamaron Trousseau Vulpian, Dieulafoy, contó también entre los maestros que mantuvieron el brillo de su tradición al profesor Félix de Lapersonne.

Discípulo y continuador de la obra del gran oftalmólogo Panas, antes de ocupar la cátedra de clínica del Hotel-Dieu asentó su prestigio como

profesor de la misma asignatura en la Facultad de Lila.

Cuando tuve la suerte de ser su discípulo en la "Policlínica Panas" del Hotel-Dieu, el profesor de Lapersonne estaba en el apogeo de su celebridad. A su servicio concurrían profesionales de todos los países del orbe, atraídos por el prestigio científico de su cátedra y por la ilimitada bondad del Maestro.

Dentro del completo dominio que tenía de la especialidad oftalmológica, sus trabajos culminaron mayormente en ciertos aspectos. Entre ellos cabe citar de particular manera la CIRUGÍA DE LOS PÁRPADOS cuyos métodos perfeccionó o innovó; en este orden de trabajos sólo podría comparársele al profesor italiano Angelucci. La neuralogía en sus relaciones con la oftalmología era también una rama de la ciencia en que tenía profundo conocimiento; a más de muchos artículos dispersos y de varias de sus lecciones clínicas, es célebre su obra de "Neurología Ocular" aparecida en 1910 y reeditada en 1923.

Entre los múltiples estudios que ha publicado, los referentes a LESIONES OCULARES DE LA GUERRA editados durante la conflagración europea de 1914-18 fijaron las normas del diagnóstico y del tratamiento en tan importantes traumatismos, quedando sus puntos de vista definitivamente consagrados por su exactitud.

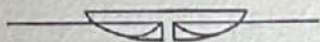
Jubilado hace ya más de dos lustros, su actividad científica se mantuvo sin tregua. Dirigía la "Sociedad de Profilaxia contra la ceguera"; era uno de los principales redactores de los "Archives d' Ophtalmologie", desempeñó la Presidencia de la

Academia de Medicina, y, últimamente, aun dirigió el Colegio Médico-Oftalmológico" de París.

Gran número de sus trabajos han quedado inéditos. Poseo en esa condición, in-extenso, muchas de sus lecciones de clínica oftalmológica, y nada mejor, en homenaje a la memoria de mi querido y respetado maestro, que publicar, como lo hago, traducida, una de sus conferencias de hace un cuarto de siglo.

Se ha desvanecido la vida del Maestro bondadoso; pero sus sabias enseñanzas serán cual la estrella flamígera, inextinguible luminar, que ha de mantener viva la llama del recuerdo en el corazón de sus discípulos, que le amaron, y que hoy atribulados le añoran.

Dr. Aniceto Solares



Blefarospasmo y hemiespasmo facial

(Conferencia del profesor de Lapersonne dada en la
Clínica Oftalmológica del Hotel-Dieu, de Paris,
en 31 de mayo de 1912)

En el espasmo facial, el primer fenómeno que se presenta está constituido por una serie de pequeñas sacudidas del párpado inferior, que se acentúan progresivamente, invadiendo luego el párpado superior y concluyendo por provocar la contractura del orbicular. Hay lagrimeo. La ceja del lado afectado está más baja que la del opuesto, lo cual se debe a la contracción del músculo superciliar. En seguida y sucesivamente, todos los músculos inervados por el facial se contraen; el ala de la nariz puede también desviarse y aun, a veces, los músculos del pabellón de la oreja. La desviación de la úvula puede igualmente existir.

Sin embargo, apesar de la extensión de las contracturas, un grupo muscular, o un músculo, o únicamente un haz muscular pueden escapar al espasmo; así, puede verse contraer solamente la parte superior o bien la inferior del orbicular.

La crisis comienza por las contracciones clónicas, seguidas de contracción tónica; cuando ésta llega, la facies queda inmovilizada.

Las primeras crisis son cortas y poco frecuen-

tes; pero en los hemiespasmos faciales antiguos las crisis son frecuentes y de más larga duración.

Desde el punto de vista de la intensidad del hemiespasmio facial, se puede constatar tres grados: en el primero existe únicamente blefarospasmo; en el segundo hay blefarospasmo y hemiespasmio facial, que desaparecen para reaparecer, alternativamente; en fin, en un tercer grado hay además la fase de contractura tónica. El blefarospasmo existe siempre en el hemiespasmio facial, es un signo capital.

Estas crisis son poco dolorosas, más bien incómodas; es este un carácter diferencial con el "tic doloroso", tan bien descrito por Trousseau.

En el hemiespasmio facial doloroso, la vía centripeta sigue las ramas del trigémino. El dolor va seguido de contractura refleja. En el hemiespasmio no doloroso, la vía centripeta no está formada por el trigémino.

El blefarospasmo puede ser sintomático de lesiones oculares, o bien presentarse en el hemiespasmio. El primero es casi siempre bilateral, y sus causas son principalmente lesiones dolorosas (úlceras, cuerpos extraños, infecciones, etc.); es también especialmente tónico. En los niños astigmatas, amétropes, puede presentarse el blefarospasmo clónico. Este blefarospasmo de causa local, sintomática, casi no interesa más que la zona del orbicular.

El hemiespasmio facial con contracturas clónicas y tónicas, se presenta en diversos casos; por ejemplo, las lesiones dentarias, las lesiones alveolares pueden engendrarlo.

Los hemiespasmos pueden ser debidos a la ex-

citación periférica del facial; son éstos los casos más frecuentes, pero se conoce muy poco las lesiones exactas. Las afecciones del oído, la caries del peñasco, los neoplasmas, la meningitis localizada al punto de entrada del facial en el peñasco, pueden ser la causa. Para Babinsky y otros neurólogos, las mismas causas que provocan las parálisis faciales son también capaces de producir el hemiespasma, no siendo sino cuestión de grado en la acción del agente etiológico.

El hemiespasma puede ser consecutivo a la parálisis, y entonces se ve la desviación facial de un lado cambiar y constituirse en el lado opuesto, haciéndose definitiva.

Entre las causas generales, la sífilis, la diabetes y el paludismo tienen la más grande influencia. La sífilis puede producir pequeñas placas de meningitis (influencia favorable del tratamiento general, aun sin instituir tratamiento local); hay, pues, que pensar siempre en la lúes en los casos de hemiespasma. La diabetes y el paludismo tienen también una influencia evidente.

El blefarospasmo no podría ser confundido con la ptosis palpebral.

Brisaud recuerda que el blefarospasmo, como el hemiespasma, es un fenómeno reflejo, en tanto que en el tic facial hay una cierta influencia de la voluntad, las contracciones son regulares, rítmicas, el tic es frecuentemente bilateral, hay ordinariamente debilitamiento de la voluntad, y el tratamiento psíquico posee una influencia evidente. Más, el tic facial puede seguir al blefarospasmo o al hemiespasma.

TRATAMIENTO.—El tratamiento médico fracasa en general (antinerviosos); acaso la suges-

ción pueda dar un cierto resultado. La electricidad ha dado algo más; se usa corrientes continuas débiles, y de corta duración.

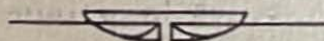
Los tratamientos quirúrgicos comprenden las inyecciones de alcohol a las ramas del facial (por analogía a la acción en las neuralgias); pero esta inyección realizada al tronco nervioso podría determinar la parálisis. Se usa alcohol a 60°, 70°, y aun 80°, al que se mezcla un poco de estoviana. Para hacer la inyección alrededor del tronco del facial, levántese el pabellón auricular; por delante de la mastoide se introduce la aguja, próximamente un centímetro y medio, y un dolor intenso es el primer resultado, pudiendo luego la parálisis facial producirse de inmediato. Antes de inyectar el líquido hay que cerciorarse de si no se ha picado una vena; cuando la parálisis facial se ha producido, es que se está sobre el tronco del nervio; a veces la parálisis es tardía, o en fin, puede ella no manifestarse en ningún momento, y es que entonces no se ha alcanzado al tronco nervioso, y la inyección ha sido una inyección blanca. Esta parálisis facial puede persistir durante un cierto tiempo, pero, en general, ella desaparece.

Un accidente consecutivo a estas inyecciones puede ser el lagofthalmos, pero en tal caso podrá practicarse una tarsorrafia para evitar las lesiones corneales.

Puede hacerse la inyección a nivel de la bifurcación del facial, sobre el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior; púedese alcanzar parcialmente una u otra de las ramas del nervio, dirigiendo la aguja oblicuamente, más hacia arriba o más hacia abajo.

Se ha practicado, a veces, la sección del facial; se produce la parálisis con todas sus consecuencias.

La anastomosis de la rama externa del espinal con el facial ha sido hecha para curar el hemispasmo facial. Se ha producido parálisis facial, pero al cabo de algunas semanas, los movimientos de los músculos de la cara han vuelto poco a poco, hasta obtenerse la curación casi completa.



La consagración de un maestro del saber, de la moral y del civismo

Por el Dr. Germán Orosco

Con ocasión del homenaje que recibió nuestro consocio, Dr. Jaime Mendoza, de parte de la juventud estudiosa, el Dr. Germán Orosco, ex-catedrático de la Universidad de Chuquisaca y residente hoy en La Paz, adhiriéndose a dicho homenaje, ha enviado el siguiente artículo, que nos encarga reproducir en la revista. Cumplimos el deseo de nuestro distinguido consocio.

Otra vez los claustros de la vieja y eminente Universidad de Carcas se han conmovido con la nueva consagración de un maestro de la juventud.

Ayer fueron ungidos con tan honroso título dos de los más altos valores civiles del país: NICOLÁS ORTIZ y RICARDO MUJÍA, que al desaparecer de este mundo, cumplidas ampliamente sus excepcionales misiones, han dejado una luminosa estela como guía de la juventud actual y futura.

Hoy otro nombre, nunca menos respetable, se alza cual montaña inaccesible, por resolución de la juventud del momento presente.

JAIME MENDOZA, ha sido proclamado, una vez

más, maestro de la juventud por los estudiantes de Chuquisaca.

¿Es este, acaso, un rasgo de reconocimiento justiciero a las mil virtudes de este hombre que es honra de Bolivia y de América? No. Es sencillamente, el cumplimiento de un sagrado deber moral de parte de las generaciones que han sabido cosechar de su talento, fecunda semilla; luz indeleble, de las radiaciones de su espíritu; empuje viril, de su ímpetu de adolescente; decencia cristalina, de su moral inmaculada, y fe en la patria grande, de su penetrante mirada de visionario.

¡Cuánta obra buena y grande hay que realizar para llegar a ser un Maestro de verdad!

Hay que haber nacido con determinada predestinación. Hay que tener un poderoso cerebro, un corazón forjado al rojo, y un espíritu que vuele muy alto para no contaminarse de la vulgaridad malvada. Hay que tener la suficiente serenidad para no precipitarse hacia el éxito precoz y barato. No hay que pensar ni obrar contando el tiempo; pues, muchas veces, causa desesperación. Son los años que, al correr, al mismo tiempo que confieren experiencia, hacen ver la verdad del valor individual.

¡Así es el MAESTRO: todo abnegación, todo sacrificio y toda esperanza por el bien de las demás!

Y Jaime Mendoza, ha sido y será siempre un maestro indiscutible. Así lo reconocieron Rubén Darío, Alcides Arguedas, Ricardo Mujía, Manuel Céspedes y tantos otros símbolos americanos. Así lo tendrán igualmente los hombres de mañana.

¿Para qué hablar de lo que hizo y hace, ni de lo que fué ni es, si ya luego lo dirá la Historia, con-

firmando lo que en la conciencia y conocimiento de todos está grabado? Sólo diremos que Mendoza parece un gran brillante, magistralmente tallado, y que visto por cualquiera de sus múltiples facetas, encanta y deslumbra.

Como médico, hablan de él sus años mozos de dedicación minera, culminada en su gran libro *EN LAS TIERRAS DEL PÓTOSÍ*. Luego su magnífica actuación docente, seguida de una fecunda dirección intelectual de la Universidad, aparte de su obra hospitalaria y de su labor en bien de la infancia.

Como poeta y escritor, lo revelan sus tantas y tan seguidas conquistas de la *FLOR NATURAL* y sus incontables condecoraciones venidas de los países del viejo y nuevo continente.

Como músico, habla su innata y perdurable afición, que ha hecho arrancarle caricias alegres a su guitarra, o lamentos melancólicos a su cítara.

Como historiador y geógrafo, están sus estudios y trabajos de tanta trascendencia y de tan importante aplicación práctica. Sus rutas *ATLÁNTICA* y *DIAGONAL* no son rutas de la quimera. Son ya, en parte, realidades que marcan una nueva era en la vinculación y progreso de nuestros pueblos.

Como soldado, lo conocen bien las campañas del Acre y del Chaco, sobre las que él ha escrito páginas magníficas, por lo mismo que han sido escritas, como todo lo que traza su pluma, con íntima sinceridad y con sencillez admirable. Mendoza es uno de los pocos hombres que escribe lo que piensa y lo que sabe; por eso dice siempre la verdad.

Como político, entregó a la Patria su íntegra lealtad, desechando ofrecimientos aparentemente ventajosos para hacer surgir en el Senado, tal o cual proyecto, o para otorgar beneficios injustificados a determinadas personas. Defendió siempre firmemente lo que en su conciencia de ciudadano se había impregnado. Por eso, en realidad no fué un político, sino un patriota y un visionario. Compruébanlo su valentía y su audacia para hablar, en inminencia de la gran catástrofe última, manifestando sus convicciones contrarias a las de los gobernantes enfermos de miopía mental, que se complacieron en precipitar a toda la nación hacia el abismo del que ahora procuramos salir.

Y antes de terminar, no olvidemos de considerar una de sus facetas de mayor magnificencia: su prédica y su acción en favor de la infancia nacional. Es claro que Mendoza como todo hombre superior, no podía desentenderse del porvenir del país y por ello dirigió siempre su mirada hacia las nuevas generaciones, queriendo y buscando para ellas un mayor bienestar material y moral.

JAIME MENDOZA es y será para Bolivia un hombre de todos los tiempos, como han sido los pocos hombres que han logrado semejante consagración. Esa consagración definitiva que sólo otorgan la fe en sí mismo y en la Patria a la que se ama y se sirve.

Sobre una epidemia de tuberculosis en Sucre

(Homeneje al Indio)

Con la publicación de cuadros estadísticos de mortalidad por tuberculosis en la capital de Bolivia —que hiciéramos en números anteriores de la Revista del Instituto— quisimos demostrar, tan sólo, q' la temible peste blanca había tomado inusitado incremento en la ciudad de referencia, durante los últimos años, intensificándose, principalmente, por la guerra del Chaco.

Hoy, sobre datos recogidos en distintos números del BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, pertenecientes a los años 1931-1937, volvemos sobre el tema, para intentar, por así decirlo, una comparación entre las cifras —de relativo valor, claro es— arrojadas por nuestras estadísticas y las de otros países, en diferente grado de civilización y progreso. Así, hemos formado un cuadro demostrativo de defunciones tuberculosas en los más distantes estados del mundo, y otro relativo a las capitales y principales ciudades correspondientes a los mismos.

Sensiblemente ha sido imposible encontrar cifra alguna sobre la mortalidad por tuberculosis en Bolivia. El Boletín que nos sirve de información no registra, en muchos años, ni un sólo dato numérico de la nación. Entre otros países, recorriendo el primer cuadro, se puede ver que la tasa más elevada de defunciones tuberculosas por 10.000 habitantes, la da Francia con 33,5 en 1920, correspondiendo las más bajas a Colombia con 3,0 en 1928 y Estados Unidos con 5,6 para el año 1934, por 10.000 habitantes, sin tomar en cuenta el "promedio estimado" de 4,6 que arroja Paraguay en el decenio de 1920-1929. (1).

Examinando el segundo cuadro se observa que el coeficiente más alto, en 29 años distintos y entre las más diversas ciudades, corresponde a Lima, en 1901, que arroja 78,0 defunciones por 10.000 habitantes. Lima sigue siendo una de las poblaciones más azotadas del mundo por la tuberculosis, pero en 1931 acusa sólo un coeficiente de 42,4 defunciones por 10.000 habitantes. México en 1900 tiene 50,0; Recife (Brasil), de clima ardientísimo, tiene 63,0 en 1919 y sólo 28,3 en 1935; Lyon, siendo también una de las ciudades europeas más castigadas, en 1913, le corresponde el coeficiente de 41,0; y a Córdoba, el *sanatorio de los argentinos*, le tocó 47,3 defunciones en 1915, como cifra más elevada.

Si recorremos, ahora, la columna de 1930 observamos que todas las ciudades del mundo han ido disminuyendo paulatinamente en mortalidad

(1) Sin mencionar tampoco "la mortalidad tuberculosa en Queenslandia que es la más baja del Mundo, pues solo llega a 4,1 por 10.000 habitantes", según el Boletín de la Of. Sanitaria Panamericana, N°. 3 de 1932.

tuberculosa (excepto Caracas de la que lamentablemente se tiene pocas noticias anteriores); pero Sucre, que no había pasado de 16 defunciones por 10.000 habitantes, y que en 1931 descendió a 12,7, inicia su alza en 1932 para culminar en 51,6 en 1935, cifra alarmante para cualquier país civilizado. Y si deteniéndonos en la columna de 1930 vemos que, cinco años atrás sólo Guayaquil, Valparaíso y Callao —universalmente consideradas como muy castigadas— le sobrepasan en mortalidad tuberculosa, lógicamente podemos llegar —como con toda razón llegó, hace un año, el Dr. Jaime Mendoza— a la conclusión de que en q' Sucre, la capital de Bolivia, ha habido evidentemente, en 1935, una epidemia tuberculosa. Algo más, si insistiendo en la columna de 1930, observamos que pueblos ardientes, industrializados o acusados de "tuberculosos" como Buenos Aires, Lyon, Córdoba, Barcelona, no pasan de 15,7 y 26,3 por 10.000 habitantes, diremos todavía que en 1936 y 1937 Sucre sigue en epidemia tuberculosa, igualando y superando en mortalidad a la de las ciudades más castigadas.

Con referencia a la ciudad de La Paz, de la que siempre se ha dicho entre nosotros que es el "sanatorio de Chile" —si nos atenemos al coeficiente dado por el Boletín de la Oficina Sanitaria, y si el dato recogido por él es evidente (1)— podemos decir que en 1930 acusaba una mortalidad de 8,9 defunciones por 10.000 habitantes, al paso que Sucre en el mismo año, ofrece 13,4.

La oportuna alarma del Dr. Mendoza encuen-

(1) Este dato debe referirse posiblemente a las defunciones del Hospital General de La Paz y no a la mortalidad tuberculosa de toda la ciudad.

tra, pues, entonces, justificativo en los números—por mucho que se dude de ellos, ya que las diferencias y los errores no pueden ser tantos que hagan variar sino en décimas, o a lo más en alguna unidad, el coeficiente universal que, en el curso de muchos años, se ha establecido para la mortalidad tuberculosa.

Y para reforzar más aún la opinión de los números, transcribiremos la opinión de quienes tienen alguna autoridad en el asunto que nos ocupa, a fin de ilustrar, por otra parte, mayormente nuestro criterio personal.

“En las Filipinas —dice en su crónica el Boletín Sanitario (1)— la mortalidad tuberculosa promedió 277, 18, en los últimos 5 años, *lo cual es mayor que en ningún otro país del mundo*, salvo Puerto Rico. En la ciudad de Manila, la mortalidad tuberculosa es de 678 por 100.000 habitantes, o sea más que en ninguna otra población del Oriente”.

Según ello, Sucre que, en 1935, alcanzó la cifra de 516 por 100.000 habitantes, se halla aventajada, con muy poco por Manila, es decir, por la ciudad más tuberculizada del oriente asiático.

La misma crónica añade: “según las estadísticas municipales, la mortalidad en Bogotá *es bastante alta*, pues llega a 120 por 100.000 habitantes”.

Para el criterio americano la mortalidad tuberculosa de 120 por 100.000 habitantes, es decir, 12,0 por 10,000 es “bastante alta”. En cambio, 51,6 en Sucre por los mismos 10.000 habitantes, para los bolivianos y, lo peor, hasta para muchas autoridades sanitarias del país, es una

(1) Boletín de la Of. Sanitaria Panamericana, N°. 12—1934

bicoca por la que no vale la pena inquietarse ni menos alarmarse.

"Hasta 1913 la mortalidad (tuberculosa) se mantiene *elevada* en la totalidad de las poblaciones del mundo", dice el Dr. Alberto Sánchez de Fuentes, Jefe de la Sección de Tuberculosis en Cuba (1), y he aquí el cuadro que demuestra esa *elevada* mortalidad mundial:

Copenhague	1,05	por	1.000
Amsterdam.....	1,60	"	1.000
Londres.....	1,70	"	1.000
Roma.....	1,75	"	1.000
New York.....	2,02	"	1.000
Madrid.....	2,04	"	1.000
Cristianfa.....	2,05	"	1.000
Buenos Aires.....	2,10	"	1.000
Berlín.....	2,20	"	1.000
Munich.....	2,90	"	1.000
Viena.....	3,06	"	1.000
París.....	4,10	"	1.000
Moscú.....	2,90	"	1.000
Rouen (Francia).....	5,10	"	1.000

La población más tuberculizada de esta estadística tiene un índice todavía más bajo que el de Suere en 1925 (5,16 por 1.000).

"La tuberculosis ha constituido un *problema apremiante* en esta isla (Puerto Rico) para varios años", expresa el Dr. E. Garrido Morales, Comisionado de Sanidad. "En contraposición a lo observado en la mayoría de los Estados Unidos,

(1) A. Sánchez de Fuentes.—*Profilaxis de la Tuberculosis en Cuba*.— Boletín de la O. S. P., N°. 5—1928.

en el territorio de Hawai y en otros muchos países, —prosigue— la mortalidad tuberculosa en Puerto Rico ha seguido una marcha ascendente alcanzando un máximo de 337 por 100.000 habitantes en 1933" (1).

Es decir que para Garrido Morales "un problema apremiante" constituye, sencillamente, una *mortalidad máxima* de 33,7 por 10.000 habitantes. En Sucre, como luego veremos, durante el primer semestre del presente año, en una población estimada en 30 mil habitantes, tenemos 38,66 por 10.000 y nadie dice nada al respecto incluso, por supuesto, las mismas autoridades sanitarias.

"*Apesar de la disminución*, la mortalidad actual (23,5 por 10.000 habitantes para 1931) es alta, comparada con la de otras ciudades de rango semejante" (2), se dice respecto de Córdoba (Argentina).

Según la opinión del Dr. Araoz Alfaro —citado por el Boletín de la Oficina Sanitaria— para 1932, "en la Argentina el problema de la tuberculosis sigue reclamando solución urgente, precisando para ello amplios recursos y competente dirección técnica". Y advertimos que el Dr. Araoz se refiere a un coeficiente de 20, defunciones por 10.000 habitantes para 1927 con que contaba Buenos Aires y casi toda la Argentina, según la afirmación del Dr. Cafferata en el Congreso Panamericano de la Tuberculosis, realizado en ese año (3).

"De todas las parroquias de la isla (de Ja-

(1) E. Garrido Morales.—La Sanidad en Puerto Rico.—Boletín de la O. S. P., N.º. 1—1935.

(2) Crónica.—B. de la O. S. P., N.º. 9—1936.

(3) Crónica.—B. de la O. S. P., N.º. 12—1934.

maica), la ciudad de Kinston es la *más atacada*, y en 1929 el coeficiente de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 242,5 en Kinston y 363,9 en San Andrés. En las parroquias vecinas las cifras son menores, pero todavía *enormes*" (1).

"La mortalidad por la tuberculosis en la ciudad de Panamá, considerada epidemiológicamente como constituida por una población mixta, *está muy por encima* de otras ciudades de la misma índole", exclama Mastellari. Y en Panamá en 1930 la mortalidad por tuberculosis fue de 28,0 por 10.000 habitantes.

Por lo trascrito, que no es poco, se ve pues, suficientemente, que los dirigentes de las instituciones sanitarias y las ciudades mismas, sienten alarma, y alarma fundadísima frente a cifras de mortalidad por tuberculosis como las que acabamos de indicar; al paso que en nuestro país no se hace nada por encarar seriamente el problema de una epidemia tuberculosa en marcha. No hay jefe sanitario que diga tan claramente, como se debe decir, esta verdad que es para repetirla y repetirla hasta que gobiernos y pueblo comprendan su deber.

La expresión de "una epidemia tuberculosa" no es, en manera alguna, una afirmación gratuita, sin sentido. Se halla respaldada por el criterio sereno de eminencias americanas en la materia, que no repararon en considerar como una *epidemia*, a la sola interrupción en el descenso anual de la curva de mortalidad tuberculosa en los Estados Unidos. Oigamos al Dr. Kendall Emerson, Director Ejecutivo de la Asociación Nacional An-

(1) Crónica.—B. de la O. S. P., N°. 2—1931.

tituberculosa de esta nación quien, al referirse, precisamente, al descenso ocurrido desde 1900, en que la mortalidad por tuberculosis en aquel país llegaba a 20,2 por 100 mil habitantes. dice:

"Aunque el descenso comenzó antes de terminar el siglo pasado, se ha acelerado su velocidad desde entonces, y la reducción anual apenas revela interrupción, salvo por *un breve paro* durante la *epidemia* de 1918" (1).

Y el Boletín de la Oficina Sanitaria, en la crónica de su número 9 de 1936, añade: "En el área de registro de los Estados Unidos, se observó, en cuanto a la mortalidad tuberculosa, un período de baja bastante uniforme de 1900 a 1916, interrumpido por un aumento en 1917 y 1918".

El "breve paro" a que se refiere el Dr. Emerson, no es otra cosa que el "aumento" de que habla el Boletín indicado. Pues bien, aunque no hemos podido obtener el coeficiente exacto a que llegó Estados Unidos en esa *epidemia*, fácil es comprender que si en 1900 acusaba una mortalidad de 20,2 por cien mil habitantes, 17 años después, con la "baja uniforme" se encontraba en 1 y fracción por 1.000 habitantes, y que el alza se produjo sobre esta cifra. Emerson no tiene, pues, inconveniente en considerar como una *epidemia* a ese "aumento" que no alarma mayormente a lo comentaristas americanos acostumbrados, como nosotros, a los coeficientes bajos.

Probada como tenemos —en la forma menos empírica— nuestra opinión sobre la tuberculosis en Sucre, podemos sumar, una vez más, nuestra

(1) Kendall Emerson.—Los últimos métodos de la Lucha Antituberculosa.—B. de la O. S. P., N.º. 1—1935.

modestísima voz a la potente de Jaime Mendoza, y decir que el coeficiente de 51,6 defunciones por 10.000 habitantes revela, evidentemente, la existencia de una epidemia de tuberculosis, y que esta ciudad, en los últimos años, iguala y aun sobrepasa en mortalidad tuberculosa a la mayor parte de los pueblos considerados como los más azotados del mundo.

Vayamos ahora a otro punto.

Hemos hablado del coeficiente de mortalidad tuberculosa para el primer semestre de 1937, en Sucre. En consecuencia tócanos incluir la estadística correspondiente, que arroja 58 defunciones clasificadas así.

CIVILES

De	0	a	1	años	1
"	2	a	5	"	0
"	6	a	10	"	1
"	11	a	20	"	6
"	21	a	30	"	9
"	31	a	40	"	4
"	41	a	50	"	3
"	51	a	60	"	6
Mayores de 60				"	5
					35

MILITARES

De	12	a	20	años	18
"	21	a	30	"	3
"	31	a	40	"	2
					23

Se ve, pues, que hoy no es la guerra la que ocasiona la mortalidad tuberculosa en los militares (soldados), sino otros factores que luego indicaremos. La edad de 18 a 20 años corresponde, en efecto, a los conscriptos de los últimos dos años.

Y si para el quinquenio de 1925-1929, estimamos la población de Sucre —como era corriente— en 25.000; para el quinquenio de 1930-1934, tomamos la cifra de 27.508 que arrojó el censo de 1931, y, debido al aumento indudable de la población, estimamos en 30.000 para los tres últimos años, formamos ahora, con la cifra anterior de 58 defunciones y las arrojadas por nuestras estadísticas ya publicadas, el cuadro de:

Defunciones tuberculosas en Sucre por 10.000

Sobre 25.000 habitantes

1925	1926	1927	1928	1929
16,0	16,0	21,6	16,0	15,2

Sobre 27.508 habitantes

1930	1931	1932	1933	1934
13,4	12,7	16,3	18,9	21,8

Sobre 30.000 habitantes

1935	1936	1937 (primer semestre)
51,6	31,6	38,6 (1)

(1) Es evidente el crecimiento rápido de la población flotante entre 1936-1937. Y aun calculando, por este hecho, algo exageradamente, en 35.000 habitantes para los últimos dos años, tendríamos el coeficiente de mortalidad por tuberculosis en Sucre, bastante elevado sobre otras ciudades tuberculizadas: 27,1 para 1936 y 33,0 para 1937.

Quiere decir que en Sucre, como en otras poblaciones, la tuberculosis iba en disminución hasta 1931, y que durante la guerra se produjo el alza de mortalidad hasta constituir una epidemia en 1935, para luego descender, pero lentamente; tan lentamente que en el primer semestre de este año tenemos, otra vez, un coeficiente que, como ya dijimos, es elevadísimo para nuestra ciudad.

Pues en otras poblaciones tenidas por tuberculizadas, debido al gran porcentaje de proletariado en pésimas condiciones de vida, el coeficiente de mortalidad por tuberculosis es igual o inferior al nuestro. He aquí, por ejemplo, lo que afirma el Dr. Augusto Bunge en su interesante obra "La tuberculosis vencida":

"En la primera mitad del siglo XIX, antes de iniciarse el movimiento obrero con fuerza suficiente para vencer las represiones legales que lo tuvieron aplastado durante largo tiempo, la mortalidad tuberculosa llegó en Inglaterra a 50 por 10.000 habitantes, y aun más en las regiones más industrializadas. En Francia, Alemania y Estados Unidos, se produjo un movimiento paralelo, aunque menos acentuado de la mortalidad tuberculosa".

Y añade: "En los países más industrializados, de más avanzada técnica y más arraigada cultura, la mortalidad tuberculosa ha estado descendiendo gradualmente hasta 1930 a 15,12 y 9 por 10.000 habitantes" (1).

Pero, ¿qué tiene que ver nuestra ciudad de Sucre, con la densísima población obrera de In-

(1) Augusto Bunge.—La tuberculosis Vencida.—Editorial "La Facultad", Buenos Aires, 1934.

glaterra, ni con los países más industrializados y de más avanzada técnica, del mundo?

En Sucre no hay el grave problema del gran proletariado de otras partes, ni la densidad de la población, ni el agotante trabajo de cien mil fábricas, y, sin embargo, andamos, en cuanto a mortalidad tuberculosa, peor que otros pueblos en la primera mitad del pasado siglo.

En Pesterszébet (Hungría), antro terrible de la tuberculosis, en lo más fiero de la mortalidad se indica como cifra máxima la de 41,5 por 10.000 habitantes. De una estadística demostrativa del descenso en algunas poblaciones de Hungría, que encontramos en el mencionado libro del Dr. Bunge, extractamos el siguiente cuadro, tomando únicamente los años extremos:

Defunciones tuberculosas por 10.000 habitantes

RESIDENCIA	1925	1931
Budapest.....	23,6	19,6
Neuptes.....	31,5	21,9
Fáfospalota.....	35,0	23,7
Kleinpest.....	29,4	26,0
Pesterszébet.....	41,5	23,4

El mismo Bunge, refiriéndose a Pesterszébet, y al uso que en ella se hizo de la vacuna Friedmann, tiene esta interesante como ilustrativa página:

“Si se hubiera buscado ex profeso la ciudad más adecuada para un experimento en masa de la eficacia de la vacuna Friedmann, no se habría encontrado nada “mejor” que Pesterszébet. Contigua a Budapest, es uno de sus principales subur-

bios obreros. El 90% de los habitantes vive en la pobreza; los obreros que forman el 80% de la población son en su mayoría peones, y en gran parte están desde hace años sin trabajo, lo que en Hungría no da lugar a socorro oficial alguno; los que trabajan viven en el bajísimo nivel correspondiente a los salarios ínfimos que se pagan en la mutilada Hungría de postguerra, bajo el régimen que sufren sus trabajadores. Las prolíficas familias obreras viven a razón de una y más por pieza. Las viviendas son tugurios de los que están documentados fotográficamente cuadros inenarrables de hacinamiento y desnudez. Abundan las chosas tan miserables que son de tipo asiático. El municipio es tan pobre que en ese importante núcleo urbano, pegado a una gran ciudad famosa por sus magníficos barrios residenciales, sólo hay cuatro calles pavimentadas sobre un total de 250. Pero el tráfico es intenso, y la población vive en una densa nube de polvo. Una ciudad carente de recursos hasta para el más elemental urbanismo, no los tiene, por supuesto, para ningún servicio hospitalario, para ninguna clínica. Es por lo tanto como hecha con el propósito de tener un nido de tuberculosis, con la concurrencia de todos los factores sociales e individuales posibles".

"La mortalidad tuberculosa bruta de Pestszébet, fue siempre hasta 1923 en promedio de 40 por 10.000 habitantes (1.000 dice el texto erróneamente), sin contar los que iban a morir en los grandes servicios hospitalarios" (1).

(1) Ob. cit. pág. 177.

La capital de Bolivia acusa un coeficiente de mortalidad por tuberculosis mayor que Perterszéb, "nido de tuberculosis"...

Y hay que pensar que Sucre, a 2.850 metros sobre el nivel del mar, no ofrece, por suerte, cuadro tan espantoso y miserable. Se vive aquí bajo la clarísima luz de un espléndido sol; bajo un cielo eternamente azul; a una temperatura media anual de 13,2 (para 1936); con amplias calles transitadas apenas, y en un ambiente climatérico sencillamente delicioso, si comparamos con el de otros pueblos. Sucre se apellida la "ciudad blanca" por la claridad de su medio. Cuatro o cinco incipientes fábricas, unos cuanto automóviles y una línea férrea inconclusa, constituyen el progreso de esta ciudad, desde la colonia.

Una cosa, sin embargo, se debe tener muy presente. La mayor parte de las familias artesanas —y muchas no de las más pobres— acostumbran vivir, la familia íntegra y un buen número de animales domésticos, en una sola habitación, apenas ventilada; el olor de orina es frecuente, la suciedad abundantísima; el hacinamiento, en una palabra, domina la vivienda artesana y proletaria.

Por lo demás, las condiciones climatológicas de Sucre son tan adversas a la tuberculosis que en 1901 arrancaron de Mendoza, estas conclusiones optimistas, cuyo menosprecio u olvido, durante treinta y siete años, nos ha conducido al estado lamentable en que nos encontramos hoy:

"1º.—La tuberculosis es benigna y poco frecuente en Sucre.

"2º.—Las causas que influyen en su rareza

son la poca densidad de la población y sus condiciones climatológicas.

"3°.—Las causas que obran en sentido contrario son las referentes al modo de vivir de los habitantes.

"4°.—Las indicaciones que debiéramos llenar serían: coadyuvar a las primeras y corregir las últimas" (1).

De esta opinión han participado después, en 1929, unánimemente, los profesionales que respondieron a una encuesta sobre el particular, efectuada por el Instituto Médico.

¿Quiere decir, entonces, que ha intervenido algún otro factor en la elevada mortalidad de los últimos años que acusa Sucre?

Evidentemente la guerra, en primer lugar y después las condiciones penosas en que viven los soldados que prestan sus servicios en las guarniciones del Chaco, juegan papel importantísimo.

Hoy, en verdad, no podemos seguir culpando a la guerra como a la sola causante de ello, sino que, prestando atención a los resultados de la estadística del primer semestre de este año, debemos tener en cuenta que los soldados fallecidos pertenecen a los últimos contingentes llamados para el servicio militar, y buscar, en consecuencia, otras causas determinantes del desarrollo de la tuberculosis.

Pero el hecho de que las defunciones militares suban en Sucre a 23 en seis meses, no quiere decir, en modo alguno, que sea una atenuante muy digna de tomarla en cuenta. Pues, al presente cuenta esta ciudad con un hospital militar per-

(1) Jaime Mendoza. —La tuberculosis en Sucre.—Tesis, 1901.

manente para atender el permanente mantenimiento de las guarniciones en el Chaco. Y si el Chaco constituye una de las causas del incremento de la tuberculosis, tampoco ello es una atenuante, porque no se trata de un factor pasajero, como la guerra, por ejemplo, sino de una serie de condiciones favorables a la tuberculosis, y que exigen urgente atención. El Chaco, en sí, tiene la desventaja de su elevada temperatura, pero, aparte de ello, hay que considerar como causas coadyuvantes, el paludismo, la disentería y las dermatosis —enfermedades mal combatidas— que junto con la escasa alimentación, el trabajo y las pésimas condiciones en que vive el soldado en la guarnición, determinan el estallido de primo infecciones en estado latente, como piensan algunos; o la producción de la tuberculosis motivada por el hacinamiento, etc., lo que no es menos probable.

De todas maneras, la residencia última de esos enfermos viene a ser un hospital militar —cuando no la calle—, el de Sucre o cualquier otro del interior de la república.

Atribuir, pues, el alza de la mortalidad tuberculosa, simplemente al Chaco o a los soldados, y luego cruzarse de brazos, sin tomar las medidas necesarias contra las causas verdaderas de la tuberculosis en el ejército, sabiendo que esos enfermos están fatalmente destinados a aparecer en las ciudades o en los campos, no es obra de gobernantes ni labor de profilaxia.

Los hospitalizados tuberculosos, por mucho que se trate de militares, constituyen focos de diseminación, que en ningún momento ni bajo ningún argumento, se los debe olvidar, máxime si, como ocurre en Sucre, para atenderlos, se dispone

sólo de un hospital, céntrico y frecuentemente en estado de verdadera aglomeración de enfermos.

Por todo esto, en adelante, al referirnos a la tuberculosis, no volveremos a hacer más distinguos entre civiles y militares, sino por comodidad o método; pues tanto los unos como los otros son enfermos, residentes en la ciudad e igualmente peligrosos desde el punto de vista epidemiológico y social.

Y en Sucre se cuenta, hoy por hoy, escasamente con una sala de 30 camas, que llamámosla de aislamiento para casos avanzados (con acceso apenas a un pequeño patio que no excede casi de 60 metros cuadrados), enclavada entre un hospital militar y otro civil. No existen, por supuesto, salas para mujeres ni niños, ellos son atendidos en salas comunes del hospital general.

Sensiblemente en estas condiciones no se puede pensar, claro es, en realizar un racional tratamiento y menos aún verdaderas curaciones; es decir que, así las cosas, no hay todavía, prácticamente, entre nosotros lucha antituberculosa; estamos en embrión en este sentido como en muchos otros, y, en tanto la tuberculosis avanza apresuradamente...

La sección de Lucha Contra la Tuberculosis en Sucre, tiene presupuestado para el resto del presente año —ocho meses a partir del primero de mayo— Bs. 32.240, incluyéndose pago de personal.

Dicho presupuesto asigna para la atención diaria de cada enfermo, Bs. 2,00 (1), o sea un total de Bs. 1.800 mensuales para las treinta camas;

(1) El hospital militar tiene Bs. 4 diarios por cada enfermo, lo cual tampoco es una maravilla.

es decir 2,60 pesos chilenos, 2,60 francos, ó 0,30 cts. argentinos al cambio actual, diarios, para la medicación, alimentación y sobrealimentación de un tuberculoso.

Y en Sucre hoy, una libra de carne cuesta Bs. 1, un pan de 75 gramos 0,20 cts. (2,60 el kilo), 1 litro de leche 0,80 cts., 1 huevo 0,30 cts. Y, cuando nuestra unidad monetaria equivalía a 18 peniques (1930), 5 arrobas de patatas, producto originario, costaban Bs. 3. 4 y 5 las de mejor clase; ahora que el peso boliviano equivale apenas a 2,40 peniques, la misma cantidad de patatas vale 30, 40 y 50 bolivianos (1).

Los artículos de primera necesidad, los que menos, han quintuplicado su precio después de la guerra.

En tal sentido, el aumento del presupuesto nacional de sanidad, de cerca de un millón en 1930 (2) a 10 millones (cifras redondas) en 1937, es sencillamente *aparente*, es lógico, motivado por la depreciación de nuestra moneda. Los 10 millones de hoy compensan, pues, o apenas sobrepasan al millón de anteguerra, y, en algunos servicios, ni a eso se llega con el presupuesto actual (3).

(1) Nótese que tomamos el precio más bajo de la £, al cambio actual que cotiza a 100 bolivianos. El año pasado la £ se cotizó hasta 162,50 bolivianos, y por consiguiente el franco valía mucho más (Bs. 1,65), e igual el peso chileno y el argentino.

(2) No conocemos la cifra exacta, porque antes de la creación —de urgente necesidad— del Departamento Nacional de Higiene y Salubridad, se atendía el servicio sanitario del país por tres presupuestos diferentes: el presupuesto general de la nación, los presupuestos departamentales y los municipales.

(3) Sólo consignaremos lo referente a Chuquisaca que en 1930, por ejemplo, atendió todo el servicio sanitario y de beneficencia con las siguientes partidas:

Y en realidad tan sólo se ha aumentado empleados y oficinas vacías, pero en nada los medios indispensables para el funcionamiento de ninguna repartición sanitaria; faltan material para el trabajo; drogas, alimentación y comodidad para los enfermos.

“Hay que tener presente que se acepta universalmente por los higienistas que un país de-

Presupuesto General

Subvención a los manicomios.....	Bs.	72.000.—
id al Instituto Médico.....	“	10.000.—
id al Hospital Santa Bárbara..	“	18.000.—
Otras partidas....	“	11.800.—

Presupuesto Departamental

Asignación para Asistencia Pública Departamental.....	Bs.	35.760.—
---	-----	----------

Presupuesto Municipal

Asignación al Hospital Santa Bárbara....	Bs.	53.000.—
id al Hospicio “25 de Mayo”...	“	17.500.—
Beneficencia y otros	“	4.880.—

Total anual Bs. 222.940.—

O sea, para ocho meses del año, Bs. 148.626,64.

En el presente año, para los últimos ocho meses tenemos—exactamente para los mismos servicios, con mayor número de empleados, y otras reparticiones de reciente creación, como Lucha Contra la Tuberculosis, Lucha Antipalúdica, Lucha Antivenérea, Oficina de Higiene y Profilaxia, con personal suficiente—un presupuesto de Bs. 1.127.957,53.

Y en pesos argentinos:

Bs. 1,127.957,53, al cambio *mínimo* de 6,15 en 1937, \$ 183.407,72

Bs. 148.626,64, al cambio *máximo* de 1,20 en 1930, \$ 123.855,53

Diferencia en favor de 1937 \$ 59.552,19

Es decir, que con esta agraciada suma de 59.552,19 pesos ar-

be tener tantas camas de hospital, para una determinada enfermedad, como enfermos mueren de ella en un año", dicen los Drs. Marín, de Chile. Y aunque esto es, naturalmente, bastante elástico, si nos atenemos a esta fórmula, en Sucre se debería contar, como menos, con 100 camas para tuberculosis.

Cierto es que cuando se instaló el hospital 4 de Lucha Contra la Tuberculosis, se contaba con 60; pero luego —no conocemos las razones valederas— se redujo el número de camas al máximo de las 30 de que hemos hablado, y el local a las dimensiones de una sala y un patio de 60 metros cuadrados. ¡Dos metros cuadrados por tuberculoso, para respirar, en un país que tiene cerca de medio kilómetro por habitante!

Con el método establecido por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro, consistente en aumentar el 20% al número total de defunciones por tuberculosis y multiplicar el resultado por 5, se puede calcular, algo apróximadamente, el número de enfermos tuberculosos activos para Sucre. Y ateniéndonos a la mortalidad de 58 para el primer semestre de

gentinos sobre la que se disponía antes (en ocho meses de 1930) para Sanidad y Beneficencia de Chuquisaca, ¿podremos hoy, por ventura, pretender que funcionen mediócremente siquiera las reparticiones nuevas —de "lucha"— que acabamos de indicar, y otras más?

¿Qué ha ganado, pues, prácticamente, el pueblo en materia sanitaria?

Y lo que ocurre en este departamento, sucedé en todo el país.

No está demás advertir, por otra parte, que en Bolivia ni en 1930, ni antes, ni ahora, ni nunca, se ha abonado el total de las partidas presupuestadas; de donde resulta el continuo desvarajuste económico y el triste servicio de las instituciones.

1937, tendríamos un número de 696 enfermos anuales. Los autores americanos Winslow y Harris (1) dan, con el mismo objeto, otra fórmula que haría subir casi en el doble la cifra anual de enfermos indicados. De modo que 100 camas para un número aproximado de 696 enfermos anuales, tampoco es una exageración.

El caso triste entre nosotros es que no contamos con datos numéricos seguros sobre nada; estamos —a más de un siglo de vida independiente— en la hora de los tanteos. No sabemos, por ejemplo, que se haya ordenado por ninguna autoridad sanitaria del país el levantamiento de una estadística general de la mortalidad por tuberculosis en Bolivia, ni tan siquiera en las capitales de departamento. Tampoco tenemos referencia de una estadística de mortalidad por tuberculosis en el ejército. Lo cual quiere decir que el plan del Departamento de Lucha Contra la Tuberculosis, —cuya creación es de alta comprensión— no asienta, desde luego, sobre la base elemental, que es la estadística.

Se lucha contra un enemigo cuyos alcances se desconoce, se lucha, en suma, a ciegas sin saber de la energía que se debe desarrollar, y de ahí que todo esfuerzo, mal calculado, sea estéril o absolutamente nulo.

Lo que hacen, entonces, los gobernantes y quienes pregonan de la "grandeza nacional", no es

(1) Drs. Winslow y Harris, del Departamento de Sanidad Pública de los Estados Unidos, y Dr. Araoz Alfaro, citados por los Drs. Marín, (Boletín de la O.S.P. N.º. 1—1937).

sino teorizar, cuando no mistificar. Pues lanzarse en afirmaciones "optimistas", en un país inorganizado, sin datos ciertos sobre su vida misma, es eso: teorizar o, sencillamente, mistificar...

La grandeza de un pueblo no está —como en Bolivia ocurre— en la verborrea de sus dirigentes, sino en el problema serio de la economía y de la salud.

Dieciocho defunciones sólo por tuberculosis en seis meses y en un sólo hospital militar de Bolivia, es cosa que debe hacernos temblar. Es la juventud de 18, 19 y 20 años, el proletariado rural y ciudadano, que se pierde no ya por efecto de una "guerra estúpida" de un estado burgués, sino por una paz maravillosa de un estado "socialista"...

Desde luego, menos automóviles de lujo en las esferas oficiales, en un país que se titula así, enfáticamente, "socialista" (nacional-socialista, a puños, en rigor), por el milagro de una "proclama" y sobre la pasividad, la servidumbre y la miseria de dos millones y medio de parias, que no encuentran liberación; menos despilfarro de fondos administrativos; menos peculados, se traducirían en aumento de alimentación, drogas y vituallas para la juventud —campesina y obrera, en gran mayoría— que sirve en las guarniciones del Chaco, y habría, además, para viviendas y pan para tantos desheredados.

Las páginas de esta revista no son para extenderse más. Pero mientras sigan imperando en Bolivia, gentes sin relieve cultural, huérfanas de

sentido económico; mientras siga el saqueo de las arcas fiscales, y mientras, de la noche a la mañana, sigan surgiendo "estadistas" de los cuarteles altoperuanos, la nación seguirá también empapelándose con decretos y más decretos, pero marcando siempre cero, en el índice del progreso de los pueblos civilizados del mundo.

Y la tuberculosis, el paludismo, la desnudez, el hambre... aquí también, en su punto.

Enrique Vargas Sivila

Día del Indio, 2 de agosto 1937.

DEFUNCIONES TUBERCULOSAS POR 10,000 HABITANTES

Nº. 1

Estado	1847	1860	1880	1890	1900	1910	1913	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
<i>Alemania</i>																	8,7					
<i>Francia</i>								33,5								16,6						
<i>Inglaterra</i>	31,8															7,0	9,3					
<i>Dinamarca</i>		24,3										8,3			8,3	6,3	7,4					
<i>Noruega</i>				30,0					15,8				15,8		14,0							
<i>Suecia</i>												12,5					12,1					
<i>Hawai</i>																	31,0					
<i>Estados Unidos</i>			29,0		20,2	17,4		11,4							8,0	7,9	7,6	6,8	6,8	6,3		5,6
<i>México</i>										6,9					6,9	7,3	7,7					
<i>Costa Rica</i>							9,6				9,1				9,2	9,4	9,0	9,5				
<i>Guatemala</i>																9,2						
<i>Panamá</i>																11,3						
<i>El Salvador</i>																	9,5					
<i>Cuba</i>														10,5	27,6	22,3						
<i>Puerto Rico</i>															26,7		30,1	26,3	27,5	29,7	33,7	
<i>Jamaica</i>										20,0									13,3			
<i>Argentina</i>																	22,5					
<i>Bolivia</i>																						
<i>Brasil</i>																	10-15*					
<i>Colombia</i>																3,0	4,1					
<i>Chile</i>																	25,5	26,4				
<i>Ecuador</i>																	7,3	7,6				
<i>Paraguay</i>								4,6*				4,6					4,6*					
<i>Perú</i>																						
<i>Uruguay</i>																13,3	13,8					
<i>Venezuela</i>																	10,8	12,1				

* Promedio estimado.

DEFUNCIÓNES TUBERCULOSAS POR 10,000 HABITANTES

Nº. 2

Ciudad	1900	1901	1904	1907	1911	1913	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Berlin						22.0																							
París						41.0				33.9											22.8								
Lyon	35.4																15.7					15.7							
Landres						17.0																							
Barcelona																				17.2	17.4	15.4							
Washington																					11.8								
New York	23.7					20.2													6.7	6.9	6.5	6.3	6.1	6.9					
Chicago																						6.5		6.1					
México	50.0																				15.1	16.1							
Veracruz																	62.4				42.3	37.8							
San José																				14.9	14.4	14.4							
Guatemala																		15.2	14.3	16.3									
Panamá																			30.2	37.9		28.0							
San Salvador																						30.0							
Havana																			24.6	20.2		20.0							
Buenos Aires																			20.0		18.0	17.6		17.4					
Córdoba	30.1		30.1	36.5	36.5	47.3	43.8	40.6				40.6							26.3			26.3	26.3						
SUCRE																	16.0	16.0	21.6	16.0	15.2	13.4	12.7	16.3	18.9	21.8	51.6	31.6	38.6*
La Paz																						8.9							
Rio Janeiro																					26.4	27.2							
Recife										63.0	52.0	49.0	37.0	41.0	41.0	37.0	35.0	35.0	36.0			43.3					28.3		
Bogotá																						12.7							
Santiago																						46.0							
Concepción																						50.0							
Valparaíso																						58.2							
Magallanes																											36.6		
Quito																						16.5							
Caynaquil																					69.0	61.5		58.0					
Ancon												23.0**				23.0					23.0**								
Lima		78.0			49.7																58.4	53.9	42.4						
Callao																					54.3	57.3	52.3						
Montevideo																				32.1	32.7								
Cercos																					37.3	43.2							

* Primer semestre

** Promedio estimado

CRONICA

CONFERENCIA

De conformidad a una disposición del Instituto sobre conferencias quincenales de sus miembros, el Dr. Wálter Villafani presentó la suya. Ella se registra en el presente número de la revista. En la respectiva sesión de lectura, el Dr. Jaime Mendoza hizo algunas observaciones al autor dentro del terreno anatómico de dicha conferencia y abundó en consideraciones acerca de los progresos que en este orden se van realizando en el extranjero muy especialmente con relación a la histología cerebral, citando los magistrales trabajos de von Economo sobre la arquitectura celular del córtex. El Dr. Julio C. Fortún manifestó que él había determinado en el caso Miguez, objeto de la conferencia del Dr. Villafani, el trayecto del proyectil con mediciones milimétricas conforme al sistema Kromlein Chipault.

El Dr. Mendoza añadió que en este punto únicamente la autopsia, que no se realizó hubiera aclarado dicho punto y concluyó ofreciendo volver sobre el tema.

PRESIDENCIA DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD

No hace un año que ha entrado en funciones esta importante creación y durante el trascurso de ese corto período de tiempo, las presidencias han ido renovándose de manera constante y repetida. Este hecho importa un grave perjuicio para el desenvolvimiento de las instituciones sanitarias del país, porque cada nuevo jefe ha iniciado sus actividades desconociendo, en primer término, la labor de su predecesor y formulando un nuevo plan de actividades, de acuerdo a sus peculiaridades y pensamiento propio.

Es así cómo hasta la fecha, no contamos con un estatuto sanitario definitivo, que pueda regular, dentro de normas preestablecidas, el funcionamiento de todas las actividades sanitarias nacionales, todas las que en la actualidad, desenvuelven su rol social, a merced de sus propias y particulares modalidades.

Es, pues, ya tiempo de normalizar este orden de hechos, que no hace otra cosa que irrogar los más graves perjuicios a la colectividad, en todo orden de cosas. Debe por su parte el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, encausar la Sección Sanitaria y de Higiene de su dependencia, dando al país un Estatuto completo, que tenga validez legal, para que a él se sometan quienes vayan a la cabeza de la institución y no esté a merced de las personas su constante y reiterada modificación.

Debe a su vez —dadas las características especialísimas de nuestro ambiente— armonizar las

relaciones funcionarias entre la Jefatura del Departamento y las Asesorías ministeriales, a fin de que, cada uno de ellas, cumpla su misión, dentro de un plan de mutuo entendimiento y no se esté ya más, a merced de suspicacias, resquemores y hasta malquerencias entre los encargados de la cosa pública.

NUEVOS PROFESIONALES

La Facultad de Ciencias Médicas ha recibido el juramento profesional a muchos elementos egresados de sus aulas, previa lectura de la tesis respectiva, habiendo obtenido el título que los acredita como a tales, los siguientes:

SECCIÓN MEDICINA-CIRUGÍA:

Wálter Echalar	Desequilibrios del sistema neuro-vegetativo.
Víctor Malpartida T.	Enfermedad de Nicolas-Favre.
Raúl Salas Linares	Las adenitis cervicales del Chaco y su tratamiento por el procedimiento Calot.
Rafeal Caballero P. de León	Bocio y Cretinismo.
Alberto Urriolagoitia	Tuberculosis pleural.
René Nava Morales	Tifus exantemático.
Alberto Torrico O.	Apuntes sobre patología tropical del N. W.
Joaquín Calbimonte	Paludismo.-Síndromes de insuficiencia suprarrenal y su diagnóstico en la infección palustre.

David Malpartida T.	Hormonas de la hipófisis.—Fisiología, metabolismo y patología.
Ricardo Toro T.	Apendicitis.—Oportunidad del tratamiento quirúrgico.
Juana C. de Solares	Estudio fisio-patológico de la medicación purgativa y vomitiva.

SECCIÓN FARMACIA:

José María Durán	Sodio y sus sales halóideas.
Jael Reyes	Sueros y vacunas.
Joaquín Cors S.	Coloides.
Alberto Loaiza Beltrán	La Química Orgánica en Farmacia.

Felicitamos a todos ellos por haber dado fin a su carrera universitaria y hacemos votos por la eficiencia de su práctica profesional.

JEFATURA DEPARTAMENTAL DE HIGIENE Y SALUBRIDAD

En cumplimiento de las disposiciones que crea esta importante repartición sanitaria, el personal que la integra, ha quedado constituido en el Departamento de Chuquisaca, en la siguiente forma:

Jefe Departamental de Higiene y Sanidad, Dr. Anastasio Paravicini.

Médico Jefe de Epidemiología, Vacunación y Lucha Antivenérea: Dr. Napoleón Arnau.

Médicos internos de la Jefatura de Higiene y Salubridad: Srs. Enrique Vargas y Mario Serrano.

Secretario de Estadística: Sr. Agustín Araujo.

Encargado de Farmacia: Sr. Víctor Lora.

Completa esta sección un personal de 4 practicantes, estudiantes de Medicina, un contador y tres enfermeros.

La Sección de la Oficina Central de Higiene y Profilaxia Departamental se desenvuelve con el personal siguiente:

Director: Dr. José Aguirre.

Médico pediatra y de beneficencia: Dr. Martín Flores.

Jefe de laboratorio: Sr. Witoldo Jablonsky,

Ayudante de laboratorio: Enrique Yáñez Ruiz.

Veterinario: Sr. Eduardo Mendízabal.

Inspectores de higiene: Srs. Benedicto Gutiérrez y Jorge Carranza.

Policías sanitarios: Srs. Enrique Ortiz y Armando Pasquier.

Inspector de leche: Sr. Miguel Herboso.

La sección de lucha departamental antipalúdica, está a cargo del Dr. Bernardo Vaca Guzmán.

En provincias, la atención sanitaria está encomendada a los médicos jefes de postas móviles, con el personal siguiente:

Posta-móvil de Zudáñez-Oropeza Dr. Néstor Aguilar.

Posta-móvil Padilla-Azuduy: Dr. Jaime Segundo Sánchez.

Posta-móvil de Azero: vacante.

Provincia de Cinti: Dr. Gabriel Pereira, con residencia en Camargo.

Provincia de Yamparáez: Dr. Alfredo Higuera, con residencia en Tarabuco.

DE LA DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA

Circula desde hace varios días un interesante folleto publicado por la Dirección General de Estadística, en su sección demográfica, con instrucciones y recomendaciones especiales para formular las estadísticas de mortalidad, con el plausible propósito de establecer en el país un servicio estadístico de causas de muerte.

Hace un llamado a todas las autoridades y en especial a los señores médicos, para secundar en forma efectiva y científica, la labor que se ha impuesto, a fin de encausarla en forma que responda a una necesidad harto sentida en nuestro medio.

De nuestra parte, al aplaudir la iniciativa de la Dirección General de Estadística, hacemos un llamado a todos los colegas profesionales, para que se interesen en las recomendaciones y sugerencias que propone, secundado así una obra que ha de ser de positivo interés y de indudable beneficio para la gran obra de profilaxia social.

NUEVOS RUMBOS

La Biblioteca del Instituto ha recibido el N°. VI de "Nuevos Rumbos", órgano del Instituto Nacional de Pedagogía que contiene interesantes ar-

tículos sobre temas educacionales. Servimos al canje.

Congreso eucarístico

Con motivo del congreso eucarístico que actualmente se va celebrando en Sucre, hay en la ciudad un movimiento inusitado de la población estante y flotante. Han venido numerosas delegaciones de las distintas partes de la República. La gente de los campos se ha vaciado en Sucre; los indios forman una nota asaz pintoresca con su indumento tradicional, y hasta con sus harapos. Pero son los niños —las siluetas blancas de las chiquillas que han recibido la primera comunión— quienes dan mayor relieve al cuadro.

Por nuestra parte, deseamos que este movimiento se traduzca en algo efectivo y útil. No debe esto pasar como un simple celaje místico. Sucre está atiborrado de enfermos. La mortalidad alcanza en la ciudad cifras pavorosas, como lo demostramos en esta misma revista. Y son justamente los niños los que más pagan el tributo trágico, por la miseria, por el mal trato, por el vicio de sus padres. Ojalá, pues, el congreso eucarístico tuviese la virtud de provocar en las almas un noble sentimiento de solidaridad. Que los que reciben a Dios despierten a una vida más elevada y generosa. Salvemos nuestra ciudad.
