



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 36 BOLIVIA-SUCRE, ENERO-FEBRERO DE 1940. N° 71



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"

Director: Dr. José Aguirre Torres

SUMARIO

	PAG.
A manera de prólogo.— <i>Dr. José Aguirre T.</i>	1
Memoria del Presidente del Instituto Médico «Sucre».— <i>Dr. Manuel Cuéllar</i>	5
Algunas consideraciones acerca de Higiene Pública local.— <i>Dr. José Aguirre T.</i>	11
Dos casos de peritonitis pneumocócica.— <i>Dr. Enrique St. Loup B.</i>	23
La hormonoterapia en ginecología.— <i>Dr. Hermann Hirsch</i>	35
Higiene Militar.— <i>Dr. Medardo Navarro</i>	51
Resumen de las autopsias del año 1939.— <i>Dr. Franz Wenger</i>	61
Revista de Revistas	69
El Dr. Louis Dartigues.— <i>Dr. Manuel Cuéllar</i>	79
Crónica	81

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

Año XXXVII Enero — Marzo 1940 No. 71

A manera de prólogo

El Instituto Médico «Sucre» me ha designado, en su última sesión, Director de la Revista.

Al asumir ese cargo abrigó el firme propósito, conforme ya manifesté en aquella ocasión, de reorganizar y remosar completamente su constitución interna, señalando, desde luego, una sección de «Artículos originales», dividida en tantas porciones cuantas especialidades médicas existen, en la que se publiquen los trabajos de los señores socios; creando, después, una sección de «Revista de Revistas», en la que todos y cada uno de los señores socios analice y comente según su especialidad profesional, los artículos y publicaciones aparecidos en Revistas extranjeras, y, finalmente, propendiendo a la aparición regular de la Revista del Instituto.

Empero.* Todos esos propósitos no dependen exclusivamente de mi propia voluntad, de mi entusiasmo personal o de mi capacidad de trabajo, naturalmente, muy modesta.

Necesitan, para cumplirse satisfactoriamente, la colaboración íntegra de la Sociedad y de cada uno de sus socios componentes.

Se requiere, en primer lugar, cumplir estrictamente las prescripciones del Reglamento Interno del Instituto en sentido de realizar quincenalmente las sesiones ordinarias, pues, en ellas los socios, por turno o mejor voluntariamente, deben presentar un trabajo científico a la consideración y discusión de sus colegas. Este trabajo, fruto de la práctica hospitalaria o de consultorio, acompañado de todas las pruebas indispensables (exámenes radiológicos, pruebas de laboratorio, etc.) y si fuera posible de la presencia misma del enfermo, objeto del análisis, luego de ser ampliamente considerado y discutido en sesión, debe ser publicado en la Revista.

No es posible mantener al Instituto Médico «Sucre» dentro de sus antiguas prácticas y costumbres. Ellas quizá pudieron haber cumplido alguna finalidad en épocas pretéritas. Hoy no explican ni siquiera medianamente su existencia. El Instituto Médico «Sucre» es una sociedad científica que debe trabajar activamente, investigando siempre por su propia cuenta, comprobando las investigaciones ajenas y propendiendo por todos los medios posibles al adelanto creciente de la ciencia médica nacional.

Para el cumplimiento de los propósitos enunciados en segundo término se necesita también un amplio espíritu de comprensión y de colaboración desinteresada.

No es razonable encomendar a un solo socio, que fatalmente ejerce una determinada especialidad profesional y se interesa por los temas que a ella le incumben, el análisis y comentario de las publicaciones extranjeras. Cada socio, según su especialidad, debe encargarse del citado análisis. Y no es que carezcamos de Revistas extranjeras. Nuestra Biblioteca recibe gran número de publicaciones de todo el mundo. Es que nadie, o casi nadie, se ocupa de leerlas. Apenas si el bibliotecario cuando concurre a sus obligaciones las cataloga.

La Revista del Instituto Médico «Sucre» no constituye un órgano de difusión de ideas personales de ningún socio en particular. Es el vocero de la sociedad en conjunto.

El fracaso, la desaparición definitiva o siquiera su publicación tardía y descuidada importan el fracaso y el desprestigio del Instituto.

No caben pues suspicacias o rivalidades. La Revista es de todos los socios del Instituto Médico «Sucre» y todos ellos son responsables de su buena y regular publicación.

Con estos propósitos inicio la aparición de este número que corresponde al primer trimestre del año 1940. Por razones especiales, simplemente ocasionales y momentáneas, este primer número a mi cargo no contiene todas las secciones, particularmente el análisis de Revistas extranjeras, en su totalidad. Desde el próximo número, que aparecerá en los primeros días del segundo trimestre, el contenido de la Revista ha de ser integral y ojalá mejore.

José Aguirre T.

Memoria del Presidente del Instituto Médico "Sucre", Dr. Manuel Cuéllar, leída en la sesión pública anual del 10. de Febrero de 1940.

Señores socios, señores:

Siguiendo la tradición y cumpliendo a la vez una prescripción reglamentaria, tengo el honor de presentar el Informe General de la marcha de nuestra sociedad durante el año que ha terminado.

Sesiones— En el curso del presente año nuestras sesiones ordinarias de carácter científico han sido escasas, y desgraciadamente no se han terminado siquiera los trabajos que con tanto entusiasmo habíamos comenzado el año pasado. Esto ha sido debido a la frecuente ausencia de varios socios, y sensible es decirlo, a cierta flojedad de nuestros compañeros para este género de trabajos, quienes mas bien han dedicado preferente atención a los asuntos de orden material, que este año han tenido más importancia que otros.

Laboratorios.—Fuera de la sección Vacuna, de la que hablaré más adelante, en el curso del pasado

año el Instituto se ha preocupado de incrementar su sección de Bacteriología, ampliándola grandemente con la colaboración de la Facultad de Medicina, de manera que en la actualidad esta oficina funciona como un Laboratorio Bioquímico que sirve para la instrucción de los alumnos de la Facultad, para las necesidades normales del Instituto y el servicio del público en general, y muy en especial de la Sanidad, Hospitales, Manicomios, etc.

Este Laboratorio está dirigido por el competente Laboratorista Dr. Víctor Gainza, quien desempeña su puesto a nuestra completa satisfacción.

Nos proponemos dar a esta sección mayor amplitud en la forma siguiente: 1º. Bacteriología y anexos. 2º. Bioquímica completa para diagnósticos. 3º. Preparación de productos biológicos, y especialmente la B. C. G. contando para esta última sección con un técnico extranjero distinguido con el que estamos en vísperas de realizar un contrato. La gran dificultad que hasta ahora hemos encontrado para realizar estos proyectos, ha sido la consecución de divisas, pero, ahora que la situación del país mejora creo que podremos subsanar este inconveniente en lo futuro.

En fecha 15 de agosto el Ministro de Higiene dirigió un oficio a esta presidencia, proponiendo la refundición en el Laboratorio del Instituto de los exiguos existentes en el servicio de Sanidad, mediante una subvención aún indeterminada, pero debiendo pasar éste bajo la dependencia del Ministerio de Higiene. Esta proposición no fué aceptada por cuanto que, siendo el Instituto una sociedad particular autónoma e independiente, no podía desprenderse de una de sus más importantes secciones; por otra parte, tal como este Labo-

ratorio funciona actualmente puede hacer el servicio, (como lo hace en efecto) para las necesidades de la Sanidad y del público en general.

Local.— Durante muchísimos años la Facultad de Medicina ha funcionado en la casa del Instituto, y a medida que ella se expandía nos estrechaba más, a punto de tornarse difícil la situación del Instituto en estos últimos tiempos. Felizmente hace algunos meses la Facultad de Medicina, adquirió un local apropiado y ha desocupado la casa dejándonos en holgura. Esta es la razón por la que recién podremos poner en práctica los proyectos de ampliación de las distintas secciones.

La Oficina de Higiene Urbana, que carecía de local apropiado, y en vista de haber desocupado la Facultad las habitaciones que tenía, pidió al Instituto se le concediera con carácter *provisional*, el uso de algunas piezas, lo que le ha sido otorgado, y es de esperar que en poco tiempo más esta repartición de carácter nacional encontre un local propio.

Biblioteca.— Hasta hace poco se encontraba en un local demasiado estrecho y poco apropiado, ahora la hemos trasladado al Salón de la planta baja, local amplio y cómodo donde recién podrá prestar sus eficientes servicios al público. Esta sección se ha enriquecido con un gran número de revistas, especialmente canjes, así como también con un importante lote de libros obsequiados por el Presidente.

Sec. Vacuna.— Esta importante sección como de costumbre ha funcionado con toda regularidad haciendo el servicio de vacuna para toda la república; se ha comenzado a usar el material nuevo que se pidió, y probablemente en el curso de este año comenzaremos los trabajos de ampliación que necesita.

El cuadro presentado por el Jefe de esta Sec-

Traslado

ción, Dr. Armando Solares Arroyo, es el siguiente;

Resumen de la Remisión de Vacuna Antivariciolosa de la Oficina de Vacuna del Instituto Médico «Sucre», durante el año 1939.

Dpto. de Chuquisaca 4.629 amp. para 92,580 personas

«	«	La Paz	3,497	«	«	69,940	«
«	«	Potosí	1,350	«	«	27,000	«
«	«	Oruro	1,187	«	«	23,740	«
«	«	Cochabamba	922	«	«	19,040	«
«	«	Sata Cruz	685	«	«	13,700	«
«	«	Beni	330	«	«	6,600	«
«	«	Tarija	50	»	«	1,000	«
Totales			12,680	«	«	253,600	«

Se enviaron 141 paquetes postales con sus correspondientes tarjetas, fuera de la distribución directa.

Revista.— Debido a dificultades económicas solo han podido salir dos números 69 y 79.

Situación económica.—El Supremo Gobierno ha pagado el año pasado con bastante regularidad la subvención que el Tesoro Nacional reconoce a nuestro favor, para el servicio nacional de vacuna del que estamos encargados, solamente se adeuda una parte del segundo y cuarto trimestre del citado año

Nuestro consocio y actual Vice Presidente, habiendo sido llamado por el Supremo Gobierno para desempeñar la Cartera de Ministro de Educación, se ha ausentado a la ciudad de La Paz, por tiempo indefinido. Seguramente su actuación será muy provechosa para la Instrucción Pública General, dada la preparación del Dr. Aniceto Solares; pero

en cambio nos deja en el Instituto un vacío difícil de llenar.

Conmemoramos hoy el 45 aniversario de la fundación del Instituto Médico «Sucre», se aproxima a medio siglo la vida de nuestra Sociedad, y en el transcurso de este tiempo ya bastante largo hemos tenido alternativas de prosperidad y decadencia; pero por una de esas paradojas frecuentes en la vida ha sido precisamente en los primeros tiempos cuando el Instituto no contaba sinó con escasísimos recursos, suministrados por sus socios, en medio de grandes penurias económicas, que llegó a desplegar su mayor labor y adquirir un alto prestigio, lo que prueba que no son únicamente los elementos materiales los que hacen el progreso de una institución, sinó sobre todo el entusiasmo, el valor y el patriotismo de sus componentes.

En los momentos actuales nuestra situación material es por demás satisfactoria, y si conseguimos despertar la unión y el entusiasmo en todos nuestros colegas, llegaremos a hacer trabajos efectivos y de importancia que lleven a nuestra sociedad a su anterior prestigio.

Señores, antes de terminar estas palabras, me inclino reverente ante la memoria del Gran Mariscal de Ayacucho cuyo aniversario conmemoramos, y bajo cuya égida protectora se inauguró esta nuestra Sociedad.

Algunas consideraciones acerca de la Higiene Pública local

(Conferencia leída por el socio Dr. José Aguirre T. en la sesión pública anual realizada el día 1º, de febrero)

Señor Presidente del Instituto Médico «Sucre»:
Señores socios:
Señoras y señores:

Cumplo con un deber reglamentario al ocupar esta tribuna precisamente en el día en que nuestra ilustre Sociedad Médica celebra el 45 aniversario de su fundación.

Por consiguiente, mis primeras palabras han de ser de rendido homenaje a sus sabios fundadores.

El Instituto Médico «Sucre» es la más antigua y meritoria Sociedad Médica que existe en el país. Es, por otra parte, la única que ha podido resistir la acción destructora del tiempo y de las pasiones humanas.

Sin embargo, para no seguir la desgraciada trayectoria marcada por todas las instituciones y agrupaciones locales, que viven—cuando viven—soñando con sus antiguas glorias y se adormecen—hasta morir insensiblemente—. con la música agradable de su tradición y de sus blasones; debe sacudirse de cierto letargo, reorganizar su estructura interna, someter las pasiones políticas o personales de sus asociados y colocarse al compás de la actividad científica mundial.

De otra manera, en poco tiempo más, no será sino una institución anémica que vive de sus antiguas glorias y de su pasada tradición.

No voy a dictar, ahora, una conferencia magistral sobre temas estrictamente médicos, ya que la naturaleza de este acto social, simplemente conmemorativo y destinado al gran público, así como las prescripciones reglamentarias que vengo a cumplir, no permiten ni me exigen una disertación científica.

Voy a referirme, más bien, a determinados aspectos de Higiene Pública local, en forma que ojalá resulte siquiera amena cuando no agradable, porque, desgraciadamente para mí, la afirmación de ciertas verdades dolorosas, ha de restar muchas simpatías a esta mi conversación.

A fines del año 1930 la Junta Militar de Gobierno, surgida de la revolución política de junio del mismo año, empeñada—según se aseguraba entonces por parte de sus panegiristas—en remediar el desbarajuste económico producido por los gastos electorales del gobierno anterior,—aunque, en realidad, era debido a la anarquía y despilfarro revolucionario—, disminuyó, repentinamente, las asignaciones presupuestarias destinadas al sostenimiento de las Universidades Nacionales.

A la nuestra, cuyo triste destino ha sido siempre igual tanto antes como después de la proclamación de la Autonomía Universitaria y ha debido atravesar situaciones económicas desesperantes, le correspondió, conforme es fácil imaginar, la reducción más grave, casi fatal.

El escaso personal de catedráticos tuvo que disminuir de un día a otro. I así, en la Facultad de Ciencias Médicas, de 18 profesores disminuyó a 14. La remuneración de éstos, que hasta 1930 apenas alcanzaba a 200 pesos mensuales, hubo de reducirse también a 120. Pero, ojalá los acontecimientos se hubiesen detenido o concluido ahí. Cada profesor que quedaba, después de la reducción, tuvo que enseñar siquiera una asignatura más, cuando no dos, fuera de su propia cátedra, pues, de otra manera, habría habido que reducir más el número de catedráticos.

Por supuesto que esta circunstancia, absurda y anómala, entusiasmó a todas aquellas personas que entre nosotros viven del recuerdo de los buenos tiempos en que dos médicos de buena voluntad enseñaban íntegramente el estudio de la Medicina y percibían una remuneración de 20 pesos de 80 centavos cada uno.

Los estudiantes—envueltos en el torbellino de los acontecimientos y embriagados por el canto de sirena de los políticos que les atribuían el triunfo de la revolución, cuando en realidad, dice que era debido al dinero de un magnate de la minería resentido por las medidas adoptadas por el gobierno derrocado—tampoco conocieron la verdadera situación de las Facultades locales y no supieron valorar el esfuerzo y el sacrificio de sus profesores.

Pues bien, entonces, hube de dictar conferencias acerca de Higiene Pública y privada a los alumnos del 6º. curso de la Sección de Medicina.

Mi primera lección fué, antes que nada, una advertencia oportuna para que los alumnos soportasen luego, con paciencia, una larga serie de lamentaciones que habrían de sucederse en las lecciones posteriores.

Porque, en efecto, a tiempo de dictar cada lección de Higiene Pública, yo enunciaba todas las prescripciones sanitarias más racionales y usuales, por ejemplo, respecto a las condiciones de captación, cantidad de suministro, calidad y distribución del agua potable en las poblaciones urbanas. Pero, tenía que concluir mi lección, fatalmente, diciendo, más o menos: «Desgraciadamente, en Sucre, no se cumple ni se ha cumplido nunca ninguna de estas prescripciones. El agua es escasa, (téngase en consideración que hablaba en 1930 cuando la población de Sucre no había aumentado tanto como en los últimos años), su calidad general es mala y empeora todavía en algunas épocas del año. Su distribución se realiza en condiciones desastrosas etc. etc.»

Felizmente para mí, ningún estudiante, de esos que nunca faltan en un curso y que se distinguen ya sea por su despreocupación, que les hace burlarse del profesor o por su exaltado amor localista, que les

obliga a considerar grave ofensa a su tierra natal la simple enunciación de defectos o deficiencias locales—, me preguntó para qué se estudiaba entonces en la Facultad una asignatura tan inútil como la de Higiene Pública, si luego, en la práctica, el agua; las edificaciones, principalmente escolares; la vivienda en general y peor aún la popular o la proletaria; el alcantarillado, si así puede llamarse al que existe; la pavimentación y, sobre todo, la alimentación, resultaban, en Sucre, los más malos. Porque ese estudiante me habría colocado en la difícil situación de responderle que se «estudiaba» Higiene Pública primero, como obligación reglamentaria, y, luego, simplemente con la esperanza de que algún día los gobernantes a tiempo de cumplir—si es que cumplen—sus ofrecimientos electorales, consultasen a los médicos para emprender cualquiera de aquellas obras de interés y conveniencia general o escuchasen su consejo técnico antes de legislar en el papel, respecto a la vivienda popular y el suministro de alimentos.

Han transcurrido, desde esa época, casi diez años. Al gobierno provisorio, surgido de la revolución de 1930, han sucedido los gobiernos normales del señor Salamanca—durante cuya presidencia estalló la infausta guerra del Chaco—, del señor Tejada Sorzano y luego los regímenes «renovadores» de los coroneles Toro y Busch.

Durante el gobierno de este último presidente se ha creado el Ministerio de Higiene y Salubridad que ha centralizado todos los servicios sanitarios.

La ciudad de Sucre, ha contemplado la asunción y la caída, en el gobierno departamental o local, de muchos de sus hijos.

Empero, las condiciones materiales e higiénicas de la existencia en esta ciudad son las mismas y, en determinados aspectos, quizá peores a las que existían en 1930.

Yo tampoco ya no estoy dictando, en este momento, un curso oficial de Higiene pública sino que me encuentro conversando con ustedes sobre este mismo tema (que alguien calificará mañana de tema de loco).

Espero, sin embargo, para mi tranquilidad, que entre ustedes no exista, como entre mis alumnos de 1930, una sola persona que me califique de «mal sucrense» por hacer algunas afirmaciones, ciertas, pero, dolorosas.

Porque la verdad es que en Sucre, para no indisponerse con los gobernantes, con los industriales y hasta con los desocupados de oficio es necesario proclamar a gritos: «Que el aire que respiramos no solo es puro, ni siquiera simplemente estéril, sino que cura la tuberculosis; que el agua es abundantísima, pura y potable; que jamás han estallado epidemias de fiebre tifoidea o disenterías por su causa; que el alumbrado eléctrico es tan bueno que la luz del sol desaparece a su lado; que la alimentación es baratísima, abundante y rendidora; que las Escuelas e Internados son los mejores edificios de la localidad al extremo que a los niños prefieren permanecer en ellas y no en sus casas; que la vivienda es barata, cómoda e higiénica; que las «tiendas redondas» que sirven al pobre obrero de salón, taller, cocina, comedor, dormitorio y hasta de letrina, no existen sinó en el recuerdo de los viejos; que los arroyuelos que atraviezan la ciudad constituyen un excelente alcantarillado moderno; en fin, que nuestro inefable empedrado es la mejor forma conocida de pavimentación».

Porque, ay! del que afirme lo contrario. Es un «mal sucrense», un traidor, o, siquiera un loco.

Desgraciadamente la realidad es distinta

Las famosas aguas de «El Cerro», que sirven a nuestros políticos y periodistas para combatirse entre sí, apenas pueden considerarse, con buena voluntad, medianamente potables. En cuanto el agua de Cajamarca todos saben que precipita el jabón y cuece difícilmente las legumbres.

Refiriéndome a la cantidad de agua potable, debo recordar, que en la práctica y según las prescripciones de la Higiene Pública no solo se designa con ese nombre al agua destinada a consumirse como bebida sino que ha de conferirse a ese vocablo una extensión más considerable, en sentido de que toda agua

utilizada para las necesidades individuales, tales como bebida, limpieza corporal, lavado de los vestidos, objetos diversos y de cocina, limpieza de las habitaciones y calles, debe reunir las condiciones exigidas para el agua destinada a la alimentación.

No necesito decir aquí que en Sucre contadas personas se bañan diariamente. Otras, poseen en sus casas lujosos «cuartos de baño» pero tampoco se bañan siempre. El grueso pueblo, apenas se lava la cara una vez al día. Por eso en verano, cuando puede viajar al campo,—«ir de baños», como se dice entre nosotros—se baña hasta 20 veces al día como si quisiera almacenar limpieza y frescura para el resto del año o de los años, porque muchos de entre ellos no pueden «salir» sino una vez en toda su vida.

Todos ustedes conocen, por otra parte, los apuros que atraviezan los administradores de hoteles cuando llega un viajero y solicita inmediatamente un baño tibio. No existen baños fríos, por escasez o falta de agua, peor pueden existir baños tibios!

En el Hospital de Santa Bárbara, cada tarde, (y esta es la hora más terrible), los sirvientes se arman de sendas escobas de paja y «barren» el piso de mosaico de lassalas y pasillos, donde rato antes han escupido toda clase de enfermos. No recuerdo el nombre de ningún Director de ese establecimiento sanitario que hubiese conseguido desterrar semejante costumbre y vehículo de propagación de enfermedades. ¡eso, también es debido a la falta de agua.

Ahora bien, con el fin de aumentar la cantidad total de las aguas potables, se han reunido, el año pasado, los caudales parciales de aguas de Cajamarca y de El Cerro.

No me he de referir, precisamente, ahora, a ese aumento en sí mismo, apesar de que personalmente me parece que el estudio de ese asunto no era cuestión de una simple operación aritmética de «suma» o en otros términos, no consistía solamente en «sumar» éste a aquel caudal de aguas, pues, para eso no se necesitaban conocimientos especiales de ingeniería y bastaba un rudimentario sentido común; sino que constituía

una seria operación de «multiplicación», o si se quiere, de investigación científica, de hallazgo, captación y provisión de nuevas fuentes de agua, distintas a las que ya existían de antaño, las mismas que pudieron haber sido reunidas, pero, nunca a manera de solución definitiva del problema.

Quiero referirme, más bien, a las condiciones en que se verificó dicha reunión de aguas.

Se convirtió, desde luego, en cuestión política y en motivo de capricho para algunas autoridades.

La captación de aguas de «El Cerro» se había realizado en tiempos inmemoriales. Posiblemente en aquella época, constituía una obra maestra de «albañilería», pero, en la actualidad no contempla ni las más elementales exigencias sanitarias. El socavón de ingreso a esa fuente verbigracia, (me refiero a la fuente del cerro «Sicasica»), carecía—y creo que aún carece todavía—de una puerta o reja. Los animales más diversos hicieron allí su nido y su estercolero. (Por suerte esa fuente de agua se encuentra dentro del Convento de la Recoleta y por esto no era estercolero hasta de los hombres). El agua potable surgía y corría por una canaleta abierta en una extensión de 200 metros, en medio de estiércol.

La Municipalidad que «atendía» antes la provisión y distribución de aquellas aguas no cuidó nunca de la limpieza de la fuente, quizá porque el agua correspondiente era de propiedad particular y no le proporcionaba ningún ingreso económico especial.

Pues bien, cuando algunas autoridades administrativas y políticas resolvieron la reunión de los caudales de agua indicados, Cajamarca y el Cerro, se juntó, precipitadamente, a fin de «dar cuenta con lo obrado» según la expresión popular las aguas PURAS de Cajamarca con las aguas CONTAMINADAS de El Cerro. Ya he dicho que estas últimas estaban contaminadas por el estiércol de los murciélagos en su origen y por deyecciones humanas en la primera porción de su trayecto.

El resultado inmediato fué la aparición de una epidemia de fiebre tifoidea, enteritis y disenterías.

I aquí viene la parte cómica y ridícula de asunto. Cuando en el desempeño de una función pública hube de mostrar esta circunstancia a las autoridades departamentales y exigir, conforme a las prescripciones de la Higiene Pública, el examen bacteriológico quincenal de las aguas potables, para garantizar así, tanto a la entidad proveedora cuanto al público consumidor, sobre su calidad o los peligros que ofrecía, una de estas autoridades envió un vulgar chisme telegráfico y confidencial al Ministerio de Higiene y *fuí destituido*.

Sensiblemente mi destitución no produjo ni siquiera la disminución mucho menos la desaparición de la epidemia y muchas personas murieron a consecuencia de ella.

Por esta última «razón» no he de aludir, de propósito, al alumbrado eléctrico, porque no deseo tampoco encontrarme mañana a oscuras en mi domicilio particular.

Porque si las autoridades políticas disponen del recurso de la destitución para alejar empleados públicos que no admiran sus actos, los industriales suspenden dictatorialmente la provisión de fuerza eléctrica o de leche para acallar cualquier reclamación.

Sin embargo, el número de enfermos de la vista a consecuencia del pésimo alumbrado, continúa en aumento.

Las escuelas públicas, en Sucre, son siempre los establecimientos más antihigiénicos. Parece que constituyera condición indispensable para que una casa sea utilizada como Escuela el que sea antihigiénica. Las casas más viejas y estrechas, las habitaciones más oscuras y los locales más sucios, son alquilados por el Estado para Escuelas. I como el Estado, o sus representantes, no escojen mucho ni poco las casas, antes de destinarlas a Escuelas, sino que se rigen por el simple ofrecimiento de los mismos propietarios, amigos o correligionarios políticos; y como el mismo Estado paga subidísimos alquileres, he aquí, todavía, que, por este procedimiento, el Estado se convierte en el peor de los competidores del inquilino particular.

En efecto, a pesar de la inflación monetaria y del aumento aparente de los salarios, no existe inquilino particular que pueda pagar por semejantes locales el alquiler que ofrece generosamente el Estado.

El Estado Socialista, es pues. en este aspecto, el peor competidor del inquilino.

De aquella falta de selección de los locales resulta que la mayor parte de las Escuelas carecen de patios amplios, agua potable, luz y sobre todo de servicios higiénicos.

He aquí porqué muchos niños ven todavía a la Escuela con los mismos ojos de terror con que los ciudadanos en edad militar ven al Cuartel.

Apenas una entre quinientas casas de la ciudad puede considerarse como vivienda higiénica. Empero. es necesario advertir que esa vivienda higiénica no corresponde a las casas de inquilinato sino que es la vivienda particular y exclusiva de una sola familia y a veces de una sola persona adinerada.

El resto de las casas no reúnen ni las más elementales condiciones higiénicas.

En cuanto a la vivienda popular o proletaria, es indispensable haber visitado siquiera, cuando no vivido allí, en los barrios pobres y alejados de nuestra ciudad, para formarse una idea cabal de la tragedia que constituye la existencia del artesano pobre.

Hombres, mujeres, niños y animales. en un conjunto abigarrado de miserias físicas, degeneración y lacras morales, embriaguez, prostitución y hambre, habitan en una sola «tienda redonda»; habitación oscura, mal iluminada y peor aireada, que sirve a sus humildes moradores de salón, taller, cocina, comedor, dormitorio, gallinero y hasta letrina.

Por supuesto que me refiero a la vivienda del verdadero artesano o proletario de nuestro ambiente. Porque el otro, el artesano dirigente, Secretario de Sindicatos o Federaciones, chofer, sastre, herrero o carpintero, ése, posee casas, fincas, automóviles y dinero, explota a sus semejantes y se disfraza de «proletario» para aprovechar la credulidad o la ignorancia de los artesanos.

La «tienda redonda» es el desmentido más rotundo al triunfo aparente de las ideas socialistas o socializantes, constituye la incubadora de doctrinas y tendencias disolventes y será el justificativo de muchos excesos populares que ojalá tarden en producirse.

En efecto. Para qué legislar sobre la vivienda, cubicación de las habitaciones, calidad de los pisos, si el precio del alquiler y la insuficiencia real de los salarios obligan a que el trabajador se vea forzado a amontonarse con toda su familia, y en ocasiones con la familia de sus hijos, en un espacio estrecho, oscuro maloliente y sucio?

El alcantarillado, si así puede llamarse, es contemporáneo de la fundación y edificación de la ciudad. Utiliza el declive natural y los arroyuelos que atraviesan la población y es tan perfecto que muchos barrios y varias calles deben su nombre popular a los depósitos de inmundicias y al mal olor que despiden.

Los sucrenses hemos recibido con enorme júbilo y nos hemos sentido plenamente satisfechos con la colocación de unas cuantas baldosas de cemento en la plaza principal y en las aceras de contadas calles. Ese «servicio» municipal se ha librado al uso público en conmemoración de una fecha clásica y se muestra a los turistas que visitan la Capital como una obra de pavimentación.

Mientras tanto el «empedrado» de nuestras calles es motivo de suciedad, descomposiciones y accidentes.

Sucre debería erigir un monumento a la autoridad nacional, departamental o municipal, que, alejándose de mezquinos ajetreos, le proveyese de agua potable abundante, luz, alcantarillado, pavimentación y vivienda.

Sin esos servicios urbanos indispensables, nuestra ciudad agonizante, no podrá considerarse nunca cómoda, limpia ni saludable.

Quizá algunas autoridades engreídas y muchos industriales avaros, piensen que, gracias a ellos y a su sabiduría o benevolencia, vivimos en el mejor de los mundos, pero, en la realidad, apenas podemos consolar-nos tontamente pensando que en Bolivia, únicamente

Trinidad es más antihigiénica y abandonada que Sucre.

Señores, he querido conversarles sobre determinados aspectos de Higiene Pública en Sucre, en este día de conmemoración del nacimiento del Gran Mariscal de Ayacucho, y mostrarles la realidad desnuda de nuestra situación, no con el simple propósito de criticar rudamente nuestras deficiencias, sino con la esperanza de que la evocación de aquel gran gobernante despertara el patriotismo de los hombres, siquiera en estos momentos de entusiasmo y afanes electorales, porque, quizá, entre ustedes se encuentre el futuro Senador, Diputado, Prefecto o Alcalde que cristalice nuestras comunes aspiraciones de mejoramiento y progreso.

Sucre, 1º. de febrero de 1940.

JOSE AGUIRRE T.

Dos casos de Peritonitis Pneumocócica

Dr. ENRIQUE ST LOUP B.

F. A. C. S.

La peritonitis pneumocócica, separada hoy del grupo de las comprendidas antes en la común denominación de «peritonitis idiopáticas», es una afección poco frecuente, sin duda, pero quizás no tan rara como se repite siempre, debiéndose tal juicio acaso, al hecho de no establecerse el diagnóstico exactamente ya que su confusión es muy posible con otras enfermedades.

Se ha dicho de ella que es una afección casi exclusiva de la infancia, encontrándosela entre los 2 a 10 años; pero el profesor Achard (citado por Liege) refirió un caso en que se trataba de un anciano y nosotros vamos a relatar uno correspondiente al adulto.

Era también clásico hablar de que este tipo de peritonitis se observaba con más frecuencia en el sexo femenino. De 14 casos observados por Fevre en el Hospital des Enfants Malades de Paris, 12 correspondían a hembras y sólo 2 a varones. En cambio Newel de Tennessee, E.E. U.U., en 38 casos del Harriet Lane Home for Children, encontró 22 varones y 14 hembras.

De la supuesta mayor frecuencia en el sexo femenino se quiso deducir la explicación de la puerta de entrada, atribuyéndola a los genitales externos, de

donde la infección alcanzaría el peritoneo por la vía de las trompas. Empero no siempre se encuentra el pneumococo en las muestras tomadas en la vulva en los casos confirmados, ni su presencia tiene valor irrecusable, según Fevre, a menos que se le hallara *en gran cantidad*. Por otra parte sería curioso que siendo por las trompas por donde llegarán los gérmenes al peritoneo, no desarrollaran preferentemente una pelviperitonitis, o que a lo menos se comprobara la mayor intensidad de la inflamación de la serosa en las vecindades de las trompas, y no, como ocurre de ordinario, en las cercanías de la región umbilical.

Estrecha relación con este punto de la «puerta de entrada», tiene el concepto según el cual se admite la clasificación de estas peritonitis en primitivas y secundarias. Llámase primitivas a aquellas en que la acción virulenta del pneumococo se ha mostrado *primero* y a veces *solamente*, en el peritoneo, habiendo pasado inadvertido el foco de donde irrumpió. Se considera en cambio como secundarias a las que *subsiguen* a un reconocido proceso pneumocócico, ordinariamente pulmonar o pleural. Se habla en este caso de que la infección ha llegado por vía transdiafragmática empero los hechos demuestran ante todo que siempre es posible descubrir en el organismo afectado, el foco original pneumocócico, ordinariamente en las amígdalas o en el naso-fárinx, de donde el pneumococo es huésped habitual. Luego debe considerarse que así como en ciertos casos la peritonitis subsigue a una pneumonía, por ejemplo, en otros la localización pulmonar aparece después de la afección peritoneal, como en el caso de una de nuestras observadas; y en otros todavía el ataque peritoneal es contemporáneo del ataque pulmonar, como es el del segundo de nuestros casos. Si a esto se añade que la sintomatología del primer período cabe en el cuadro de una infección general, de una septicemia para decirlo de una vez; que la investigación ha demostrado la presencia de pneumococo en los hemocultivos en el 70 % de los casos, parece cuerdo considerar que la principal vía de ingreso, sino la única, es la del torrente circulatorio. El pneumococo, huésped inofensivo

habitual de las vías respiratorias superiores, al adquirir virulencia en ciertas circunstancias, produce una verdadera pneumococemia, de cuyas posteriores localizaciones, resultan las peritonitis, meningitis y la más común de todas, la pneumonitis, ya que el pulmón resulta ser, por circunstancias no bien definidas, su presa favorita. Es de recordar a este respecto un caso visto, hace muchos años en el servicio de Maternidad del Dr. Mönkeberg de Santiago de Chile. Tratábase de una puérpera en quien se desarrolló una terrible sepsis puerperal que resultó ser pneumocócica, como lo demostró el hallazgo del germen tanto en los loquios, como en la sangre circulante. Pues bien, sólo en el último período, poco antes del final letal, aparecieron todos los signos de una franca pneumonía lobar.

Clínicamente, se habla también de diferentes tipos de peritonitis: la difusa aguda, la subaguda y la enquistada. En realidad no son sino distintos estadios de un mismo proceso. La invasión es al principio difusa, con sintomatología aguda, correspondiendo buena parte de ella a la pneumococemia. Luego, si las defensas orgánicas actúan con éxito, van circunscribiendo al proceso, limitándolo, cercándolo de una barrera de adherencias, hasta llegar a la formación de un verdadero absceso que algunas veces se fragua una salida en la vecindad de la cicatriz umbilical. En el primero de nuestros casos, asistimos en realidad, a este estado intermedio en que tras la difusión aguda del primer momento, comenzaba la serosa su trabajo de enquistamiento aislador. Así pues el encontrar una peritonitis aguda o subaguda, dependerá del momento en que hayamos sido llamados a examinar al enfermo.

Respecto a la sintomatología, la manifestación cardinal es el dolor. Dolor difuso, acompañado de inflamamiento abdominal y defensa muscular, aunque no tan acentuada como en las peritonitis estreptocócicas. Tanto el dolor, como la defensa revisten su máxima intensidad, algo a la derecha del ombligo, invadiendo los cuadrantes inferolateral y medio. El dolor más agudo, está en un punto algo alto, para ser apendicular, y demasiado bajo para ser vesicular, lo que no impide

que con demasiada frecuencia se confunda el cuadro con el de la apendicitis. Acompañan al dolor náuseas y vómitos frecuentes y rebeldes de líquidos teñidos de bilis. Varios autores indican la diarrea como signo común. En nuestros casos contrariamente hemos encontrado estreñimiento, como expresión de esa paresia intestinal que acompaña y acusa toda inflamación aguda de la serosa peritoneal. Por supuesto que acompañan al cuadro, la temperatura elevada y el pulso frecuente, a lo que hay que agregar la gran leucocitosis, de 20.000 a 30.000. En cuanto a la eritrosedimentación, aun no se puede sacar conclusiones verdaderas, referentes a estos casos.

De lo dicho ya se deducen las dificultades diagnósticas. Ante el cuadro peritoneal, con predominio de dolor y defensa a la derecha, generalmente se piensa en una apendicitis, y acaso más de una vez se haya operado como tal, encontrando un justificativo en la fuerte hiperhemia del apéndice tan común por lo demás en toda reacción de la serosa intestinal. Otras veces, cuando ya se encuentra formada una colección líquida, en medio de un cuadro subagudo, y más aún si se oye hablar de diarrea, el diagnóstico ordinariamente formulado, será el de una peritonitis tuberculosa, como ocurrió en uno de nuestros casos. Naturalmente, la coexistencia o la aparición de una enfermedad pleuropulmonar, viene a iluminar el sendero del diagnóstico, por su puesto siempre que se tenga en la mente tal eventualidad. Otra cosa será cuando la peritonitis aparezca revestida de ese aspecto de inflamación primitiva, sin que se note el foco inicial; pero como a pesar del carácter difuso siempre hay mayor predominio del dolor y la resistencia cerca del ombligo y a la derecha, no es difícil que el médico se sienta inclinado a diagnosticar una peritonitis apendicular. En tales casos, cuando la supuesta apendicitis no se presente con su habitual fisonomía, cuando alguna duda asome a nuestro espíritu, sagaz y provechoso será que, antes de recurrir a tratar de explicarnos esa extraña localización con la hipótesis de un apéndice anormalmente implantado u otra semejante, hagamos una prolija investiga-

ción tanto anamnética, cuanto objetiva, para ver si logramos descubrir el foco, la puerta de entrada, que a menudo estará en la amígdala o el rinofarinx; así como el reconocimiento de una otitis media o de una celulitis, nos conducirán al diagnóstico de una peritonitis estreptocócica.

Con el fin de auxiliarnos en este delicado asunto del diagnóstico, NEUHOF y COHEN proclaman la utilidad de la punción abdominal. Unas dos gotas de pus, obtenidas de este modo, bastarían para darnos la clave del diagnóstico si al ser sembradas, originaran un desarrollo positivo.

Debemos decir ahora algo respecto del tratamiento. Como desde antiguo, refiriéndose a esta clase de procesos, las opiniones se hallan divididas entre intervencionistas y abstencionistas. Según una estadística del Harriet Lane Home for Children en 15 casos, en que se practicó el drenaje quirúrgico, se registró una mortalidad de 26,6 %, en tanto que en los no operados se vieron cifras de mortalidad de 82 y más por ciento. Pero las estadísticas han de interpretarse con cuidado. Así, en esta que referimos, se hallan incluidos también los casos de colecciones formadas de abscesos que fueron desaguados y que claro está no pueden menos que mejorar una estadística. Sin embargo, hay otro grupo de 14, reputados como de peritonitis aguda primaria, de los que 7 fueron precozmente operados y otros 7 solo mantenidos con tratamiento médico. La mortalidad en los primeros llegó a 42,8 %, mas en los segundos alcanzó la enorme cifra de 85,7 %. Si revisamos ahora algunas estadísticas francesas, nos sorprenderá encontrar conclusiones del todo opuestas. Auroousseau en el Hôpital des Enfants Malades, en 8 casos operados, tuvo 7 muertes! Por otra parte, Brun y Budde señalan cifras de 80 y 90 % de mortalidad respectivamente. El caso por nosotros operado fué también fatal. Y meditando en la sintomatología observada y en lo encontrado al operar, creemos con R. Liege que la intervención da mal resultado porque tenemos que habérnosla ante todo, con enfermos atacados de pneumococcemia, y luego que en el período de la difusión peritoneal no hay

ni qué, ni dónde drenar. Así pues, que lo cuerdo parece reservar la operación, a los casos en que una barrera de adherencias ha limitado y enquistado una colección purulenta, en una palabra a los casos en que todo se reduzca a desaguar un absceso.

Mas, qué hacer frente al grave cuadro del proceso peritoneal agudo, difuso, con un organismo en estado septicémico? Sin descuidar por supuesto, las medidas de rigor, será la sueroterapia la que nos brinde el recurso que mejores pruebas haya dado en los últimos años.

Los autores anglo-americanos proclaman la enorme superioridad que el suero antipneumocócico de conejo tendría sobre el suero de caballo, hecho por lo demás ya comprobado, en el tratamieneo de la neumonía lobar y mejor aún en el empiema pneumocócico. Lo experimentado por nosotros en el caso que relatamos, testimonia indudablemente la bondad del suero antipneumocócico administrado a grandes dosis.

Presumimos que la intervención quirúrgica, hubiera distado mucho de proporcionar el resultado que el suero nos dió.

Así como en las peritonitis estreptocócicas hoy día debemos recurrir ante todo a la terapéutica por los sulfanilamidos, tratándose de la peritonitis pneumocócica, debemos hechar mano del suero. La sueroterapia debe constituir el recurso del primer período, del período de pneumococemia inicial, del estadio de difusión generalizada en el peritoneo. La intervención operativa debemos reservarla para el período de la colección purulenta. En una palabra, al proceso generalizado, opon-dremos una terapéutica de acción general; al proceso localizado atacaremos con un arma de acción local.



Veamos ahora los casos clínicos que han dado asidero a las consideraciones que acaban de anotarse.

F. T., niña meztiza de 9 años, a quién fuí llamado a ver el 23 de julio de 1938. Me refiere que se halla

enferma desde cuatro o cinco días atrás. Una tarde volvió de la escuela con marcado malestar, tuvo algo de escalofrío y luego fiebre. Sobrevinieron vómitos que persistieron durante la noche, y desde el siguiente día la enfermita se quejaba de fuertes dolores abdominales. No era claro si hubo diarrea; sus parientes hablaban de evacuaciones líquidas, pero también referían haberle hecho enemas. En la actualidad lo que había era constipación.

Al examen, abdómen algo distendido, doloroso, con resistencia muscular; todo ello un poco más acentuado hacia abajo y a la derecha del ombligo. Fiebre alta, 39; pulso 130. Su médico de cabecera creyó que se trataba de una enfermedad tifoidica, pero ahora lo que se temía y con razón era una apendicitis complicada... Una palpación más cuidadosa permitía comprobar que no era el punto de Mac Burney, el sitio del mayor dolor. Había propagación hacia la fosa ilíaca derecha indudablemente, pero el punto de partida era subumbilical. A pesar de ello, no era posible rechazar la posibilidad de una peritonitis apendicular y echarse la responsabilidad de lo que sobreviniese por no haber operado de inmediato. Sin embargo por motivos familiares quedó diferida la intervención. Al día siguiente y subsiguiente hubo remisión de todos los síntomas; pero el 25 de julio, nueva elevación térmica hasta 39,6. En el abdómen el dolor *se iba circunscribiendo en torno del ombligo*, donde se advertía cierto empastamiento mate a la percusión. Pero había algo más importantísimo: había disnea, y la niña se quejaba de un nuevo dolor esta vez al costado izquierdo, acompañado de tos violenta. El examen permitía comprobar un foco pulmonar congestivo y apreciable reacción pleural.

La aparición de este proceso venía a juicio mío, a dar la clave del diagnóstico: una peritonitis pneumocócica. La inflamación aguda y difusa de la serosa abdominal, estaba fuera de toda duda. Su origen era el punto que nos mantenía en perplejidad. Atribuir al apéndice, era lo consabido; pero, ya se dijo, no era el punto de Mac Burney el foco: éste se mostraba claramente en la zona peri y subumbilical. La enfermita

no tenía un panadizo, una otitis, ni nada que pudiese considerarse como puerta de entrada de estreptococos.

De la peritonitis pneumocócica, en verdad no nos habíamos acordado. Fué la repentina aparición del foco pleuro-pulmonar, lo que nos iluminaba de súbito el criterio clínico. Ahora se explicaba todo, principalmente, aquella predilección por las vecindades del ombligo, característica de la peritonitis por pneumococos.

Empero las cosas no eran igualmente apreciadas por el colega, médico de cabecera. El creía ahora en una peritonitis tuberculosa. El brote pleuro-pulmonar, era para él una prueba. No tenía valor a su juicio la diferencia entre el comienzo, insidioso, vago, solapado de la marcha crónica de la peritonitis tuberculosa, y la agudeza brutal del caso en cuestión. Alguna referencia, arrancada a los familiares, a cierta falta de apetito, anterior a la enfermedad, proporcionaba asidero a lo que el llamaba su convicción.

La punción pleural que pudo haber definido las cosas, resultó inútil, no logramos ni una gota de líquido. Mas, a pesar de todo, había un punto en que estábamos de acuerdo, la necesidad de operar. El, por participar de la general creencia de que las tuberculosis peritoneales se benefician con la laparotomía, yo consecuente con el principio, que admitía entonces sin ninguna restricción, de que toda peritonitis aguda debía operarse.

Lo resuelto, se ejecutó al siguiente día. Incisión para-rectal derecha. Adherencias en vías de organizarse, circunscribían una colección situada exactamente debajo del ombligo, viéndose el epiplón apelotonando las asas intestinales al fondo. Deplorablemente para poder drenar bien, hubo que despegar algunas de esas adherencias. Otra cosa mala que hice fué ir en pos del apéndice, a pesar de que su encuentro fué fácil, pero requiriéndose desprender todavía, más adherencias. El apéndice estaba enrojecido, como todo el intestino. Recogida una muestra, se colocó un grueso tubo y se concluyó la intervención con los puntos comisurales.

La marcha post-operativa fué desalentadora desde un principio. El abdomen se timpanizó. Se acentua-

ron todos los caracteres de una intoxicación profunda. La disnea era intensa y el pulso muy frecuente y pequeño. Entre tanto, el examen del líquido purulento obtenido, mostraba «*pneumococos, como en cultivo*». El diagnóstico quedaba plenamente confirmado, pero por desgracia, cuanto se hizo por contrarrestar el mal, resultó inútil. La pequeña falleció al tercer día.

Hoy comprendemos que tal intervención no podía menos de ser fatal. En primer lugar, obrábamos en un terreno pésimo, en el que acababa de encenderse un nuevo, foco, el pleuro-pulmonar; en segundo lugar, interrumpimos y perjudicamos el proceso de localización, de enquistamiento que las fuerzas defensivas de la naturaleza iban efectuando, lo que por supuesto, equivalía a favorecer lo más temible, la difusión séptica.

Nº. 4/40. La Srta. C. S. blanca, de 22 años, cae enferma el 7 de enero de 1940. Repentinamente, malestar, escalofrío y fiebre de 39,2. Su médico no tarda en diagnosticar una neumonía. Efectivamente aparece un foco, en el pulmón izquierdo cerca del vértice, pero no es un proceso franco típico. Un poco de tos, poca disnea, escasa expectoración herrumbrosa, y en cuanto a lo objetivo, el foco es pequeño, notoriamente pequeño. El curso no parece grave, pero el 4º. día bruscamente cambia el cuadro. Aparecen frecuentes y tenaces vómitos de materias teñidas de bilis verdosa, y se instala un dolor en el abdomen que lo invade momento a momento aumentando de intensidad. Fué ante cuadro tal que el Dr. José Pinelo, médico de cabecera, justamente alarmado, reclamó la presencia de un cirujano.

El estado de gravedad se imponía al primer golpe de vista. Pulso de 130 a 140, depresible, a pesar de los tónicos cardíacos; temperatura cerca de 39; apenas si había disnea. El abdomen estaba distendido y doloroso. Había resistencia muscular en general, pero más acetnuada a la derecha del ombligo, lo mismo que el dolor. No era posible hacer una palpación profunda.

Al día siguiente, obtuvimos los siguientes datos: leucocitosis de 23.800 con polinucleosis; temperatura 39,9; pulso 140. La facies denotaba cierto estiramiento de los rasgos. Del lado pulmonar los signos revelan mejoría del proceso, pues ya aparecen los estertores de retorno y la expectoración es aireada; pero del lado abdominal, los síntomas son inquietantes, abdómen meteorizado y doloroso, siempre más a la derecha, hacia la fosa ilíaca y la zona vesicular. Persisten los vómitos, aunque con menor frecuencia y hay constipación intestinal a pesar de que se ha mantenido el vientre cubierto de bolsa de hielo, la sensibilidad es exquisita, y así se puede apreciar que el punto máximo de dolor está inmediatamente hacia abajo y a la derecha del ombligo. El examen bimanual rectal, permite notar la ausencia de masas en el Douglas y fondos de saco laterales.

Ante tal cuadro, el diagnóstico se imponía a mi ver. Tratábase de una peritonitis pneumocócica. No obstante, otro colega cirujano que fué llamado a opinar, desde el primer momento habló del origen apendicular. La cuestión era delicada, porque si lo primero yo opinaba por el tratamiento médico o la intervención diferida para el caso de tener que evacuar en absceso. En cambio de ser apendicular, todos reclamarían la operación urgente. Como siempre, el único argumento verdadero que se oponía era el de la frecuencia de la apendicitis. Contra el dato de no ser el punto de Mac Burney el sitio del mayor dolor; se invocaba la consabida posibilidad de una situación retrocecal del apéndice, y por último, no faltaban datos de algún trastorno digestivo anterior con que se consolidase la hipótesis de un apéndice ya crónicamente inflamado. Por fortuna, acabó por imponerse la lógica de los hechos. Y no podía ser de otro modo. Que estábamos ante un estado peritoneal agudo, nadie ponía en duda; mas, cual la causa, cuál el foco original? Este era el único punto que reclamaba definirse. Si la afección se hubiera mostrado exclusivamente en la serosa peritoneal, habría cabido discutir su naturaleza original; pero si teníamos a la vista la infección pneumocócica pulmonar,

en cuyo curso, como un brote agudo, aparecía en escena la inflamación peritoneal; si, sobre todo, se tenía en la mente el recuerdo de que el pneumococo muestra predilección por las serosas peritoneal y meníngea, el diagnóstico se imponía por sí sólo. Por lo demás, la sintomatología se mostraba con todos los rasgos que fisonomizaban esta verdad de peritonitis. Vómitos persistentes, dolor peri y *sub-umbilical*, fuerte leucocitosis. La eritro-sedimentación, en el acmé de la leucocitosis y la fiebre fué así:

(Método de Westergreen)

Caída a la 1a hora: 72 m/m

Caída a la 2a hora: 91 m/m

« « « 24^a « : 112 m/m

Índice de Katz=58,8 m/m.

Digno de anotar es que contrariamente a lo reputado como síntoma habitual, la diarrea, testimonio de la inflamación de la mucosa intestinal, este caso fué acompañado por lo menos al principio, de constipación con distención, testimonio de la inflamación de la serosa. Otra observación que no está demás subrayar, es la referente a la ausencia de manifestaciones comprobables, en la zona anexial y en el Douglas. Esto abogaría por la hipótesis de que la vía seguida por la infección fué la del torrente sanguíneo.

Respecto al tratamiento, esta vez nuestro criterio era distinto. Como terapia básica el suero antipneumocócico a dosis frecuentes además de los conocidos medios de sostén. En cuanto a la cirugía, teníamos el bisturí preparado para el caso de que una colección purulenta requiriese que la vaciáramos.

El resultado colmó nuestras expectativas. Los signos abdominales, se confinaron a la región dextro-subumbilical, donde esperábamos que se formaría el absceso. El foco pulmonar fué resolviéndose y el estado general mejorando. La temperatura, luego de una caída brusca a 36,9—37,9 volvió a ascender para mantenerse oscilando alrededor de 38: La leucocitosis bajó a 8,900; la eritrosedimentación acusó índices de Katz

de 58,8 m/m. y 54 m/m. El foco abdominal acabó por reabsorberse, y en cuanto a la sueroterapia no ocasionó mayores accidentes que una urticaria de mediana intensidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—R. Liegl.—Les peritonitis pneumocociques. Clinique et Laboratoire.—Dbre. 15 de 1933.
 - 2.—Edward T. Newell Jr. M. D. Primary streptococcus and peritonitis in children.—Surgery Gynecology and Obstetrics. April 1939.
 - 3.—Glazier, M.M., Goldbert, B. I., Weinstein, A.A.—Primary pneumococcus peritonitis, recovery with use TYPE ISERUM.—ANN. INT. Med., 1937,10.
-

La hormonoterapia en ginecología

Un informe crítico

Por el Dr. **HERMANN HIRSCH**

Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas

Difícil es dar un informe, lo más corto posible, sin olvidar algo esencial, sobre una terapia que se ha colocado más y más en el centro del interés, en el curso de los últimos años y que forma un gran sector de la llamada ginecología conservadora. Apenas otro tratamiento en la medicina se ha aumentado y extendido así, mediante el empirismo como la hormonoterapia. Por esta razón es imposible hablar sobre dicho tratamiento —especialmente en la ginecología— sin mostrar el camino que ha llevado hasta el estado actual, es decir sin considerar la misma investigación de las hormonas. Solamente un médico sabe practicar una hormonoterapia eficaz si conoce las bases fisiológicas de los sucesos hormonales. De tal manera—desde Claude Bernard hasta la fecha—estudiando en los síntomas de deficiencia se han obtenido los éxitos de la ciencia de las hormonas, éxitos que nos enorgullecen mucho pero que son muy poco satisfactorios si se observa el resultado final. La causa de estos resultados parciales es el hecho que se trata, en todos los trastornos hormonales, del curso fi-

siológico de las funciones del organismo, de una interrupción en el sistema anular de los órganos endócrinos o sea de un trastorno pluriglandular. El que tiene la suerte de encontrar por casualidad la hormona deficiente tendrá pleno éxito con su tratamiento de sustitución. Los cuadros clínicos evidentes, empero, forman solamente la minoría entre las pacientes con trastornos hormonales ginecológicos. El principal contingente de dichos trastornos forma aquella categoría de enfermedades que reunimos bajo el nombre de las «disfunciones». Pero especialmente estas enfermedades son dependientes de pequeñas desviaciones en el equilibrio hormonal que escapan a menudo al diagnóstico. Aquí faltan todavía en la mayoría de los casos nuestros métodos auxiliares diagnósticos, así que nos hemos visto obligados a ejercer «terapia experimental» en la verdadera acepción de la palabra.

Talvez podrá librarse de esta deficiencia mediante el método de la determinación interfereométrica de la concentración hormonal en la sangre, lo que se ha introducido en el último tiempo. Este método fúndase en el principio de los fermentos de desintegración y ofrece posiblemente una oportunidad para determinar exactamente y numéricamente la deficiencia hormonal de las varias glándulas endócrinas y por eso también un camino para una hormonoterapia sistemática. Es dudoso empero, si la biología bastante complicada de las hormonas vinculada también con factores psíquicos—sea condicionando o condicionada—puede ser determinada en la retorta. Tales deliberaciones quizás algo teóricas son necesarias para reducir el entusiasmo a menudo demasiado grande que encontramos frecuentemente en la literatura sobre las hormonas. Este entusiasmo muchas veces está desengañado tentando de reproducir los éxitos referidos. Por esta razón la observación de las pacientes todavía ofrece la perspectiva más grande al perfeccionamiento de nuestros conocimientos de la hormonoterapia; la observación pues puede ser comprobada y corroborada por el experimento biológico. El método del llamado «test biológico» hasta la

fecha nos da la seguridad más posible de una estandarización de los preparados normales.

En el centro de las investigaciones hormonales ginecológicas, son dos los órganos particularmente responsables de las funciones sexuales: el ovario y la hipófisis. Hasta ahora no se ha aclarado completamente la interdependencia de dichas glándulas endócrinas; es muy probable que también el útero tenga un papel importante en este círculo como órgano hormonal.

En general se considera la hipófisis como motor de la glándula sexual o sea del ovario, es decir como órgano superior cuyos impulsos recién inducen las funciones ováricas. Parece que una parte de los éxitos de la hormonoterapia dé razón a esta opinión, pero en los últimos trabajos científicos aparece de nuevo el antiguo concepto de la «primacía del óvulo», es decir que el mismo óvulo determina el ritmo de sus órganos sexuales auxiliares; de tal manera que por ejemplo Clauberger considera la hipófisis no como «motor» sino como «acumulador» del ovario. Hasta ahora falta todavía la comprobación exacta experimental de cualquier opinión, y como en la mayoría de los casos hay que buscar la verdad en el justo medio, es decir en nuestro caso todos los órganos del sistema endócrino son en una relación mútua y correlativa. Cada glándula endócrina pues al mismo tiempo es «donante» y «receptor».

La investigación de las hormonas ha obtenido un impulso esencial por la doctrina ahora vigente del curso fisiológico del ciclo menstrual. El conocimiento de ésta teoría nos pone en condiciones de elegir el medicamento ajustado en casos de desviaciones de la normalidad.

Por los trabajos sensacionales de Ascheim y Zondek han sido descubiertas correlaciones íntimas entre la hipófisis y el ovario. Estos autores encontraron en el lóbulo anterohipofisiario dos hormonas que denominaron «hormonas gonadotrópicas». Cada una de esas hormonas desarrolla un efecto específico sobre el ovario y por eso también indirectamente sobre el mecanismo menstrual.

La primera de estas dos hormonas, la llamada

hormona de maduración folicular o *Prolan A*, efectúa la maduración de un folículo en el ovario. En el folículo creciendo se produce la hormona foliculina o estrual que despliega su efecto evidente en la mucosa uterina en el sentido de una *proliferación*. Actualmente se cree que la maduración folicular dura más o menor 14—16 días tratándose de un ciclo menstrual de 28—30 días. Después de la puesta ovular u ovulación el borde de las células de la granulosa del folículo estallado se transforma en la glándula de la granulosa o el cuerpo amarillo. La transformación de su parte es dirigida por la segunda hormona gonadotrópica del lóbulo anterior de la hipófisis, la hormona de luteinización o *Prolan B*. El efecto de la hormona del cuerpo amarillo en el útero es la formación de la llamada fase de secreción del endometrio ya proliferado, es decir, la formación de la mucosa premenstrual o mejor dicho pregrávida. Visto del punto teleológico pues el sentido de los sucesos hormonales en el ovario, el cambio entre el folículo y el cuerpo amarillo, es nada más que la preparación del útero para la recepción del óvulo fecundado, para el embarazo.

Sucedida la fecundación el cuerpo amarillo sigue como guardián del feto y además para preparar otras funciones importantes para la embarazada misma en colaboración con la hipófisis. El conocimiento de la acción del cuerpo amarillo nos aprovecha en el tratamiento de la amenaza del aborto.

Faltada la fecundación involuciona el cuerpo amarillo y la mucosa uterina pregrávida se elimina bajo el cuadro de una hemorragia, y el ciclo se repite. Un autor ha denominado poéticamente la menstruación como «las lágrimas sangrientas que vierte el óvulo por falta de fecundación.»

La investigación de las relaciones entre la hipófisis y la glándula sexual, de una parte, y de la dirección hormonal de la menstruación por las dos hormonas del ovario, de otra parte, nos ha procurado progresos esenciales en el diagnóstico tanto como en la terapia.

En el diagnóstico ella nos ha regalado la conocida

reacción biológica del embarazo de Ascheim y Zondek. Esta reacción se basa en la producción de signos de maduración en los órganos genitales del ratón blanco femenino infantil mediante la hormona anterohipofisaria producida en mayor cantidad durante el embarazo.

Ya los antiguos egipcios conocieron la producción aumentada de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis (las hormonas del crecimiento) y la eliminación de esas mediante la orina en las embarazadas. Mandaron orinar a las mujeres sospechosas de estar embarazadas sobre un arriate de gérmenes, y compararon el tiempo de crecimiento con el de un arriate no «tratado».

El mérito de Ascheim y Zondek consistió en haber encontrado el justo «objeto de test» en el ratón femenino infantil y haber elaborado el método de la reacción biológica; esta reacción tiene un factor de seguridad bastante alto para una prueba biológica. Hasta ahora ninguna otra reacción la ha vencido en cuanto a la seguridad y exactitud.

La relación entre la función del ovario y la menstruación, descubierta por la investigación, actualmente nos da la base para el tratamiento de los trastornos menstruales y por lo demás para todas las enfermedades que comprendimos como consecuencia indirecta o directa de disfunciones del ovario.

En el tratamiento de todas estas enfermedades siempre dos terapéuticas forman nuestros recursos médicos: la hormonoterapia ovárica y la con extractos del lóbulo anterior de la hipófisis.

Se creyó hacer un tratamiento verdadero de sustitución con la hormonoterapia ovárica, remplazando las hormonas no o menos producidas por el ovario. Pero probablemente el tratamiento con hormonas del ovario frecuentemente no sólo es tratamiento simple de sustitución sino también con el se realizan efectos retroactivos en la acción del lóbulo anterohipofisario. Solamente de tal manera puede explicarse los éxitos duraderos obtenidos a veces. Con la terapia anterohipofisaria estimulamos la función del ovario. El secreto del éxi-

to se basa en la elección justa de los medicamentos o en la combinación de ellos mismos.

En rigor tuviese que anteceder una determinación exacta numérica del déficit de las hormonas a cada tratamiento hormonal.

Para este fin conocemos dos métodos: el químico y el biológico.

El método químico se funda en el principio de los fermentos de desintegración, que he mencionado ya arriba.

El método biológico se basa en la evaluación de la hormona circulante en la sangre en el objeto de test-biológico: para la hormona anterohipofisiaria el ratón femenino infantil, para la foliculina el ratón femenino castrado, para la hormona luteica el útero del conejo infantil preparado con la foliculina. Todos estos métodos son muy complicados y necesitan un gran aparato de laboratorio. Su ejecución queda reservada siempre solamente a especialistas. Dependemos pues del cuadro clínico, de los antecedentes y de factores constitucionales. Para un tratamiento exacto necesitamos los medicamentos exactamente estandarizados y dosificados. Una gran parte de los fracasos de la hormonoterapia seguramente es causada por la calidad inferior de los preparados ofrecidos. Hay todavía otra dificultad: ya no conocemos la dosis eficaz de todas las hormonas para alcanzar el efecto deseable. En cuanto a la foliculina y la luteina esta dificultad ha sido allanada.

Queda el mérito de Kaufmann al haber encontrado la dosis necesaria de la foliculina y de la luteina para producir una menstruación: 250 000 unidades internacionales de foliculina y 25 mgrs. de luteina. Esta determinación ha hecho el autor en mujeres que no tenían ovarios.

Según todas estas observaciones teóricas y analíticas parece relativamente sencillo practicar la hormonoterapia. Si los resultados de la hormonoterapia todavía no responden a las esperanzas depende de esas correlaciones entre los varios órganos endócrinos que he mencionado al principio, quizás también de potencias

hormonales de otros órganos; en este conjunto solamente remito el útero.

Kaufmann y otros autores practicaron sus experimentos sensoriales en casos de *amenorrea primaria*. Basandose en los conocimientos del mecanismo menstrual lograron producir una verdadera menstruación precisamente 28 días después del principio del tratamiento con la administración combinada de la foliculina y luteína.

El esquema terapéutico del autor es el siguiente:

Primeramente 250 000 U. B. I. (Unidad Benzoica Internacional) de foliculina en 5 dosis separadas de 16 días; este espacio corresponde al tiempo de efecto de la foliculina sobre el endometrio en la fase proliferativa. A continuación de eso desde el 21.—25. día del ciclo, se inyecta 25 mgrs. de luteína también por vía intramuscular en dosis diarias de 5 mgrs. En general se produce una menstruación en el 28.—29. día después de este tratamiento. El examen microscópico de la mucosa uterina menstruante resultó realmente el cuadro típico de una menstruación original. Con este tratamiento se ha logrado la primera vez la producción de una menstruación de mujeres que nunca menstruaron.

Pero también el tratamiento combinado con hormonas anterohipofisarias y ováricas (foliculina y luteína) es de actualidad en la *amenorrea primaria*, a saber, en todos esos casos en los que la amenorrea es la consecuencia de una hipoplasia de los órganos genitales: en el *infantilismo*. En un caso de amenorrea primitiva empero hay que examinar además exactamente la función de la glándula tiroides porque encontramos muy frecuentemente síntomas de deficiencia en los órganos genitales, también si existe una hipofunción de la tiroidea. Siendo así hemos de combinar la hormonoterapia ovárica con la tiroidea. Aún siendo sorprendentes los resultados referidos en la literatura sobre el tratamiento de la amenorrea primaria son insignificantes empero considerando que no son resultados duraderos. Como se trata en esta enfermedad causalmente en general de una inferioridad del ovario se logra solamente producir el efecto en el útero durante el mis-

mo tratamiento. Suspendida la hormonoterapia cesa también el efecto porque es imposible de conseguir una función regular del órgano deficiente. Tenemos pues en este caso una verdadera *terapéutica de substitución*. Un éxito duradero en la mayoría de los casos sólo depende de un tratamiento duradero. Pero a este tratamiento se opone un gran obstáculo: la cuestión de los gastos. Hasta ahora la producción de los preparados hormonales concentrados dependía de la adquisición de grandes cantidades de materiales animales de gran valor para la fabricación. Hace cierto tiempo hay una perspectiva de mejoramiento de esta cuestión por el descubrimiento de la constitución química tanto de la foliculina como de la luteína por Butenandt; por eso tenemos la posibilidad de producir las hormonas por vía sintética. Es interesante que Butenand ha descubierto una afinidad química cercana entre las hormonas sexuales masculinas y femeninas. Este autor cree que todas las hormonas sexuales se forman por descomposición de las esterinas, probablemente de la colestestina misma.

Más éxito tiene el tratamiento de la *amenorrea secundaria* y de la *hipomenorrea*. El esquema terapéutico en lo esencial es lo mismo como en la amenorrea primitiva sólo que se necesita dosis más pequeñas especialmente en la hipomenorrea, y muy frecuentemente se puede carecer de la luteína. En estos casos se trata siempre de ovarios antes normales que eran interrumpidos en su acción por un suceso sobrevenido. En ésta categoría de trastornos pues, la hormonoterapia alcanza sus mejores resultados, porque principalmente da nuevo impulso a la baldía acción ovárica.

Otro trastorno genital relativamente frecuente es la llamada *dismenorrea* o sea una menstruación cíclicamente normal pero alterada en el sentido de la duración y de la sensibilidad. La dismenorrea pide antes de su tratamiento hormonal un exacto examen clínico para excluir cualquiera alteración anatómica frecuentemente responsable de los inconvenientes mencionados. Recién excluidas las desviaciones anatómicas se alcanza a

menudo buenos resultados con medianas dosis de foliculina. Investigaciones más modernas consideran la degeneración microquística del ovario como causa posible de la dismenorrea siempre que sea excluida una causa anatómica. Pero este conocimiento no cambia el tratamiento porque no estamos en condiciones de influir una alteración orgánica mediante medicamentos. Sólo queda pues la oportunidad de compensar la disfunción del ovario degenerado por la administración de foliculina.

En la misma línea—del punto de vista fisiológico—se pone el tratamiento de la *esterilidad*, causada por una hipofunción ovárica. En este lugar hay que llamar la atención sobre el hecho que nunca sea omitido el examen del marido antes de examinar y tratar la esposa por motivo de una esterilidad. En cambio la hormonoterapia de la esterilidad carece de sentido si no es permeable el camino para el óvulo y el espermatozoide, es decir, si no hay permeabilidad de la trompa. El médico siempre tiene que ser cauteloso y reservado en el pronóstico del tratamiento de una esterilidad para no sufrir desengaño tanto en caso positivo como en negativo; además el puede perder su prestigio y la confianza de la paciente. Por razones psicológicas es oportuno siempre dejar cierta esperanza de la posible concepción; de tal esperanza a menudo depende la suerte y la integridad del matrimonio.

Un vasto campo para hormonoterapia ofrece el tratamiento de los *síntomas de deficiencia de los ovarios*, o en el climaterio fisiológico o causado por intervención necesaria o fisioterapia (castración). En la mayoría de los casos se logra disminuir o suprimir los trastornos molestos mediante la foliculina.

La clínica de los síntomas de deficiencia presenta un papel importante en la determinación sobre la elección del tratamiento en las portadoras de miomas. Aquí la cirugía se halla en frente de la fisioterapia. Mientras en el período inicial de la era radioterapéutica los radiólogos pidieron el tratamiento exclusivo radioterapéutico en lo posible de los miomas como método de elección, ahora se sostiene una opinión más re-

servada en frente de la fisioterapia de los miomas, siendo muy fuertes los inconvenientes causados por la eliminación de los ovarios. Para precisar mi opinión en este problema: quiero que sea reservada la roentgenterapia de los miomas solamente para esas pacientes que por si están cerca de la menopausia fisiológica, y para aquellas en las que una intervención se prohíbe en respeto a su estado general. En todos los otros casos —y sin alguna restricción en los miomas submucosas y en los que comprimen los órganos vecinos—soy partidario de la intervención quirúrgica, conservando los ovarios. Dominando la técnica la intervención sólo tiene un riesgo relativamente pequeño.

En este lugar no voy a callar que en el último tiempo unos autores han observado síntomas de deficiencia también después de dicha intervención iguales como después de la eliminación de los ovarios. Estos autores consideran el mismo útero como órgano hormonal o por lo menos un órgano teniendo gran importancia en correlación con el ovario y para cuya función regular. En este conjunto menciono un trabajo de Tonkes que encontró en ocasión de una laparotomía repetida después de una histerectomía anterior los ovarios perfectamente atréticos y atrofiados y cuya portadora tuvo los síntomas típicos de deficiencia de los ovarios. Más interesante todavía: en un segundo caso de histerectomía subtotal sin extirpación de los anexos en que no había ningún síntoma de deficiencia el mismo autor encontró una endometriosis de la pared abdominal, es decir endometrio desprendido funcionando suficientemente—según su opinión—para conservar la función ovárica.

En efecto ya hay una comprobación experimental para la opinión de Tonkes: los dos autores Hauptstein y Buehler lograron producir síntomas de estro implantando mucosa uterina en ratas castradas. Nosotros mismos actualmente estamos ocupados en investigar experimentalmente las correlaciones hormonales entre los ovarios y el útero; concluido el trabajo vamos a referir sobre los resultados en esta misma revista. Quiero mencionar todavía que se fabrica ya un preparado

hormonal del útero sobre cuya eficacia me falta propia experiencia.

Las hemorragias uterinas o sea las meno—y metrorragis forman una imagen reflejada de todos los trastornos causados por no o hipofunción del ovario. Esta imagen existe no sólo en el sentido clínico sino también hormonalmente en el mismo ovario, a saber en el cambio antagonístico del folículo con el cuerpo amarillo.

A esta categoría pertenece sobre todo la *menorragia juvenil* que actualmente consideramos como disfunción del ovario por falta del equilibrio del cuerpo amarillo. Como indica su nombre la enfermedad aparece en la edad de la pubertad, en un período cuando el ovario «ya no conoce exactamente su tarea». Aquí es el campo para el tratamiento con la luteína con que en la mayoría de los casos se alcanza buenos éxitos en poco tiempo. En general bastan las dosis pequeñas y no se necesita administrar los preparados concentrados y caros. Si no resulta el tratamiento con la luteína, lo que sucede raramente, aprovecha a veces—por paradójico que parezca—una hormonoterapia con foliculina, buen signo realmente de la disfunción completa del ovario,

Arriba he mencionado la función conservadora que ejerce el cuerpo amarillo sobre el feto creciendo durante embarazo. El experimento apoya este concepto: se logró interrumpir el embarazo en animales por la extirpación del cuerpo amarillo, hecho confirmado también en la ginecología operatoria con ocasión de la extirpación del ovario llevando el cuerpo amarillo.

Basándose en esta observación se ha inaugurado el tratamiento de la *amenaza de aborto* con luteína, tratamiento ya coronado de pleno éxito en numerosos casos. En cambio la interrupción de un embarazo con dosis fuertes de foliculina es solamente de interés teórico así como la esterilización hormonal con foliculina. Ambos experimentos hasta ahora sólo lograron en animales y se debe dudar si fuere posible efectuarlos en la medicina humana.

Por fin voy a registrar todavía un cuadro clínico bastante importante en la práctica: la *hiperplasia*

glándulo-quística del endometrio, o metropatía hemorrágica. (Enfermedad de Brennecke-Schroeder.)

Esta enfermedad es debida a un trastorno funcional del ovario caracterizado por la persistencia de un folículo. Como el folículo estalla no puede formarse el cuerpo amarillo, por consiguiente, falta tanto la fase luteínica del ciclo ovárico como la fase de secreción del ciclo uterino. La producción prolongada de foliculina produce en el endometrio la proliferación del mismo y como en esta afección la hormona actúa durante un tiempo anormalmente largo, en la mucosa uterina, como consecuencia tiene lugar una proliferación extraordinaria. Al llegar a un cierto grado de proliferación y muerto ya el óvulo la nutrición de este endometrio hiperplasiado se resiente, algunas zonas se necrosan y al descamarse abren vasos produciéndose hemorragias fuertes. Estas metrorragias pueden persistir a veces durante varios meses. En cada uno de los casos de esta enfermedad para asegurar el diagnóstico clínico hay que comenzar el tratamiento con el raspado uterino. Recién entonces está indicada una prueba con la hormonoterapia. Esta se practica o con preparados de cuerpo amarillo en dosis bastante concentradas y cuando mejor como inyecciones, o, según Siebeck (Alemania) con hormonas anterohipofisarias o sea gonadotrópicas (Prolan B). La hormona gonadotrópica produce un gran estímulo sobre el ovario originando una producción aumentada de luteohormona. Además, Siebeck, recomienda la administración de sangre de embarazadas por su riqueza de luteohormonas y de hormonas gonadotrópicas.

Queda todavía por llamar la atención sobre la hormonoterapia del *prurito vulvar*, una enfermedad que preocupa bastante, tanto a los ginecólogos como a los dermatólogos. Huelga decir que también en esta enfermedad hay que hacer siempre un análisis exacto de los antecedentes y de otros factores etiológicos posibles antes de llevar estas pacientes a menudo ya desesperadas a un tratamiento hormonal eficaz. Sobre todo la diabetes debe ser excluida como causa muy frecuente del prurito vulvar, a más de esto otras enfermedades der-

matológicas o un flujo genital de cualquier etiología. Recién excluidos todos estos factores, se puede considerar el caso originado por falta de hormonas y esperar buen éxito de la hormonoterapia. Las dosis necesarias a menudo son bastante grandes. En el último tiempo se han referido sobre buenos resultados con la aplicación local de la foliculina en forma de pomadas.

En esta rúbrica pertenecen también las *artritis climatéricas* que casi siempre pueden ser mejoradas por la administración de hormonas.

Un tratamiento moderno de la *gonorrea en las niñas* se funda en el efecto que la foliculina ejerce en la mucosa vaginal infantil. Allen nos ha mostrado que la inyección de foliculina efectúa una hipertrofia del epitelio vaginal el cual se vuelve multiestratificado y semejante al epitelio adulto. Partiendo del hecho que la gonorrea nunca se localiza en la vagina de los adultos, Lewis, aplicó el principio de la transformación de la mucosa vaginal infantil por la foliculina al tratamiento de la vaginitis gonocócica en las niñas y logró con este curar la enfermedad: el epitelio delgado de la vagina se engrosaba y se excluía el gonococo. Curiosa es la observación que la administración local, es decir vaginal de la foliculina en forma de supositorios vaginales, alcanza los mejores resultados de curaciones. Importante es seguir con el tratamiento hasta la curación definitiva porque el epitelio transformado vuelve a su estado infantil luego de suspender la hormonoterapia.

Para completar nuestro relato voy a abordar el problema de la fisiología de la *lactancia*. Arriba ya mencioné que el ovario y especialmente el cuerpo amarillo colabora en la preparación de la glándula mamaria para la lactancia. Esta transformación de la glándula ya empieza en el primer período del embarazo.

Desde mucho tiempo se ha buscado un medicamento que aumenta la cantidad de la leche materna pero cada vez se ha vuelto sobre la misma succión como mejor estímulo de la producción de leche. La mayoría de los medicamentos recomendados sólo tienen valor sugestivo y tonificante pero nunca hacen un efecto específico en la mama.

Trabajos más modernos empero refieren sobre una hormona específicamente lactógena en el lóbulo anterior de la hipófisis que entra en las funciones del folículo y del cuerpo amarillo después del parto. Las experiencias clínicas sobre estas hormonas hasta ahora no dieron muchos resultados; raramente se logra aumentar la producción de leche con su administración.

En oposición a esos trabajos son los de Kuestner el cual considera la glándula tiroides en relación con la lactancia de tal manera que una lactancia deficiente se origina en una hiperfunción de la tiroidea. Por eso este autor recomienda la administración de medicamentos antitiróidicos en forma de la Diyodotirosina. Añade todavía preparados posterohipofisarios considerando que el lóbulo posterior de la hipófisis como centro del metabolismo de agua podría también favorecer la secreción de leche en manera antagónica a la tiroides. En otros lugares no se logró confirmar sus éxitos anunciados con entusiasmo; nosotros también revisamos el tratamiento sin éxito evidente.

Sean mencionadas las investigaciones sobre el origen hormonal de los *vómitos graves del embarazo*. Anselmino, considera como causa de los vómitos graves una insuficiencia de la corteza suprarrenal de una parte y una hiperfunción del lóbulo anterohipofisario de otra parte. El propone la administración de preparados de la corteza suprarrenal para influir los vómitos.

Mejor resulta en la práctica el tratamiento combinado con insulina y glucosa basándose en el concepto que en cada caso de vómito grave durante el embarazo también existe una insuficiencia del hígado que tiene importancia causal. Por la administración de insulina con glucosa se logra una movilización e incitación de la actividad del hígado.

Para terminar llamo la atención sobre el tratamiento con foliculina de los *prematuros*, tratamiento inaugurado por Martin y fundándose en la consideración que el niño prematuro no tiene suficientes «dotes hormonales» de su madre en oposición al niño nacido a término. Conocida es la tumefacción de los senos y la hemorragia genital en los recién nacidos debido a la

hormona materna todavía circulante en la sangre. Con la aplicación de foliculina por gotas se obtiene un desarrollo mejor y más rápido de los prematuros.

Retrospectivamente hay que confesar que los resultados de la hormonoterapia no siempre son correspondientes a las esperanzas puestas en ella y tampoco a la propaganda efectuada en muchas partes. La culpa de este fracaso parcial no se basa en el concepto de la hormonoterapia sino en nuestra incapacidad de conocer siempre las verdaderas correlaciones en el organismo y el cambio entre las varias glándulas endócrinas. Queda reservado al futuro encontrar otros métodos biológicos mejores que nos ponen en condiciones de administrar en cada caso el tratamiento indicado. La organoterapia quizá nos abra nuevos horizontes!

Higiene militar

Por el Dr. MEDARDO NAVARRO

La salud de los hombres reunidos en los cuarteles ha preocupado grandemente, en todas las épocas, a los hombres de gobierno y a los jefes militares; por ello se obliga a los médicos militares a que estudien constantemente la Higiene del hombre de guerra, para luego ponerla en práctica.

Los cuidados que exige la conscripción se van multiplicando cada día, y es de esperar, que la organización militar llegará a su perfección, apesar de la aversión con que se mira hoy por algunos, la noble carrera de las armas, debido a cierta pedantería de quienes creen que los que se dedican al estudio de las armas, son una especie de bárbaros, y que solo las artes pacíficas constituyen la verdadera civilización, como si la agricultura, el comercio, la industria, las artes, las letras y las ciencias, tuviesen en sí fuerza para defender los bienes que procuran; se sabe muy bien que jamás ha existido ninguna prosperidad durable, sinó a la sombra de las armas; Grecia y Roma son los ejemplos más contundentes de esta verdad. Una nación no se salva con idealismos ni con literatura que solo contribuyen a debilitar las fuerzas vivas del pueblo; solo a la sombra de las armas, se acrecienta la pasión y el culto al suelo natal que se llama: Amor a la Patria; una nación que

llega a considerar el oficio de las armas como incompatible con la perfección social de los ejércitos, y a estos como a instrumentos dañosos para las libertades civiles, acariciando el lujo y la pereza, su inevitable producto, desbaratando la ventajosa grandeza de un porvenir halagüeño apoyado en una fuerza protectora permanente ¿No sabemos además, que dejó de existir todo principio vital en varias naciones, tan luego como las manos de estas olvidaron el manejo de las armas? La Historia de acuerdo con la razón, proclama muy altamente que no hay garantía para los ciudadanos, ni duración para los Estados. si estos para su vida, no están amparados y garantizados por la organización de una fuerza común que es el Ejército.

Exigiendo la profesión de las armas, fuerza y valor, y llevando tras de sí grandes fatigas y privaciones, los conscriptos deben ser muy bien seleccionados.

La ley pone especial cuidado en alejar de las filas del Ejército a los inhábiles,—que sin embargo son enrolados en varias ocasiones por falta de material de observación—, y que en su vida de cuartel, no hacen mas que llenar las camas de los hospitales con grande perjuicio moral para ellos y material para el Estado. Por esta razón, las comisiones médico-militares que anualmente se forman para la selección de los que van a prestar su servicio militar, deben ser dotadas de todos los posibles elementos de observación, procurando al mismo tiempo, que los reconocimientos se practiquen en los lugares donde se puede facilitar todo lo necesario para realizar una buena y científica clasificación, para que así ingresen al Ejército únicamente elementos sanos y naturalmente dotados de energía.

Es necesario que la importante cuestión de la selección esté bien reglamentada; ordinariamente, se llega a conocer con facilidad las enfermedades y los achaques de los conscriptos, pues sus quejas y declaraciones, bien pronto conducen a los médicos militares a conocer sus dolencias, no obstante que muchos de ellos ocultan sus enfermedades o fingen tener unas que no padecen, lo que rápidamente se descubre con la observación atenta.

En los días del reclutamiento, con frecuencia, los médicos militares vemos llegar a los locales de concentración a jóvenes débiles, mal nutridos, ápodados, etc., debido a su mala alimentación, o porque han vivido en sitios malsanos o habitaciones y viviendas húmedas, mal ventiladas, etc., es decir, que han vivido en sitios poco o nada higiénicos, lo que contribuye grandemente a su mala salud. A este respecto todos deseamos que los Poderes Públicos, de acuerdo con las necesidades de cada localidad, procuren mediante ayudas económicas hacer que cesen estas miserias de falta de higiene, evitando así, en lo posible, sus tristes resultados.

RELACION DE LAS PROFESIONES CON EL SERVICIO MILITAR.—La relación de las profesiones manuales con el servicio militar tiene mucha importancia en la conscripción militar: las activas como por ejemplo los carpinteros, carretoneros, albañiles, labradores etc., que en su trabajo chocan con cuerpos duros, reciben continuamente conmociones que alteran más o menos la máquina viviente; encontraremos en ellos gran apetito, digestiones prontas, respiración grande y rápida, circulación acelerada, absorción más fuerte de oxígeno, excreciones más abundantes y gran asimilación alimenticia que repara con facilidad las pérdidas sufridas; estos individuos son bien repartidos y su sistema muscular los hace perfectamente propios y aptos para el servicio militar. No sucede lo mismo con los que trabajan en lugares confinados donde se respira poco aire y cuyas ocupaciones no exigen más que contracciones moderadas de los brazos o de las piernas, como sucede con los zapateros, los sastres, los tejedores, etc., que tienen predisposición a la gordura.

ELECCION DE LOS CONSCRIPTOS.—Por una inclinación natural se ha llegado insensiblemente a comparar la constitución particular de cada individuo. De aquí las expresiones de buena o mala constitución; fuerte o débil que ofrecen todas un sentido muy absoluto de parte de los miembros de una Junta médico-militar. Cualquiera que sea, por ejemplo, la debilidad de los

músculos, si por otra parte está bien conformado el resto del organismo, el joven conscripto aunque parezca mal y débilmente constituido, en muchas ocasiones tiene una constitución buena y fuerte; si por el contrario se encuentran músculos vigorosos, cuello corto, cabeza voluminosa, parece a primera vista de buena constitución, pero sin embargo está mal constituido y poco a propósito para el servicio militar.

Los antiguos médicos militares decían que para que un soldado se halle dotado de una buena constitución, es preciso que su estómago esté bien organizado y que todas las partes que sirven para la digestión, ejerzan su función con facilidad y que esté libre de defectos de conformación; en una palabra un hombre perfecto, pero como no hay nadie que reúna estas condiciones, resultaría imposible el servicio militar. Lo que se quiere es que los que llegan a los cuarteles sean sujetos vigorosos, libres de enfermedades, aptos para soportar las fatigas y peligros de la vida militar, dotados de fuerza física suficiente que les permita entregarse a todos los ejercicios, sin cansancio alguno.

EDAD DE LOS CONSCRIPTOS.—Se ha dicho en varias ocasiones que la edad de los 19 a los 20 años, era prematura para el servicio militar, porque el crecimiento no está completo todavía y es muy fácil que en esta época de la vida los gérmenes de las enfermedades se desarrollen con facilidad. En nuestro concepto estos argumentos no tienen base alguna; al contrario, podemos decir que esta edad de los 20 años es la mejor, porque los jóvenes, tienen pocos hábitos, la agilidad del cuerpo y del espíritu son buenos, todavía nada se tiene decidido en la vida. Alistar a un joven antes del momento decisivo es lo menos perjudicial, porque generalmente a los 20 años todas las condiciones son buenas, es la época más ventajosa para recibir con fruto la educación especial que se da en los cuarteles, y cuando el soldado después de haber vivido en los cuarteles, guarniciones o campamentos, llega a la época de su licenciamiento, puede entregarse con mayor aptitud a la profesión que elija; siendo este tiempo el de las mayores ilu-

siones y gozándose de toda la fuerza, la vida parece hallarse distribuída de modo igual y uniforme; la igualdad de los movimientos vitales es notoria y los rasgos de la fisonomía toman una impresión definida. Pasado éste tiempo sobreviene la reflexión y todos los cambios orgánicos e intelectuales, van sucediéndose gradualmente y presentan infinitas variaciones según los individuos, climas en que han nacido, educación que han recibido, género de vida a que están sujetos y hasta el modo en que se conducen en sus relaciones con los demás.

CUIDADOS DE LOS CONSCRIPTOS A SU LLEGADA A LOS CUARTELES.—Realizándose los preliminares de la limpieza general del cuerpo, cortada del pelo y muda de ropa interior, los conscriptos serán poco a poco entrenados en las prácticas y deberes del Cuartel, antes de sujetarlos a sus nuevas ocupaciones, cuya forzosa uniformidad, unida al sacrificio de su voluntad, es muy poco a propósito para hacerles olvidar el recuerdo de su pasada libertad; se les instruirá insensiblemente en los primeros rudimentos del servicio de las armas por medio de ejercicios poco prolongados, con el fin de evitar la fatiga que en un principio debe resultarles de la posición constantemente vertical y de los movimientos rígidos y acompasados del cuerpo, la cabeza y los miembros. Se les vigilará incesantemente en sus cuadras y si experimentan la más ligera indisposición a consecuencia de la fatiga y del cambio de la alimentación, se los someterá al reposo de algunos días. Los conscriptos deben ser preservados del frío y de la humedad, por medio de buenos y adecuados vestidos; deben tener buena alimentación y ser tratados con cuidado por los antiguos soldados para lograr fácilmente relaciones con ellos; por este medio se les hará menos sensible la sujeción al nuevo régimen militar; se acostumarán a las reglas de Higiene y al nuevo régimen alimenticio, y se unirán bien pronto de esta manera y por todos los lazos con sus nuevos camaradas, como estaban antes unidos a sus familias.

LA NOSTALGIA.—Esta afección es poco frecuente

en la actualidad; en los primeros tiempos de la implantación del Servicio militar obligatorio, se presentaron muchos casos, que por suerte ahora ya no se presentan, porque se sabe y todos están convencidos que el que hace su servicio militar y cumple con esta obligación sagrada para con su Patria, no tiene nada que temer y sabe muy bien que al ingresar a un cuartel, allí estará bien considerado y aprenderá a defender al país de cualquier peligro. La nostalgia es el sentimiento que se produce en el conscripto al separarse de los familiares suyos o al alejarse de los sitios habitados durante su infancia, esto se disipa pronto ahora, porque se tiene la seguridad de volver pronto al país de origen. Es muy importante en tales casos sostener y animar esta esperanza. La afección por el lugar donde se habita es susceptible de grandes variaciones, que comúnmente se hallan subordinadas al género de vida que se hace. Especialmente los conscriptos campesinos, tienen mucho cariño a los lugares en que han nacido o pasado su infancia: los hechan de menos y conservan por mucho tiempo el deseo de volverlos a ver; los de las ciudades, no sienten tanto y se acostumbran con más facilidad a la vida de cuartel. Los medios más corrientemente usados, son los de tratar a estos con mucha suavidad procurando apoderarse de su espíritu, habituándolos gradualmente y con método a las fatigas y sujeción de su nueva vida, y de esta manera lograr cambiar la idea fija que domina su espíritu. La benevolencia con que se los trata, les hace tener la esperanza de que pronto retornarán a sus pagos y al seno de sus familias; entonces estos enfermos cambian, renace la confianza y desaparece la nostalgia. Su estado de achatamiento encuentra una compensación en las relaciones de amistad y confraternidad de la vida del cuartel y se entregan de lleno al cumplimiento de sus obligaciones de soldados.

INFLUENCIA DE LAS LOCALIDADES SOBRE LOS SOLDADOS.—La influencia de las localidades sobre el soldado, es considerable; si necesitáramos probar que las localidades ejercen gran influencia sobre todos

los cuerpos dotados de vida, veríamos presentarse de todas partes mil de pruebas. Haremos notar solamente, sin dar mayor extensión a esta cuestión, que el resultado de un cambio de lugar puede a veces parecer poco sensible, cuando se considera a un solo individuo, porque hay multitud de causas que pueden modificar en él la influencia de un nuevo país, pero cuando se observa esta influencia sobre un número considerable de hombres, como un Regimiento, por ejemplo, entonces se conoce más fácilmente su poder por los efectos notables que produce.

La naturaleza del suelo, su mayor o menor elevación, sequedad y humedad, ejercen una gran influencia en la constitución de los individuos. Se distingue con facilidad a los soldados que provienen de distintas localidades; si proceden de un lugar alto y seco, si de uno bajo y húmedo. Basta para probar este, observar con toda atención las diferencias de salud que tienen los soldados de los Regimientos, colocado el uno en lugar alto y seco y otro en uno húmedo y bajo. Los partes de los enfermos serán distintos: padecerán enfermedades de naturaleza opuesta. Los médicos militares hemos observado que el curso que siguen las enfermedades en un lugar son diferentes a los de otro.

Aunque el soldado esté acostumbrado a los frecuentes cambios de clima como sucede en nuestro país no se puede hacerles cambiar de clima de manera brusca, sin que experimenten cambios y variaciones en su salud general; el soldado que más se aleja del lugar de sus actividades, tiene más motivos para alterar su salud; así pues, nunca serán demás las precauciones que se adopten con respecto a esto; no se deberá hacer que abracen ese mismo género de vida que los nativos del lugar, sino habituándolo gradualmente para los cambios que debe sufrir; los hombres son como los vegetales: transplantados a un suelo extraño, no pueden acostumbrarse a las nuevas condiciones de vida en que se los coloca, sin que se altere su fuerza y su salud.

La influencia de la temperatura de las estaciones se marca claramente en los conscriptos y se realizan grandes cambios de función en sus organismos; cuando

pasan de un país en que han sufrido una alternativa de frío y de calor moderado, a otro en que van a hallarse expuestos a un frío continuo y excesivo o bien a un calor constante y casi insoportable. Cuanto más brusco sea el cambio; tanto mayor será la reacción y más profundamente se alterará el organismo. Cuando el cambio es lento e insensible, las transformaciones del organismo son menores o se limitan a un solo órgano.

Aunque el hombre tenga el privilegio sobre los demás animales de poder habitar en los climas más opuestos, por efecto de su organización, y sobre todo por la fuerza de su inteligencia que consigue dominar a los elementos destructores, tiene sin embargo sus límites esta facultad. Así pues, si es necesario que los soldados se trasladen a un clima opuesto en el que están habitando, se elegirán soldados cuyo temperamento y constitución sean de tal naturaleza que puedan soportar estos cambios bruscos del modo más fácil posible. El médico de sanidad por su parte, fijará su atención en la topografía del lugar donde se traslada, estudiará las influencias atmosféricas, las aguas, producciones del país, influencias diversas de las estaciones, así como el carácter y costumbres de los habitantes. Preveyendo todas las condiciones requeridas para estos cambios, se podrán evitar las bruscas variaciones en la salud de las tropas que obligan muchas veces a que los médicos militares dispongan gran número de bajas definitivas en los efectivos del contingente que sirve en una guarnición.

LA INFLUENCIA DEL AIRE.—El aire es indispensable para la vida: sin él, la tierra no produciría ni animales, ni vegetales. Su influencia sobre los seres vivos, varía según esté puro o mezclado con gases extraños, emanaciones animales, vegetales y minerales, y según esté más o menos enrarecido o condensado, frío o caliente, seco o húmedo. El oxígeno que contiene hace que el aire sea respirable; puro haría mal, si no estuviera mezclado con nitrógeno; con oxígeno puro nos asfixiaríamos; basta que no se halle en las proporciones convenientes para que se produzcan accidentes. Un

hombre para respirar con desahogo y sin inconveniente para la salud, necesita de varios litros de aire en las 24 horas; sin el aire no se cambia este, se vicia y es muy peligroso, lo que demuestra que habitar en lugares estrechos y extremadamente cerrados es muy peligroso para la salud; cuando se reúne mucha gente en un lugar muy estrecho, al poco tiempo se siente gran incomodidad, sofocación, y falta de aire, como generalmente se dice.

Una de las cosas que tiene gran influencia en la respiración es el peso del aire: la respiración es más difícil en un lugar elevado. En nuestro país existen muchas poblaciones situadas a más de tres mil metros: una de nuestras ciudades, Potosí, tiene una altura de cuatro mil metros sobre el nivel del mar; sin embargo de estas condiciones de rarificación atmosférica, la vida se lleva de una manera normal por razón de la adaptación del medio en que se vive; a personas que no están habituadas, como las que proceden de lugares bajos, la respiración se les hace difícil, la circulación de la sangre se acelera, el pulso es más frecuente y sobreviene en la mayoría de los casos el Mal de las Alturas que en nuestro país se llama *sorocche*; ésto comienza con náuseas, vómitos, mucha fatiga, en la respiración, la sangre acude a todas las mucosas, principalmente a la nasal, se producen hemorragias y finalmente se puede producir la muerte de las personas delicadas del corazón.

En las alturas medias, como las de Sucre, la respiración es fácil, aunque siempre es más frecuente que en los lugares bajos; la circulación es normal, los movimientos de los músculos son vivos, el individuo se siente más ligero, tiene buen apetito. Cuando disminuye la densidad del aire, es decir, su peso, se siente postración, dificultad en la respiración y malestar continuo. A medida que se aumenta la altura, uno se siente tan débil que no se puede mover la cabeza ni para ver a los compañeros, la lengua se paraliza, el dolor de cabeza es muy frecuente, parece que un cincho de hierro comprimieron rodeando la cabeza, la depresión es muy acentuada, los labios se ponen morados é hinchados, la cabeza da vueltas constantemente, el estado vertigino-

so es intenso hasta que se produce el síncope que muchas veces es mortal.

Las precauciones que se deben tomar al caminar en la altura, son las siguientes: evitar el exceso de fatiga muscular, nerviosa e intelectual, si se tiene bronquitis no efectuar viajes en las alturas. Antes de emprender la marcha se deben tomar alimentos substanciosos sin llenar mucho el estómago, usar vestidos bien gruesos que no pesen mucho y que no sean molestos en la marcha; hay que procurar que los movimientos sean lentos y estrictamente necesarios; se marchara lentamente con un paso corto y con descansos metódicos.

Para atender de inmediato a los accidentados en una marcha en las alturas, lo primero que se debe hacer es interrumpir la marcha y si se puede hacerlo, descender de inmediato por lo menos unos 500 metros más abajo; después se procede a reanimar al enfermo dándole estimulantes, hacerle fuertes fricciones en la piel, indicarle que respire profundamente, sacarle la lengua y estirla hacia afuera con regularidad; si se tiene vinagre, hacerle aspirar; se usa también el amoniaco, el nitrato de amilo, y si se puede, hacerle aspirar el oxígeno. Un metodo usado y aconsejado muy corrientemente en nuestro país y que ha dado muy buenos resultados son las fricciones con Ajo molido: el fuerte olor que despide contribuye a que la respiración cambie.

Resumen de las autopsias del año 1939

(1)

Por el Dr. FRANZ WENGER

Presentando este resumen de autopsias a la publicidad tengo que anteponer una advertencia: ni mis observaciones, ni mis conclusiones tienen un carácter definitivo, visto al hecho lamentable, de que el número total de autopsias se ha quedado pequeñísimo: en los ocho meses de mi actividad en ésta no más que 36. En un número tan reducido no hay caso de elaborar cuadros estadísticos; un tal sería completamente falso, sería sujeto en grado máximo a la casualidad. Pero en las 36 autopsias se han ocurrido algunas particularidades que me hacían sospechar que no se trataba de mera casualidad, pues eran cuadros anatómicos extremadamente raros en los anfiteatros de Europa, los cuales ocurrieron aquí muy frecuentemente. Este pequeño resumen pues no quiere ser una estadística sino simplemente la presentación de algunos problemas, aparentemente característicos para el ambiente de Sucre y que deberían solucionarse con nuestro material de enfermos.

Vuelvo a declarar, que por las autopsias ejecutadas por suerte en este o ese caso no se puede concluir

(1) Conferencia leída en la Facultad de Ciencias Médicas de Sucre, en octubre de 1939.

nada sobre el carácter general de una enfermedad que se puede no más que suponer algo, hecho deplorable especialmente en la tuberculosis, el primer punto de mi resumen. He observado alteraciones por el bacilo de Koch en 9 casos, en 4 como causa de la muerte. En 4 otros casos se presentaron residuos de una tuberculosis antigua, ya curada, sin más importancia para el enfermo. Sólo en un caso he observado una cicatriz apical, mientras las cicatrices apicales se encuentran en más que 90% en los anfiteatros de Viena. En los demás 27 casos no habían ningunas señas de tuberculosis. Esta relación nos da una indicación, que la mayoría de la población nunca haya sido infectada por el bacilo Koch. El niño que se infecta con el bacilo Koch, por primera vez generalmente cae enfermo muy ligeramente, presentándose un pequeño foco de pneumonía caseosa con linfangitis y adenitis en el ganglio mediastinal correspondiente (el llamado complejo primario de Ghon). Se cura en general rápidamente este proceso. La infección primera efectúa en el organismo una cierta resistencia contra nuevas infecciones. No se puede detallar aquí la cuestión de la alergia contra la tuberculosis. Basta indicar que en un país ya tuberculizado casi todos los individuos se infectan por primera vez y vuelven a enfermarse en su juventud, con procesos tuberculosos en los vértices de los pulmones, los cuales se curan con cicatrices que el anatómo encuentra aunque muera el individuo en la extrema vejez. La primera y la segunda infección tiene a menudo por consecuencia una enfermedad tan ligera, que ni el individuo, ni su ambiente se dan cuenta de ella, de manera que no aparece nada de estas dos enfermedades en la historia clínica de la mayoría de los casos, a pesar de que se encuentran las cicatrices apicales en 90% (en mi material un solo caso)!

En Bolivia, donde la tuberculosis antes ha sido casi desconocida y solo recién se ha hecho endémica el bacilo de Koch, no solo encuentra niños, sino también adultos que se infectan con él por primera vez, y parece que esta infección primaria en años avanzados es mucho más grave y tiene una evolución rápida hasta la

generalización. La mortalidad grande de la tuberculosis en los últimos años, pues no significaría tanta la frecuencia de esta enfermedad como su peligro y su gravedad en nuestro ambiente. Es necesario y urgente comprobar estas suposiciones mediante un examen sistemático de la población y especialmente de los niños escolares con las reacciones cutáneas de Pirquet y Mantoux, que nos indiquen el estadio de alergia de un individuo.

El segundo grupo de mis observaciones, concierne al intestino. Se me han ocurrido cuatro casos de *enteritis* grave, en tres de los cuales ha sido la causa de la muerte. Fueron casos de enteritis folicular y de enteritis ulcerosa, y de su localización y otras características, concluyo que se trató de disentería bacilar en todos estos casos. Faltó pero el examen bacteriológico o de las masas fecales, lo que es la única comprobación del diagnóstico de la disentería bacilar y también indica la clase de bacilos. Exámenes de las masas fecales en todos los enfermos sospechosos de disentería sería una ayuda muy eficaz para la lucha contra esta enfermedad.

En tres casos he observado el *megacolon*, en uno de ellos tenía el asa sigmoidea un perímetro de 36 cms. y esto sin meteorismo ninguno, pues se encontró el intestino repleto de masas fecales. Según las experiencias clínicas de los médicos de Sucre, el megacolon es muy frecuente en la raza indígena, y se supone que es la consecuencia de la alimentación casi exclusiva por el maíz y el envenenamiento crónico por la coca. El maíz es un alimento muy voluminoso, muy rico de escorias, pero es este la clase de alimento que en general representa la mejor prevención contra el estreñimiento crónico. Las masas fecales voluminosas, ricas de celulosa son un estímulo fuerte para el intestino, y por eso tienen los, que se alimentan en primer lugar con alimentos frugales, un movimiento excelente del intestino. Cuanto a la coca, uno de mis casos era de raza meztiza de color muy claro, y no es muy probable que era este uno de los aficionados a la coca.

El megacolon es una enfermedad muy rara en otros países y se supone en general que sea una anomalía congénita; sería pues interesante a comparar el tamaño del intestino de recién nacidos y de niños de raza indígena con recién nacidos y niños de raza blanca, para ver si no talvez el megacolon sea una particularidad hereditaria de la raza india, o si de veras los hábitos de vivir producen con los años un megacolon.

Son muy frecuentes las afecciones del hígado en Bolivia. Se da la culpa a varias causas, como a la comida muy picante, al abuso del alcohol, etc. He encontrado dos casos de cirrosis de Laennec en un estadio hipertrófico. La cirrosis consiste en una destrucción del parénquima hepático y en un remplazo por tejido conjuntivo. Al mismo tiempo hay neoformación de parénquima por regeneración, y las partes regeneradas se distinguen de las partes antiguas por la falta de la estructura lobulillar característica. En los unos de los casos prevale la destrucción, en los otros la regeneración. Mis dos casos pertenecían a la segunda clase, con regeneraciones muy grandes aspecto nodular, hasta el tamaño de una avellana. Según las experiencias de los médicos de La Paz, allá la forma hipertrófica de cirrosis es también bastante frecuente y tenemos la esperanza de encontrar un cuadro anatómico característico para nuestro ambiente.

Cuanto a la parasitosis especialmente la cisticercosis, me sobra desarrollar este tema visto a una conferencia del doctor Fernández sobre la cisticercosis cerebral. Yo también he encontrado la cisticercosis cerebral en 4 casos y es preciso a considerar siempre esta enfermedad en el diagnóstico diferencial, por su frecuencia extraordinaria en Sucre.

Cuanto al sistema cardiovascular, existe un hecho muy extraño: la rareza de la arterioesclerosis y la falta completa de casos graves de arterioesclerosis. Sólo en seis casos se encontraron alteraciones arterioescleróticas en la aorta y en sus ramos, contando ya como tales

las placas lipoides en la íntima, que en general no se consideran todavía como arterioesclerosis que talvez sólo predisponen la íntima para ésta. No había ningún caso grave, con úlceras ateromatosas, trombosis etc., lo que se observa con mucha frecuencia en los anfiteatros de Europa. *Jaffè* en Caracas, Venezuela (1), hace la misma observación en su material anatómico mucho más grande, de 475 autopsias en un año. Este autor explica la rareza de la arterioesclerosis no tanto por el factor racial, sino más bien por el hecho, de que la gente pobre excluye completamente la carne de su alimentación, y que son individuos de esta clase de gente, que se presentan a la autopsia. Las mismas circunstancias encontramos también en el ambiente de Sucre.

Una particularidad del ventrículo derecho del corazón y de la arteria pulmonar ha llamado mi atención: la frecuencia de la hipertrofia del ventrículo derecho y de la esclerosis de la arteria pulmonar. Somos acostumbrados a encontrar una hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho, cuando hay cierta dificultad u obstáculo para la circulación en el sistema de la arteria y vena pulmonar, por lesiones valvulares, mitrales, o enfermedades del tórax y de los pulmones (tuberculosis crónica, pleurisia, cifoescoliosis etc.) Especialmente en casos de lesiones de la válvula mitral, se encuentra además de la hipertrofia una esclerosis de la arteria pulmonar, con placas lipoides en la íntima. He encontrado en 6 casos autopsiados aquí, la hipertrofia del ventrículo derecho y en 5 de ellos esclerosis de la arteria pulmonar sin que se encontrasen ningunas alteraciones en el corazón, tórax o en los pulmones para explicar esta hipertrofia y esclerosis. Es seguramente lógico a suponer una coherencia entre ellos y la vida en la altura. La anoxemia causa un aumento del trabajo para absorber una cantidad suficiente de oxígeno, es pre-

(1) Revista de la policlínica Caracas No. 41, 1938

ciso que circule un volumen de sangre por minuto a través de los pulmones, mayor que en países bajos. Este aumento de trabajo sin embargo concierne igualmente a los dos ventrículos, la consecuencia es una hipertrofia de ambos ventrículos, que ya se ha escrito en varios trabajos, como en el resumen de la expedición Argentina a Bolivia, llamado «el hombre de la altura». Pero que significa la hipertrofia derecha únicamente? Estoy pensando en la explicación siguiente: Una ayuda grande para el trabajo del ventrículo derecho es la respiración. En la inspiración se aspira no solamente el aire sino también la sangre por medio de la presión negativa, o sea la disminución de la presión intratoracal, frente a la presión del ambiente. Más baja que sea la presión externa, más difícil resulta la baja de la presión intratoracal. Esto es de acuerdo con el sentimiento de todos los extranjeros que llegan a la altura, que la respiración sea difícil, que algo les comprima el pecho, que se ha puesto una piedra sobre el esternón etc. Hombres bien entrenados por el deporte, superan con facilidad esta dificultad, gracias a sus músculos bien desarrollados. Pero en condiciones musculares regulares el individuo producirá una presión negativa que apenas basta para la aspiración del aire y no para la aspiración de la sangre. El ventrículo derecho está privado de la ayuda de la presión negativa, debe trabajar más y se hipertrofia. La presión en la arteria pulmonar está aumentada, y se forma la esclerosis de la arteria pulmonar. Esta teoría necesita todavía la comprobación por un material grande con un número mayor de observaciones.

Voy a concluir sin detallar otras cuestiones, como la de que no he encontrado ni un sólo caso de sífilis adquirida, y eso en un país, donde es muy frecuente la sífilis; o el bocio, que es frecuente y tenía en todos mis casos el tipo del bocio adenomatoso.

Espero que he logrado a demostrar con este resumen que son bastante numerosos los problemas de la medicina boliviana, que necesitan la elaboración anató-

mica. Prescindiendo de todas las demás ventajas y de la instrucción para el médico de la clínica justifican ya estos problemas la lucha para elevar el número de nuestras autopsias, para establecer en el reglamento de nuestro hospital, la autopsia obligatoria para cada individuo fallecido en el hospital.



REVISTA DE REVISTAS

ACEVES S. y FERNANDEZ D.—Dos casos de insuficiencia cardíaca irreductible, tratados quirúrgicamente.—*Archivos Latino-Americanos de Cardiología y Hematología*. Mayo-Junio de 1939.—México D. F.

Trátase de una interesante contribución que los autores mexicanos hacen a este nuevo asunto del tratamiento de las anginas de pecho y las cardiopatías mal compensadas por medio de la tiroidectomía total, que desde hace unos seis años atrae a la atención de cardiólogos cirujanos.

El primer caso es el de una mujer de 32 años, insuficiente cardíaca, por una endomiocarditis de doble lesión mitral, que después de haber vencido dos o tres veces de la anasarca merced al tratamiento médico, llega a un estado de irreductibilidad absoluta. Practicada la *tiroidectomía total*, comienza a notarse la mejoría. Junto con el descenso del metabolismo basal, los signos más irreductibles, como la congestión hepática y las palpitaciones disneicas van desapareciendo poco a poco hasta que once meses después de operada la paciente se casó. Han transcurrido tres años y medio más. La compensación lograda se ha mantenido, y su capacidad para el trabajo es tal, que además de los quehaceres de casa, con frecuencia recorre a pié 6 kilómetros, cuando antes el más leve movimiento aún estando en cama le resultaba penoso.

El segundo caso se refiere también a una mujer de 28 años, cardioreumática primitiva, con lesión mitral doble, arritmia completa por fibrilación auricular e insuficiencia congestiva, que cayó en asistolia cinco veces sin que el tratamiento médico lograra sacarla de la última. Practicada la tiroidectomía total en esta enferma, se aminoraron nada más los fenómenos de insuficiencia cardíaca y aparecieron luego manifestaciones tireoprivas, resultantando al final una superposición de insuficiencias cardíaca y tiroidea, aunque moderada esta última.

Respecto al mecanismo de acción de tiroidectomía, recuerdan los autores que los trastornos que constituyen la insuficiencia cardíaca dependen «de que la sangre que el corazón envía a los diversos órganos, sea suficiente o no para las demandas tisulares». Es decir que ello está subordinado a las necesidades metabólicas y a la velocidad de la circulación sanguínea. Como uno de los principales efectos de la tiroidectomía es el gran descenso que produce en el metabolismo basal, parece que llega a crearse un nuevo equilibrio entre las potencias circulatorias y las necesidades de oxígeno de los tejidos, entre el aminorado motor cardíaco y el metabolismo orgánico descendido por la operación.

No obstante, al considerar las relaciones que guarda la función tiroidea con todo el sistema neurovegetativo y las demás glándulas endocrinas, opinan los autores que el mecanismo de acción de la tiroidectomía, lejos de la simplicidad con que lo explican los experimentadores norteamericanos y europeos, pueda ser muy compleja en realidad, y para reforzar con la clínica tal suposición, recuerdan el caso de una enferma de Cardier y Lageze (*La Presse Médical*, 7 de mayo de 1935 en la que, practicada la tiroidectomía, no hubo variación del metabolismo basal pero sí una franca mejoría clínica, lo contrario del segundo caso relatado por los autores mexicanos, en que sobrevino un marcado descenso del metabolismo basal, sin estar aparejado con la mejoría clínica.

V. C. GIRARDI —«La seroterapia específica local en las artritis gonocócicas».—*Revista de ortopedia y cirugía*. Buenos Aires, 1939, 8: 300.

El autor relata nueve casos de artritis gonocócica tratados por la sueroterapia específica local.

La técnica recomendada es la siguiente: mediante punción intra-articular se aspira la mayor cantidad posible del derrame fluido, y se inyecta en su lugar el suero antigonocócico, en cantidad algo menor a la del líquido extraído. Puede inyectarse además, unos 20 a 30 c.c. de suero en los tejidos periarticulares, añadiendo en este caso, un poco de solución de novocaina al 0,5 %.

Las inyecciones se repetirán a las 24 o 48 horas, siendo suficiente con unas seis en total. Como es de suponer, provocan reacción general: hay elevación de temperatura, depresión y reagudización de dolor; pero no tarda mucho en aparecer la mejoría, siendo precisamente el dolor el primero en desaparecer. Después de 3 o 4 inyecciones, la tumefacción disminuye y pocos días después, ya es posible movilizar la articulación. El resto lo haría la fisioterapia; calor local, masaje y movilización.

De los 9 casos tratados así por el autor, tres correspondían a mujeres y seis a varones. Las articulaciones afectadas fueron en cinco casos la rodilla; en tres casos el tobillo y en uno la muñeca. El examen bacteriológico del exudado, resultó positivo sólo en cuatro casos.

El autor afirma no haber observado complicación alguna imputable a este modo de tratamiento. Por supuesto, que habrá que tener presente—como en toda sueroterapia—la posibilidad de los fenómenos anafilácticos, y procurar evitarlos con los medios de rigor.

J. MEYER-MAY.—Les Pancreatitis atténuées.—*Journal de Chirurgie*. 1939. 54: 174.

Basado en 27 casos observados en Tonquín, en la Indo China francesa, el autor describe un tipo de pancreatitis que puede revestir las formas de aguda, y crónica no refiriéndose la primera a la bien conocida entidad de la pancreatitis hemorrágica aguda. Los principales síntomas que caracterizarían una afección «atenuada» del pancreas, serían: ataques de dolor en la región lumbar; pérdida de peso, por lo general rápida; disgusto por los alimentos grasos; fetidez de las deposiciones y dilatación del colón transversal. Una investigación en la sangre, pondrá de manifiesto la hiperglicemia, así como un análisis del contenido duodenal extraído mediante el sondeo, demostrará la deficiencia de fermentos pancreáticos, especialmente de la lipasa. En las formas subagudas y en las crónicas, los ataques de dolor son menos severos, pero su repetición a intervalos variables las fisiónomiza. Lo que resulta acaso más digno de tomarse en cuenta es el dato suministrado por el autor, de coincidir esta afección a menudo con una úlcera gástrica o duodenal, con cuya sintomatología se enmascararía. Sin embargo en tales casos sería posible a parte del dolor agudo, típico de la úlcera en un sólo punto, la presencia de otro dolor difuso epigástrico, cuya aparición no guarde relación con las horas de ingestión de alimentos. Otro dato curioso, constituye el hallazgo, en algunos de estos casos, de parásitos intestinales, determinadamente de áscaris.

Respecto al tratamiento, una vez confirmada la presunción por los exámenes de laboratorio, el autor preconiza el empleo de la insulina a la dosis de 15 a 40 U. diarias según el grado de hiperglicemia, hasta obtener una proporción normal del azúcar sanguíneo. El efecto benéfico se mostraría prontamente, comenzando por la disminución del dolor y el aumento de la capacidad digestiva de los fermentos pancreáticos, a lo que luego sucedería el aumento del peso y la mejoría del apetito. Los casos muy agudos tendrían que ser operados, a fin de establecer un amplio drenaje biliar a travez de la vesícula, que por lo general se encontraría considerablemente distendida.

CHARLES G. JOHNSTON; Detroit, Michigan.—
«Decompression in the treatment of intestinal obstruction.—(La descompresión en el tratamiento de la obstrucción intestinal) *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. February 15, 1940.

La descompresión es sin duda la manera más antigua y la más racional de tratar una obstrucción intestinal. Desde la primitiva punción del asa destendida, hasta la enterostomía y la succión por sondaje gástrico, todas han tratado de aplicar mejor el mismo principio. Actualmente el método de intubación de Miller Abbott es que mejor cumple el desideratum, desde el momento en que mediante él, se alcanza hasta el mismo punto, de la obstrucción para aspirar y drenar el segmento distendido. El método consiste en el empleo de un tubo de tres metros de largo terminado por un extremo olivar inmediatamente antes del cual existe un pequeño globo que se puede inflar o desinflar por el extremo opuesto. Este tubo se introduce por las narices, penetra en el estómago, pasa el duodeno y progresando lentamente por el intestino delgado—mejor aun bajo el control de los rayos X—llega hasta el sitio de la obstrucción. Merced a la doble cámara que lo constituye, es posible aspirar por la una el contenido líquido con que se alimentarán al entermo.

Como, desde los trabajos de Wangensteen, quedó demostrado que la distensión era la principal causa de los fenómenos graves, se comprende el gran beneficio que se puede aportar al combatir tan directamente dicha causa. Fuera de los casos de íleo adinámico que pueden no requerir de otro tratamiento, aún en aquellos en que sea indispensable la cirugía, el método de intubación ofrece grandes ventajas. Desde luego alivia al paciente de los peores síntomas, lo desintoxica, permite la administración de líquidos y alimentos, con los que se evita el desequilibrio de agua y sales tan grave para el organismo. La operación que deba hacerse podrá ser realizada en condiciones mucho más favorables, que como de ordinario de urgencia. Por otra parte al indicar con exactitud el sitio de la obstruc-

ción, facilitará ventajosamente al cirujano su intervención ahorrándole inútiles y peligrosas manipulaciones, fuera de las dificultades de luchar con las asas destinadas.

Naturalmente que este procedimiento deberá emplearse en aquellos casos en que se suponga una estrangulación con interferencia del aporte sanguíneo.

Merced al empleo del tubo de Miller-Abbott, el autor exhibe estadísticas que demuestran un descenso de la mortalidad por obstrucción intestinal, a solo 9,5 por ciento, lo que indudablemente representa un progreso.

M. JAY FLIPSE.—«Fusa-spirochetal diseases of the lungs and bronchi.» (Afecciones bronco-pulmonares fuso espiroquéticas). *Jackson Memorial Hospital Bulletin*. Febrero 1940. Miami, Florida.

Varias enfermedades bronco-pulmonares manifestadas por hemoptisis o expectoración hemática herrumbrosa, elevaciones térmicas y otros síntomas comunes a las más frecuentes enfermedades del aparato respiratorio, resultan ser ocasionadas por el bacilo fusiforme y varias espiroquetas que son habituales huéspedes de la boca y naso fárinx. Estos gérmenes anaerobios inofensivos por sí solos, alcanzarían gran virulencia al hallarse en simbiosis con otros micro-organismos como cocos y vibriones.

De 497 muestras de expectoración, correspondientes a 316 pacientes, en 108 se encontraron espiroquetas y bacilos fusiformes. Las enfermedades dominantes fueron abscesos pulmonares, bronquitis hemorrágicas, bronquiectacias y tuberculosis pulmonares complicadas.

La importancia de la sistemática investigación de esos gérmenes, en casos de hemoptisis en que el examen radiológico no permite referirlos a una tuberculosis, está en el recurso terapéutico que deriva de su descubrimiento; pues comprobada la existencia de la

fuso-espiroquetosis, el tratamiento obligado será el arsenobenzólico asociado al bismútico

HERBERT H. DAVIS and CHARLES W. MC. LAUGHLIN Jr.—Omaha, Nebraska. *Results of treatment in acute appendicitis*.—Surgery, Gynecology and Obstetrics. Marzo de 1940.

Tratándose de este tema—siempre nuevo—de la apendicitis, si bien el acuerdo es unánime de operar lo más precozmente en los casos agudos de apéndices aún no operados, no ocurre lo mismo al tratarse de apendicitis en que ya se ha producido la ruptura. Hay quienes abogan por la intervención de urgencia y quienes prefieren intervención diferida.

A este respecto, los autores después de revisar cuidadosamente las historias clínicas de 963 casos ocurridos en un lapso de siete años, llegan a establecer las siguientes conclusiones: Los casos de apendicitis aguda, *sin perforación*, que ordinariamente se han diagnosticado en el primero o segundo día del ataque, deberán ser operados inmediatamente: la mortalidad apenas alcanza a un 0,5 %. 2ª. Los casos de perforación apendicular *con peritonitis localizada*, vistos generalmente entre el primero y tercer día, deben también ser operados inmediatamente: la mortalidad registrada es de un 5,2 %, incluyéndose un caso de fallecimiento por hemorragia y otro por embolia pulmonar. 3ª. Tratándose de casos *con peritonitis difusa*, generalmente vistos entre el tercero y quinto día, resulta aconsejable diferir la intervención, ya que la operación inmediata fué seguida de una mortalidad que se elevó hasta el 60 %, en tanto que con la intervención diferida, esa proporción sólo llegó a 14 %. 4ª. Los casos de *absceso apendicular*, que de ordinario se constituye en seis o más días, serán ventajosamente tratados por el simple vaciamiento y el drenaje, debiéndose evitar la ruptura de las paredes que encierran la colección. La operación

deberá tener como sólo objetivo el abrir dicho absceso, sin empeñarse en extirpar el apéndice, a menos que se lo encuentre fácilmente accesible. En 32 casos de este género, en que se practicó la apendicectomía con drenaje, se registraron 3 muertes, en tanto que en 18 casos en que la operación se limitó al simple drenaje sólo se tuvo un fallecimiento: mortalidad total 8 %.

Enrique Loup B.

UNION MEDICALE FRANCO - IBERO - AMERICAINE
UMFIA

Paris, le 23 mars 1940

Monsieur le Professeur Cuellar
Faculté de Médecine de Sucre
(Bolivie)

Monsieur le Professeur, et cher Délégué Général,

Vous avez dû apprendre par la presse la triste nouvelle de la mort de notre très cher et regretté Président-Fondateur Louis Dartigues.

La France perd un de ses plus grands chirurgiens qui a contribué à propagé la science et la pensée françaises dans le monde entier.

Nous espérons que vous ferez publier dans les journaux médicaux de Sucre, sa biographie, car il avait de grands amis et admirateurs dans votre pays.

Le numéro de MAI-JUIN de l'UMFIA sera entièrement consacré à sa mémoire. Nous serions heureux d'avoir quelques lignes de vous que nous publierons dans ce même numéro.

Croyez, Monsieur le Professeur et cher Délégué Général à nos sentiments cordialement dévoués.

Dr. Bandelac De Pariente
Le Président-Fondateur.

Dr. R. Molinery
Le Secrétaire Général.

El Doctor Luis Dartigues

En momentos de salir a la luz pública este número de nuestra Revista hemos recibido la sensible noticia de la muerte del Dr. Dartigues, Presidente perpétuo y fundador de la UMFIA (Unión Médica Franco-Ibero-Americana) a la vez que miembro honorario del Instituto Médico «Sucre».

La desaparición de este ilustre personaje a conmovido a todo el cuerpo médico boliviano, porque, quien mas, quien menos, conocía el inmenso valor de este hombre extraordinario, el que, a más de ser uno de los más notables cirujanos de la época, fué también un escritor fecundo cuyas obras sobre temas variados son apreciados en el mundo entero. Orador brillante, sus discursos eran escuchados con verdadera admiración, en todas partes, especialmente en las reuniones de la UMFIA. Era el alma de esta Sociedad Médica (UMFIA) que posee más de cinco mil miembros repartidos por todos los países latinos, tanto europeos como americanos.

Fué el Apóstol de la Paz. Buscó siempre la unión y el acercamiento de los elementos médicos más sobresalientes de la latinidad y, como dijimos en uno de

nuestros discursos en la UMFIA, en París, «el Dr. Dartigues, ha hecho más, por la unión y la armonía de los hombres en el mundo, que la Sociedad de las Naciones»,

Por falta de tiempo, no nos extendemos más en la biografía de tan alta personalidad que desaparece del escenario de la vida. En nuestra calidad de amigos personales del extinto, a quién conocimos íntimamente, le rendiremos el homenaje debido en el próximo número de esta Revista.

Mientras tanto transmitimos al Directorio de la UMFIA nuestro más sentido pésame, pues, Francia, nuestra madre espiritual, pierde a uno de sus más esclarecidos hijos y el mundo uno de los hombres que más ha trabajado por su bienestar.

El Instituto Médico «Sucre» también, por nuestro intermedio, tributa su rendido homenaje de recuerdo a la memoria de su Miembro de Honor Dr. Louis Dartigues.

Dr. MANUEL CUELLAR.
Delegado General de la UMFIA en Bolivia

C R O N I C A

Directorio del Instituto Médico «Sucre» para el año 1940.—En la sesión extraordinaria, realizada el día 10 de marzo p. p., se ha elegido a los señores socios que han de componer la Mesa Directiva, que debe regir los destinos de la sociedad durante el año 1940.

Ella ha sido constituida en la siguiente forma:

Presidente	Dr. Manuel Cuéllar.
Secretario	« Julio C. Fortún.
Tesorero	« Wálter Villafani.

A raíz de la falta de acuerdo social definitivo respecto a la interpretación legal de algunas prescripciones estatutarias, la elección de Vice presidente ha sido diferida para una próxima ocasión.

Fuera del nombramiento de Director de la Revista del Instituto, recaído en la persona del socio Dr. José Aguirre T., no se han designado tampoco las diferentes jefaturas de Sección.

Ministro de Educación Pública y Asuntos Indígenas.—El Gobierno Provisorio de la Nación, ha nombrado Ministro de Educación Pública y Asuntos Indígenas a nuestro prestigioso consocio y ex-Vicepresidente Dr. Aniceto Solares.

Abrigamos la seguridad de que el Dr. Aniceto

Solares, antiguo maestro y actual Rector de la Universidad Central, ha de realizar una provechosa labor en bien de la educación pública.

Mesa Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, para el bienio 1940—1941.—La Asamblea Docente de la Facultad de Ciencias Médicas ha nombrado su Mesa Directiva para el bienio de 1940—41.

Son sus componentes:

Decano	Dr. Anastasio Paravicini
Vice-decano	« Carlos Morales y U.
Secretario	« Miguel Muñoz.
Tesorero	« Eduardo Gironás F.

Felicitamos a los citados colegas por la confianza que les han dispensado sus compañeros de profesorado y formulamos votos porque bajo su atinada, justa e imparcial dirección la Facultad de Ciencias Médicas se desarrolle en un ambiente de tranquilidad y adelanto creciente.

Jefe de Sanidad Departamental de Chuquisaca.—El Gobierno Provisorio de la Nación ha designado Jefe de Sanidad Departamental de Chuquisaca al Dr. Miguel Levy B.

Felicitamos al distinguido colega por tan honroso nombramiento y abrigamos la seguridad de que su acción desde ese cargo ha de beneficiar a la salubridad del Departamento y conducir los asuntos respectivos por los senderos de la precisión, honradez y corrección funcionaria.

Bodas de plata profesionales.—El día 11 de marzo ha festejado sus bodas de plata profesionales nuestro consocio Dr. Gregorio Mendizábal.

A nombre del Instituto Médico «Sucre» felicitamos al socio Dr. Mendizábal.

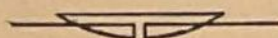
Construcción de un Pabellón Quirúrgico en el

Hospital Civil.—A raíz de un ofrecimiento cablegráfico, realizado por la señora doña María U. v. de Arteaga, esposa del socio fundador del Instituto Dr. Cupertino Arteaga, se comenzó la construcción de un Pabellón Quirúrgico en el Hospital Civil de esta ciudad, el mismo que debía costar la suma de 200.000 pesos bolivianos.

Empero. Después de adelantados los trabajos de construcción y cuando ya se habían invertido casi 80.000 pesos bolivianos la donante se ha retractado de su ofrecimiento.

Lamentamos profundamente la falta de seriedad de la ofertante así como de sus intermediarios, mucho más si el ofrecimiento se realizó en memoria del Dr. Cupertino Arteaga, socio fundador del Instituto.

Aparte de los trámites legales a que hubiera lugar sabemos que la Jefatura de Sanidad Departamental abriga el propósito de concluir por su cuenta el citado trabajo hasta su entrega total al servicio público.



Instituto Médico "Sucre"

Sociedad Médica fundada el 3 de febrero de 1895

Socios activos

Socios fundadores

Dr. Manuel Cuéllar

Socios de número

Dr. Wálter Villafani

- « Gustavo Vaca Guzmán
- « Aniceto Solares
- « Ml. Leónidas Tardío
- « Armando Solares Arroyo
- « Gregorio Mendizábal
- « Anastasio Paravicini
- « Filomeno Martínez
- « Clovis Urioste Arana
- « Medardo Navarro
- « Julio C. Fortún
- « José Aguirre T.

Socios licenciados por motivos de ausencia y otros

Dr. Domingo Guzmán

- « Ezequiel L. Osorio
- « Claudio Calderón Mendoza
- « Francisco V. Caballero
- « Jenaro Villa Echazú
- « Claudio Roso
- « Carlos F. Garret
- « David Osio
- « Raúl F. de Córdova
- « Germán Orosco P.
- « Bernardo Vaca Guzmán
- « Nemesio Torres Muñóz
- « Enrique St. Loup B.

Socios correspondientes

Bolivia

Sucre

Sr. Francisco Cerro S. J.

- « Máximo de Argandoña
- « José D. Ichazo
- « Alfredo Jáuregui
- « Anselmo Hernández
- « Julio Villa Achá

La Paz

Dr. Juan Antonio Osorio

- « Faustino Carrasco
- « Juan Ml. Balcázar

Cochabamba

Dr. Mariano Ayala Montañó

Dr. Israel Zegarra

- « Cleómedes Blanco Galindo
- « Manuel A. Villarroel

Oruro

Dr. Adolfo Mier

- « Enrique Condarco

Santa Cruz

Dr. Udalrico Zambrana

Potosí

Dr. Humberto Oropeza

Camargo

Dr. José Avelino Loría

Exterior

República Argentina

Dr. Manuel Blancas

- « Gregorio Araoz Alfaro
- « Juan José Vitón
- « Víctor Delfino
- « Leónidas Jorge Fiasco
- « José Zamora
- « José Querejazu
- « León Velasco Blanco
- « Roberto Landívar
- « Tomás Cerruti

Uruguay

Dr. José Martirené

Perú

Dr. Edmundo Escomel

Brasil

Dr. Miguel Coelho

- « Fernando Magalhaes
- « Juliano Moreira
- « Carlos Chagas
- « Abreu Fialho
- « Luis Soarez

España

Dr. Gregorio Marañón

Dr. Marcelino Pascua

Francia

Prof. H. Gougerot

Dr. L. Mathé

« M. Powilewicz

Prof. Noel

« Fiessinger

« Debré

« Chevassú

« P. Mosé

« L. Raimond

« L. Babonneix

« P. Brocq

« M. Funck Bretano

« C. Richet

« R. Laroche

« Nallery Radot

« Roussy

« Balthazard

« C. Terrien

« Halphey

« Ombredanne

« P. Duval

Dr. Molinery

« Perchepiere

Inglaterra

Dr. M. D. Mackenzie

Socios fallecido

Socios fundadores

- Dr. Valentin Abecia
« Gerardo Vaca Guzmán
« Angel Ponce
« J. Cupertino Arteaga

Socios de número

- Dr. Sixto Renjel
« Marcelino T. Martínez
« Donato Doria Medina
« Constantino Doria Medina
« Justo Padilla
« Demetrio Nutiérrez
« José María Araujo
« Víctor F. Quintana
« Fidel M. Torricos
« Julio Oropeza T.
« Antonio Cárdenas
« Arcil Zamora
« Pastor Reynolds
« Néstor F. Careaga
« Manuel G. Pareja
« Jaime Mendoza
« Eulogio Ostria Reyes

Socios honorarios

- Sr. Carlos Arce
« Néstor Sainz
« Juan Manuel Sainz

Socios correspondientes

Bolivia

Sucre.—Sres. Ignacio Terán, José María Calvo.

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

Oruro.—Dres. Wesley Beach, Zenón Dalence.

Santa Cruz.—Dr. Pablo Sanz.

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

Exterior

Miembro de honor en el extranjero

Dr. Louis Dartinges

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

Uruguay.—Dres. Américo Ricardoni, Gerardo Arrizabala-ga.

Perú.—Dres. Odriozola, Daniel Matto.