



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 37 BOLIVIA-SUCRE, ENERO-FEBRERO 1941. Nº 73



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"

COMITE DE REDACCIÓN:

Dres. GUSTAVO VACA GUZMAN y MIGUEL LEVY B.

SUMARIO

	Página
Memoria del Presidente del Instituto Médico «Sucre», <i>Dr. Manuel Cuéllar</i>	1
Bodas de Oro Profesionales de Dr Manuel Cué- llar.—Preparativos para su conmemoración	XV
La Personalidad del Dr. Manuel Cuéllar, Por el <i>Dr. Miguel Levy B.</i>	1
En las Bodas de Oro Profesionales del Dr. Manuel Cuéllar. Por el <i>Dr. Agustín Benavides C.</i>	6
El Síndrome Esplenomagélico en el Paludismo y nuestro concepto personal. Por el <i>Dr.</i> <i>Raúl Fernández de Córdova.</i>	10
La cardiopatía en el individuo de la altura. Por el <i>Dr. Miguel Levy B.</i>	18
Patogenia general de las enfermedades cutáneas. Por el <i>Dr. José Aguirre T.</i>	26
Higiene Social. Por el <i>Dr. Agustín Benavides C.</i>	41
El grave problema del niño en Bolivia. Por el <i>Dr. León Velasco Blanco</i>	45
Ley de Esterilización Social. Por el <i>Dr.</i> <i>César Adriázola</i>	48
Tratamiento del Paludismo. Por el <i>Dr.</i> <i>Jenaro Villa E.</i>	51
Lucha antipalúdica. Por el <i>Dr. Justo P. Mendoza</i>	69
<i>Crónica</i>	72
<i>De lo nuestro.</i> Revistas. Libros. Folletos. Por M. L.	80

INSTITUTO MÉDICO "SUCRE"

Sociedad fundada el 3 de febrero de 1895

Presidente Honorario

DR. MANUEL CUELLAR
Miembro fundador del Instituto

Socios de número

Dr. Domingo Guzmán
« Walter Villafani
« Ezequiel L. Osorio
« Gustavo Vaca Guzmán
« Aniceto Solares
« Claudio C. Mendoza
« Manuel Leonidas Tardío
« Francisco V. Caballero
« Armando Solares Arroyo
« Gregorio Mendizábal
« Jenero Villa Echazú
« Anastasio Paravicini

« Ricardo Rivera
« Carlos Garrett
« Clovis Urioste Arana
« Medardo Navarro
« David Osio
« Julio C. Fortún
« Raúl F. de Córdova
« Germán Orosco P.
« Bernardo Vaca Guzmán
« Nemesio Torres Muñoz
« Enrique St. Loup B.
« José Aguirre T.
« Miguel Levy B.

Socios Honorarios

Carlos Arce, José María Escalier, Juan Manuel Sainz
y Néstor Sainz

Socios correspondientes

INTERIOR

Sucre.—R. Padre Francisco Cerro S. J., Máximo de Argandoña, José David Ichaso, Alfredo Jáuregui, Anselmo Hernández, Julio Villa Achá.

La Paz.—Juan Manuel Balcázar, Néstor Morales Villazón, Juan Antonio Osorio.

Cochabamba.—Cleómedes Blanco Galindo, Israel Zegarra, Manuel Ascencio Villarroel.

Oruro.—Enrique Condareo, Adolfo Mier.

Santa Cruz.—Uldarico Zambrana.

Potosí.—Humberto Oropeza.

EXTERIOR

Miembros de honor en el Extranjero, Francia.—Dr. L. Dartigues.

República Argentina.—Gregorio Araoz Alfaro, León Velasco Blanco, Manuel Blancas, Juan José Vitón, José Zamora, Roberto Landívar, Tomás Cerruti, José Querejazu.

Uruguay.—Dr. José Martirené.

Perú.—(Arequipa).—Dr. Edmundo Escomel.

Brasil.—(Río Janeiro).—Drs. Miguel Coelho, Fernando Magalhaes, Juliano Moreira, Carlos Chagas, Abreu Filho Luis Soares.

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

Inglaterra.—Dr. M. D. Mackenzie.

Socios fallecidos

Socios fundadores

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

Socios de número

- Dr. Nicolás Ortiz
« José Manuel Ramírez
« Jaime Mendoza
« Sixto Rengé
« Marcelino T. Martínez
« Donato Doria Medina
« Constantino Doria Medina
« Justo Padilla
« Demetrio Gutiérrez
« José María Araujo
« Víctor M. Quintana
« Fidel M. Torricos
« Julio Oropeza T.
« Antonio Cárdenas
« Arcil Zamora
« Pastor Reynolds
« Néstor F. Careaga
« Ml. Gerardo Pareja
« Claudio Roso

Socios correspondientes

INTERIOR

Sucre.—Ignacio Terán, José María Calvo.

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

Oruro.—Zenón Dalence, Wesly Beach.

Santa Cruz.—Pablo Sanz.

Potosí.—Héctor Vásquez, Mariano P. Zuleta.

EXTERIOR

Argentina.—Drs. Emilio R. Coni, Sr. Carlos Doynel, J. Llabrás.

Uruguay.—Drs. Américo Ricaldoni, Gerardo Arrizabala.

Perú.—Drs. Odriózola, Daniel Matto.

Memoria del Presidente del "Instituto Médico Sucre", Dr. Manuel Cuéllar

Señores:

La presente reunión, tiene para nosotros particular importancia, pues que ésta, se efectúa como un número, con que el Instituto contribuye a los festejos del «3 de Febrero».

Desde que en la Capital de la República, que lleva el nombre del immaculado Sucre, se festejó tan brillantemente el centenario del Gran Mariscal de Ayacucho el 3 de Febrero de 1.895, el recuerdo de esta fecha memorable se fué perdiendo poco a poco, no solo en el resto del país, sino en Sucre mismo, y nosotros éramos los pocos sino los únicos que en nuestra sesión pública anual. recordábamos la memoria del Padre de la Patria.

Por esas reacciones frecuentes en la vida de los pueblos, en que después del olvido de sus grandes hombres, viene una justa reacción y con entusiasmo general, el deseo de reparar las injusticias pasadas, es lo que ha sucedido con la memorable fecha del 3 de Febrero, pues el Congreso lo ha declarado el Día Cívico de Bolivia, y en toda la República se lo festejará debidamente ahora y en los años sucesivos. Nosotros que llevamos el nombre del Gran Mariscal, nos felicitamos de tan acertada medida.

Siguiendo la tradición, a la vez que una prescripción reglamentaria, paso a daros un somero informe de la marcha de nuestra Sociedad en el año transcurrido.

Con motivo de que la Facultad de Medicina dejó el local que ocupaba en nuestra casa, nos quedó amplitud para salir de la estrechez en que nos encontrábamos. En el curso del presente año, hemos dedicado nuestra preferente atención a las obras de carácter material; se ha terminado la instalación de nuestra biblioteca en el amplio salón que antes era de actos públicos, habiendo quedado esta repartición en magníficas condiciones; el piso de los salones donde se encontraban los Museos de Anatomía é Historia Natural se hallaba en mal estado, hemos refaccionado completamente tanto en el piso como las paredes, poniendo parqué, pintura etc. y de estos salones, en el que ahora nos encontramos, está destinado a los actos públicos; el salón siguiente se lo destinará siempre para el Museo de Historia Natural. El Museo de Anatomía, se lo ha trasladado a otra amplia habitación con bastante luz y donde quedará muy bien instalado.

En la Sección de Vacuna, se han hecho trabajos importantes de ampliación y comodidad, fuera de una reparación general del edificio.

Nuestro digno Tesorero el Dr. Wálter Villafani, ha vigilado constantemente esos trabajos, por lo que se hace acreedor a nuestro reconocimiento.

Si ha sido activa en el curso del año nuestra labor de construcciones materiales, en las de carácter científico, no ha pasado lo mismo y no puedo menos que lamentar cierta flojedad de nuestros colegas en este orden, habiendo quedado sin terminar varios trabajos que teníamos iniciados.

Revista.—En el curso de este año, bajo la dirección del Dr. José Aguirre, se han publicado tres números; pero habiendo renunciado últimamente el Dr. Aguirre por razones particulares, aún no se ha nombrado la persona que debe reemplazarlo.

Sección Vacuna.—Esta importante repartición ha seguido funcionando con toda regularidad, siendo su producto apreciado por todas las autoridades sanitarias de la República, como consta por las notas que esta

Oficina recibe constantemente, tanto de reparticiones oficiales como de empresas particulares.

Fuera de los importantes trabajos de albañilería y otros para agrandarla y darle comodidad, se ha hecho un importante pedido al exterior que está próximo a llegar, de material de laboratorio y vidriería de la que comenzaba a escasear. Esta Oficina, ha atendido a todos los pedidos que se han hecho en la República. Del Informe del Jefe de esta sección se desprenden los datos estadísticos que paso a indicar. Se han remitido a los diferentes departamentos de la República: 11.977 ampollas suficientes para vacunar, más de 250.000 personas.

Laboratorio Biológico.—En mi memoria del año pasado os decía que el propósito del Instituto, era el el ampliar el actual, en la forma siguiente: 1º.—Sección de Bacteriología y anexos. 2º.—Bioquímica completa para diagnósticos. 3º.—Preparación de productos biológicos y especialmente la Vacuna B. C. G. y contábamos para esta sección con un técnico distinguido, que a consecuencia de la guerra europea, no ha podido realizar su viaje a Bolivia; por estas y otras causas, entre otras la falta de divisas, no hemos podido en el curso de este año realizar nuestros propósitos. Felizmente hace poco que el Supremo Gobierno nos ha concedido las divisas para la adquisición del material preciso, de manera que pronto se hará el pedido correspondiente; una vez terminadas las instalaciones de esa repartición se podrá conforme lo acordado con el Ministerio de Higiene poner todo eso al servicio de la Sanidad y del público en general.

Situación Económica.—Esta, en la actualidad, es por demás satisfactoria, pues el Supeemo Gobierno ha pagado con puntualidad la subvención que el Tesoro Nacional reconoce a nuestro favor.

Nuevos socios.—Ha sido aceptado en calidad de socio de número, nuestro distinguido colega Dr. Miguel Lévy, actual Jefe de Sanidad Departamental, de cuyo

entusiasmo y laboriosidad el Instituto tiene mucho que esperar. Reciba mis sinceras felicitaciones.

Socios fallecidos.—Hemos tenido que lamentar en el curso del pasado año, la muerte del Dr. Filoméno Martínez, nuestro socio de número, y del ilustre cirujano Dr. Julio Dartiguez, miembro de honor del Instituto.

El Dr. Martínez, hombre modesto y de trabajo, ha dejado un gran vacío en nuestra Sociedad. El Instituto, como de costumbre honró debidamente su memoria.

El Dr. Dartiguez fallecido en París en marzo del año pasado, fué Miembro de Honor del Instituto Médico «Sucre», la más alta distinción con que se ha honrado a un colega.

Dartiguez, a más de ser uno de los más grandes cirujanos de su época, fué un orador admirable a la vez que un fecundo escritor. Fundador y Presidente perpetuo de la UMFIA, Unión Médica Latina Americana, la Sociedad médica más importante del mundo por el número de sus adherentes, y que se encuentra extendida en gran parte de Europa y América, fué el animador de esa Sociedad que tenía por objeto estrechar los vínculos de los hombres de ciencia de los diferentes países de origen latino. Dartiguez fué un apóstol de la paz y tuvo la suerte de morir a tiempo para no ver las desgracias de su querida patria Francia.

Señores socios:

Celebramos hoy el cuadragésimo sexto aniversario de la fundación de nuestra Sociedad, pronto el Instituto, festejará sus bodas de oro; tiempo relativamente largo si se tiene en cuenta lo efímero de la vida, de la mayor parte de las sociedades, sean científicas o literarias que se han creado en nuestro país.

Probablemente será esta, la última sesión de este género a que yo asista, mi edad avanzada por una parte y sobre todo mi quebrantada salud, me obliga a salir al exterior dentro de poco, por tiempo indefinido y me hacen temer que talvez no vuelva más ya a reincorporarme a vuestro seno.

De los obreros de la primera hora, soy yo el úni-

co que queda, la guadaña de la muerte ha ido segando poco a poco la vida de nuestros compañeros de antes y al despedirme, por lo mismo que la historia del Instituto es tan poco conocida, creo oportuno, a fin de que la tradición no se pierda, hacer siquiera a grandes rasgos un resumen histórico de lo que ha sido nuestra institución.

La Historia del Instituto y de la actual Facultad de Medicina, son inseparables una de la otra, durante los primeros años: la Facultad actual es hija, y obra del Instituto.

La Historia de la Facultad de Medicina de Chuquisaca, se puede dividir en tres periodos: 1º, desde la fundación de la Facultad de Medicina en Sucre, por el Dr. Manuel Cuéllar padre, en los primeros tiempos de la República; 2º período, desde el retiro de Cuéllar hasta la fundación o mejor dicho la reorganización de la Facultad actual y 3º el período que podríamos llamar contemporáneo.

Después de las campañas de la Confederación del Perú, encabezadas por el General Santa Cruz, en las que Cuéllar actuó como cirujano del Ejército, cuando el Mariscal, después de Yungay, regresó a Bolivia, fundó en La Paz, la Universidad de San Andrés, con una Facultad de Medicina en la que también actuó Cuéllar; pero como chuquisaqueño que tenía cariño a su pueblo y viendo la sombra que estos hechos podían hacerle, regresó a su ciudad natal; puso una Escuela primero y después con la colaboración de sus discípulos Núñez y Montalvo, fundó la Facultad de Medicina que llegó a tener enorme prestigio, centralizando en Sucre durante varios lustros los estudios médicos de la República y fué apesar de las conmociones políticas de ese tiempo, la época gloriosa de nuestra Universidad; allí se formaron muchas generaciones de médicos, hoy ya todos desaparecidos.

Abecia, en su obra «Datos Sobre la Medicina en Bolivia», dice textualmente: «Torrally fué el verdadero fundador de la medicina boliviana, porque ha sido el médico que tenía ideas más avanzadas en su época y sobre todo porque educó a Manuel Cuéllar, que vino a

ser el centro de la generación médica en Bolivia, desde 1.846 a 1868».

Por esas aberraciones de los pueblos débiles, de que hablé al principio, al referirme al 3 de Febrero, se nota también que a esos próceres de la medicina boliviana, no se les ha hecho ningún homenaje, no digo un monumento, ni siquiera una página que recuerde sus nombres y a no ser que el Instituto Médico «Sucre», con espíritu justiciero, no hubiera colocado sus retratos en el puesto de honor, de su salón de actos públicos, nadie ya se habría acordado de ellos y estoy seguro que gran parte del público y entre ellos muchos médicos que nos visitan, no saben ahora mismo quiénes son esas personas.

Retirado Cuéllar a la vida privada, muertos sus colaboradores Núñez y Montalvo, vino la segunda época que se caracteriza por el desquiciamiento general de los estudios médicos. Se formaron pequeñas escuelas en varios centros de la República y después con la libertad de enseñanza que permitía a todo el que tenía título de médico, tener uno o varios alumnos y llevarlos hasta el doctorado, se enseñaba la medicina en todas partes; y fácilmente se comprende lo que sería aquello y esto siguió hasta la llegada de Manuel Cuéllar hijo, quien viendo que en estas condiciones era imposible establecer con seriedad los estudios de medicina en Bolivia, empleó sus influencias con el ilustre mandatario Aniceto Arce, para que decretara el establecimiento de la Facultad Oficial de Medicina en Sucre. Con ese decreto se fundó la nueva Facultad con los siguientes profesores Vaca Guzmán, Vásquez y el que habla. Se nos dió el local de los altos del Colegio Junín que se encontraba destruido; salones sin puertas ni vidrieras, con patillones deshechos de adobes para asiento de los alumnos; el Profesor no tenía donde sentarse. Recuerdo que desde la primera clase, hice pedir al portero del Colegio Junín una silla desvencijada que la compré por unos cuantos reales, ese fué el primer mueble de la incipiente Facultad.

Después conseguimos que nos dieran algunos asientos y unas mesitas de pino, pues no había partida

presupuestada para estos gastos y además, las rentas nacionales en esa época, eran tan escasas que apenas llegaban a cinco o seis millones de pesos, con lo que se atendían todos los servicios públicos. Luego se aumentaron más profesores, ingresaron Abecia, Ponce y Arteaga.

La menguada situación en que se encontraba la Facultad, no podía prolongarse más tiempo; necesitábamos mejor local, biblioteca, laboratorios, clínicas etc. y si el estado no podía suministrar estos elementos, cómo adquirirlos?

Desde luego en ese grupo de profesores, habían desaparecido los primeros rosamientos y una comprensión cabal de las cosas y de las personas, a pesar de las diferencias de edad y de condiciones, trajo como consecuencia el sincero aprecio y estrechó los vínculos de amistad de ese núcleo de médicos que se mostró siempre compacto y unido para realizar sus ideales. Después se unieron a nosotros los Drs. Ortiz, Ramíres, Rengel, Constantino y Donato Medina ya todos fallecidos.

Si el Estado no podía darnos los medios que se necesitaban era preciso que este grupo, se los arbitrara por sí, lo que a primera vista parecía una locura; pero consecuente con ese principio que siempre he sostenido, de que nada hay imposible para una voluntad o un grupo de voluntades que persiguen con fe y inercia un ideal, acometimos la que parecía imposible.

Con este motivo organizamos una agrupación médica que bien podía haberse llamado Academia, Sociedad de medicina o cosa parecida; pero, como su fin en esos momentos era principalmente el de buscar material para la enseñanza se le dió el nombre que hoy lleva de Instituto Médico.

Cuales son los primeros recursos con que contó nuestra agrupación? fueron los que provenían de la cesión que cada profesor hacía de una parte de sus sueldos en relación a su situación económica.

El que habla dejó la totalidad de ellos y los demás proporcionalmente y esto, señores, se sostuvo durante muchos años. Se exigía además de los socios una labor fuerte, continuada y jamás remunerada. Se aumenta-

ron después otras cátedras; ingresaron los Drs. Abecia, Ponce y Arteaga. Con el retiro de Vásquez, y a pesar de ser las ya bastante recargadas se distribuyeron equitativamente las materias entre los cinco profesores, se aumentó el trabajo, pero se aumentaron también fondos para el Instituto. Después buscamos recursos en todas partes y al fin el Instituto pudo instalarse oficialmente el 3 de Febrero de 1.895, para el Centenario del Gran Mariscal de Ayacucho.

Presentamos entonces y agregamos después el primer Laboratorio de Bacteriología y Micrografía en Bolivia, a base del particular mío, que cedi al Instituto; un Laboratorio de Química cedido por el Dr. Vaca Guzmán, la mejor Biblioteca médica que aún hoy mismo existe en la República en una Sociedad particular, un hermoso Museo de Anatomía, único en Bolivia: un Museo de Historia Natural; se instaló un magnífico observatorio meteorológico que ha funcionado con regularidad durante largo tiempo y publicado sus observaciones en un período de 20 años, un Laboratorio de Física, al que se agregó después una instalación de Rayos X., con una sección de radiografía y electroterapia la primera en el país y sobre todo la instalación de la Sección Vacuna de la que hablaré más adelante, además adquirió el hermoso edificio que hoy ocupa.

La Facultad de Medicina, que estaba tan íntimamente unida al Instituto, seguía los mismos progresos; los estudios anatómicos base fundamental de la Medicina, fueron por primera vez en Bolivia convenientemente instalados, el estudio de la anatomía se hacía entonces, en condiciones que no tenían que envidiar al extranjero, y a este propósito voy a referiros una anécdota: Nuestro colega y ahora distinguido cirujano el Dr. Claudio Calderón Mendoza, alumno en ese entonces en esta Facultad, estudiante del cuarto año de Medicina, se fué a Buenos Aires a continuar sus estudios; y a poco tiempo escribía a su padre el Dr. Claudio Calderón más o menos lo siguiente: ingresado a la Facultad me he encontrado muy inferior en otras materias; pero en Anatomía me encuentro tan fuerte como los mejores, actualmente en Sucre, se estudia la Anatomía

tanto o mejor que en Buenos Aires. Desgraciadamente, después la situación ha cambiado.

Instalación de la Oficina de Vacuna.—A este respecto no puedo menos que repetir lo que decía al leer mi Memoria en la sesión pública del 3 de Febrero del año 1902: «Al ocuparme de esta importante sección no puedo menos que hacerlo con entusiasmo; no es algo de pequeña importancia el hecho de que por primera vez en Bolivia hayamos establecido una oficina de Vacuna perfectamente instalada, debido exclusivamente a los esfuerzos de una sociedad particular, como es el Instituto Médico «Sucre» y la que tantos y benéficos resultados ha dado no solo en nuestra localidad sino en la República toda.»

Me complace manifestar que este compartimento marcha del modo más satisfactorio, perfeccionando de día en día su instalación y procedimiento de cultivo.

En mi Memoria de la sesión pública de 3 de Febrero de 1.903 decía: «Desde que el Instituto estableció su Sección de Vacuna, la viruela ha ido decreciendo gradualmente en esta capital a punto de que en el año que ha terminado no ha habido un solo caso de viruela».

Este resultado es tanto mas notable cuanto que ha hecho centenares de victimas en los departamentos de Oruro, Tarija Potosí y Santa Cruz. Si se considera que en épocas no lejanas la viruela en Sucre, era la enfermedad que mas mortalidad producía, a punto de llevarse un 10% de la población total, en los años 1.888 y 89; entre un 5 y 6% en los siguientes; si se comparan estas cifras con las de los tres últimos años, en los que la mortalidad ha ido disminuyendo de una manera notable, hasta llegar a cero en el año pasado, se verá de la manera más palpable, la benéfica acción é importante servicio que en este orden tiene prestado el Instituto al país: ya no se cuentan por centenares sino por miles las vidas salvadas gracias a los esfuerzos de esta Sociedad. Las mismas epidemias a que me refería hace un momento desarrolla-

das en Potosí, Oruro, Tarija etc., fueron yuguladas gracias a la pronta y abundante remisión de fluido vacuno que hizo a los puntos atacados.

Ha pasado con este centro, un fenómeno curioso, único en su especie, esto es, que una Sociedad particular sin subvención del Estado, provea gratuitamente de vacuna a toda la nación y a cuantos se la piden pagando inclusive los gastos de transporte. En todos los países los institutos de vacuna son sostenidos por el estado y ahora el Instituto es el que llena esa tarea.

Con motivo de la promulgación de la ley de 21 de octubre, a iniciativa nuestra sobre vacunación y revacunación obligatoria, nuestro país dió un gran paso en el camino de la higiene pública, según el Art. 3º de la misma ley se encomienda al Instituto el cuidado de proveer de fluido a todas las municipalidades de la República habiéndosele asignado la suma de 4.000 Bs. para ese servicio.

Después estas subvenciones fueron aumentadas poco a poco, muy mal pagadas algunas veces, suspendidas otras; pero el Instituto nunca abandonó el servicio y actualmente me complace manifestaros que el Supremo Gobierno atiende con amplitud este servicio de carácter nacional y en este orden Bolivia puede considerarse como los países más favorecidos de América. Todo esto, señores, es un timbre de honor del que el Instituto puede enorgullecerse.

Es también en Sucre, en el Instituto que se implantó la cirugía moderna en Bolivia.

El Doctor Ibáñez Benavente, en su discurso inaugural de la Sociedad de Cirugía de La Paz. dice, es a Cuéllar en Sucre y a Sanjinés en La Paz a quienes se debe la implantación de la cirugía en Bolivia. ¡Honor a ellos!; pero a continuación agrega, por mucho que el campo de las operaciones que ellos practicaban no fuera tan extenso como debiera haber sido.

Seguramente el Dr. Ibáñez, como casi todos los cirujanos modernos, no conoce las dificultades que encontraron al principio, ni el medio en que actuaron, los cirujanos a que hace referencia.

Por lo que respecta a Cuéllar, llegó éste a Sucre,

trayendo sus títulos en regla, presentó su Diplom a del Estado de la Facultad de París, que ningún boliviano hasta entonces, ni hasta ahora mismo, lo había obtenido, pues sabéis que los extranjeros en Francia, obtienen generalmente el título universitario que no da derechos de ejercer la profesión allá, mientras que el Diploma del Estado da los mismos derechos que a los nacionales, pero naturalmente es mucho más difícil obtenerlo; presentó además el honroso Diploma de miembro titular de la Sociedad Anatómica de París obtenido por su competencia en ese ramo. Apesar de esto se le pusieron muchas trabas y obstáculos para concederle el ejercicio profesional, se le exigieron durísimas pruebas, que hoy asustarían a los que las conocieran. Esto solo habría bastado para desalentar a un carácter débil.

Era la época de transición en que las teorías pasteurianas con la antisepsia y la asepsia recién comenzaban a aplicarse en Europa mismo y no habían llegado aún a Bolivia.

Los desastrosos resultados de las pocas operaciones que se habían practicado en el país, eran demasiado conocidos y con justa razón el público, y los mismos médicos, tenían horror al bisturí. La práctica de los partos se hacía también en condiciones desastrosas y la mortalidad puerperal era enorme.

La limpieza y el aseo no se conocían, menos aún la antisepsia. En el Hospital, no existía no digo una sala de operaciones, ni siquiera una habitación apropiada para el aseo, los enfermos se operaban en la sala común, en su propio lecho al lado de tíficos y erisipelatosos, en medio de la inmundicia, con hilas, pomadas etc. Era preferible operar a domicilio, donde al fin y al cabo se encontraba algún aseo, el cirujano tenía que ocuparse desde la preparación del local, de los apósitos, de todos los detalles en fin, y durante la intervención tenía que atender más que a la operación misma, a los ayudantes y demás asistentes porque la asepsia, señores, no se aprende en pocos días, se necesita una larga educación para que se haga costumbre.

En esas condiciones se comprenderá fácilmente,

que un cirujano de conciencia, no por obtener un éxito profesional, podía exponer la vida de sus enfermos con operaciones muy arriesgadas, había que proceder con prudencia y cautela. Por otra parte dada la mentalidad de entonces, unos pocos fracasos habrían retardado por mucho tiempo la práctica quirúrgica en Bolivia. A medida que el medio mejoraba, la amplitud de las operaciones se extendía y poco a poco la práctica quirúrgica se generalizó hasta llegar a lo que es ahora.

Cuando años después llegó Sanjinés a La Paz, tropezó ya con menores dificultades; desde luego, gracias a los esfuerzos de Cuéllar que había sufrido en carne propia los rigorismos enervantes aplicados a los médicos que habían estudiado en el exterior, obtuvo que aquellos bolivianos que traían títulos correctos, de buenas universidades, no se les exigiera prueba ninguna, Sanjinés aprovechó ya de esto y se libró de esas molestias; además el medio moral había comenzado a modificarse, los éxitos operatorios obtenidos en Sucre, fueron conocidos en toda la República; de todas partes venían enfermos a ser operados acá.

Si Sanjinés tuvo el campo moral ya mejor preparado, en lo material, encontró los mismos inconvenientes que Cuéllar en Sucre, Sanjinés distinguido médico y hábil cirujano era hombre de grande conciencia profesional y dado el medio en que actuaba, procedió con la misma prudencia que su colega sucrense.

Muchos de los que me escuchan pensarán que hablo de cosas que pasaron hacen dos siglos, sin embargo no soy tan viejo, apenas si he llegado a los diez lustros de ejercicio profesional, tiempo relativamente largo para la vida de un individuo; pero demasiado corto en la vida de un pueblo. Si en ese lapso de tiempo, nuestros progresos nacionales no han sido grandes en relación a nuestros vecinos, en cambio, en lo referente a la Medicina han sido enormes.

Hoy en día, no hay centro importante de la República donde no exista una o varias salas de operaciones más o menos bien montadas, en las que el cirujano pueda operar con seguridad, libre de infecciones ese fantasma aterrador de los cirujanos de antes.

En otro tiempo, las más brillantes operaciones fracasaban a causa de la infección, hoy gracias a la asepsia, la mayor parte de los enfermos salvan, muchas veces a pesar de los errores del cirujano, porque la *natura medicatrix* de Hipócrates, se desenvuelve ya sin obstáculo.

He ahí, señores, la obra del Instituto y a un momento dado y por largo tiempo su prestigio fué enorme, sin tener carácter oficial tanto el gobierno como los demás poderes públicos, se dirigían siempre a nosotros en todo lo relativo a higiene, medicina legal etc., y su prestigio en el mismo público era grande, nuestras sesiones públicas tenían tanta concurrencia que el salón resultaba siempre estrecho. Después... fué decayendo y a mi regreso de mi larga ausencia en el extranjero notaba la paulatina decadencia de nuestra Sociedad; parece que seguía la ley natural de las sociedades y de las naciones; nacen, crecen, llegan a su apogeo, declinan y mueren; pero esto no pasará con el Instituto, es demasiado joven para acabar tan pronto; pero no vaya a suceder lo que nos pasa en nuestro propio pueblo.

Gabriel René Moreno, al hablar del provincialismo en Bolivia, que en más de una ocasión estuvo a punto de disgregar nuestra nacionalidad, al describir las diferentes formas en que se presenta, refiriéndose a uno de los departamentos dice: «Ese provincialismo es soberbio, violento, excluyente, soberbio de dominación o soberbio de segregación» y en cuanto al nuestro: «El menos ofensivo y más vanidoso, es acaso el chuquisaqueñismo. Alardea de sus blasones de otros tiempos. Se conforta con antiguas preeminencias muertas, el pensamiento de su actual vida sin horizontes»; pueblo en que sus hijos desunidos siempre, se reúnen muy rara vez para impulsar su progreso y defender sus derechos agregaría yo. Esto no debe pasar con el Instituto, no debemos contentarnos con nuestros prestigios pasados y no olvidemos tampoco, que es gracias a la unión, al desinterés y a la abnegación de ese grupo de médicos de antes que con escasísimos recursos, pudo realizar la colosal obra que he mencionado. Ahora que el

Instituto tiene muchos elementos y mayores recursos que nunca, sus miembros deben trabajar con patriótico entusiasmo, para levantar esta Sociedad a la altura que le corresponde.

He consagrado a esta institución mi cariño y todas las energías de mi vida. Cargado de años y con la salud quebrantada, me retiro a la vida privada y corresponde a vosotros jóvenes consocios, continuar la obra de los viejos.

Señores, en esta fecha memorable inclinémonos reverentes ante la memoria del Padre de la Patria, el Gran Mariscal de Ayacucho.

Bodas de Oro profesionales del Dr. D. Manuel Cuéllar

Preparativos para su conmemoración

A fines del presente mes se cumplirá el cincuentenario de la vida profesional del eminente maestro e ilustre patricio Dr. D. Manuel Cuéllar, cuyo sólo nombre constituye una gloria para la medicina nacional, una honra para Bolivia y un legítimo orgullo para Chuquisaca, su pueblo natal.

Para celebrar tan grato acontecimiento y honrar, como merece, a tan alto exponente de la intelectualidad boliviana, como lo es el gran profesor Dr. Cuéllar, nótase un inusitado entusiasmo en todos los círculos sociales, científicos y culturales, no sólo de esta capital, sino de los demás centros análogos de todo el país, que apreciadores de los excelsos méritos y virtudes ciudadanas del profesor Cuéllar, apréstanse solícitos a tributarle sus homenajes de gratitud, admiración y respeto por los valiosos servicios que tiene prestados a Bolivia y a sus instituciones.

A dicho homenaje que se llevará a cabo el día 30 del actual y que será propiciado por el Instituto Médico Sucre, a iniciativa de su presidente actual y Rector de la Universidad el Dr. D. Aniceto Solares, han adherídose, por su parte el señor Prefecto del Departamento Coronel D. Guillermo Gonzalez Quint., la Alcaldía Municipal, el Arzobispado, la Universidad, la Facultad de Medicina, la Sociedad Médica Chuquisaqueña, la Sanidad Pública, los hospitales civil y militar, así como las sociedades culturales y de beneficencia de esta capital.

Por su parte, el Excmo. Sr. Presidente de la República, General Enrique Peñaranda, cumpliendo una reso-

lución del H. Senado Nacional, ha dictado un decreto confirmando al Dr. Cuéllar la *Condecoración del Condor de los Andes, en el grado de Gran Oficial*, honor dispensado a dicho ciudadano como una *excepción*, según reza en el texto mismo del indicado supremo decreto, el que tenemos el agrado de publicar a continuación, juntamente con el voto del H. Senado.

HOMENAJE DEL HONORABLE SENADO NACIONAL AL DR. MANUEL CUELLAR

Este fué el texto de la minuta de comunicación pasada al Sr. Presidente de la República por la Alta Cámara y que fué aprobada por unanimidad de votos, con dispensación de trámites:

«Dígase al Poder Ejecutivo que el H. Senado Nacional estima de justicia que se conceda al Dr. Manuel Cuéllar, eminente hombre de ciencia y meritorio servidor del país, la *Condecoración del Condor de los Andes, en el grado de Gran Oficial*. Esta condecoración será impuesta al Dr. Cuéllar por un delegado del Gobierno, el día 25 de Mayo próximo, en el acto del Jubileo que se prepara en la capital de la república, conmemorando las bodas de oro profesionales del mencionado facultativo.

La Paz, 4 de abril de abril de 1941.—Juan Ml. Balcázar.—Senador.

A la anterior minuta de comunicación, adhirióse como proyectista de ella el reputado médico y Senador Nacional Dr. Julio Quintanilla.

Supremo Decreto en honor del Dr. Manuel Cuéllar:

GENERAL ENRIQUE PEÑARANDA
Presidente Constitucional de la República

Considerando:

Que el H. Senado Nacional ha dirigido al Poder Ejecutivo una minuta de comunicación solicitando se otorgue la Condecoración Nacional del «Condor de los Andes», en el grado de Gran Oficial al Dr. Manuel Cuéllar, en mérito

a su condición de hombre de ciencia y de eminente servidor del país;

Que por Decreto Supremo de 18 de abril de 1925, que creó dicha condecoración y los Decretos Supremos de 1º de enero de 1938 y 10 de mayo de 1940 se prohíbe conceder la indicada Condecoración a ciudadanos bolivianos.

Decreta:

Artículo único.—Otorgase con caracter excepcional, al doctor Manuel Cuéllar la condecoración nacional del Cóndor de los Andes, en el grado de Gran Oficial, como reconocimiento de sus altos méritos al servicio de la patria y de la ciencia.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores en su calidad de Canciller de la Orden queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz a los 15 días del mes de abril de 1941.

Gral. Peñaranda.—A. Ostria Gutierrez.

Los dos valiosos homenajes que anteceden constituirán para el Dr. Cuéllar las notas de honor más altas que ha de recibir en su *jubileo* junto con el sentir general de la república que en forma de mensajes, diplomas, pergaminos, tarjetas y otros medios de exteriorización del pensamiento, han comenzado a llegar de todos los ámbitos del país y aún del exterior para que le sean entregados en el indicado acto del *jubileo* y en otras sesiones públicas que se llevarán a cabo de acuerdo al programa que está confeccionándose con las autoridades política, universitaria y comunal.

Dicho homenaje del H. Senado de la República al Dr. Cuéllar, discernido por *excepción*, como lo expresa el Decreto del Jefe del Estado, debe considerarse como un voto de reconocimiento de Bolivia hacia un eminente servidor de la patria, pues la Alta Cámara es la única facultada constitucionalmente para discernir premios y honores que significan la interpretación fiel de la gratitud nacional.

Pasado el Jubileo y los demás actos de homenaje al Dr. Cuéllar, la Revista tendrá el agrado de publicar la crónica de esas actuaciones con más los discursos, mensajes, texto de los diplomas y tarjetas que reciba el mencionado profesor.

Entre tanto, registramos a continuación la Circular enviada por el Comité encargado de preparar el homenaje a nuestro Presidente Honorario Dr. Cuéllar:

INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

**Comité Pro-homenaje
al Prof.**

Sucre,.....de 1941

DR. MANUEL CUELLAR

Al señor.....

Señor:

El Instituto Médico «Sucre» cumpliendo un deber de justo reconocimiento a los valores nacionales y siendo el Dr. Manuel Cuéllar *único sobreviviente de los cinco fundadores de esta corporación científica*, ha acordado en su última sesión realizar un gran acto de homenaje al indicado doctor, cuyas bodas de oro profesionales debe conmemorarse en el curso del presente año, poniendo en manos del Comité ad-hoc, para el que han sido designados los suscritos, la forma de dar mayor realce y brillo a tan trascendental acontecimiento.

Consideramos necesario señalar algunos aspectos de la alta personalidad de tan preclaro exponente de la ciencia médica boliviana, que tan bien cimentado ha dejado el buen nombre de la República en el seno de países extranjeros. Sus relevantes condiciones personales, especialmente en el orden del progreso quirúrgico, constituyen la piedra angular de la práctica de la Cirugía en Bolivia; sus altos merecimientos como profesor de varias generaciones de médicos de gran valía, que han ido a sembrar su ciencia en todas las ciudades del país; sus dotes de organizador y entusiasta propulsor de la Facultad de Medicina de Sucre, a cuya labor se debe en parte el pie de eficiencia en que actualmente se desenvuelve; su brillante actuación en el seno de la Liga de las Naciones como delegado de Bolivia, en la Sección Higiene y Salubridad Internacional; su actuación profesional de reconocido prestigio en varios países extranjeros, como en la República Francesa donde se diplomó de Médico y Cirujano del Estado; sus múltiples servicios prestados a la Nación; en fin, sus condiciones personales de in-

fatigable luchador, investigador constante, estudioso en su múltiple cultura; todo hace que en el Dr. Cuéllar las generaciones presentes tengan ejemplo vivido de las condiciones que deben adornar al científico, al patriota de verdad y al ciudadano eminente.

Es justo pues, reconocer, premiar y rendir el homenaje que se debe a hombres de la talla del Dr. Cuéllar, y precisamente impulsado por este sentimiento de justicia y reconocimiento, es que el Instituto Médico «Sucré» por órgano de su Comité especial, ha resuelto realizar la ofrenda a que hacemos referencia.

Para tal celebración el Instituto solicita de Ud. personalmente y de los miembros de la corporación que acertadamente preside su adhesión a este homenaje. Para ello se permite sugerirle la conveniencia de designar un delegado para dicho acto de júbilo público, en el que la represente con una actuación adecuada. En caso de no designar el delegado, se sirva remitir a este Comité el o los trabajos con los que pudieran contribuir los integrantes de esa corporación al Libro de Oro, que debe editarse con tal motivo. Finalmente, deja a su criterio la forma de hacer efectiva su adhesión en aquella oportunidad.

Para la posibilidad de una u otra de las indicaciones propuestas estimaremos de Ud. darnos aviso de la forma de su contribución, antes del 15 de abril próximo o remitir los trabajos dentro de este plazo también, para darnos el tiempo suficiente en la edición del Libro de Oro.

Nos suscribimos con nuestra consideración más distinguida,

Dr. Aniceto Solares

Presidente

Dr. Gustavo Vaca Guzmán

Vocal

Dr. Walter Villafani

Vocal

Dr. Gregorio Mendizábal

Secretario

Dr. Julio C. Fortún

Secretario

HOMENAJE

de la

Revista del Instituto Médico "Sucre"

al Presidente Honorario Vitalicio

Dr. Dr.

MANUEL CUELLAR

en sus

Bodas de Oro Profesionales

1981—1941



Dr. Dn. MANUEL CUELLAR,
Presidente Honorario Vitalicio y Miembro Fundador del Instituto
Médico «Sucre», que el 30 del presente mes celebrará sus
Bodas de Oro Profesionales

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

Año XXXVIII Enero — Marzo 1941 No. 73

La Personalidad del Dr. Manuel Cuéllar

Por el Dr. MIGUEL LEVY B.

Entre las individualidades humanas existe el factor aptitud que define las características propias de cada ser, determinando la capacidad mental—que en síntesis—es la medida de la personalidad comprensible para el espíritu observador.

Bien sabemos que no existe el tipo ideal que constituya la perfección del hombre, todos y cada uno estamos dotados de cualidades diferentes físicas y espirituales. Hoy que se estudia la calidad biológica y psicológica del individuo encontramos que no hay un tipo igual a otro.

Estudiando la personalidad de Manuel Cuéllar observamos al hombre de condiciones especiales que

determinan en él una aptitud propia de su fenotipo individual correspondiente, al que le dá un distintivo psíquico particular.

Su formación fundamentada en este concepto de la biología se desarrolló bajo la influencia de un ambiente favorable. Su padre que poseía capacidad intelectual superior, supo modelar el espíritu del hijo y encaminarlo hacia un fin: estudio y trabajo. Este sino o suerte para el adolescente constituyó la base de su formación intelectual munida de tres dotes: talento, carácter y voluntad.

El consejo paternal fué en su niñez y juventud la mejor escuela que tuvo en aquel entonces, época en que no existía una enseñanza pedagógica apropiada para la formación de la mentalidad infantil. El rutinarismo del maestro en un medio de poca ambición cultural dominaba a esa generación, donde el factor económico definía el porvenir profesional de cada uno.

Llegó el joven Cuéllar, a la edad universitaria sin mayores vínculos con núcleos intelectuales que los de un reducido conjunto de jóvenes en iniciación y formación cultural, quienes constituían la opinión valiosa de la intelectualidad chuquisaqueña. Ya sobresalía aquél por la disciplina en sus estudios y hábito al trabajo. Adquiriría conocimientos en libros europeos, asimilando progresivamente su mentalidad todo lo que constituía ilustración para construir su yo personal con una auto-educación bien meditada.

Encaminando su aptitud hacia la ciencia de Hipócrates, que ya desde joven escuchaba las útiles enseñanzas de su padre médico, resolvió estudiar medicina respondiendo a una imperiosa necesidad interior y a una índole de trayectoria bien orientada.

Viajó a Europa, Francia fué su campo de acción cultural; allí se formó el hombre sobre la base sólida de conocimientos; allí perfeccionó su aptitud cerebral que tiene el estuerzo de sus antepasados. Surgió en la carrera profesional, se hizo médico, especializándose en el arte de la cirugía. Una vez obtenido este anhelo, retornó a su patria con el título honroso de doctor en la Facultad de Medicina de París.

Aparece el Dr. Manuel Cuéllar en Sucre, trae todo un conjunto de conceptos nuevos de la ciencia médica aún no conocidos en nuestro ambiente científico, y con luminosa verdad de cirujano enseña en Bolivia todo lo investigado y estudiado en el extranjero. Su aleccionismo en un medio social poco culto es difícil para sus actividades profesionales; sin embargo lucha y surge, porque impone su supiencia y con los hechos demuestra el concepto moderno de la asepsia poco conocida todavía por nuestros médicos. Predomina siempre su espíritu disciplinado coadyuvado por una voluntad inflexible imponiendo su personalidad para la organización de la Facultad de Medicina de Sucre, la primera escuela boliviana que dió generaciones de médicos de gran prestigio y distinción profesional. Inculca en la cátedra los conocimientos adquiridos, refuerza al mismo tiempo su saber con el estudio de modernos libros de medicina en francés, idioma poco conocido por nuestros estudiantes de aquellos tiempos. Consigue organizar el Instituto Médico, corporación fundada por eminentes científicos que laboran tenazmente por el prestigio de la institución: doctores Valentín Abecia, Gerardo Vaca Guzmán, Angel Ponce y Cupertino Arteaga.

Al mismo tiempo, Cuéllar en pleno vigor de su personalidad intelectual, actúa eficazmente en diferentes campos de acción cultural, cívica, política, industrial y en todo lo relacionado con el progreso del país, con un entusiasmo de ciudadano patriota.

Vuelve a Europa, allí consigue superar, es nombrado representante de Bolivia como miembro en el control de estupefacientes ante la Liga de las Naciones. Sabe con certeza absoluta que su vida de trabajo es una obligación ineludible en su sólida contextura de organización mental. Estimula su curiosidad científica en el extranjero y retorna al país con la convicción más clara del porvenir de Bolivia.

Consciente de su responsabilidad que su misión entraña y con la rectitud que impone la verdad, anhela el Dr. Cuéllar el mejoramiento de su país procurando desaparezcan los perjuicios obstruccionistas que

hacen de nuestra patria un pueblo culturalmente pobre, en los comienzos de una civilización desvinculada de las naciones que están en pleno apogeo. Trata de imponer sus ideas de progreso, sensiblemente su acción es estéril, porque lucha en un ambiente difícil, donde encuentra diferentes corrientes sociales y políticas en desarmonía con la impreparación y poca ilustración del ciudadano.

Las tendencias democráticas e ideas socialistas del pueblo sembradas en un terreno infecundo para el resurgimiento de Bolivia, ensombrecen el espíritu innovador del que encuentra en su país la invariable idiosincracia del alto peruano, en quien domina la mezquindad avazallada por una política ruín.

Pasan los años y no obstante resalta en el profesor Cuéllar, su dinamismo a la par de su voluntad inalterable. Sigue la misma línea de conducta propia de su personalidad bien cimentada con su prestigio. Emplea sus energías en bien de la Facultad de Medicina, del Instituto Médico. Preside la acción Cívica, la Jefatura de Sanidad General en Bolivia, Sociedad Obras Públicas, y siempre con la superioridad de su contextura física e intelectual, lucha y domina, no obstante los años que ya marcan en su rostro la vejez. Sin embargo, continúa el hombre inflexible y recto, dedicado a sus actividades diarias. Su preocupación se concentra al Instituto Médico, no concibe que esta prestigiada institución decline. También actúa en la Rural como miembro en esta industria agrícola que es el porvenir de Sucre. Encuentra en ambas corporaciones elementos jóvenes de generaciones nuevas con modernas concepciones que contradicen a sus aferradas opiniones, se revela a la idea de que ellos sean los dirigentes en las actividades del país. Para él, vale más la experiencia adquirida con los años, con el estudio y con la autoeducación del individuo que se hace hombre a fuerza del trabajo y la lucha por la vida.

Actualmente, la contextura física del Dr. Cuéllar, está dominada por su fuerza moral, no cede a la vejez. En esta lucha consciente reconoce que su materia se debilita, pero aún todavía su psiquismo está bien con

trolado, se considera apto y con energías, anda erguido, con paso firme, entre su ceño hay una mirada penetrante y en su voz hay una entonación autoritaria.

En este año de 1941, cumplió sus bodas de oro de vida profesional, según él, este medio siglo de trabajo como médico, es muy poco para eximir sus deberes. No obstante siente los achaques de la edad, cuenta con 73 años, pero considera la vejez y la muerte como dos fenómenos naturales que tienen que suceder en todo organismo, exactamente igual como la noche sucede al día.

Educa su vejez como educó su juventud, si declina su organismo sabe que viene la muerte é impasible la espera como el último accidente de su fuerte naturaleza corpórea. Entonces, solo su memoria vivirá en el recuerdo de los que aquilatan hoy la personalidad del ilustre hombre, el profesor Dr. Manuel Cuéllar, espíritu patriota, aleccionado en la cátedra y último superviviente de los cinco fundadores del Instituto Médico «Sucre».

En las Bodas de Oro profesionales del Dr. Manuel Cuéllar

Por el Dr. AGUSTIN BENAVIDES C.

Un hombre que ha llegado a los diez lustros de vida profesional, con el dinamismo y tezón, con que los hombres de lucha conservan la integridad de su personalidad y carácter; son dignos de admiración y respeto.

Emil Ludwig, en su interesante libro: «Genio y Carácter» al hablar de la personalidad de Rethenau, sintetiza su opinión sobre el concepto del valor humano, en el siguiente fragmento que entraña un sentido filosófico profundo: «Un hombre debe ser suficientemente fuerte para forjar con la peculiaridad de sus imperfecciones, la perfección de sus peculiaridades» Y dentro de este ritmo de vida, de uno de los médicos más representativos de Chuquisaca—el Dr. Manuel Cuéllar—me he propuesto anotar en estas cuartillas, uno de los pasajes más interesantes de mi vida de estudiante, cuando conocí al distinguido colega; sin la menor intención de alago ni adulación, pero sí, con el propósito de hacer justicia al carácter y espíritu de lucha de uno de los más viejos y respetables miembros de la familia médica.

Estamos al frente de un intenso movimiento de renovación y perfeccionamiento, por todas partes se siente un anhelo de adquirir mayores luces y mucho más

experiencia en el terreno de las investigaciones científicas, al mismo tiempo se notan destellos de reconocimiento al esfuerzo y al trabajo, en un horizonte nublado de ingratitud y olvido.

Las jóvenes generaciones de médicos que vienen modelando su contextura moral y espiritual a base de una larga y madura experiencia, heredada de los Vaca Guzmán, Arteaga, Abecia, Ponce, Vásquez, Ortiz, Ramírez, Rengel, Constantino y Donato Carrión, Mendoza y otros, se precian de tener entre sus filas a uno de los sobrevivientes de esa pléyade de intelectuales que dieron verdadero lustre a nuestra Universidad.

El Dr. Cuéllar, cuya personalidad se destaca sin lugar a dudas, como una de las sólidas columnas, sobre las que hoy se levanta, magestuosa nuestra Escuela de Medicina; ha tenido sus detractores como todo hombre de combate sin embargo, pese a las pequeñas rencillas y a los odios enconados, la historia lo juzgará con imparcialidad, quedándonos a los jóvenes, respetar y venerar en vida, al maestro que educó y modeló varias generaciones de médicos.

¿Cómo conocí al Dr. Cuéllar?—Fué en el año 1938 cuando aún todavía era estudiante egresado, que me cupo el honor de conocerlo íntimamente en la Jefatura de Sanidad Departamental de Chuquisaca, colaborándolo desde el cargo de Secretario y Oficial de Estadística. Fué allí que me puse cara a cara con el hombre de quién había oído hablar en diferentes tonos. Fué entonces donde descubrí, sus excepcionales condiciones de hombre de disciplina y carácter, que unido a su indiscutible talento, habían conservado una ancianidad llena de vigor y de fuerza constructiva. Diríamos que la potencialidad del hombre, venció todas las barreras que la vida de luchas enconadas, se encarga de poner atajos en nuestro camino.

Celoso en el cumplimiento del deber, exigía de todos, la misma norma de disciplina que él se había impuesto, y así viejo y achacoso pero siempre dispuesto al trabajo, timoneó por algún tiempo los destinos de la Sanidad Departamental, con la sagacidad y tino con

que los hombres de talento saben infundir respeto entre sus colaboradores.

Su inquietud por los problemas nacionales constituía para él, toda su obsesión; cuántas veces nos quedábamos en la oficina, fuera del horario acostumbrado, para considerar los múltiples problemas de carácter Sanitario y Social y allí estaba el hombre, con su palabra cálida y vehemente, para señalar nuestras fallas y buscar un medio que alivie la situación, en un período de verdadera crisis de valor civil y honestidad. Y así pasé muchos meses junto a él, escuchando sus consejos, dentro de la cordialidad y amistad sinceras, forjadas en un ambiente de trabajo, en el que cada uno contribuye al mejor desempeño de sus funciones.

Pero para conocer al hombre, no solo es necesario haber compartido con él sino, recorrer las páginas brillantes de la Historia de nuestra Facultad de Medicina, íntimamente ligada a la del Instituto Médico «Sucre», para encontrar la biografía, de los que como el Dr. Cuéllar, han dado nombre y prestigio a la ciencia boliviana.

Estudiante aventajado y Diplomado en París, discípulo de eminentes maestros de la medicina del Siglo XIX, modeló su personalidad primero, en la escuela familiar, con los nobles consejos y las sabias enseñanzas de su padre el Dr. Manuel Cuéllar, eminente hombre de ciencia, médico del Mariscal Santa Cruz y Cirujano del Ejército de la Confederación; para más tarde culminar su aprendizaje de la medicina en los centros europeos más importantes, donde se impuso por sus condiciones de talento, disciplina y de estudio.

Representó al país en Congresos Médicos y asistió a Conferencias científicas, con todo brillo y competencia. Llegado al país, después de su perfeccionamiento en la Cirugía, actuó entre nosotros como Catedrático de Anatomía y Clínica Quirúrgica.

La Facultad de Ciencias Médicas, espera aún más todavía de la labor del Dr. Cuéllar, ya que su situación económica bastante desahogada le faculta para una obra que perpetue su recuerdo en la casa de estudios,

a la que según él mismo nos afirma, dedicó lo mayor de sus energías.

Otros de mayores años que yó, que han seguido de cerca sus pasos y han tenido el honor de ser sus discípulos, podrán apuntalar con mayores luces, la personalidad del Dr. Cuéllar.

A los médicos jóvenes de hoy, solo nos queda hacer justicia a la labor profesional y docente del distinguido hombre de Ciencia, en sus Bodas de Oro profesionales, como un homenaje de reconocimiento a su obra constructiva de grandes proyecciones para el futuro.

Sucre, marzo de 1941.

El Síndrome Esplenomegálico en el Paludismo y nuestro concepto personal

Trabajo original publicado en el libro de ORO, del Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Dr. Juan Raúl Goyena y en los «Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica del Hospital Rawson» de la misma ciudad.

Por el Dr. RAUL FERNANDEZ DE CORDOVA

Sub-Director y Jefe de Servicio del Hospital «Santa Bárbara». Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. Miembro del Instituto Médico «Sucre».

Pasan algunos años ya, que venimos observando muchos centenares de enfermos de paludismo en todas sus formas clínicas y en sus diversos períodos de evolución, con todas sus alternativas.

Bolivia, como la mayor parte de los países de América, sufre el flagelo de la malaria casi en todo su territorio. Quizá si el departamento de Oruro, sea el único que escapa por su situación geográfica y clima, a la tragedia de esta enfermedad que desorganiza a los hombres, haciéndolos negativos para la vida social en sus diversas actividades y manifestaciones.

Nuestra experiencia está basada en una cotidiana

na observación en las diversas regiones del país. Pues hemos recorrido el territorio de la República, desde el Acre, Beni y Santa Cruz, hasta el Chaco, Tarija y Chuquisaca en sus diversas zonas y climas, examinando por donde pasáramos, múltiples enfermos palúdicos en diversos estados y complicaciones

Decimos estados al referirnos a los períodos de la enfermedad, es decir enfermos recientemente parasitados unos, más antiguos otros, crónicos los más y ya caquéuticos muchos, verdaderamente en su período final.

Bajo el punto de vista clínico, el paludismo en Bolivia, reviste las más variadas formas; a tal extremo que los estados patológicos más extraños, los cuadros de apariencias más raras y absurdas muchas veces, están supeditadas a la acción del hematozoario de *Laverán* en sus tipos diversos.

Por nuestra propia experiencia, podemos asegurar que la malaria cual la sífilis, constituye la enfermedad proteiforme por excelencia; pues sus formas *latentes* como las *larvas*, encuadran un gran sector de la Patología.

Dentro del extenso campo de nuestras historias clínicas anotadas con todo cuidado encontramos casos realmente sorprendentes como desconcertantes.

Desde las formas que afectan los órganos de los sentidos, así como desde las formas mentales y nerviosas más dramáticas de apariencia incurable, hasta las manifestaciones más comunes, sencillas y corrientes como el típico acceso, hemos visto sucederse escalas muy interesantes, durante nuestro ejercicio profesional.

Pues bien, queremos hacer notar, que casi todos nuestras casos de palúdicos, los hemos descubierto clínicamente, merced a una metódica y cuidadosa *exploración del bazo*.

Sin embargo, estamos convencidos que el bazo sufre igualmente trastornos en otras muchas enfermedades que pudieran simular paludismo. Para eso tenemos otros elementos de juicio, muchos de ellos de gran valía.

Ya lo han dicho todos los autores y prácticos,

de lo que estamos plenamente convencidos, que es el bazo, donde *hace su grito el paludismo*, refiriéndose a la congestión dolorosa e hipertrofia seguida, que sufre este órgano, cuando el organismo está parasitado.

Si recorremos diferentes obras de medicina y sobre todo trabajos de autoridades en la materia, todos están acordes en que la hipertrofia del bazo, constituye uno de los síntomas cardinales del paludismo en todos sus períodos.

Así Charles Andree expresa: «En el *paludismo agudo* el tamaño del bazo, parece en relación con la frecuencia e intensidad de los ataques; pero también parece en relación con la variedad de los hematozoarias causantes: es discreta en los portadores de *plasmodium vivax*, pero se muestra muy pronunciada en los de *plasmodium precox* (Leger, Sant, Anna Barreto). Cuando el bazo llega a traspasar el reborde costal, su polo inferior a la palpación, da la sensación de un bulto obtuso, blando y doloroso generalmente.

«En el *paludismo crónico*, el bazo es grueso, pero se vuelve más duro, de reborde firme y cortante; la hipertrofia esplénica evoluciona hacia la esclerosis.

«La *esplenomegalia* suele ser moderada en el paludismo crónico del adulto. En cambio en los niños, la hipertrofia suele ser notable. En estos, no es raro que el bazo alcance el nivel del ombligo; la palpación es entonces muy fácil, por lo que ciertos autores proponen la palpación sistemática del bazo de todos los niños en una región, como medio de establecer el índice palúdico en una comarca, vale decir el porcentaje de infestación palúdica».

«En la *caquexia palúdica*, la hipertrofia del bazo se acompaña ordinariamente de la del hígado, además de signos de hemólisis intensa (anemia, pigmentación morena y terrosa de la piel). Lancereaux individualizó el tipo clínico llamado Cirrosis bronceada palúdica.

«Hace 10 años que Jonesco describió otro tipo de Cirrosis hepato-esplénica palúdica. Los enfermos flacos, anémicos muestran un abultado vientre, con circulación venosa típica; en los tovillos se nota un discreto edema; ni ictericia, ni pigmentación de la piel. Al

examen se observa: hígado de tamaño normal, o reducido, bazo voluminoso, duro, móvil, que llena el hipocóndrio izquierdo. Este cuadro clínico (salvo su etiología palúdica) es muy parecido a la enfermedad de Banti.»

He aquí que este es el criterio general que reina entre médicos y malariólogos en su mayor parte.

Más, al respecto nosotros diferimos en algunos aspectos, ya que la observación nos lleva a conclusiones de otro género.

Durante nuestras peregrinaciones en regiones eminentemente palúdicas como también en nuestra larga práctica de varios años en el Hospital «Santa Bárbara» de Sucre, en cuyos servicios la enfermedad dominante constituye el paludismo, hemos podido constatar:

a) Que la esplenomegalia es evidentemente un síntoma cardinal del paludismo, pero que en la mayor parte de los casos es discreta, es decir que no rebasa o si apenas rebasa el reborde costal, aunque siempre dolorosa, sin relación ninguna en sus dimensiones, con la intensidad, forma o frecuencia de los ataques. Que tampoco guarda relación con el tipo de hematozoario en acción, es decir que no es pequeña en las tercianas y cuartanas y mayormente hipertrófica en las perniciosas, sino que contrariamente es indiferente, relacionándose mejor en sus dimensiones, sobre todo cuando son exageradas rebasando el reborde costal y aún llegando hasta la línea umbilical, cuando el terreno es de un sífilítico (heredo o adquirido), del que ya nos ocuparemos.

b) Que en el *paludismo crónico*, hemos encontrado pequeña como gran esplenomegalia indiferente, aún en las formas perniciosas constatadas microscópicamente, en las que al decir de los demás siempre el bazo es muy grande.

c) Y por último en las *caquexias palúdicas*, constatamos que si bien el bazo está hipertrofiado dentro de ciertos límites discretos en la mayor parte de los casos, en circunstancias especiales presenta grandes dimensiones que llaman propiamente la atención.

En resumen diremos entonces que realmente el aumento de tamaño *discreto* del bazo, es síntoma car-

dinal de todas las formas de paludismo, y la *gran esplenomegalia* notoria y remarcable por todo concepto, se presenta en ciertos casos que según nuestro criterio llevan *estigmas específicos* además.

Imbuídos del concepto general y clásico sobre esplenomegalias palúdicas, no dejamos de extrañar, que algunas de nuestras observaciones, desvirtuaban las reglas generales establecidas y aceptadas por todos.

Así por ejemplo: 1) De varios enfermos parasitados en la misma zona, aún en la misma casa y portadores del mismo tipo de hematozoario, casi todos presentaban *esplenomegalia muy discreta*, y solo dos o tres de estos presentaban *gran esplenomegalia*. (¿?)

2) De varios enfermos palúdicos de terciana y cuartana, pocos hacían una rápida caquetización con *esplenomegalia grande*, mientras los más solo leves alteraciones sanguíneas y *muy discreta esplenomegalia* presentaban. (¿?)

3) En enfermos de *paludismo crónico* antiguo, con pouses periódicos hemos visto exhibir *bazo discreto* en su mayoría, y en muy raros *notable esplenomegalia*. (¿?)

4) Se ha dicho que en la infancia, la esplenomegalia es inialible acompañante del paludismo de estos, en tal grado que la simple palpación de este órgano agrandado, conduce al diagnóstico de paludismo.

No desmentimos que la mayor parte de los niños palúdicos observados por nosotros son portadores de esplenomegalia, pero *casi siempre discreta*. En cuanto a la *gran esplenomegalia*, la hemos observado también solo en casos especiales. (¿?)

Por otra parte nos han llamado la atención los siguientes hechos:

a) Que de los enfermos parasitados en la misma casa, la misma zona y con el mismo tipo hematozoario, *portadores de gran esplenomegalia*, la mayor parte presentan también unos estigmas de heredo-lús y otros antecedentes específicos.

b) Que de enfermos con terciana y cuartada aguda con rápida caquetización, hemolisis y graves alteraciones del estado general con *gran esplenomegalia*, en

su mayor parte cargan nutridos antecedentes específicos o estigmas; no así los palúdicos con buen estado general y *bazo discreto*.

c) Que en palúdicos crónicos en quienes el bazo es discreto en su tamaño y se mantiene el estado general en buenas condiciones, la Kahn generalmente es negativa, mientras es francamente positiva en los que presentan *gran esplenomegalia* y menor resistencia orgánica.

d) Que de todos los niños palúdicos con gran esplenomegalia, un 90% presentan estigmas indiscutibles de heredo-sífilis.

Debemos añadir algo más: y es que en gran número de palúdicos con esplenomegalia grande, hemos encontrado sobre todo en los crónicos, francas aortitis en unos o enfermedad de Hodgson constituida en otros, que a nuestro entender revelan también especificidad, por lo menos en la mayor parte de los casos.

De todas las consideraciones que acabamos de anotar se desprende: si bien el paludismo trae como síntoma cardinal la esplenomegalia, esta es discreta en las formas que las llamaremos *puras* de la enfermedad, y *grande o extraordinaria*, en las asociaciones *sífilo-palúdicas*.

En otros términos, que la *gran esplenomegalia* se presente en sífilíticos hereditarios o adquiridos que se infectan de paludismo, o palúdicos que contraen sífilis; de tal modo que la asociación infectiva viva y activa de ambos procesos, contribuye a la *gran esplenomegalia*, que se hace presente sino a la vista, a la más leve exploración, estigmatizando quizá al enfermo de taras patológicas de que es portador.

Ahora bien, ¿es la sífilis la que contribuye decididamente al mayor desarrollo del bazo en los palúdicos?

Parece que sí, ya que como hemos visto en nuestras observaciones, en presencia de esplenomegalias notables, hemos encontrado casi siempre estigmas de he-

redo sífilis o antecedentes nutridos de la enfermedad adquirida.

Algo más, ya lo hemos hecho notar que en *palúdicos puros*, o en otros términos en enfermos exclusivamente de paludismo, el desarrollo del bazo es corrientemente *discreto*.

Por otra parte, la sífilis sola, si bien en los niños da *esplenomegalia*, en los adultos, rara vez se llega a precisar, pero en ambos casos es discreta siempre.

Entonces, podemos pensar en consecuencia que la coexistencia y la correlación de ambos procesos morbosos, *determina la gran esplenomegalia*, que se observa en palúdicos dueños de una *sífilis oculta*, en gran número de ocasiones.

Otra interrogante que cabe formular al respecto, es la que se refiere a la prioridad de uno de los procesos en la gran esplenomegalia.

Ambas enfermedades son esplenomegalizantes; ¿cuál gravita más? Un detenido estudio en colaboración con el anatomo-patólogo nos aseguraría la respuesta.

¿Tiene el tratamiento específico influencia decidida en la reducción de la esplenomegalia?

En nuestras observaciones hemos podido constatar que el tratamiento antipalúdico tiene una acción reductiva del *bazo grande*, pero parcial, muy rara vez total. En consecuencia, practicamos un tratamiento complementario específico, para conseguir la real y definitiva reducción.

Nos ha pasado en ocasiones, que ni el más intenso tratamiento antipalúdico ha conseguido reducir el bazo. Pues con el bismuto, mercurio, yodo y arsénico, combinados, recién hemos conseguido nuestro intento.

Nada nos extrañaría que al respecto se nos objete que el mercurio como el bismuto y el arsénico más aún, también obran sobre el hemotozoario.

Entonces, ¿por qué la quinina y preparados derivados antipalúdicos, no obran con la misma energía en la reducción de la gran esplenomegalia?

Nada absoluto hay en medicina, y esto nos consuela si acaso hemos errado en nuestros conceptos.

Nos acompaña solo un noble deseo: contribuir sin pretensión alguna a la edificación de la gran ciencia mariológica que día a día va adquiriendo mayor importancia en el mundo.

La cardiopatía en el individuo de la altura

Por el Dr. MIGUEL LEVY
Prof. de la Facultad de Medicina

Es un tema de divulgación científica que en nuestro medio, aún todavía no lo hemos expuesto, como lo hacen otros países en plena evolución de la ciencia.

En la actualidad, nos ocupamos extensamente de los importantes estudios de lucha antituberculosa y palúdica, flagelos de constante preocupación para todos; que cada vez más, amenaza al bienestar general, por el gran número de enfermos que ocasionan índices mayores de mortandad. Se hacen esfuerzos, a fin de obtener una efectiva acción profiláctica para aminorar la grave situación de regiones, donde la tuberculosis y el paludismo degeneran racialmente a grupos, inutilizando hombres de cuyos brazos necesita el país.

Y, qué acción desplegamos por el cardíaco; qué estadísticas tenemos de esta terrible afección, de graves consecuencias en nuestro país de altura y montañoso, donde la mayoría vivimos de 2,500 a 4,500 metros sobre el nivel del mar; cuál es el índice de mortalidad por cardiopatías?

Aún nada se hace, ni tratamos de investigar al respecto, solamente los médicos somos sorprendidos por nuestra observación, de que hay muchos cardíacos entre niños, adultos y viejos, como lo hay en todas partes del

mundo, pero, nosotros, qué profilaxia realizamos ante este problema social, para atemperarlo y si es necesario combatirlo? Ninguna, hemos esperado que médicos extranjeros vengan en misión de la Argentina, para estudiar al hombre de la altura, en lo que se refiere a su fisiología y metabolismo basal.

En la mayoría de los países europeos, se han organizado corporaciones médico-sociales del cardíaco, como la primordial necesidad para el bienestar del habitante que solicita salud. En el concepto de pueblo culto, estamos nosotros en el ineludible deber de imitar e iniciar esta árdua labor, obra benéfica que podríamos realizar sin exigir nada al Estado, y tan sólo requiriríase la buena voluntad y cooperación de todos; una acción conjunta para vencer dificultades, solicitando al público en general y al médico en particular se asocien para contribuir en esta cruzada de humanitarismo.

Hagamos una receña clínica de las cardiopatías en Bolivia. Todos conocemos la influencia que tiene sobre el corazón el factor topográfico de nuestro terreno accidentado y en especial la altura, que como consecuencia, el esfuerzo del trabajo cardíaco es la manifestación funcional de este órgano. No obstante de la adaptación individual y propia de cada organismo, esta mayor actividad y energía, hipertrofia al tejido miocárdico, el que adquiere más fuerza contractil, pero sufre un desgaste por exceso de trabajo, traducido subjetivamente por ligera disnea y palpitación al menor movimiento. Son los primeros signos que indican un refuerzo sistólico para luego iniciarse insensiblemente la fatiga miocárdica con un pequeño ascenso de la presión arterial. Esto le pasa al individuo de la altura que vive allí y que no es un cardíaco precisamente; diremos que es el tipo normal del habitante de altitudes de más de 3,000 metros; es el adaptado a esta causa externa del medio sin mayor perturbación cardiovascular.

Si ahora, nos referimos al cardíaco con predisposición hereditaria o por enfermedad anterior o por otras

causas, entonces apreciaremos cómo aumenta el porcentaje de éstos, siendo en nuestros reconocimientos médicos el diagnóstico más frecuente de Afección Cardíaca, sin especificar precisamente la lesión anatómica o funcional.

En la larga experiencia de vida profesional en centros mineros, muchísimos médicos podremos certificar lo anteriormente expuesto. En diez años de estadía y estudios al respecto, a una altura de 4,000 metros, hemos obtenido los siguientes datos estadísticos de trabajadores, que durante varios años radican en aquellos lugares, o nacen y mueren allí sin haber conocido otra población.

Datos de libros de Reconocimiento Médico:

Afectos cardíacos entre trabajadores y empleados desde el año 1927 a 1937 Total 6,508

Clasificados en 4,020 hombres

1,251 mujeres

1,237 niños de 13 a 15 años.

En todos los diagnósticos de estos cardíacos predominaba la hipertrofia, en seguida, las aortitis y por último, la dilatación cardíaca con sus trastornos ligados a alteraciones del aparato valvular.

Por las anteriores cifras, vemos cómo las cardiopatías son las consecuencias más frecuentes del obrero minero, que en su mayoría es neumoconiótico y tuberculoso, sin mencionar las demás causas etiológicas: sífilis, reumatismo, gripe, tifoidea y otras enfermedades que repercuten casi siempre al corazón, dejando secuelas para el futuro del individuo.

Sorprende en estos lugares al médico, observar este mal tan difundido entre la clase trabajadora, donde encontramos todas las formas clínicas de cardíacos, desde la simple hipertrofia hasta los grandes corazones de buey, los transparentes o de hoja muerta, los cardíacos negros, los grandes aneurismas de la aorta, las aortitis más variadas, afectando tanto al hombre como a la mujer y al niño; las cianosis por insuficiencia de oxigenación de la sangre (anoxemia) o por degeneración del

músculo cardíaco, la eritremia por aumento del número de ematies, etc.

También se vé la gran influencia que tienen los tratamientos terapéuticos sobre el corazón, así la morfina, la pituitrina, la anestesia con el cloroforno, etc., pueden ocasionar estados sincopales, y aún ser mortales, para determinadas personas alcohólicas o hepáticas.

Por todas estas referencias, podremos darnos cuenta de la enorme cantidad de cardíacos que deben existir en Bolivia y el gran número que encontraríamos si nos propusieramos hacer una estadística completa, dedicándonos exclusivamente a la observación clínica del corazón, con preferencia en las poblaciones de Potosí, que está a 4,060 metros sobre el nivel del mar, La Paz a 3,650 mts., Oruro a 3,694 mts., comprendiendo todos sus distritos provinciales, donde existen numerosos centros mineros.

Ahora, si vamos más allá en nuestras investigaciones, sería muy ilustrativo conocer la mortandad por cardiopatías en el país, siempre que en los certificados de defunción, expresáramos la afección cardíaca como la consecuencia más frecuente de tantas enfermedades que figuran solamente con el diagnóstico de la enfermedad causal sin mencionar esta grave complicación sobre el corazón.

A medida que contamos con mejores medios de investigación científica (esfigmomanometría, electrocardiografía, rayos x, etc.) estamos más seguros de nuestros diagnósticos precisos que obtenemos en personas aparentemente sanas del sistema cardiovascular.

Que atribuyamos al factor altura por una parte, a la herencia y enfermedades numerosas que dejan como secuela la debilidad del miocardio, por otra parte, para que a la postre resulte cardíaco el individuo, no nos sorprende que estas diferentes causas sean la realidad del efecto que producen sobre el corazón; pero el desconocimiento sobre las consecuencias, es lo más importante que deberíamos llamar la atención del predispuesto en particular y de toda persona en general, pues así, conseguiríamos evitar el aumento de cardíacos, y sobre todo las muertes súbitas o lo que es peor todavía, la

invalidez casi absoluta, tan frecuentemente observada en nuestro medio, y que averiguada la causa etiológica, es generalmente la complicación cardiovascular de alguna enfermedad específica contraída o heredada.

Para evitar estas graves consecuencias que sorprenden a centenares de personas aparentemente sanas y que no demuestran afección cardíaca, sino al examen clínico completo, se requeriría la observación frecuente en el consultorio del médico o en las clínicas de hospitales, donde se ilustra al enfermo sobre las particularidades de su afección. Ahora, si nos referimos al individuo sano, éste también debería someterse con cierta regularidad al examen exclusivo de su corazón para conocer las condiciones en que se encuentra, el funcionamiento y la presión arterial que tiene; ilustrado por el médico, estará siempre prevenido de cualquier irregularidad cardíaca o trastornos que pudiera tener en un momento dado, como por ejemplo, en un viaje, donde con frecuencia observamos accidentes cardíacos en personas que jamás pensaron estar afectadas del corazón.

Con todos estos antecedentes, que es preciso divulgarlos entre el público culto en general, me concreto a demostrar la necesidad de una organización de Asistencia Médico-Social del cardíaco en Boliva, sería, uno de los progresos en bien del pueblo y de la profilaxia, bajo el concepto de la ciencia moderna o sea de realizar el diagnóstico precoz para atenuar y curar la enfermedad antes de que ésta haya determinado lesiones anatómicas y funcionales, inutilizando para siempre al individuo.

Es pues conveniente hagamos efectiva esta obra benéfica para todos, así sabremos si [somos cardíacos o no, o si estamos en peligro de serlo, a fin de someternos a un tratamiento preventivo y no ser sorprendidos por cualquier accidente en pleno estado de buena salud, desde el simple desvanecimiento hasta el terrible síncope mortal; siendo mejor para el afecto el conocimiento de su mal a ignorarlo.

La Revista Latino Americana en una estadística correspondiente a Alemania, demuestra que en el año 1928, por cada 100 habitantes, hubo 20 defunciones por afecciones cardíacas y sólo 8 por tuberculosis y dice: «las afecciones por tuberculosis disminuyen, mientras las debidas a afecciones cardíacas, muestran un aumento considerable».

En la república Argentina, sin mencionar otros países sud americanos, preocupa también este grave problema, el Dr. Bullrich, con sus datos alarmantes, pone de relieve la gran mortalidad de cardíacos que supera a la tuberculosis y al cáncer.

En Estados Unidos de Norte América, esta obra de asistencia al cardíaco, es una obligación que impone el Estado mediante su Legislación del Trabajo, para que el obrero esté amparado en caso de resultar cardíaco en el reconocimiento médico.

En Bolivia, qué resultados obtendríamos al hacer estudios completos y estadísticas de morbilidad por cardiopatías, especialmente en las clases sociales pobres, quienes solicitan una atención en hospitales, donde se les hace un tratamiento momentáneo, que después no continúa el enfermo en su domicilio con la prescripción médica, por falta de recursos?

Se nos puede objetar, que el hábito del organismo a la altura es una peculiaridad propia de adaptación al medio en que vive; efectivamente es evidente. Desde el punto de vista de la Biología, bien sabemos que todo ser orgánico se adapta desde que nace a las condiciones del ambiente, reaccionando a las influencias externas bajo las cuales se desarrolla; pero estas causas exteriores del medio, actúan sobre el individuo—unas veces—favorablemente, en cambio—otras veces—hay condiciones inapropiadas, como el factor altura, por ejemplo: Esta sola influencia ocasiona reacción desfavorable en nuestro organismo, donde hay mayor desgaste, mayor fatiga y prematura vejez por el gran esfuerzo cardíaco que ejecuta este noble órgano del individuo que vive en

la altura, donde hay baja presión atmosférica y aire pobre en oxígeno, fuera de otras condiciones climatéricas.

Esto es fácil de comprobar; así vemos con mucha frecuencia, personas que viajan de Bolivia a otro país que esté al nivel del mar; a su retorno, este individuo ha sufrido una modificación física y espiritual notablemente favorable por un cambio nutritivo celular de mejor asimilación y desasimilación conveniente al organismo; pues a tal acción deben atribuirse los resultados favorables de los climas en zonas bajas, donde el corazón funciona sin mayor esfuerzo ni fatiga y en ambientes de aire más oxigenados, influenciando poderosamente en ese distintivo psíquico que caracteriza a cada individualidad. Con razón se dice de ésta: que ha rejuvenecido. En el caso contrario, de personas extranjeras que vienen de Europa, por ejemplo, a radicarse en nuestro país, observamos cómo se arruinan orgánicamente y con rapidez por la influencia de la altura sobre el corazón, siendo su adaptación bastante difícil.

En el indio del altiplano, que vive en áridas planicies, a más de 4,300 metros del nivel del mar, las cardiopatías son menos frecuentes. Este habitante, es el único y el mejor adaptado a las grandes alturas; es fuerte para las caminatas largas por las extensas llanuras y ascensos por las abruptas montañas. Esta capacidad especial se la debe a su gran resistencia física, habituada a la rudeza e inclemencia del clima; además, a la inactividad psíquica sin mayores emociones ni excitaciones nerviosas y, por último, a su ambiente sin variación alguna, donde se desarrolla sólo vegetativamente. Sin embargo, observamos en muchos de ellos, una frecuencia de cardiopatías, en especial, hipertrofias simples y aortitis que indican un refuerzo del miocardio, el que desfallece fácilmente a consecuencia de enfermedades agudas como la gripe, neumonía etc., complicación que con menos frecuencia se encuentra en el indio de zonas bajas (valles).

Al intentar la iniciación de nuestra labor de asistencia del cardíaco, imitando a otros países que se preocupan más del bienestar de sus pueblos, sería para

nosotros una obra difícil de realizarla, por lo tanto, sólo podremos hacerla factible, procediendo de acuerdo a las posibilidades de que disponemos, sobre todo, con la colaboración decidida del público en general, quien tendría que asociarse a esta encuesta médico social.

En este sentido se organizaría esta corporación en Bolivia, comenzando por:

Solicitar a los profesionales médicos, estadísticas y filiación de cardíacos atendidos en hospitales, consultorios o a domicilio, para informar a las Sanidades Departamentales de cada distrito

Incorporar a todos los afectados del corazón a la Asociación de Asistencia del Cardíaco, donde serían continuamente atendidos y vigilados.

Organizar ficheros de cardíacos en los diferentes establecimientos de enseñanza: escuelas, colegios, talleres, empresas mineras e industriales, sindicatos, etc., instruyéndoles sobre el trabajo pasivo a realizar, evitando toda fatiga, emoción o esfuerzo; además, obligarles se sometan al tratamiento adecuado para que pueda recuperar el corazón su capacidad normal y la persona no sufra en sus labores diarias.

Atender al niño cardíaco, a la madre cardíaca, en especial si es obrera en estado grávido o de lactancia, vigilándola mediante una prolija atención médica.

Socorrer al cardíaco avanzado, procurándole un bienestar económico, si es que necesita, y una esmerada atención hospitalaria o a domicilio.

Propender a la incorporación de todos los que deseen pertenecer a esta asistencia social, en bien del enfermo o en previsión de la misma persona sana, expuesta a esta dolencia, que en nuestro país aún todavía, no se le dá la importancia necesaria para el bienestar general del pueblo.

En síntesis y por lo expuesto anteriormente, se desprende que en nuestro país el factor altura, ocasiona en el habitante una mayor fatiga del corazón, un mayor desgaste orgánico y un envejecimiento más prematuro que el natural. Siendo la repercusión cardíaca una de las más frecuentes complicaciones de las diversas enfermedades.

Patogenia general de las enfermedades cutáneas

(De conformidad a las teorías: anafiláctica de Widal, coloidoclásica de Augusto Lumière y de la defensa leucocitaria antifloculado de Jaime Sédillot).

Por el Dr. JOSE AGUIRRE T.

Profesor Titular de Dermatología
de la Facultad de Ciencias Médicas
de Sucre.

Las enfermedades cutáneas—con la única excepción de las afecciones microbianas de la piel, cuya producción se debe a la presencia localizada del microbio o del parásito correspondiente y que por esa circunstancia se caracterizan por lesiones específicas cuya patogenia no se diferencia en absoluto de las lesiones internas producidas por el mismo microbio o parásito—no son sino la expresión clínica, objetiva, de la salida de las sustancias tóxicas que saturan la sangre, la misma que se verifica a nivel y a travez de la piel debido a condiciones especiales (*idiosincracia ectodérmica de Sédillot*).

En efecto. Es bien sabido que, aun en estado normal, la piel es un extenso emuntorio auxiliar o vicariante al que recurre el organismo para desembarazarse de sustancias tóxicas o venenosas cuando los emunc-

torios naturales (intestino y riñones) son insuficientes.

Ahora bien. Los enfermos de piel son siempre personas que adolecen de insuficiencia de transformación, destrucción y excreción de las sustancias tóxicas. Los enfermos de piel son siempre dispépticos, insuficientes hepáticos e insuficientes renales. Algo más. Adolecen de insuficiencia de excreción sudoral y sebácea. Su organismo, saturado de toxinas que no son suficientemente transformadas o destruidas por el hígado y que tampoco pueden ser expulsadas por el intestino, por los riñones, por el sudor o el sebo cutáneo, recurre a la piel para desembarazarse, por su intermedio y a travez de ella, de las toxinas que le impregnan.

Precisamente a la presencia y a la salida de las sustancias tóxicas a travez de la piel se deben las diversas lesiones que caracterizan las enfermedades cutáneas, conforme se va a demostrar en seguida.

Pero. ¿Cuál es el mecanismo íntimo (patogenia) mediante el que la sangre se desprende de aquellas sustancias tóxicas utilizando a ese fin la piel? O, en otras palabras, ¿cuál es el mecanismo de producción de las enfermedades cutáneas ya que estas enfermedades no son sino el resultado de la salida de sustancias tóxicas a travez de la piel?

Todas las sustancias tóxicas, cualquiera que sea su origen o manera de introducción en el organismo, (ingestión de alimentos sanos; de sustancias medicamentosas; intoxicaciones alimenticias, medicamentosas o accidentales; inyecciones subcutáneas, intramusculares o endovenosas; autointoxicaciones; disendocrínias) impregnan la sangre, especialmente, a nivel de la circulación venosa infrahepática.

Son conducidas por esa sangre venosa infrahepática en estado de solución perfecta y uniforme. En la mayor parte de las circunstancias, la sangre venosa de la circulación infrahepática no sólo es una solución normal sino una solución saturada y aun sobresaturada de sustancias tóxicas, entre las que se encuentran principalmente: el ácido úrico, los uratos y las albúminas heterógenas. Para estas últimas quizá sea más exacto

hablar de suspensiones perfectas y uniformes y no de soluciones.

A su paso por el hígado estas sustancias tóxicas deberían ser transformadas o destruidas (funciones ureopoyética y proteotóxica del hígado) y luego eliminadas por la bilis. Pero. Todos los enfermos de piel son, al mismo tiempo, insuficientes hepáticos.

Si esas mismas sustancias tóxicas se mantuviesen en estado de solución o de suspensión al salir del hígado, por la vena suprahepática, deberían ser eliminadas después por la orina. Pero. No sólo se precipitan, rompiendo así su estado de solución o suspensión uniforme que les permite atravesar el filtro renal, sino que encuentran, luego, un riñón insuficiente.

El paso de la sangre saturada de sustancias tóxicas solubles (ácido úrico, albúminas heterógenas) por el hígado no disminuye esa misma saturación tóxica como ocurre en estado normal. Al contrario. Desempeña, respecto a esa sangre, el papel de *catalizador* cuya simple presencia transforma la uniformidad de la solución o suspensión sanguíneas, precipita las sales y albúminas, y es comparable a la acción de una varilla de vidrio que se introduce en una solución sobre saturada de nitrato de plata o a la vibración o sacudida brusca que se comunica a la misma.

En efecto. Si en el Laboratorio de Química se disuelve en agua pura una cierta cantidad de nitrato de plata se puede llegar y aun sobrepasar el umbral de saturación del agua con respecto al nitrato de plata siempre que el recipiente en que se realiza el experimento sea de paredes lisas y se encuentre en absoluta quietud. En esa forma se pueden obtener soluciones perfectas y uniformes en las que la cantidad de nitrato de plata sobrepasa en mucho a la capacidad normal de disolución del agua respecto a aquella sal. Pero. Basta introducir en ese mismo recipiente una delgada varilla de vidrio o sacudir el vaso para que la solución uniforme de nitrato de plata se *precipite* y se separe en dos porciones completamente distintas: una inferior, líquida, de agua pura y otra superior, sólida, constituida por una suave película, de nitrato de plata.

La varilla de vidrio o la vibración comunicada al recipiente no se puede decir que hayan aumentado la cantidad de nitrato de plata, que hasta entonces se encontraba perfectamente disuelto no obstante su excesiva cantidad.

Ha bastado la *presencia* de la varilla de vidrio o la vibración (*acción de presencia, catálisis, acción catalítica*) para que la uniformidad de la solución se rompa y las dos sustancias químicas distintas, agua y nitrato de plata, que hasta entonces formaban un todo único, la solución saturada o sobresaturada de nitrato de plata, se separen completamente.

Pues bien. El hígado insuficiente, al no ser capaz de transformar o de destruir las sustancias tóxicas contenidas en la sangre que le aporta la circulación infrahepática, desempeña, respecto a esa misma sangre, el papel simplemente catalítico o de presencia que desempeñan la varilla de vidrio o la vibración en el experimento anteriormente descrito.

Al salir del hígado, por la vena suprahepática, las sustancias tóxicas (ácido úrico, uratos, albúminas heterógenas) se precipitan, floculan, dentro del líquido sanguíneo, (*choc coloidoclásico de la teoría coloidoclásica de Augusto Lumière—floculación endovascular de la teoría de la defensa leucocitaria antifloculado de Jaime Sédillot*).

He ahí una forma de precipitación o de floculación de las sustancias tóxicas contenidas en la sangre venosa de la circulación infrahepática, debida a la acción catalítica que desempeña el hígado insuficiente, y que se encuentra de completo acuerdo, en su mecanismo íntimo, con las teorías del choc coloidoclásico y de la defensa leucocitaria antifloculado respectivamente.

En algunas personas el poder disolvente de la sangre respecto a las sustancias tóxicas (ácido úrico, uratos, albúminas heterógenas) resiste a la acción catalítica del hígado insuficiente, o, en otros términos, la sangre sale del hígado como una solución saturada, perfecta y uniforme, cual era al ingresar en este órgano. La acción catalítica o de presencia del hígado insuficiente no se realiza. Empero. Esa misma sangre, así resistente a

la acción catalítica o de presencia del hígado, es paradójicamente débil en relación a la presencia súbita, en su plasma, de otras sustancias químicas, orgánicas, y hasta simplemente gaseosas.

En efecto. Basta que llegue hasta esa misma sangre, saturada de ácido úrico o de albúminas heterógenas, pero que se mantiene en estado de solución perfecta, una pequeña cantidad de sustancias químicas inorgánicas o de albúminas *distintas* a las anteriores, para que el choc coloidoclásico o floculación se desencadene inmediatamente.

Así ocurre, por ejemplo, cuando un individuo intoxicado por residuos nitrogenados (ácido úrico, uratos, albúminas heterógenas solubles) se alimenta, o ingiere, por otros motivos, o con fines terapéuticos, una cierta cantidad de espinacas, setas, harina de avena, fresas (*anafilaxia alimenticia*); de aspirina, quinina, antipirina, salicilatos o balsámicos (*anafilaxia medicamentosa*); o cuando para prevenir o curar una enfermedad recibe una inyección de sueros cargados de albúminas extrañas a su sangre (suero normal de caballo, sueros terapéuticos).

Aquí, también, ni los alimentos citados, ni los medicamentos aludidos, ni el suero normal de caballo, aumentan sensiblemente la cantidad de sustancias tóxicas ya disueltas en la sangre, ó de albúminas heterógenas, pero, solubles, suspendidas en la misma, porque la composición química de las sales y la naturaleza mortológica y orgánica de las albúminas, anteriormente disueltas en la sangre, y de las que recién llegan a ella por ingestión, es completamente distinta. Los diminutos cristales de aspirina, verbigracia, o los minúsculos granos albuminosos del suero de caballo, no rebasan el umbral de saturación de la sangre, respecto al ácido úrico o a las albúminas solubles ya existentes, sino que desempeñan simplemente el papel de cuerpos catalíticos o catalizadores.

A esa acción catalítica que ejercen determinadas sustancias, alimenticias o medicamentosas, sobre la sangre saturada de residuos tóxicos, se denominaba hasta ahora, dentro de la teoría anafiláctica de Widal, anafi-

laxia alimenticia o medicamentosa. No es, tampoco, sino el choc por precipitación o floculación de la teoría leucocitaria de Sédillot.

Ni siquiera es necesaria la *presencia material* de la sustancia catalizadora o anafilactizante en la sangre (diminutos cristales de sustancias químicas o microscópicos granos de albúmina insoluble). En determinados individuos basta el olor de esas sustancias transmitido a travez de las vías respiratorias (*anafilaxia olfatoria*) para que el accidente anafiláctico (choc coloidoclásico o floculación) se desencadene y se produzca la floculación endovascular de sustancias tóxicas que hasta ese momento estuvieron en calidad de suspensión o solución uniforme. Tal ocurre, por ejemplo, con algunos artríticos que al sentir el olor de la valeriana o del éter son víctimas de urticaria instantánea.

Las emociones bruscas e intensas, el frío, el calor, repentinos o excesivos, los traumatismos, ejercen la misma acción catalítica aunque por mecanismo algo distinto. No es ya la presencia, material o gaseosa, pero, presencia al fin, de sustancias extrañas en la sangre, la causa de la floculación. Aquí son las variaciones del volumen vascular (vasodilatación, vasoconstricción) las que rompen bruscamente el equilibrio físico-químico del solvente sanguíneo, y, al igual que la vibración comunicada al agua, por sacudimiento del recipiente, en el experimento citado antes, provoca la precipitación o floculación de las sales o de las albúminas disueltas o suspendidas.

La precipitación o floculación de las sustancias tóxicas que impregnan la sangre, en los enfermos de piel, (así como en algunas personas afectas de enfermedades internas—artríticos—), no solo se produce por acción catalítica o de presencia que ejercen indistintamente el hígado insuficiente, los diminutos cristales de sustancias químicas inorgánicas, los minúsculos granos de albúminas insolubles, o la ruptura del equilibrio físico-químico del solvente sanguíneo bajo la influencia vibratoria o de verdadera sacudida de los cambios emotivos (*floculación por choque de Sédillot*), sino que puede desencadenarse también porque la cantidad de sustancias tóxicas sobrepasa el umbral de saturación de la sangre, respecto a las mismas sustancias, bajo la influencia de la llegada repentina de nue-

vas cantidades de tóxico soluble (*floculación por exceso de Sédillot*).

Aquí ya no existe catálisis. La composición química de las sustancias inorgánicas o de las albúminas solubles, que saturan la sangre, y la composición química de las nuevas toxinas que llegan repentinamente a este líquido, es exactamente igual. Sólo sí que la capacidad real de disolución del solvente sanguíneo se agota y no alcanza a ese exceso.

Así ocurre, por ejemplo, cuando un artrítico, cuya sangre se encuentra cargada de ácido úrico, se alimenta con sustancias nitrogenadas, aportando, en esa forma, una nueva cantidad de ácido úrico. Ese artrítico es víctima, siete horas después de terminada su comida, de urticaria.

Igual acontece en determinadas disendocrínicas bajo la influencia de estímulos demasiado intensos tales como la iniciación sexual o las menstruaciones. Su sangre se encuentra saturada de sustancias tóxicas, procedentes solamente de algunas glándulas de secreción interna. Esa misma sangre recibe, repentinamente, una nueva cantidad de secreciones, que, lejos de neutralizar la acción tóxica de las primeras, como ocurriría en estado normal (equilibrio endócrino), aumentan el caudal tóxico, sobrepasan el umbral de saturación de la sangre y desencadenan la precipitación o *floculación*. Porque es bien sabido que las secreciones hormonales que no cumplen su finalidad normal se reabsorben e intoxican y desintegran la unidad y armonía del organismo femenino. La castidad o la *repression* en la mujer, y, naturalmente, también, en el hombre, es causa de intoxicación porque sólo algunas glándulas gonadales funcionan, y vierten su secreción en la sangre, mientras que las otras, las principales, permanecen quietas, inactivas. La secreción de las primeras debería ser neutralizada por la de las últimas, pero, como éstas no funcionan, aquellas secreciones que no cumplen su finalidad normal intoxican la sangre. Ahora bien. Si en un organismo así intoxicado crónicamente por la reabsorción y no aprovechamiento, en sus fines normales, de ciertas secreciones internas, interviene, repentinamente, un estímulo intenso o demasiado brusco, tal como, por ejemplo, la desfloración o siquiera la función menstrual, se produce inmediatamente una mayor secreción de

dichas glándulas gonadales secundarias. Esta nueva cantidad de secreciones hormonales secundarias que llega bruscamente a la sangre sobrepasa el umbral de saturación de la misma y produce su precipitación o floculación (*floculación por exceso de Sédillot*). Porque, si bien junto con estas secreciones hormonales secundarias se produce, ahora que ya no existe represión (caso de la desfloración) o reabsorción sin aprovechamiento normal (caso de la menstruación), una secreción de las hormonas principales o esenciales, su cantidad, en relación a la de las secreciones secundarias que ya intoxicaban crónicamente el organismo, es tan escasa que siempre es incapaz de neutralizar la acción predominante de éstas últimas. Al contrario. Siquiera en un comienzo parece, más bien, aumentar el caudal tóxico total. De esta manera aparece el herpes *indiscreto*, ya sea genital o bucal de las recién casadas o de las mujeres en menstruación.

Pues bien. Cualquiera que sea el procedimiento o mecanismo de precipitación o floculación, (por choque o por exceso), los cristales de precipitación y los granos de floculación constituyen verdaderos cuerpos extraños dentro de la sangre que incomodan, primero, la normal y perfecta circulación sanguínea y se convierten, luego, en peligrosos motivos de coagulación endovascular y de muerte. Porque también es sabido que para la normal circulación de la sangre se necesita, aparte de la uniformidad y lisura de las paredes vasculares, la uniformidad del líquido sanguíneo.

Cuando dentro de la sangre se producen precipitaciones o floculados, cada uno de los cristallitos de precipitación, o cada uno de los granitos de floculación, es un cuerpo extraño alrededor del cual la sangre gira, como un remolino, disminuyendo así la velocidad de la corriente sanguínea general, y tiende a coagularse.

La *defensa leucocitaria* entra entonces en acción (*teoría de la defensa leucocitaria antifloculado de Jaime Sédillot*). Pero. No todas las categorías de glóbulos blancos se encuentran encargadas, por igual, de esta defensa.

Existe una categoría especial de glóbulos blancos, los glóbulos blancos mononucleares, los *monocitos de Metchnikoff*, los *histiocitos de Aschoff*, encargada parti-

cularmente de la desaparición y, si es posible, de la destrucción de los cristales de precipitación y de los granos de floculación.

Jaime Sédillot ha demostrado, hasta la evidencia, la especialidad de los monocitos para hacer desaparecer y destruir aquellos cristales y granos.

Los histiocitos, pues, atrapan, engullen, inmediatamente, los cristales y los floculados.

Empero. Como el poder de digestión, de lisis, de destrucción, de los monocitos es relativo, después de atrapar y de engullir a los cristales y a los granos de floculación, son incapaces de realizar su digestión, es decir, su destrucción total y definitiva.

Ya han librado a la sangre de los cuerpos extraños que dificultaban y hacían peligrar su normal circulación. Los cristales de precipitación y los granos de floculación ya no se encuentran en el plasma sanguíneo, por consiguiente, ya no constituyen un serio peligro de coagulación endovascular de la sangre.

Pero. Ahora, los histiocitos llevan en su interior aquellos incómodos cuerpos extraños que se han convertido así, para ellos ya también, en un peligro permanente de destrucción de su integridad anatómica y funcional. Tienen necesidad imprescindible de librarse de los mismos, pues, de otra manera, los leucocitos mononucleares, agentes primitivamente encargados de la defensa y de la destrucción de cuerpos extraños que llegan hasta la sangre, serán los que se destruyan por acción corrosiva endógena de los cristales ácidos y de los granos de floculación. I si ese accidente se produce dentro del torrente sanguíneo, lejos de desembarazar a la sangre de cuerpos tóxicos, extraños e incómodos y peligrosos, le aportarán nuevos materiales de deshecho resultantes de su estallido (fermentos leucocitarios, oxidasas).

Porque si los glóbulos blancos no pueden disolver ni digerir los cuerpos extraños que engullen son destruidos por éstos, es decir, estallan, dejando en libertad aquellos cuerpos extraños junto con sus propios fermentos de destrucción (oxidasas).

La sangre, que, durante el tiempo en que los cuerpos extraños tóxicos permanecieron engullidos en el interior de los glóbulos blancos mononucleares, había perdido

su capacidad de solución y de saturación, recibe, nuevamente, no sólo la cantidad excesiva anterior de sustancias tóxicas sino también un otro aporte tóxico constituido por las oxidasas leucocitarias y puede coagularse brusca y masivamente produciendo la muerte del individuo.

De ahí que los monocitos busquen afanosamente una puerta de salida, un punto del árbol circulatorio, a través del cual puedan efectuar en masa y sin inconvenientes su función natural de diapédesis.

Pues bien. Todos los futuros enfermos de piel adolecen una **predisposición** congénita caracterizada por congestión permanente de todo o parte de su tejido cutáneo (**idiosincracia ectodérmica de Sédillot**).

Es a nivel del tejido cutáneo congestionado donde los histiocitos cargados de cristales de precipitación o de granos de floculación encuentran los capilares dilatados y realizan, fácilmente, su salida fuera de la circulación (diapédesis). I, como si su poder de resistencia, vencido ya de antemano por la toxicidad de las sustancias incluidas, hubiese esperado únicamente esta salida de los glóbulos blancos mononucleares fuera de la circulación sanguínea, los monocitos estallan.

El estallido, la destrucción, de los glóbulos blancos mononucleares, pone en libertad, a nivel de los espacios intercelulares profundos de la piel, una gran cantidad de sustancias ácidas y corrosivas (ácido úrico, albúminas heterógenas, oxidasas).

La acción ácida y corrosiva de estas sustancias procedentes del autoestallido de los monocitos explica claramente la producción de las diversas lesiones elementales y de los síntomas subjetivos que, unas veces, aunque raras, en forma aislada, y, más frecuentemente, por su conjunto, abigarrado y complejo, caracterizan las enfermedades cutáneas.

La **irritación** vascular que provocan las sustancias precipitadas o floculadas en la sangre y ahora liberadas a nivel de la piel, junto con los fermentos leucocitarios, son la causa de la **congestión** que es la base anatómica y fisiológica del **eritema**.

La **multiplicación celular** más o menos circunscrita que se produce, en el tejido cutáneo, bajo la influencia del excitante tóxico, es la causa de la aparición de las

pápulas con sus variedades debidas al tamaño y la profundidad de las lesiones (tubérculos, nódulos).

(El mecanismo de erupción y la evolución posterior de los gomas es absolutamente distinta por tratarse de lesiones cutáneas específicas producidas por la presencia localizada de determinados gérmenes bacterianos o parasitarios).

Pero. Las sustancias tóxicas, liberadas a nivel de la piel por estallido o destrucción leucocitaria, no sólo irritan las células cutáneas sino que las destruyen por lisis. Los huecos así producidos en el interior del tejido cutáneo se llenan inmediatamente de serosidad sanguínea extravasada (**exoserosis**) y del líquido protoplasmático de las células regionales. Se forman así las **vesículas**. Estas vesículas se llenan a veces de sangre, porque la extravasación no se limita únicamente a la diapedesis leucocitaria y a la serosidad sino que comprende a la sangre total, cuyos elementos salen a travez de una rotura vascular pequeña producida por la acción corrosiva de las sustancias tóxicas.

En la serosidad contenida en las vesículas aparecen diminutos glóbulos de pus, debidos a la destrucción y transformación leucocitaria, proliferan los gérmenes piógenos vulgares, ya sea procedentes de la sangre, del exterior (rascado), o que existían en estado saprofítico en la piel, y se constituyen así las **pústulas**.

Tanto las vesículas cuanto las pústulas varían en su tamaño y en su profundidad y se denominan entonces: ampollas o flictenas, las primeras, y pústulas superficiales o profundas, las otras.

La irritación y la multiplicación celular rápida consiguiente, provocadas por la presencia de sustancias tóxicas en la piel, no dejan tiempo a la normal transformación queratínica de las células epidérmicas profundas. Estas células llegan a la superficie cutánea rápidamente (**exocitosis**), todavía en forma de células y no en el de láminas córneas, o, cuando menos, insuficientemente transformadas, (**paraqueratosis**). Aparecen entonces las **escamas** con sus variedades furfurácea y laminar.

La ruptura espontánea o provocada de las vesículas y de las pústulas pone a la serosidad, a la sangre, o al pus, contenidos en ellas, en contacto del aire. Su en-

durecimiento y solidificación es causa de la aparición de *costras o escaras*.

Por debajo de esas costras la porción profunda de la epidermis, puesta al descubierto, constituye las *excoriaciones*.

Otras veces la acción destructora de las sustancias tóxicas, liberadas a nivel de la piel, se ejerce en profundidad. Destruye la epidermis y la dermis. Produce las *úlceras*.

Estas úlceras o destrucciones profundas se rellenan, luego, con células de distinta naturaleza (tejido conjuntivo) y aparecen las *cicatrices*.

El estallido de los monocitos, cargados de precipitaciones ácidas, de floculados corrosivos, de oxidasas leucocitarias, irrita las terminaciones nerviosas sensitivas de la piel. La espongiosis, el exceso de serosidad y plasma, en los espacios intercelulares cutáneos, comprime y hace vibrar irregularmente esas mismas terminaciones nerviosas. El *prurito* o escozor, la *sensación de peso* localizado, el *dolor*, las *sensaciones* extrañas de *ardor*, *quemadura*, *torción*, acompañan, siempre, en calidad de *síntomas subjetivos*, la evolución de las enfermedades cutáneas, o, cuando menos, se presentan en toda su intensidad en sus periodos agudos.

Como se ve la patogenia general de las enfermedades cutáneas es suficientemente clara y comprensible cuando en su enunciación no se guía por el espíritu intransigente de exclusión sino por el criterio racional, científico y ecléctico de conjunción y complementación.

Las distintas teorías: anafiláctica de Widal, coloido-clásica de Lumière y de la defensa leucocitaria antifloculado de Sédillot, separadas no pueden explicar todos los fenómenos íntimos de la producción de las enfermedades de piel. Existen en todas y cada una de ellas lagunas, puntos oscuros. En cambio, prudentemente combinadas, se complementan y aclaran, en forma satisfactoria, la patogenia general de las enfermedades cutáneas no específicas.

Esta explicación patogénica de las enfermedades cutáneas no presenta únicamente valor teórico. Ofrece, también, ventajas prácticas.

Enseña, por ejemplo, a desestimar algunas prescrip-

ciones, al parecer, beneficiosas o inócuas, o determinados tratamientos.

La administración de purgantes o laxantes, al comienzo de la curación de las enfermedades cutáneas, conforme se acostumbra ahora, lejos de disminuir la cantidad de sustancias tóxicas en la sangre la aumenta porque al irritar la mucosa intestinal favorece la absorción rápida de sustancias, especialmente albúminas, insuficientemente elaboradas por los jugos digestivos, y, por consiguiente, no miscibles con el plasma sanguíneo.

Enseña, luego, a proscribir los tratamientos demasiado rápidos, enérgicos o heroicos, destinados a hacer desaparecer una enfermedad cutánea, más o menos soportable, cuando no simplemente inestética, porque instruye sobre los graves peligros de dichos tratamientos.

Jaime Sédillot, creador de la doctrina de la defensa leucocitaria antifloculado, ha demostrado suficientemente la metástasis de la urticaria o del eczema en asma, que no es sino la urticaria de los bronquios, o en cualquiera de los síndromes artríticos (jaqueca, reumatismo poliarticular agudo, iritis, pleuresía serosa, gota, etc.)

Enseña, así mismo, a no insistir en la desaparición rápida de las enfermedades cutáneas, por la aplicación de tratamientos heroicos o abortivos, porque éstos cierran la puerta de salida para los monocitos, constituida por las regiones congestionadas (idiosincracias ecto, meso y endodérmicas de Sédillot), impiden la diapédesis de los histiocitos cargados de floculados ácidos, provocan su estallido masivo endovascular, y pueden convertirse en causa de muerte del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

Artículos consultados.

J. Sédillot.—Ensayo patogénico sobre la crisis de asma.—*Le Monde Médical*.—No. 660.—1 Marzo de 1923.—Pág. 154.

J. Sédillot.—¿Cuál es el substráctum anatómico de la jaqueca?—*Le Monde Médical*.—No. 802.—15 Enero de 1930.—Pág. 43.

J. Sédillot.—¿Qué significado tiene una crisis de asma?—*Le Monde Médical*.—No. 824.—1 Marzo de 1931.—Pág. 111.

J. Sédillot.—Patogenia de la urticaria.—*Le Monde Médical*.—No. 838.—15 Noviembre de 1931.—Pág. 873.

A. Lumière.—A propósito del síndrome urticárico.—*Le Monde Médical*.—No. 843.—1 Marzo de 1932.—Pág. 139.

J. Sédillot.—Las idiosincrasias de la defensa leucocitaria antifloculados. Esbozo de patología general.—*Le Monde Médical*.—No. 881.—Pág. 810.

J. Sédillot.—Los pulmones del asmático.—*Le Monde Médical*.—No. 893.—1—15 Agosto de 1935.—Pág. 526.

N. de Castro Barbosa.—El equilibrio ácido básico en la jaqueca.—*Revista de Información Terapéutica*.—No. 34.—Marzo Abril 1940.—Pág. 39.

H. Gehlen y J. Frings.—La forma de la defensa contra la infección en el reumatismo y su modificación terapéutica por el tratamiento inmunizante no específico.—*Revista de Información Terapéutica*.—No. 9/10.—Septiembre—Octubre 1940.—Pág. 128.

Obras y artículos que no han podido ser consultados por no existir en las Bibliotecas locales.

M. Delthil y J. Sédillot.—El catecismo del asmático.—*L'Expansion Scientifique française*.—1922.

J. Sédillot.—El asma.—Edit. Arnette.—1926.

A. Lumière y L. Montoloy.—Modo de obrar de la autohemoterapia.—*Bull de la Soc. de Biologie*.—1927.

A. Lumière y R. Grange.—Leucocitosis artificialmente provocadas.—*Jour. de Phys. et Path. générale*.—1929.

N. Fiessinger.—Fisiopatología de la leucocitosis.—1930.

Pasteur—Vallery—Radot.—Los fenómenos de choque en la urticaria.—Edit Masson.—1930.

A. Lumière y R. Grange.—Efectos protectores del colesterol contra los choques provocados por los hemolíticos definidos y por los floculados.—*Bull. de la Soc. de Biologie*.—1930.

J. Sédillot.—El artritisismo, sus miserias, sus peligros, su tratamiento.—Edit. Arnette.—1930.

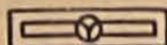
E. Joltraín.—Las urticarias.—Edit. Masson.—1931.

J. Sédillot.—Patogenia del acceso de gota.—*La Médecine Internationale*.—Marzo—Mayo de 1931.

J. Sédillot.—Patogenia del eczema.—*Le Phare Médical*.—Julio de 1931.

J. Sédillot.—Patogenia del asma.—*La Médecine Internationale*.—Abril—Mayo de 1932.

J. Sédillot.—La gota y el reumatismo.—*Le Phare Médical*.—Octubre—Noviembre de 1932.



Higiene Social

Por el Dr. AGUSTIN BENAVIDES C.
Profesor de la Facultad de Medicina.

Antes de ahora los distintos servicios sanitarios de la República, se encontraban encomendados, unos, a las Prefecturas, otros a las municipalidades o a las Sociedades de Beneficencia, que hacían imposible su coordinación y armonía para el cumplimiento de sus funciones por falta de unidad en su directiva; pero hoy se ha conseguido centralizarlos en el Ministerio de Salubridad, Previsión Social y Trabajo.

Es de desear que con esta última fusión, se llegue a comprender el verdadero problema sanitario que es también un problema social, que al igual que el del Trabajo y Previsión, darán al país positivos y seguros beneficios sobre todo en cuanto se refiere a los índices y factores de Salubridad, como medida acertada a la política demográfica nacional.

Para la efectividad de todo esto, nada mejor que la organización de los servicios técnicos respectivos, a fin de que los problemas inmediatos y trascendentes que afectan a la población, se estudien y resuelvan, tendiendo a satisfacer las necesidades y aspiraciones de todos los grupos sociales y principalmente de aquellos que ocupan in-

feriores etapas de evolución económica, cultural y psíquica; y con mayor preferencia a las condiciones de salubridad y a los del medio social correspondientes a los pobladores de las regiones rurales de la República.

Los tres principales índices de las condiciones de salubridad pública, son los relativos a mortalidad, enfermedades y desarrollo biológico, en tanto que entre los múltiples factores que determinan la normalidad o anormalidad de tales índices, pueden mencionarse como esenciales, el medio biogeográfico, el medio social y la herencia.

La población de Bolivia así como la de casi todos los países indoibéricos, consta de grupos sociales eterogéneos y el territorio está a su vez constituido, por regiones geográficas fundamente diferentes, por cuyo motivo, tanto los índices, como los factores demográficos, son numerosos y varían de grupo en grupo y de región en región lo que hace que las necesidades sanitarias locales y los medios para satisfacerlas, difieran grandemente, no pudiéndose por lo tanto, hacer la generalización que en países geográficos y socialmente homogéneos, facilita el desarrollo de un programa de salubridad, uniforme y unificado, sino que hay que formular una serie de programas locales especialmente acondicionados a determinadas zonas geográficas y a cierto grupo social.

Juntamente con estos se presentan los problemas de la salubridad Urbana y Rural. En cuanto al primero es acciomático que los grupos sociales que cuentan con mejores elementos económicos y más avanzada cultura, y cuyas ideas están inspiradas o siquiera orientadas de acuerdo con principios científicos, son los que gozan de mejor salud y arrojan menores cifras de mortalidad. Tal es en términos generales, el caso de la población de nuestra Capital y el de los otros centros urbanos de importancia; donde los salarios del obrero, los sueldos del empleado, la retribución de profesionales y los ingresos de capitalistas son en general más elevados. Todo esto significa un nivel más satisfactorio, en lo referente a alimentación, habitación, vestido, medicina y tratamiento preventivo y curativos.

En cambio en los poblados y rancherías del medio rural, donde reinan la miseria, la incultura y todo género de conceptos convencionales y empíricos, la mortalidad

es mayor, las enfermedades múltiples y persistentes y el desarrollo físico frecuentemente retrasado o defectuoso.

Por otra parte en materia de salubridad, la población urbana, goza de más ventajas que la rural, que la de regiones aisladas, tanto porque cuenta con los providentes factores anteriormente indicados, como porque de ella se ocupan a la vez dos factores de gran eficacia, que son la acción privada y la acción oficial.

La acción privada incluye en general, aquellas personas que valen por su salud, valiéndose de elementos económicos propios o contribuyendo con ellos para mejorar las condiciones de salubridad pública y principalmente la de los desvalidos.

El programa de la acción oficial es muy amplio ya que tiende a mejorar las condiciones de salubridad de la población total del país, encomendada a los Jefes y Sub-Jefes de Sanidad.

Las facilidades que hay para el desenvolvimiento de los programas de salubridad en el medio urbano, contrastan mucho con los serios obstáculos y dificultades que, consciente o inconscientemente, opone a tal labor la población de pueblos y rancherías en las regiones rurales.

Semejante actitud se debe en rigor a la fuerte influencia de los factores económico, cultural y psicológico que caracterizan a la población rural y difieren profundamente de los que son típicos en la urbana.

Aún que no es este el momento de abordar tan importantes conceptos de Salubridad, considero oportuno sugerir y apuntalar por lo menos entre líneas los inmediatos problemas que deben resolver las autoridades sanitarias encargadas de cuidar y velar por la salud del pueblo, que necesita robustecer su cuerpo, conservarlo sano, para tener un espíritu vigoroso y sano también.

Si la vida es el resultado del funcionamiento armónico de todos los órganos del cuerpo y esta armonía puede pervertirse por cualquier desvío en los preceptos que la misma naturaleza inculca en el instinto y que la vida social al hacer más complejas las relaciones del hombre con el medio cósmico, hace también más difícil el acatar esos preceptos instintivos; una enseñanza que sin apartarse de esa evolución natural del organismo en el medio cósmico y social, le muestre cual es su constitución anatómica, para

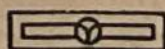
inferir de ella su función fisiológica, es naturalmente la manera más lógica y más práctica de analizar todos estos factores, que concurren a un fin muy bello, cual es la de conservar la armonía de las funciones vitales

Cuando se analiza parte por parte y se tiene una idea completa de lo que es un organismo, se llega a comprender sin mucho esfuerzo de abstracción, cómo la simple perturbación de un elemento histológico puede ocasionar un profundo desequilibrio en todo organismo y poner en peligro la salud y aún la vida.

«La lógica de la naturaleza es muy precisa y rigurosa» decía el profesor mejicano Jesús Díaz de León. Evidentemente sus premisas se encuentran en la constitución elemental de los organismos, sus consecuencias se advierten en la armonía de las funciones de estos mismos elementos. Por lo tanto enseñar esa filosofía de la naturaleza es la obra de una higiene pedagógica que se apoya en el análisis del organismo y la interpretación de sus funciones. Así se llega a comprender lo que es la vida y más que todo a saber conservarla como la naturaleza lo impone en la cruenta lucha de adaptación al medio en que se desarrolla los seres.

Para la conservación de la salud comencemos por lo tanto a conocernos a sí mismos, para luego someternos a las leyes y preceptos que nos señala la Medicina e Higiene Social.

Sucre, marzo de 1941.



El grave problema del niño en Bolivia

Por el Dr. LEON VELASCO BLANCO

Se ha repetido hasta el cansancio que *el problema del niño es el problema de la patria*. Se ha dicho que las naciones que sobreviviran a la crisis moderna de la civilización deben encarar valientemente a este grave problema, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantil y luchando simultáneamente contra la *desnatalidad*, el mal de la época, especialmente en las aglomeraciones urbanas.

Pero no se ha insistido suficientemente en que dicho problema debe resolverlo cada país por sí mismo, con los recursos del Estado y el patriotismo de sus hijos. Ningún gobierno puede delegar tan grave responsabilidad en asociaciones particulares o de carácter internacional, por altruistas que sean, sin desmedro de su soberanía.

En el caso particular de nuestro país, al proceder así, cometería una injusticia y se sufriría una humillación sin resultado práctico alguno.

La campaña contra la morbilidad y mortalidad infantil reviste en cada país, en cada zona limitada del mismo, modalidades especiales que lo tornan difícilmente explicable al criterio extranjero y para no citar más que un ejemplo en lo que atañe a Bolivia, ¿podrían las asociaciones internacionales emprender, con probabilidades de éxito, la lucha contra la despoblación de elemento indígena del altiplano cuyas costumbres y ambiente desconocen por completo?

Por otra parte, si aceptamos como un axioma que para obtener resultados en la mencionada campaña debemos exigirle un carácter *permanente*, se deduce fácilmente

que está condenada al fracaso toda comisión transitoria como lo ha demostrado la experiencia de más de cincuenta años.

Sería una gran injusticia el suponer siquiera que nuestro cuerpo médico carece de la preparación suficiente para colaborar en tan magna obra. Conozco personalmente el bagaje científico de muchos de mis colegas especialistas de niños en Bolivia y estoy convencido que el Ministerio de Salubridad y Profilaxis Social, aprovecharía de dicha preparación, añadiendo su descontento patriotismo.

No poseo datos completos sobre la mortalidad infantil en todo el territorio de la República referida al primer año de la vida; los que he obtenido son fragmentarios; pero basándome en ellos y lo que ocurre en zonas limítrofes a nuestro país como la República de Chile y las provincias argentinas de Salta y Jujuy, los considero muy elevados y similares a los de Chile donde mueren la cuarta parte de los niños nacidos vivos en el primer año de la vida.

Ante tamañas cifras debemos confesar que *el problema es grave* y que nuestro Gobierno debe encarar a la brevedad posible y de un modo completo el asunto. Los resultados obtenidos en otros países permiten ser optimistas: basta comparar la mortalidad de Nueva Zelandia 32 por mil, con la de Chile 251 por mil, que posiblemente es también la nuestra.

Los cuantiosos recursos económicos que exigirá esta labor, serán compensados con creces por el ahorro de vidas humanas necesarias para el progreso de la patria y difícilmente reemplazables por la inmigración. Sabemos, en efecto, que el elemento indígena no se puede substituir en las labores agrícolas del altiplano y lo mismo podemos decir del Oriente cuyos habitantes están ya aclimatados y resistentes a las penurias del suelo.

Nadie pone en duda que en Bolivia, en materia de protección a la infancia resta mucho por hacer pero cuenta con la base principal: la preparación de un núcleo selecto de médicos especializados en la materia que podrían ser fácilmente secundados por Visitadoras Sanitarias, instruidas por esos médicos en todas las capitales departamentales.

Encarado así el problema con carácter unicista y eminentemente nacional, cumpliríamos los postulados de

la moderna puericultura que establece reglas conocidas por todos.

Terminaré estas líneas citando los conceptos de un eminente puericultor chileno, el doctor Morales Beltrami, quien dice: «Ya no se puede pretender que la solución del problema del niño quede entregada al antiguo concepto de la *caridad*, que asignaba la protección a la infancia el carácter de una *limosna* o de un desprendimiento generoso de filántropos. Hoy día debemos abordar este problema sociológico, médico, jurídico y sentimental, *con el criterio funcional de la protección a la infancia ejercida por el Estado*».

Ley de Esterilización Social

Por el Dr. CESAR ADRIAZOLA

Catedrático de Psiquiatría de la Facultad
de Medicina de Cochabamba.-Ex-director.
General de Sanidad

Exposición de motivos.—La mayoría de los conflictos sociales, desde los delitos vulgares, pasando por los más repugnantes crímenes personales o colectivos, hasta el parricidio y los filicidios, son el producto de una alteración mental de sus protagonistas. De donde se infiere que no existen enemigos de la sociedad que no se recluten en esa legión de inadaptados que heredando la tara de sus antepasados, prosiguen en su obra de destrucción social y echan nuevas simientes para aumentar el mal y conducir rápida y dinámicamente a un absoluto degeneramiento social.

La Psicopatología nos enseña que son tres grupos de factores que gestan en esta clase de peligros sociales: *la criminalidad, el alcoholismo y las vesanias degenerativas*; la sociedad y los especialistas han empezado a luchar, en muchos países de cultura superior, contra estas plagas instituyendo ligas poderosas de profilaxia mental. Empero, sus postulados, para ser llevados con eficacia a la práctica, requieren principalmente, la construcción de grandes institutos médico-pedagógicos tanto en cárceles, hospitales, como en manicomios, la creación de escuelas especiales para niños anormales, una incansable propaganda mediante el libro, la revista y la prensa, etc. Requisitos pues, que entrañan la erogación de ingentes sumas de dinero, ideal del que nosotros, en Bolivia, estamos muy lejos, no solamente de alcanzarlo sino también de formularlo, merced a nuestra incipiente evolución educativa.

Partiendo de la verdad inconcusa que la mayoría de

estas enfermedades producen sus estragos por la herencia, se ha llegado también a plantear un gran medio de defensa social, que en mi concepto, es el más radical, el mejor y más factible para su aplicación. Y tal remedio no es otro que la esterilización obligatoria de ciertos casos de criminalidad y de afectados mentales.

Y si pocos países son los que echan mano a este procedimiento de profilaxia radical, es debido tan solo a que sus demás postulados de higiene social han dado ya los mejores frutos, como la ley seca en los países escandinavos y la educación de anormales y peligrosos en tantos otros.

Más, como recalca anteriormente, la lucha contra el alcoholismo y otras enfermedades que conducen a las demencias, la reducción de criminales y anormales, su aislamiento en institutos esenciales exigen de un país mucha riqueza y una amplia civilización; entonces, dados el pauperismo de nuestro Estado, el nivel cultural inferior de nuestras masas y la enorme propagación, entre ellos, del alcoholismo y la criminalidad, resulta evidente que, para los exigüos recursos de Bolivia y siempre que los poderes públicos empiecen a preocuparse, de una vez, de los importantes problemas de eugenesia nacional, no queda otro medio realizable, de inmediato, que establecer la ley obligatoria de la esterilización social en ciertos y muy determinados casos, por lo mismo que los gravemente lacrados no tienen el derecho, por el bien de la humanidad, a seguir reproduciendo sus vicios y su latente criminalidad,

A todo ello, se agrega el problema, aún no resuelto, de la *defensa social contra el crimen*. Hoy como ayer, pugnan las dos tendencias opuestas: los que consideran al delincuente como irresponsable y anormal y los que, sin importarles su estado de salud o de responsabilidad, siguiendo la vieja escuela de las sanciones, exigen la eliminación del criminal mediante la pena de muerte. En cambio nosotros promovemos la ley de esterilización social, considerándola más humana y esencialmente práctica; puesto que, como se sabe muy bien tal intervención quirúrgica es sumamente fácil y no produce ninguna complicación en la salud del enfermo, el que pasaría a una reclusión o mejor a tantos años de trabajos públicos, en beneficio de la misma sociedad mientras su estado mental no lo inhiba.

Dicha ley la habíamos propuesto, dos años antes a la promulgación de análoga determinación en Alemania, cuyos benéficos resultados van constituyendo, en la hora actual, uná de las revolucionarias reorganizaciones de la Germania moderna para borrar, en pocos lustros, las semillas de la criminalidad y mejorar su raza, no solamente desde un punto de vista ético sino también estético. Hoy insistimos en esta fundamental y radical defensa de la sociedad contra el crimen, especialmente ahora, pasada la guerra del Chaco que como toda guerra es la mejor escuela del crimen por el gran incremento de la criminalidad en las masas populares.

La síntesis de nuestros conceptos sobre la ley de esterilización social, se basaría en la institución obligatoria de imponer dicho procedimiento médico-quirúrgico a los siguientes grupos de disarmonías mentales y morales y de vesanias bien definidas:

1. *Criminales natos*.—Llámense: «criminales habituales», «congénitos» o «criminales degenerados», perversos amorales» «Moral Insanity»).

2. *Alienados y Psicópatas delincuentes*.—(Especialmente los de forma incurable, recidivante o demencial: Epilepsia, esquizofrenias, demencia precoz, paranoia, Paranoia, Oligofrenias. Demencias secundarias orgánicas.

3. *Alcohólicos delincuentes*.—Sin excepción. Y *Psicosis Alcohólicas*.

4. *Alienados*.—(Psicosis sintomáticas) que sin ser delincuentes, hayan sido reclusos en una casa de salud por motivo de un estado agudo de forma violenta y agresiva para su medio ambiente.

Cochabamba Marzo 1941.

Tratamiento del Paludismo

Ponencia que presentaron los delegados
de Tarija al primer Congreso
Médico Boliviano

Por el Dr. JENARO VILLA

Jefe de Lucha Antipalúdica

La Comisión organizadora del Primer Congreso Médico Nacional, con gran comprensión de nuestras cuestiones médico-sociales, ha consignado como ponencia a considerarse, el tema de importancia trascendental: Tratamiento del Paludismo, habiéndose designado para su presentación a la delegación de Tarija.

El fenómeno palúdico es la resultante de un *complejo* organizado por la naturaleza, cuyas consecuencias son funestas para el hombre; éste para hacer frente a ellas, ha forjado también otro *complejo*, pero muchísimo menos perfecto todavía que el natural, constituido por los anillos de la cadena palúdica: hombre enfermo-mosquito-hombre sano. Existe una gran diferencia de eficacia entre los dos complejos opuestos, el natural y el artificial organizado por el hombre; de donde resulta una gran desventaja para éste, que le impide combatir decisivamente la infección palúdica y dominarla de un modo completo. De ahí, surge el gran problema palúdico, que no tiene todavía una solución definitiva.

El tratamiento del paludismo ocupa en la campaña sanitaria un lugar especial, es un integrante del sistema de defensa, al lado de los métodos de protección contra el mosquito anofelino y la medicación profiláctica, es decir.

forma parte de la lucha antipalúdica *pasiva*. El sistema ofensivo está constituido por los procedimientos de ataque contra el mosquito transmisor, y ocupa en la campaña antipalúdica la lucha *activa*. La defensa contra el paludismo dispone de menor número de recursos para decidir el éxito, comparativamente a los medios más eficaces de que dispone la ofensiva contra el mosquito. Como consecuencia, el tratamiento antipalúdico, tiene en tesis general, un segundo rango en importancia, porque su acción es menos decisiva y radical que la de la lucha antilarvaria. Lógicamente, el saneamiento del terreno y el tratamiento antipalúdico deben realizarse coordinadamente.

En Bolivia, las zonas palúdicas están diseminadas en una extensión territorial muy grande y su saneamiento definitivo sería tan costoso que el Estado no podría afrontarlo. Ante esta dificultad insuperable por ahora, la lucha contra los efectos de la infección, es decir, el tratamiento antipalúdico, asume una importancia actual considerable, porque no es posible llevarlo a cabo con éxito. Por lo tanto, en nuestro país el tratamiento del paludismo debe ocupar, en la actualidad, y provisionalmente, el primer puesto en la campaña antipalúdica.

Es absolutamente indispensable considerar este problema, desde el punto de vista médico-social, como cuestión de Medicina de Estado. El proceso palúdico, y como consecuencia directa, la acción antimalárica, tienen características especiales, como no las hay en ninguna endemia ni en otra enfermedad. La manera casi inevitable y fatal de transmitirse y contraerse el mal; el número enorme de individuos atacados en nuestro país (prácticamente deben considerarse infectados todos los habitantes de las zonas palúdicas endémicas); la cronicidad y la enorme frecuencia de las recaídas; las dificultades y el costo elevado del tratamiento; la gran mortalidad directa o indirecta que causa el paludismo, y el debilitamiento de la vitalidad de las comunidades atacadas, son factores y circunstancias que superan a las posibilidades personales y económicas para defenderse contra la infección y curarse la enfermedad.

En Bolivia, todas las poblaciones de zonas palúdicas se encuentran completamente inermes contra esta infección. En los centros, con escasos recursos terapéuticos, es insuficiente la acción particular de los médicos y de la medicina libre.

En resumen, el tratamiento del paludismo en nuestro país, es una cuestión que asume proporciones de una magnitud, que impreseindible será conjurar el peligro, siendo el Estado quien debe tomar a su cargo esta lucha antipalúdica, mediante un organismo especializado dependiente del Ministerio de Higiene y Salubridad.

TRATAMIENTO DEL PALUDISMO

A pesar de conocerse profundamente el proceso patológico de la infección, así como el ciclo evolutivo de los parásitos y de disponer de medicamentos específicos consagrados, existe por lo general, una cierta confusión y anarquía de ideas respecto al tratamiento. No hay un concepto terapéutico claro y preciso. Este criterio paradójal se debe a muchos factores, entre ellos, a la mala aplicación de las normas terapéuticas racionales; la divergencia de opiniones que ha producido, sobre todo, la introducción de nuevos medicamentos antipalúdicos, específicos sintéticos; a la propaganda interesada que se hace de éstos y a la diferente aplicación de que son objeto todos ellos, proclamándose con espíritu sectario de superioridad excluyente de un medicamento sobre otro.

Una de las bases sobre la que reposaba el tratamiento del paludismo, era la suposición de la involución de los gametos, que atribuía a éstos la causa de las recidivas y de la cronicidad de la enfermedad. Esta hipótesis tomó su origen en las observaciones siguientes: a) presencia frecuentísima de los gametos en la sangre, en todo los períodos de la enfermedad, contrastando con la escasez o ausencia de formas asexuadas del parásito; b) la resistencia particular de los gametos, paralelamente, a la persistencia de las manifestaciones palúdicas. De estos dos hechos surgió la idea de atribuir a los gametos una importancia capital, que para explicarla, se construyó la hipótesis de la involución, retroceso o esquizogonia de los gametos, o sea, la transformación de éstos en esquizontes. Y como los gametos son las formas parasitarias más resistentes, los esfuerzos terapéuticos se concentraron hacia la destrucción de ellos, mediante tratamientos gameticidas exclusivos. La mencionada tesis se ha abandonado, refutándose los motivos que le

dieron origen. La frecuentísima presencia de gametos en la sangre circulante, es debida a la resistencia particular de éstos, y a que cada ciclo evolutivo asexual produce, al mismo tiempo, que merozoitos, gametos, cuya existencia sería imposible, sino hubieran al mismo tiempo parásitos asexuados; por otra parte, un gameto no puede transformarse en esquizonte.

En consecuencia, los gametos no tienen ninguna importancia, desde el punto de vista causal de la enfermedad, pero si, la tienen extraordinaria, en lo que se refiere a la epidemiología palúdica, porque los gametos infectan a los anofeles los que a su vez, transmiten la enfermedad.

Los tratamientos gameticidas exclusivos que se venían haciendo con un concepto erróneo, eran lógica y absolutamente inútiles en la curación de los enfermos, y perjudiciales por la pérdida de tiempo que ocasionaban, fuera de las intoxicaciones que producían,

La verdadera causa de las recidivas palúdicas y de su cronicidad estriba en otros hechos; así, después de un tratamiento o sin él, los parásitos asexuados desaparecen casi completamente de la sangre *periférica*, refugiándose en los órganos internos, en donde continúan viviendo conforme a las peculiaridades de los protozoos, parásitos en estado de inhibición de ciclo asexual (formas jóvenes) o multiplicándose en muy poca escala, en número insuficiente para producir manifestaciones patológicas agudas. Pero cuando por una u otra causa, se rompe el equilibrio funcional orgánico, o disminuye su resistencia, la inhibición de los parásitos cesa, multiplicándose intensamente éstos y produciendo las recidivas.

El tratamiento del paludismo reposa sobre sólidos principios fundamentales, que toman su origen en hechos biológicos del proceso de la enfermedad y en la existencia de medicamentos específicos. Además, se tiene un conjunto de reglas, métodos, procedimientos y sustancias coadyuvantes, cuyas aplicaciones deben variar según los casos.

Entre los principios generales, debemos enunciar los más importantes: no existe ningún tratamiento abortivo, no confiere inmunidad, es una enfermedad primitivamente crónica; en el curso de su evolución se presentan manifestaciones agudas febriles y crónicas, como tiene otros períodos de silencio clínico.

Todas estas presentaciones corresponden siempre y en forma relativamente proporcional, a una mayor o menor multiplicación de los elementos asexuados y a períodos de inhibición del ciclo evolutivo (períodos de latencia).

De todo esto se deduce, que la acción terapéutica primordial en todas las manifestaciones palúdicas, debe dirigirse contra el parásito asexuado mediante los medicamentos específicos.

Las manifestaciones agudas y crónicas, tienen una sintomatología asociada a una anatomía patológica propias. De ahí, que simultánea y alternativamente con la terapéutica paracítica, se hará una medicación sintomática, otra tendiente a exaltar las defensas naturales orgánicas y por último, la destinada a ayudar al organismo y reparar las lesiones producidas por la enfermedad.

Por consiguiente, el tratamiento del paludismo debe comprender:

- a) Medicación causal específica antiparasitaria.
- b) Medicación sintomática.
- c) Medicación coadyuvante: tónica general y reparadora.

MEDICAMENTOS ANTIPALUDICOS.

Medicamentos específicos.—Son tres: la *quinina*, la *atebrina* y la *plasmoquina*.

Quinina.—Farmacológicamente produce los efectos siguientes: disminución del poder oxidante del protoplasma, y por lo tanto, aminoración de las combustiones orgánicas; inhibición, suspensión o disminución de los movimientos protoplasmáticos; aumento de la impulsión y de la amplitud de las contracciones cardíacas; baja de la presión arterial; es antihemorrágica.

Acción parasitocida de la quinina.—Es el medicamento antipalúdico de mayor eficacia y de gran efecto esquistocida sobre todos los tipos y estados de evolución de los plasmodiums. Secundariamente, es gametocida de los plasmodiums vivax y malariae; no tiene acción sobre el gameto del plasmodium precox.

Sales de quinina.—En la práctica, las más usadas son el clorhidrato, el bromhidrato y el sulfato, tanto neutros como básicos, la euquinina y la aristoquinina,

Formas farmacéuticas.—Condiciones: a) ausencia de

sabor y administración fácil; b) dosage; c) facilidad de transporte; d) conservación.

Los comprimidos tienen la desventaja de que su solubilidad y absorción no son siempre buenas, en cambio, tienen la ventaja de su gran manejabilidad.

Las cápsulas y las perlas de envoltura gelatinosa, dan excelentes resultados.

Los sellos constituyen la forma generalmente más recomendable.

Las píldoras, por ser fáciles de ingerir, prefieren determinadas personas.

Las tabletas, los polvos y las soluciones gomosas aciduladas de la euquinina y de la aristoquinina son fáciles de tomar.

Vía paraentérica.—Para inyecciones intramusculares, las soluciones de 010 de 025 y 050 de quinina, sensiblemente son dolorosas y producen algunas veces infiltraciones, necrosis, etc. No deben emplearse, sino cuando sean imprescindibles. Recomendamos eficazmente, las inyecciones intramusculares de quinoformo.

Por vía endovenosa deben emplearse únicamente soluciones diluídas de 025 a 050 de quinina en 10 o 20 c. c. de soluciones salinas. En ciertos casos, se usarán éstas en mayor cantidad 120 a 200 c. c. con 020 de quinina y algunas gotas de adrenalina para elevar el tono cardíaco.

La absorción de la quinina es muy rápida; un cuarto de hora después de su administración oral se la encuentra en la orina, eliminándose totalmente a las 48 horas.

Acciones secundarias.—Náuseas, zumbidos de oídos, vértigos, temblores, palpitaciones. La hipersensibilidad primitiva o adquirida se manifiesta por erupciones cutáneas, exantemas, urticaria etc. Las inyecciones endovenosas pueden provocar accidentes graves o mortales.

Antebrina.—Nielzsch y Maus, en 1933, tomando como punto de partida la serie de la cridina, prepararon la atebrina que es el diclorhidrato de la 2 metoxi-6-cloro-a-dietilamino-b-pentilamino-a-cridina. Es fácilmente soluble en el agua, de color amarillento y de sabor amargo.

Farmacológicamente los efectos de la atebrina son poco característicos, produce estados de excitación psíquico físicos; convulsiones tónico-clónicas; puede provocar el estallido de enfermedades mentales latentes; ocasiona comple-

jos sintomáticos parecidos a los de la intoxicación alcohólica aguda.

La absorción de la atebrina, por vía oral es rápida; de 30 a 40 minutos se la encuentra en la orina. La eliminación se efectúa con extremada lentitud, y una gran cantidad del medicamento es retenida por mucho tiempo en el organismo; después de 80 días de la última toma se comprobó la presencia de esta sustancia en los tejidos orgánicos. Se acumula la atebrina en los pulmones, hígado, riñones, especialmente en el bazo, por lo que se explica su acción terapéutica prolongada y, en consecuencia, la menor producción de recaídas pulúdicas, pero, al mismo tiempo, esta acumulación puede producir hepatitis aguda y degeneración grasosa del hígado.

Acciones secundarias de la atebrina.—Coloración amarilla intensa de la piel, que puede durar algunas semanas; dolores abdominales violentos, cefalalgias, náuseas, vómitos, accesos epileptiformes. Como la quinina, produce una baja de la presión arterial.

Acción antipalúdica.—Es particularmente intensa en las manifestaciones agudas, en los tres tipos de formas clínicas, es decir, actúa sobre las tres clases de parásitos en sus formas asexuadas. Es únicamente esquizonticida. La atebrina no tiene ninguna influencia sobre los gametos éstos aparecen más pronto que bajo la acción de la quinina. El empleo exclusivo de la atebrina provoca la aparición de semilunas. En la malariae tropical su efecto es menos intenso que con la quinina.

Formas farmacéuticas vía bucal.—Tabletas de 010. Por vía paraentérica inyección intramuscular o endovenosa) dosis 010-020-030, en 5 c. c. de solución salina.

Plasmoquinina.—Químicamente es el N-dietilaminoisopentil-8-amino-6 metoxi-quinolina.

Farmacológicamente, la propiedad más importante de la plasmoquina es la de formar metahemoglobina. La plasmoquina por su carácter acumulativo puede provocar intoxicaciones graves a dosis pequeñas, de por sí inactivas administradas diariamente. Produce alteraciones cardíacas y baja la presión arterial, lo que explica los casos de colapso cardíaco.

La intoxicación por la plasmoquina, se manifiesta por hemólisis aguda, degeneración atropellada de los eritro-

citos, con aumento simultáneo de los leucocitos, aparición de albúmina, cilindros y hemoglobina en la orina. Este complejo sintomático se presenta repentinamente sin prodromos e independientemente de las dosis. Es cuadro parecido al de la fiebre hemoglobinúrica, con la diferencia de que ésta se caracteriza por la oxihematohemoglobina y no por la metahemoglobina. En resumen la plasmokino es el medicamento antipalúdico más tóxico.

Acciones secundarias.—Cianosis de los labios, lengua, paladar, lóbulo de las orejas y región ungueal de los dedos de la mano, ictericia, aumento repentino de la temperatura, vómitos y dolores epigástricos violentos; trastornos sensoriales,

Acción antipalúdica.—Casi no tiene ninguna en las manifestaciones agudas; no es antipirética, actúa debilmente sobre los parásitos asexuados de los plasmodiums vivax y malariae; no tiene influencia alguna sobre el plasmodium precox (paludismo tropical). La plasmokino es gameticida en las tres especies de parásitos y su acción es particularmente selectiva sobre los gametos del plasmodium precox, sobre los que no influye la quinina ni la atebriana.

Como conclusión diremos que la plasmokino no es agente antipalúdico curativo, porque no tiene acción sobre los elementos asexuados, pero desde el punto de vista epidemiológico tiene una importancia especial; pues su eficacia gameticida específica, muy particularmente del gameto del precox, rompe el anillo de engarce: hombre-enfermo-mosquito, impidiendo que éste transmita la infección.

Formas farmacéuticas.—Por vía oral, tabletas de 002 una a tres por día; vía paraenteral, excepcionalmente se usa la intramuscular; las inyecciones endovenosas son absolutamente innecesarias, no deben practicarse nunca. La asociación atebriana-plasmokino produce violentos dolores abdominales, cuya causa se ignora, habiéndosela abandonado esta forma de administración.

TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PALÚDICAS AGUDAS.

El tipo de estas manifestaciones es el acceso agudo febril, que constituye una de las causas secundarias de la intensa multiplicación de los parásitos que se producen con

determinados períodos de intervalo. Como en toda manifestación patológica aguda, el tratamiento debe ser de ataque por asalto, el que estará sujeto a las peculiaridades clínicas de cada caso.

Al plantearse la terapéutica, se tomarán en cuenta los factores siguientes: a) elección del medicamento; b) dosis diaria adecuada a cada enfermo; c) vía de introducción; d) tiempo de duración del tratamiento; e) momento oportuno de administración de los medicamentos.

a). Elección del medicamento.—Debe elegirse la quinina o la atebrina, únicos específicos del acceso agudo febril. La quinina por su amplia acción está indicada en la inmensa mayoría de los casos, salvo en algunos muy concretos. Cuando se trata de actuar rápidamente, se emplearán las sales neutras por su gran solubilidad, y las básicas prácticamente insolubles, cuando no hay indicación de acción inmediata. Según la cantidad de alcaloide que se desee administrar se usarán las sales ricas o pobres. En los niños, los medicamentos de elección son la aristoquinina y la euquinina.

La atebrina está indicada especialmente en el paludismo tropical por actuar más intensamente que la quinina, en lo que se refiere a la fiebre hemoglobinúrica y a los casos de anafilaxia por la quinina.

b) Dosis diaria.—Debe sea adecuada a cada caso, tomándose en cuenta, principalmente, el estado del enfermo y el grado de intensidad del acceso febril. Las dosis elevadas no son solamente inútiles terapéuticamente, sino perjudiciales por su toxicidad y por los efectos secundarios desagradables que producen; además, ellas son contraproducentes porque los enfermos rehusan y hacen propaganda contra el remedio, obstaculizando a la lucha antipalúdica. La dosis diaria suficiente de quinina, oscila entre uno a dos gramos. Para los niños se calcula generalmente un centígramo de quinina, aristoquinina o euquinina por mes de edad. La dosis diaria de atebrina para adultos es de 1 a 3 tabletas de 0,30; para los niños hasta de un año de edad 0,05; de un año a cuatro 0,10; de cuatro a ocho 0,20.

c) Vía de introducción.—La oral por tener más amplias indicaciones, es la forma corriente de administración, tanto para la quinina como para la atebrina. Es la vía que debe preferirse en todos los casos posibles. Para

evitar los trastornos gástricos, se darán estos medicamentos después de los alimentos, pues la absorción de ellos no se altera en nada.

La vía paraentérica es indispensable e insustituible en determinados casos, es decir, cuando hay que obrar enérgica y urgentemente, sobre todo, en los enfermos comatosos, o cuando hay vómitos. Esta vía se usará siempre que no exista una contraindicación como la depauperación, estado general malo o completo debilitamiento del enfermo.

La vía intramuscular por los inconvenientes indicados (infiltraciones dolorosas) no se empleará sino cuando sea *imprescindible*, en este caso, recomendamos las inyecciones de quinoformo.

La vía endovenosa es necesaria cuando se impone actuar rápidamente: síntomas amenazadores, formas perniciosas, paludismos cerebrales o cuando está contraindicada la administración oral (vómitos).

Para las inyecciones endovenosas se preferirán siempre las soluciones diluidas 0,10; 0,25; 0,50 de quinina en 10 o 20 c. c. de solución salina. En determinados enfermos, para elevar el tono cardíaco, se inyecta la quinina en 120 c. c. de suero fisiológico con unas pocas gotas de adrenalina. Nunca debe usarse por vía endovenosa más de 0,50 de quinina en una sola vez por el peligro del colapso grave o mortal.

La atebрина endovenosamente inyectada será de 0,10; 0,20 y 0,30 en 5 c. c. de solución salina.

El tratamiento endovenoso se practicará con mucha cautela y tomando en consideración el estado del enfermo y el grado de sus defensas orgánicas. Se inyectará siempre muy lentamente.

d) Tiempo de duración del tratamiento.—Varía con la forma clínica y el grado de intensidad de la infección y de la reacción orgánica. En principio, el tratamiento del acceso agudo será breve e intenso; generalmente son suficientes 7 días para dominarlo. La temperatura debe normalizarse al 5º día, no debiendo reaparecer elevaciones térmicas ni subfebriles, si ellas se presentaran, quiere decir que no se trata de paludismo, que hay error de diagnóstico o que el tratamiento ha sido mal hecho. Sin embargo, existen casos con diagnóstico microscópico y tratamiento bien llevado, que no ceden después del 5º día;

se trata entonces de enfermos con defensas naturales disminuidas, o bien, de formas muy severas (infecciones múltiples) como hay casos, en que no tiene acción la quinina por hipersensibilización o quinoresistencia, motivo por el que debe recurrirse a la atebrina.

Como postulado, el tratamiento durará hasta que desaparezca en absoluto todo síntoma palúdico. El breve e intenso no es suficiente para evitar las recidivas, es indispensable practicar otra serie de tratamientos de 6 a 7 días de curación con intervalos de 5 días, por un espacio mínimo de 3 meses. Además, la curación debe ser intermitente, porque el continuo puede producir acostumbamiento de los parásitos o hipersensibilidad del enfermo (anafilaxia) por otra parte el palúdico no tolera tratamientos largos.

e) Momento oportuno de administración de los medicamentos.—Estos deben encontrarse en la sangre al principio del acceso, es decir: antes, durante o inmediatamente después del escalofrío inicial, cuando los parásitos son más jóvenes, más vulnerables al medicamento y, además, cuando se encuentran en mayor abundancia. Por vía oral 5 a 6 horas antes del escalofrío; intramuscularmente, durante los prodromos que preceden a éste; inyección endovenosa, el momento mismo del escalofrío.

En la práctica, no siempre se pueden administrar los medicamentos en el momento oportuno, porque muchas veces varía la hora del acceso, o existen en el organismo varias generaciones de hematozoos que evolucionan diferentemente y, también, por otras circunstancias. Prácticamente debe administrarse la quinina, de tal manera, que ésta se encuentre constantemente en la sangre en cantidad suficiente. Para el efecto, se dará la quinina o la atebrina en tres dosis diarias (una cada ocho horas) hasta completar la dosis total de 1 a 2 gramos de quinina, de 030 a 090 de atebrina, diariamente y según los casos.

En resumen, los cinco factores estudiados para plantear la terapéutica, así como todas sus peculiaridades, deben ser orientados de acuerdo a las manifestaciones clínicas de cada enfermo en particular.

TRATAMIENTO DE LAS FORMAS CLINICAS CORRESPONDIENTES A LOS TRES TIPOS DE HEMATOZOARIOS

En general, se trata de la misma manera, con la diferencia de que la forma cotidiana (malaria tropical) requiere dosis más grande que las otras formas. Se dominan los accesos con la atebрина mejor que con la quinina.

Formas perniciosas.—Menos frecuentes éstas en Tarija, anotamos las más importantes: 1°. Hiperpiréticas, con más de 41 grados y delirio. 2°. Algidas y cardíacas. 3°. Cerebrales con síntomas encefálicos, meníngeos, accesos epileptiformes y tetánicos. En estas formas clínicas debe actuarse intensamente.

Recidivas.—Contra ellas no disponemos de medicamentos o medios decisivos para evitarlas. Los buenos tratamientos de las primo-infecciones aplazan la presentación de las recidivas, pero no las evitan. El porcentaje de las recidivas en enfermos bien tratados varía del 52 % al 18 %. Su frecuencia depende menos del tratamiento que de la reacción orgánica de enfermos tratados igualmente. La terciana a la vez que es la forma más benigna y que cede fácilmente al medicamento, es la más recidivante; la tropical, es muy grave y resistente al tratamiento, pero la menos recidivante.

Las recidivas son siempre de menor gravedad que los accesos de primera invasión. Se las trata de la misma manera que los ataques de prima-infección, con la diferencia del tiempo de duración que debe ser mayor, es decir más de 7 días.

Fiebre Hemoglobinúrica.—En Tarija es muy rara. Está comprobado que la quinina no es la causa de la hemoglobinuria; el paludismo por sí mismo es una enfermedad hemorrágica y aquélla es la expresión máxima de esta característica de infección palúdica en determinados casos como en las malarías malignas en organismos con un mínimum de defensa. Posiblemente, la quinina aumenta la hemoglobinuria.

Mientras no se dilucide esta cuestión, dicha fiebre se tratará con atebрина; además del tratamiento especial de la afección: entero o hipodermocclisis, transfusiones sanguíneas, opoterapia hepática, etc. Sin embargo, la quinina no está contraindicada absolutamente, y sino se dispone más que

de esta sustancia, se la administrará en dosis muy pequeñas y repetidas, con gran vigilancia.

TRATAMIENTO DEL PALUDISMO EN CASOS ESPECIALES

En las embarazadas.—El paludismo puede provocar el aborto. Como hemorragíparo que es, produce frecuentemente metrorragias durante el embarazo. Una mujer en este estado, está más expuesta al aborto a causa de ataques febriles repetidos, que con dosis adecuadas de quinina, la que no está contraindicada en ellos, pero debe reducirse la dosificación. En nuestra práctica, empleamos el bromihidrato en tres veces diarias de a 020 cada dosis. Si se tiene temor a la quinina, debe emplearse la atebrina. El parto obrando por shock determina un acceso palúdico. En el puerperio, se presentan a menudo elevaciones térmicas que pueden inducir a un diagnóstico erróneo, si no se toma en cuenta esta eventualidad, la que se tendrá siempre presente en los medios palúdicos.

En los estados pos-operatorios.—A consecuencia del shock, e inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueden presentarse temperaturas que son la expresión de manifestaciones palúdicas.

En las enfermedades infecciosas febriles.—En la tifoidea, para tifoidea, grippe, afecciones pulmonares; etc. se desencadenan paludismos latentes o atenuados, que agravan y desfiguran la sintomatología propia de la enfermedad. Esta reaparición no debe olvidarse en los enfermos con antecedentes palúdicos y en los medios de endemia malárica. En estos, paralelamente a la terapia especial de la enfermedad respectiva, se asociará la del paludismo.

En resumen, todos los factores que producen desequilibrio funcional o disminución de las defensas orgánicas, son capaces de desencadenar en forma insólita paludismos latentes, ocasionando accesos febriles que se tratarán igual que los ataques agudos.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Uno de los órganos más afectados desde los primeros accesos agudos es el corazón (miocardia palúdica) al mis-

mo tiempo, produce baja de la presión sanguínea, que con los medicamentos específicos quinina y atebriña (hipotensores) desciende más ella. En consecuencia, la indicación primordial, es tonificar el corazón y elevar la presión arterial mediante inyecciones salinas adrenalizadas, a fin de evitar el colapso cardíaco en los casos de cierta gravedad. Los otros síntomas accesorios se combaten con los medios terapéuticos generales; así, contra las cefaleas se aplican compresas frías en la cabeza; la hiperpirexia con envolturas húmedas igualmente frías; los vómitos con pociones yodadas y cloroformadas; contra los dolores intensos y excitación: morfina o sedol.

Como todos los síntomas del acceso febril son manifestaciones de la infección parasitaria, ellos desaparecerán rápidamente a medida que se vá haciendo el tratamiento etiológico.

TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CRONICAS

Las manifestaciones crónicas son proteiformes y polimorfas: paludismos larvados, monosintomáticos, equivalentes palúdicos, etc.; deben tratarse principalmente con los medicamentos quimio-terapéuticos específicos, siguiendo los métodos generales de la terapia antipalúdica, con la diferencia de intensidad y duración. En este sentido, el tratamiento de todas las manifestaciones palúdicas crónicas se efectuará paralelamente a éstas: dosis medianas durante períodos, hasta la desaparición de todo síntoma clínico.

El tiempo del tratamiento depende ordinariamente de la forma palúdica; la tropical requiere de uno a dos años; la terciana de cuatro a cinco años, y la cuartana durante muchísimo tiempo.

Como regla general, después de cada cura específica (quinina-atebriña) debe actuarse con agentes gameticidas (plasmoquina) no con fines curativos, sino con un objetivo epidemiológico, es decir: disminuir el número de organismos portadores de gametos. La plasmoquina se administrará solamente de 3 a 5 días, después de cada cura, especialmente con el paludismo tropical cuyo gameto es resistente a la quinina.

Una de las causas principales de la dificultad de tra-

tamiento del peludismo crónico, se debe a que los parásitos acantonándose en los órganos profundos (bazo médula ósea) en donde se multiplican atenuadamente, son alcanzados difícilmente por los medicamentos. Para expulsarlos de sus acantonamientos y hacer más eficaz la acción química se dará adrenalina en la forma siguiente: inyección endovenosa cotidiana en concentración creciente y progresiva:

Primer día una inyección de 1 c. c. de la solución al 1/100,000; segundo día de 1 c. c. al 1/90,000, y así sucesivamente hasta una concentración de 1/10,000. Estas deben practicarse muy prudentemente, disminuyendo la dosificación a la menor molestia del enfermo. Desde las primeras inyecciones se produce la reducción de la esplenomegalia, al mismo tiempo, la anemia se atenúa y desaparece. Este tratamiento es verdaderamente específico de la anemia, de la esplenomegalia y de la caquexia palúdica.

Durante la evolución del paludismo crónico, en los períodos de silencio clínico y de suspensión del medicamento específico, se practicará un tratamiento tónico general: hematopoyético y opoterápico.

La medicación tónica debe ser arsenical, adecuando a cada caso los preparados siguientes: licor de Fowler, de Boudin, de Bacelli, también el arrenal, cacodilato de sodio, stovarsol y paroxil. Nos abstendremos del neosalvarsán por los peligros que entrañan su aplicación en los enfermos atacados de paludismo.

Como prescripción hematopoyética y antianémica se emplearán los preparados de hierro, hemoglobina, adrenalina y especialmente la opoterapia esplénica, hepática y suprarrenal.

Medicaciones asociadas.—En todas las manifestaciones agudas se usarán únicamente los medicamentos específicos: quinina o atebrina, solas o combinadas; así, se puede emplear primero la atebrina y después quinina, según la gravedad de los casos o las contraindicaciones para uno de los medicamentos, los que entónces deben usarse separadamente.

En síntesis, la curación del enfermo palúdico depende, sobre todo, del poder defensivo del organismo, por lo tanto, es indispensable una alimentación adecuada, porque el grado de morbilidad y mortalidad del paludismo está íntimamente ligado a la deficiencia de estas dos causas, de

donde resulta que las poblaciones en donde el individuo vive mal alimentado, como sucede generalmente en nuestro país, aumenta la frecuencia de las formas palúdicas graves, siendo mayor la mortalidad.

CONCLUSIONES

1.—El tratamiento del paludismo, al lado de los métodos de protección contra el mosquito y de la medicación profiláctica, forma parte del sistema de defensa contra esta enfermedad,

2.—Científicamente considerado, desde el punto de vista de los resultados eficaces y definitivos, el tratamiento del paludismo ocupa el segundo rango de importancia en la campaña antipalúdica.

3.—Prácticamente en Bolivia, el tratamiento del paludismo debe ocupar el primer lugar en la lucha antipalúdica, con carácter actual y provisional.

4.—El tratamiento del paludismo es un problema nacional, en consecuencia debe ser una cuestión de Medicina de Estado, el que está obligado a tomar a su cargo esta acción sanitaria mediante un organismo técnico, dependiente del Ministerio de Higiene y Salubridad.

5.—La Quinina es generalmente el medicamento de elección por su acción terapéutica más amplia que la de los otros medicamentos específicos, su toxicidad mínima, su menor control médico para el manejo, y por razones económicas y prácticas.

6.—La Atebrina tiene un gran valor terapéutico en ciertos casos graves, o en algunos especiales y bien determinados: quino-resistencia, anafilaxia quínica, fiebre hemoglobinúrica, etc,

7.—La Plasmoquina no debe emplearse como medicamento curativo, sino como poderoso agente gameticida, de gran importancia desde el punto de vista profiláctico.

8.—La Quinina es principalmente esquinzonticida y secundariamente gameticida de los gametos de vivax y de malariae, pero no del gameto de precox.

9.—La Atebrina es únicamente esquinzonticida.

10.—Solamente el ciclo evolutivo de los parásitos asexuados es responsable de todas las manifestaciones pa-

tológicas del paludismo, por consiguiente el tratamiento debe ser esquinzonticida.

11.—La Quinina está indicadá en 99 % de casos palúdicos y la Atebrina en 1 %. En consecuencia, las cantidades de estos específicos que se emplean en la lucha antipalúdica, deben guardar la relación con el porcentaje anotado.

Jenaro Villa
Relator Oficial

Lucha Antípalúdica

Por el Dr. JUSTO P. MENDOZA

En la lucha contra el paludismo, endemia que reviste caracteres alarmantes en determinadas regiones de Bolivia, se ha hecho muy poco o nada porque lo efectuado hasta ahora se reduce simplemente a curar los afectados o quininizan, en escala reducida, a los pobladores de regiones palúdicas.

Este proceder, bien se puede llamar, nada científico ni profiláctico y como tal de resultados muy dudosos fuera de ser anticuado por las razones siguientes:

1.—La quinina necesaria, para para la profilaxia en Bolivia, es de enorme cantidad y dado el costo de este alcaloide representa un gasto de dinero que tal vez no estamos en la capacidad de sufragar.

2.—Siendo la quinina alcaloide, como todo alcaloide, debe ser usado y administrado por elemento competente e idóneo pues, de otro modo, trae o traería graves consecuencias. Este personal tiene que ser numeroso y bien pagado hecho que también demanda un desembolso apreciable de parte del Presupuesto Nacional.

3.—Hay mucha gente que se resiste a tomar la quinina por la ligera sordera que produce.

4.—La administración sin control, en los sujetos ya palúdicos, trae como consecuencia la quinino-resistencia del hematozoario, hecho que complica grandemente el estado del enfermo desde el punto de vista de la terapéutica.

5.—La droga en manos de personas inescrupulosas se presta a la especulación.

6.—Por último, la quinización es considerada ya

como un tratamiento profiláctico primitivo con mayores inconvenientes que salvar que resultados positivos,

Parece que se ha intentado, también, en pequeña escala, la petrolización, forma de profilaxia pasada ya a la historia por ser nada práctica y costosa.

Además en contra de la petrolización se pueden anotar los siguientes puntos más importantes:

1.—La extensión de aguas por petrolizar, en Bolivia, es enorme.

2.—El transporte, en ciertos lugares, se hace difícil o imposible.

3.—El costo del petróleo es caro. Esta razón económica es la más importante ya que por cada metro cuadrado de aguas estancadas se hace necesario derramar, por lo menos, 50 c. c. de petróleo y en forma periódica cada tres meses.

4.—El petróleo esteriliza los terrenos en los que es derramado, haciendo para lo futuro, inaprovechables para el futuro.

5.—En algunas aguas estancadas se desarrollan variedades de plantas acuáticas (*Lemna* y *Chara*) que hacen imposible la vida y desarrollo de larvas de anofelinos, plantas a las que la petrolización las mata.

6.—Los batracios y peces (*Gambusia affinis*) se nutren de los mosquitos y larvas. La petrolización impermeabiliza el agua y hace que no puedan vivir estos animales y tampoco dejan sus ovas que luego se convertirían en larvífogas eficaces.

7.—Finalmente, siempre se debe contar en toda campaña con la cooperación de los propietarios y pobladores de cada región. Por las razones ya anotadas el petróleo no está al alcance de todos por lo que se anula esta cooperación que podía ser efectiva.

Valga la oportunidad de repetir lo que dice un eminente malariólogo: «Muchos intentos de profilaxia fracasan porque pretenden imponer principios teóricos incompatibles con la vida ordinaria de los pueblos sin estudiar previamente la posibilidad de respetar costumbres, ajustándose a ellas sin renunciar al cumplimiento de nuestro deber científico y social».

Por consiguiente, el único medio que resta para hacer una labor efectiva, por la salud de la población que

habita los lugares palúdicos y los que por varios motivos tienen que viajar por dichos lugares, *es la dececación y drenaje de todo charco, pantano u ojo de agua existente.*

Para este efecto, la sección respectiva del Ministerio de Higiene y Salubridad debe contar, en su personal, con un Ingeniero Inspector de la Lecha Antipalúdica y fondos disponibles para el pago de peones, compra de herramientas de trabajo, etc! etc. y demás gastos que requiera esta sección.

El Ingeniero estaría en constante campaña, debiendo evacuar cada mes su informe sobre los trabajos efectuados y los por efectuar acompañando planos para el efecto del control y estudios futuros.

Mediante carteles y anuncios hacen saber al pueblo que tienen la obligación de comunicar, a las oficinas de Lucha Antipalúdica, la existencia de cualquier charco, por pequeño que sea, para que el Ingeniero se traslade al lugar y vea el trabajo por efectuar.

Creo que en esta forma recién se haría una labor racional y científica en lo que respecta a la Lucha contra el Paludismo que aflige a una gran extensión de nuestro territorio produciendo una mortalidad subida y un sin número de complicaciones, especialmente la tuberculosis.

CRONICA

Homenaje al Mariscal de Ayacucho.—El 3 de febrero, y en un ambiente de alta cultura y profundo recogimiento cívico, se llevó a cabo la tradicional sesión pública, en la que todos los años conmemora nuestra institución la fecha del nacimiento del Gran Mariscal de Ayacucho, padre y fundador de nuestras instituciones libres y cuyo excelso nombre tiene el honor de ostentar nuestra sociedad.

A esa memorable sesión cívica adhirióse, también, con entusiasmo patriótico, la benemerita Sociedad Geográfica, que, como nuestro Instituto, lleva así mismo orgullosa el nombre del Gran Mariscal Sucre,

Actuaron con brillante éxito, en esa velada cívica, tanto el Presidente del Instituto como el igual de la Sociedad Geográfica Sucre, en este orden:

El Dr. Manuel Cuellar, Presidente del Instituto, leyó un conceptuoso *discurso-informe*, en el que, al dar cuenta de la labor realizada durante la gestión que le cupo presidirlo, hizo una interesante síntesis histórica de la marcha y desenvolvimiento de la sociedad, desde el día de su fundación, el 3 de Febrero de 1895, hasta el presente, constituyendo ese resumen fidedigno una base documentada para que, en el porvenir, se escriban la Historia y los Anales del Instituto Médico Sucre.

Dicho informe o memoria del Dr. Cuéllar tenemos el agrado de publicar en las primeras páginas del presente número.

Por su parte, el señor Presidente de la Sociedad Geográfica Sucre, Dr. Alfredo Jáuregui Rosquellas, pronunció una conceptuosa oración cívica en recuerdo del Padre de la Patria y leyó, en seguida, un importante trabajo relacionado con los altos intereses de la institución que tan merecidamente dirige.

Ambos presidentes, los doctores Cuéllar y Jáuregui, recibieron nutridos aplausos de la numerosa y selecta concurrencia que llenaba el amplio salón de actos públicos de nuestra sociedad.

Renovación de la Mesa Directiva.—En el mes pasado, y en sesión extraordinaria presidida por el doctor Gustavo Vaca Guzmán, vicepresidente del Instituto, y dando cumplimiento a los Estatutos, se procedió a la elección de la nueva mesa directiva que debe regir los destinos de la institución en la presente gestión de 1941, habiéndose constituido dicha directiva con el personal siguiente:

Presidente	Dr. Aniceto Solares
Vice	« Walter Villafani
Tesorero	« Clovis Urioste Arana
Secretario	« Julio C. Fortún
Vocal	« Gustavo Vaca Guzmán
«	« Armando Solares Arroyo

Al felicitar a los colegas elegidos por el honor que se les ha conferido, hacemos votos porque las nuevas autoridades del Instituto conduzcan nuestra sociedad por los senderos del progreso y de su más positivo engrandecimiento.

1er. Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica.—Las autoridades sanitarias y el cuerpo médico de esta capital han recibido invitación de parte de la «Comisión Ejecutiva» del indicado Congreso que se reunirá en San Pablo (Brasil) en el mes de julio próximo, pidiéndoles su adhesión a él y el envío de trabajos originales relacionados con la especialidad de la Cirugía Plástica,

Es de desear que tanto los colegas de esta capital, así como los de las otras ciudades de la república y las Facultades de Medicina y ramas anexas, correspondan a la invitación de que han sido objeto, enviando trabajos originales que, indudablemente, honrarían en alto grado al cuerpo médico nacional, en este importante torneo científico.

Próxima visita del Sr. Ministro Dr. Abelardo Ibañez Benavente.—Nos informan que este distinguido y prestigioso cirujano viene a Sucre, invitado por las principales autoridades de la localidad y del cuerpo médico, para inaugurar el Pabellón de Operaciones en el Hospital de Santa Bárbara, el que llevará el nombre del ilustre médico boliviano Dr. José María Escalier. Le deseamos un feliz arribo al Dr. Ibañez Benavente, que en todo momento de-

muestra su aprecio y eficaz ayuda por el mejoramiento de nuestras instituciones médicas, sanitarias y universitarias.

La visita del Dr. Enrique Loup.—Nos visitó en anterior ocasión el apreciado amigo e intelectual galeno Dr. Loup consocio nuestro. Su permanencia en Sucre, constituyó para los médicos y amigos una grata satisfacción al compartir con él momentos de verdadera expansión cultural. Sabemos que fué invitado por el Rectorado de la Universidad y el Decano de la Facultad de Medicina para ocupar el cargo de Profesor de Ginecología.

Donaciones Pro-Hospital y Manicomios.—Con satisfacción hemos visto los progresos que se realizan en el Hospital de Santa Bárbara, gracias a las donaciones efectuadas por los benefactores e ilustres hombres: Dr. José María Escalier y Sr. Carlos Diez de Medina, únicos filántropos en la actualidad, que hacen este bien en favor de estas casas de caridad.

NECROLOGIAS.—Dr. Claudio Roso.—Su muerte enluta a nuestra institución médica. Hombre ilustre, profesional honrado, padre noble fué el Dr. Roso. Ocupó altos cargos dentro de nuestra Universidad, de la que representó dignamente como Rector, y más que este título, fué el espíritu que supo encauzar ideales de la juventud estudiantil en bien de la cultura y del prestigio de la Universidad de Charcas.

El personal del Instituto Médico, envía su sentida condolencia a su esposa e hijos por el vacío que deja en el hogar y en la escuela de medicina de Sucre.

Dr. Carlos Valenzuela.—La familia médica de Sucre, deplora con sincero dolor la pérdida de este distinguido profesional que en el mejor momento de su vida, necesaria para el bien de la humanidad, en especial, de nuestro país, es arrebatado por el fatal destino con una muerte inesperada, cuando el hombre en la plenitud intelectual, adquiría grandes conocimientos en la especialización del *cáncer*, con las enseñanzas del sabio Dr. Roffo, en Buenos Aires.

A los colegas de La Paz, a la familia del llorado médico, enviamos nuestra condolencia.

Dr. Arturo Cortés.—No se puede evitar el sino fatal que acecha al hombre para sorprenderle con la ines-

perada muerte en el mejor momento de la vida; esto pasó con el joven y distinguido farmacéutico Arturo Cortés, que deja a sus hermanos con el corazón angustiado por el dolor.

Hizo su vida para el trabajo, no hubo otra felicidad mayor para él que la satisfacción del deber cumplido y el bienestar de sus familiares a quienes dedicó todos sus esfuerzos y cariño de noble hermano.

Enviamos al Dr. Medardo Navarro, consocio nuestro y a su familia nuestro pésame por tan inesperada muerte.

«Comité Pro Homenaje al Prof. Dr. Manuel Cuéllar».—El Instituto Médico Sucre, a cuya iniciativa se llevará a cabo la conmemoración de las *Bodas de Oro Profesionales* de su ilustre Presidente Honorario el Dr. Manuel Cuéllar, ha designado el personal que debe constituir el Comité organizador de dicho homenaje y que es el siguiente:

Presidente	Dr. Aniceto Solares:
Vocal	" Gustavo Vaca Guzmán
"	" Wálter Villafani
Secretario	" Gregorio Mendizábal
"	" Julio C. Fortún

Este Comité activa entusiastamente los preparativos para la realización del mencionado homenaje en honor del Prof. Dr. Cuéllar, el que, como tenemos dicho, se efectuará el día 30 del actual mes de mayo.

Huéspedes distinguidos.—Ultimamente, visitaron esta capital nuestros distinguidos colegas el Dr. Juan Antonio Osorio, ilustrado *médico internista* que, con todo crédito, ejerce sus actividades profesionales en la ciudad de La Paz, y el Dr. Roberto Valda Arana, reputado *médico oculista*, que en la metrópoli del Plata honra a Bolivia ocupando una espectable posición entre los colegas de su especialidad.

Nuevo socio del Instituto.—Ha sido incorporado a nuestra institución, en calidad de socio activo, el Dr. Miguel Levy, prestigioso profesional, que a sus singulares prendas morales de sagacidad, modestia y reconocida caballeridad, une las de una clara inteligencia y un profundo espíritu de laboriosidad y trabajo.

El Instituto se complace en recibir en su seno a un elemento de gran valía, como lo es el colega Dr. Levy,

esperando de su entusiasmo y decisión que sabrá laborar por su progreso y engrandecimiento.

Nuevos Profesionales

Han optado el título de Médico-Cirujano los siguientes egresados de la Facultad de Medicina:

Hernando Briançon

Víctor Lora Ponce

Alfredo Calderón B.

Josefina Escalante

De Farmacéutico:

Fidel Torricos Cors

Armando Moscoso P.

De Matrona:

Amalia Sandoval S.

La Revista envía a los nuevos profesionales su muy cordial felicitación y sus mejores votos porque en el ejercicio de su elevado ministerio obtengan muchos lauros y triunfos en bien de la ciencia y de la humanidad doliente.

DE LO NUESTRO

Libros

Revistas

Periódicos

Hemos recibido en el primer trimestre del pte. año.
El Boletín del Sindicato Médico N° 1.

La Paz.—Sus páginas tienen una lectura selecta, encontramos artículos de un gran concepto médico-nacional, que dicen mucho del espíritu amplio de aquellos que anhelan la superación y el esfuerzo por el mejoramiento de nuestra institución médica. Saludamos cordialmente a los compañeros de aquel sindicato y les deseamos mayores triunfos para una causa común por Bolivia.

Prensa Médica Nos. 1 y 2.

La Paz.—También se organizó este vocero con un grupo de intelectuales; galenos alentados por un deseo de hacer acción de periodismo científico entre el médico y el estudiante como la mejor vinculación intelectual, único lazo de unión en toda orientación de ideales.

Revista de Ciencias Biológicas.

Cochabamba.—En cada número de esta interesante revista se nota la tendencia a escribir artículos relacionados con nuestra medicina boliviana, que es a lo que debemos propender, ya que nuestra patología tiene un carácter racial en diferentes enfermedades relacionadas a nuestro tipo constitucional repartido en una gran extensión de territorio.

Aparato Respiratorio y Tuberculosis.

La Paz.—Nos informan detenidamente de la alarmante propagación de la tuberculosis en nuestro país. Sus estadísticas y los interesantes trabajos originales de los distinguidos médicos que escriben esta revista, nos demuestran el afán por la divulgación de uno de los peores males que amenazan gravemente a la población boliviana.

El Instituto Médico por intermedio de su Comité de Redacción, felicita esta prestigiada sociedad de fisiología.

Esculapio.

La Paz.—Hace investigaciones interesantes químico farmacéuticas con trabajos originales que facilitan el amplio estudio que se puede realizar de nuestro herbario y flora ya conocidos por eminentes investigadores. Bien dicen, en uno de sus números: «Hace falta una Farmacopea Nacional». Nosotros, haciendo eco a esta iniciativa, decimos «necesitamos Laboratorios para hacer conocer al mundo científico nuestros propios productos medicinales».

Boletín de la Sociedad Geográfica «Sucre»

No obstante de ser ajena a nuestras actividades médicas, hacemos un comentario de esa importante revista por ser una de las más prestigiadas del país. El selecto núcleo de socios, acreditan el nombre de esta alta institución geográfica, mereciendo el aplauso general por su interés en hacer conocer valiosos documentos históricos de Bolivia, poco conocidos por los mismos bolivianos. Cada número de la revista nos instiga a leer narraciones de una gran importancia y curiosidad. Anhelamos porque siga esta norma de descripción, ya que interesa a todos los nacionales saber el desenvolvimiento histórico y geográfico de nuestro país.

Universidad de San Francisco Xavier

Sucre.—Esta revista está también catalogada entre las mejores. Sus seleccionados trabajos originales relacionados con la vida de nuestra Universidad de Charcas, la historia de su desarrollo y la culminación de sus grandes ideales, le dan tal importancia a su lectura que sería de desear se publiquen exclusivamente trabajos de esta índole de culturización, bajo el concepto de las modernas doctrinas sociales, dejando lo médico científico para las revistas de esta naturaleza, y desde luego, ofrecemos a los señores médicos, las páginas de la nuestra o las de la revista de la Facultad de Medicina, que en breve aparecerá para la publicación de sus interesantes trabajos, ya que la revista de la Universidad de San Francisco Xavier, sería el idealismo intelectualista de cultura, de arte, de belleza de nuestra «élite» universitaria.

Boletín N.º 1 del "Departamento de Medidas y Eficiencia Escolar".

Sucre.—No hacemos el comentario completo, como hubiéramos deseado, de esta importante revista del Departa-

mento de Medidas y Eficiencia Escolar que funciona en esta ciudad, dependiente del Consejo Nacional de Educación; sin embargo es necesario sintetizar nuestro concepto cabal del informe presentado por el Jefe Profesor Alfredo Vargas.

Su labor es digna de conocerla por su alta finalidad técnica-pedagógica. Estudia el conocimiento del niño boliviano psicopedagógicamente, para determinar su distintivo psíquico y somático de esta unidad viva que le caracteriza y constituye en él su personalidad futura. Este es el objeto del análisis de tan importante trabajo que hace el intelectual profesor especializado en Europa.

Demuestra que el porvenir de la educación escolar está en manos de técnicos encargados de «encauzar la escuela dentro de los normas y disciplinas científicas.»

Efectivamente, la cultura superior de nuestro pueblo estará en relación con los hombres de cerebros cultivados y de personalidad disciplinada para alcanzar ese alto «ideal humano» que imprima la dirección de nuestra vida social, y no se considere a Bolivia como un «pueblo acéfalo» como dice él.

La selección educativa escolar, mediante *tests pedagógicas*, determinarán una orientación en las actividades de organización de grupos para una acción conjunta por el progreso y cultura de Bolivia, haciendo conocer la capacidad y la posibilidad en el trabajo de cada uno.

Reciba nuestro más caluroso aplauso el Profesor Sr. Vargas, por el concienzudo estudio que hace y que lo ha enviado al Sr. Ministro de Educación.

M. L.
