



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 38 BOLIVIA-SUCRE, ENERO-FEBRERO DE 1942. Nº 74



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"

Sucre (Bolivia) Calle San Alberto Nos. 8 y 10
Casilla Correo Nº 82

COMITÉ DE REDACCION:

Dr. ANICETO SOLARES, EZEQUIEL L. OSORIO,
JULIO C. FORTUN, Y JOSE AGUIRRE T.

SUMARIO

	Pág.
Memoria del Presidente del Instituto Médico «Sucre» <i>Dr. Aniceto Solares</i>	1
Declinación mental del indio. Sus procesos mentales. <i>Dr. Miguel Lévy B.</i>	15
Pneumatosis quística intestinal. <i>Dr. Julio C. Fortún</i>	34
Comentarios.—«Tratamiento cirurgico do estrabismo», presentado por el Profesor Moacyr E. Alvaro a la Sociedad de Oftalmología de Minas Gerais, (Brasil). <i>Dr. Aniceto Solares.</i>	49
Aniceto Solares — Keratoconjuntival lesions observed at high altitudes in Bolivia.—(Lesiones queratoconjuntivales en las regiones altas de Bolivia).—American Journal of Ophthalmology.—Vol 24.—Nr 24.—Aug. 1941. <i>Dr. José Aguirre T.</i>	56
Esclerosis pulmonar. Del Dr. Germán Oroscio, <i>Dr. J. C. F.</i>	64
Derecho a la Muerte. <i>Dr. Miguel Levy B.</i>	67
Crónica	72

INSTITUTO MEDICO 'SUCRE'

Sociedad fundada el 3 de febrero de 1895

Presidente Honorario

Dr. MANUEL CUELLAR
Miembro Fundador del Instituto

Socios de número

Dr. Domingo Guzmán
« Wálter Villafani
« Ezequiel L. Osorio
« Gustavo Vaca Guzmán
« Aniceto Solares
« Claudio C. Mendoza
« Manuel Leónidas Tardío
« Francisco B. Caballero
« Armando Solares Arroyo
« Gregorio Mendizábal
« Jenaro Villa Echazú
« Anastasio Paravicini

Dr. 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 Lévy B.

Socios Honorarios (fallecidos)

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 Condarco, Adolfo Mier.

Santa Cruz.—Udalrico 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).—Dres. Miguel Coelho, Fer-
nando Magalhaes, Juliano Moreira, Carlos Chagas, A-
breu Filho, Luis Soares.

España.—(Madrid).—Dres. 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 Rengel
« Marcelino T. Martínez
« Donato Doria Medina
« Constantino Doria Medina
« Justo Padilla
« Demetrio Gutiérrez
« José María Araujo
« Víctor F. Quintana
« Fidel M. Torricos
« Julio Oropeza T.
« Antonio Cárdenas
« Arcil Zamora
« Pastor Reynolds
« Néstor F. Careaga
« Ml. Gerardo Pareja
« Claudio Roso
« Filomeno Martínez

Socios correspondientes

INTERIOR

*Sucre.—*Ignacio Terán, Jo-
sé María Calvo.

*La Paz.—*Dres. Andrés S.
Muñoz, Luis Viaña, Claudio
Sanjinés T., Manuel B. Ma-
riaca, Adolfo Fores.

*Oruro.—*Zenón Dalence,
Wesly Beach.

*Santa Cruz.—*Pablo Sanz.
*Potosí.—*Héctor Vásquez,
Mariano P. Zuleta.

EXTERIOR

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

*Uruguay.—*Dres. Américo
Ricaldoni, Gerardo Arrizaba-
laga.

*Perú.—*Dres. Odriózola,
Daniel Matto.

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO 'SUCRE'

Año XXXIX Enero — Marzo 1942 No. 74

Memoria que presenta la presidencia del Instituto Médico «Sucre» acerca de las labores de la sociedad durante el año de 1941

Señores consocios:

Al cumplir con el mandato del Estatuto y siguiendo la costumbre ya tradicional de nuestra sociedad, os debo dar cuenta de nuestras labores en el vencido año de 1941.

Terminó sus funciones la anterior Mesa Directiva, presidida por el Dr. Manuel Cuéllar, al realizar la sesión pública anual, que no pudo efectuarse precisamente el día 3 de febrero, sino muy poco después.

Durante el año que se cumple, el Instituto, aunque no con la actividad deseable, ha seguido en el desarrollo ordinario de sus labores.

La ausencia de varios consocios, que se hallan fuera de esta capital, y la poca regularidad de algunos para concurrir a nuestras reuniones han sido en gran parte la causa para que no se hubiese obtenido un máximo de rendimiento en nuestras faenas. Otras circunstancias que también intervinieron han de ser oportunamente señaladas.

Debemos arrancar conclusiones de lo que la experiencia nos demuestra y creo que la principal es modificar la estructura funcional del Instituto, a fin de que esta sociedad siga su desarrollo pero dentro de normas nuevas. Me parece, en suma, que en lo que atañe a las reuniones periódicas de los consocios deben éstas ser consagradas a la presentación de trabajos propios, trátense de casos clínicos interesantes, de debates doctrinales sobre temas de actualidad, o de asuntos experimentales. Como lógico punto de partida será menester encarar la reforma del Estatuto orgánico que nos rige.

SECCION DE VACUNA

Sus funciones han sido, como en todo tiempo, eficientes. Ha satisfecho ampliamente las necesidades del servicio público al proveer superabundantemente hasta a las más alejadas zonas de la república, de la linfa vacinal, la que respondiendo al inamovible prestigio de esta sección ha cumplido su función preventiva con la eficacia de siempre.

Nota ingrata fué el cargo levantado por autoridades sanitarias subalternas y transmitido al Ministerio de Higiene y Salubridad, poniendo en duda la eficacia de la vacuna. Felizmente las aseveraciones hechas con tanta ligereza como irresponsabilidad por subalternos funcionarios de provincias alejadas de esta capital, fueron fácilmente destruidas, desprendiéndose que por móviles que es difícil juzgar, se achacó a la calidad de la linfa lo que seguramente eran fallas en la aplicación de la vacuna, o errores y defectos de técnica. Nada dará mejor idea que la lectura del Informe del Jefe de esta Sección, el mismo que se halla entre los documentos anexos a esta memoria.

MOVIMIENTO DEL TESORO

La subvención del Gobierno en compensación del

servicio de vacuna antivariolosa se ha pagado con retardos.

Con el cuidadoso empleo de nuestros fondos hemos podido atender a las múltiples necesidades de la institución.

El estado de Caja arroja a la fecha una suma de Bs, 13,351.41.

HOMENAJE AL Dr. MANUEL CUELLAR

Inició el Instituto una acción tendiente a ofrecer al ilustre consocio Dr. Cuéllar, último sobreviviente de sus fundadores, un homenaje coincidente con sus bodas de oro profesionales; para ello decidióse constituir un Comité especial, el cual bajo mi presidencia e integrado por otros cuatro consocios comenzó sus labores preparatorias.

Comenzadas éstas y con el propósito de dar al homenaje los alcances de un acto nacional de reconocimiento, surgieron inconvenientes que fueron acrecentándose hasta llegar a crear una situación de dificultades promovida exclusivamente por haberse excedido en sus atribuciones alguno de los Vocales del Comité mencionado, lo que agrandó aquellas dificultades hasta hacerlas insalvables, lo que lamentablemente comprometió la seriedad del Instituto, ante colegas y agrupaciones médicas de otros centros. Como consecuencia de esas tan poco meditadas actuaciones el propio Dr. Cuéllar, renunció a los homenajes que se le preparaban.

Si me refiero a este asunto, que en suma dejó al Instituto en una situación nada envidiable es porque habiendo sido del dominio público el propósito de realizar aquel homenaje, las responsabilidades de su fracaso deben sobrellevarlas quienes realmente las tienen.

LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Merced a haberse obtenido del Supremo Gobierno

la suma de \$ 7.000 moneda argentina, en fecha 11 de octubre de 1940 y cuyo pago se realizó en marzo del pasado año, se encargó al consocio Dr. Germán Oroasco, residente en Buenos Aires, hacer las adquisiciones de material para renovar las existencias de nuestro referido laboratorio. El mencionado consocio ha adquirido en las más acreditadas casas de la capital argentina los útiles y reactivos necesarios, debiendo recibirse los pedidos en pocos días más. Con tan importantes adquisiciones estará muy bien provista y modernizada esta sección.

Es preciso tener en cuenta que la Facultad de Medicina, los hospitales y el público que lo precisa aprovechan de los servicios tan importantes del laboratorio bioquímico.

BIBLIOTECA

A más de haberse seguido adquiriendo obras y publicaciones diversas, se va llevando a término la clasificación según los sistemas Decimal de Dewey-Otlet y del Instituto Internacional de Bibliografía de Bruselas. Por lo demás, la ordenación en el nuevo local asegura el mejor servicio y conservación de las obras que la constituyen.

REVISTA.

El único número que se ha podido publicar ostenta trabajos de alto mérito; nuestra publicación es siempre solicitada sobre todo del extranjero, y su importancia está demostrada por la cantidad y calidad de canjes que se sigue recibiendo. Se halla en preparación un otro número, que vencidas sobre todo dificultades materiales, verá la luz pública en época cercana.

REFACCIONES EN EL LOCAL

Se ha emprendido trabajos serios de refacción en

el local del laboratorio de bioquímica cuyo deterioro amenazaba ruina completa. Asimismo en el segundo patio y en la sala de elaboración de la linfa vaccinal, con pintado de paredes, arreglo de ventanas, etc.

Siempre en el propósito de servir los intereses públicos, el Instituto, ha facilitado locales para diversas oficinas del servicio de Sanidad Pública. La Lucha Antipalúdica, la Oficina de Epidemiología y la Oficina de Vacunación Antivariolosa, están instaladas en nuestro edificio.

También se realizan adaptaciones para animales de laboratorio, a fin de facilitar que no falten elementos para que el Laboratorio de Tisiología, próximo ya a instalarse, elabore *tuberculina* tan necesaria para labores de investigación y experimentación.

He de terminar este breve informe recordando que hoy es la fecha aniversaria del Instituto que tiene a grande honra llevar el nombre del glorioso soldado de Ayacucho. En los años de vida que lleva esta institución mucho ha hecho, tanto prestigiando la ciencia médica de Bolivia, como dando su eficaz concurso al al servicio público. Comisiones de diversa índole, estudios e informes sobre problemas sanitarios, facilidades brindadas al diagnóstico mediante nuestro laboratorio bioquímico, y sobre todo el haber arrancado a la muerte millares de seres, y no pocos librados de la ceguera por obra y gracia de la vacuna antivariolosa, son el saldo a favor de los 47 años de vida de esta sociedad.

Ella que se enorgullece de estar bajo la égida de Antonio José de Sucre, puede ufanarse de haber puesto trabajo y de haber hecho obra eficiente, y considera que uno y otra constituyen un homenaje a ese nombre nimbado con la aureola de la santidad más auténtica, que es la que proviene de una vida con honor, de una conducta plena de abnegaciones, de una conciencia impecable, y en fin de una muerte en el martirio que alumbró la lámpara inextinguible que transformada en astro brilla en el firmamento como faro conductor de nuestras

esperanzas, o como promesa en las horas de dolor de la patria.

Que bajo la advocación de ese nombre bendecido, el destino nos depare energías, talento y perseverancia para laborar con creciente eficacia en pro de la colectividad. Y que el espíritu del Gran Mariscal guíe a la Patria hacia una ruta de bienandanza y de grandeza.

(Fdo.) *Dr. Aniceto Solares*
Presidente.

ANEXOS

C O P I A

«Instituto Médico «Sucre».—Casilla correo 82.—Sucre-Bolivia.—Sucre, 7 de enero de 1.942.—Señor Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Presente.—Señcr. Enterado del oficio N° 811/41 del Departamento técnico, Sección Epidemiología y Profilaxis del Ministerio de Higiene, que se ha pasado en 16 de diciembre del año ppdo, me cabe informar lo siguiente:

Durante más de cuarenta años, la vacuna elaborada por nuestra sección respectiva, ha sido considerada como un excelente producto, consagrada como tal, no sólo por la opinión médica nacional más autorizada, sino también por la opinión de distinguidos profesionales é institutos del extranjero. Empero, al considerar las transcripciones hechas en el mencionado oficio, veo que estas carecen de fundamento, pues la sección de Vacuna, para asegurarse del éxito de su producto, envía juntamente con el fluido, una tarjeta, en la que se insinúa a los profesionales o a los vacunadores, anotar el resultado que hubieran obtenido. La devolución de ellas, nos comprueba siempre la eficacia del producto. Como prueba transcribo a continuación las respuestas recibidas en las indicadas tarjetas:

De Santa Cruz.—Respuesta del Dr. Bernardo Cadario, Jefe de Epidemiología.—Ternero.—N° 2269-70.—Fecha extracción cow-pox 24-VI de 1.941.—Fecha de remisión 9-VII de 1941.—N°. de ampollas 100.—Número de ampollas recibidas 100 (Cien), Prendieron 90 % Positivas. (Fdo.) Dr. Bernardo Cadario B.—Direcepidemiología.

Con fecha 16-VII se remitieron 50 amps. Resp. igual ant.

«	«	13-VIII «	«	50	«	«	«	«
«	«	30-VII «	«	50	«	«	«	«
«	«	23-VII «	«	50	«	«	«	«
«	«	27-VIII «	«	50	«	«	prend. 80%	
«	«	20-VIII «	«	50	«	«	« 90%	
«	«	29-IX «	«	50	«	«	« 90%	

De Camargo (Culpina).—Contestación del Dr. Benigno Valda.—Ternero N° 2295-98.—Fecha extracción cow-pox.—8-VII-1941.—Fecha remisión 30-VII-1941.—N° de ampollas 25.—Número de ampollas recibidas 25.—Prendieron 100 vacunaciones.—Observaciones: Resultado magnífico.—(Fdo.) Dr. Benigno Valda G.

De Tarija.—Contestación del Dr. Ortega, Jefe Epidemiología.—Ternero N° 2295-98.—Fecha extracción cow-pox 17-X-1941.—Fecha de remisión 22-X-41.—N° de ampollas 100. Número de ampollas recibidas 100.—Prendieron 83%. (Fdo.) Dr. Ortega.

De Paria.—Contestación del Dr. Fidel Valdez.—Ternero N° 2279-80.—Fecha de extracción cow-pox 16-VIII-1941.—Fecha de remisión 27-VIII-41.—N° de ampollas 15.—Número de ampollas recibidas 15.—Prendieron 200 escarificaciones.—Observaciones: Fluido vacuno excelente. Haga favor enviar 15 ampollas más. (Fdo.) Dr. Fidel Valdez.

De Padilla.—Contestación del Dr. Ricardo Toro.—Jefe Saniprovincial.—Ternero N° 2286-87.—Fecha de extracción cow pox 16-IX-41.—Fecha de remisión 22-IX-41.—N° de ampollas 30.—Número de ampollas recibidas 30.—Prendieron... Fluido excelente.—Con fecha 13-XI-41 se remitió 20 ampollas.—Respuesta.—Observaciones: Resultado excelente.—(Fdo.) Dr. Ricardo Toro, Jefe de Sanidad Provincial Padilla.

De Uyuni.—Contestación del Dr. Juan Sandi, Director hospital.—Ternero N° 2264-67.—Fecha de extracción cow pox: 27-V-41.—Fecha de remisión: 25-VI-41 N° de ampollas 50.—Número de ampollas recibidas 50.—Prendieron 90%.—Observaciones: excelente fluido varioloso.—Con fecha 2-VII-41, se remitieron 25 ampollas.—Respuesta igual a la anterior. Con fecha 12-XI-41, se

remitieron 50 ampollas.—Respuesta: Número de ampollas recibidas 50. Prendieron en la primera vacunación 90%; revacunados el 40%.—Observaciones: excelente calidad de fluido. *Zonas donde se vacunó no se presentó más variolosis.*

De Potosí.—Contestación del Jefe de Sanidad Departamental.—Ternero N° 2014-18.—Fecha de extracción del cowpox 11-XII-41.—Fecha de remisión 20-XII-41.—Número de ampollas 50. Número de ampollas recibidas 50. Prendieron todas. Observaciones:... (Fdo.).—Jefe de Sanidad Departamental, Alfredo Calvo Vera.—Con fecha igual a la de la anterior tarjeta, se enviaron al Jefe de la Sección Epidemiología 100 ampollas de vacuna, siendo la respuesta de que prendieron todas; sin ninguna observación.

El doctor Roberto Cors, no se ha dignado devolver ninguna tarjeta de las que acompañaban las remisiones de vacuna que de esta sección se le hicieran, menos la correspondiente a la remisión de 24 de noviembre del pasado año; sin embargo se permite hacer consideraciones antojadizas respecto a nuestro producto y su elaboración, las mismas que para el criterio de esta dirección obedecen únicamente a insidia o falta de cultura y ética profesional.

Asimismo, y sin ningún comentario, me permito trascribir a Ud. las comunicaciones que en distintas oportunidades nos enviara el Dr. Bernardo Cadario, Director de Epidemiología en Santa Cruz, quien en el mencionado oficio alberga «sus dudas», respecto a la eficacia de la vacuna:

«Jefatura de Epidemiología y Profilaxis.—Santa Cruz.—Bolivia. Of. N° 75-40.—Santa Cruz, 20 de junio de 1940.—Al señor Presidente del Instituto Médico, Sucre.—Señor: Adjuntas al presente oficio y con todo agrado, devuelvo a usted las tarjetas con las cuales nos enviara las siguientes ampollas de vacuna antivariolosa. El 4-IV-40, se nos mandaron 50 ampollas, el 23-V-40, con 50 amp. y el 30-V-40 con 30 amp. Como usted verá señor Presidente, con dichas vacunas hemos tenido como resultado un 50% de resultado positivo, de tal manera

que me cabe felicitarlo, tanto por el buen resultado de dicha vacuna, como por la labor desarrollada por Ud. y el personal que le colabora. Al agradecer a Ud. por dichas remisiones, lo saludamos muy atentamente.—(Fdo) Dr. Bernardo Cadario B., Jefe de Epidemiología Departamental».

«Jefatura de Epidemiología y Profilaxis.—Santa Cruz.—Bolivia.—Of. N° 30-41.—Santa Cruz, 17 de febrero de 1.941.—Al señor Presidente del Instituto Médico, Sucre.—Señor: Adjuntas al presente oficio devuelvo a Ud., las tarjetas postales, por concepto del envío de 100 ampollas de vacuna antivariolosa a esta Jefatura. Como Ud. verá Sr. Presidente hemos tenido como resultado positivo un 50% de cada una de ellas. Con este motivo saludolo muy atentamente.—(Fdo.) Dr. Bernardo Cadario B. Jefe de Epidemiología Departamental».

«Jefatura de Epidemiología y Profilaxis e Higiene Urbana y Rural.—Santa Cruz.—Cite N° 94-41. Santa Cruz, octubre 8 de 1941.—Al señor Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Sucre.—Señor: Adjunto al presente, incluyo las fichas de remisión de vacuna antivariolosa, correspondiente a las fechas:

Julio	9-16-23-30	de 1.941,	positivas 90%
Agosto	13-20	« 1.941,	positivas 90%
Septiembre	4	• 1941,	positivas 50%

Quedando así demostrado el resultado positivo de ellas. Cábeme manifestarle que los urgentes pedidos, obedecen a la intensidad de la epidemia, que se va desarrollando con caracteres alarmantes, y que por lo tanto la lucha desarrollada para combatirla, es incesante y eficaz, pues motivo a ella no se registran casi defunciones por este flagelo, pues son muy contadas en las regiones muy aisladas de las oficinas sanitarias, y estas de inmediato despliegan toda actividad para combatirla, obteniendo así un resultado muy satisfactorio, para lo cual se necesita cantidad bastante de vacuna,

lo que motiva la exigencia de esta Jefatura, e insisto en insinuar la remisión en cantidad suficiente para atender la vacunación en todo el Departamento, y así evitar los efectos funestos de la epidemia, con un saldo macabro de defunciones.—Sin otro motivo me es grato saludar a Ud. muy atentamente.—(Fdo.) Dr. Bernardo Cadario B. Jefe de Epidemiología».

Ahora bien, señor Presidente, cábeme hacer constar que la falta de técnica en la vacunación, no obstante las instrucciones dadas por esta Sección, se observa con toda frecuencia, no sólo entre el elemento ajeno a la Medicina, sino aún en el que está obligado a conocerlo. Es lamentable este hecho; pero la experiencia nos da pruebas de tal cosa.

Por otra parte nuestro fluido es de carácter preventivo, parece que muchos funcionarios de sanidad no lo entendieran así, ya que casi siempre, en algunas zonas, para hacer la vacunación se espera la presencia de casos de viruela o de epidemia, pretendiendo «tratar» la enfermedad, con vacuna antivariolosa «preventiva» o realizando vacunaciones en terrenos infectados y acaso en individuos en estado de incubación de la enfermedad, atribuyendo el fracaso a la calidad de la vacuna y no a su tardía aplicación, pues que las vacunaciones en la mayoría de los casos se las practica cuando las epidemias están plenamente declaradas. A continuación transcribo algunos telegramas que comprueban mi afirmación:

Cotagaita, 14-8-41.—Director Vacuna Antivariolosa.—Sucre.—Cite 42-41. Por presentarse varios casos viruela ruégole remitirnos cincuenta ampollas vacuna. Agradeceremos.—Vargas, Jefe Sanipro.

Potosí, 5-9-41.—Director Ofvacuna.—Sucre.—Cite N° 610-41. Ruego remisión urgente vacunas solicitadas en mi 591-41, para atención epidemia viruela en Villazón, Uncía y Tupiza. Dr. Domingo Flores, Jefe Sanidad.

Challapata, 5-9-41.—Director Instituto Bacteriología.—Sucre.—Cite N° 120-41.—Autoridades Huari, infor-

man viruela propágase rápidamente, autoridades sanitarias ésta dicen no hay existencia vacuna combatir flagelo, insinúo envío cantidad suficiente, estimaría contestación telégrafo.—Atte. M. Venegas, Alcalde Municipal.

Potosí, 1-9-41.—Director Ofvacuna.—Sucre.—Cite N° 591.—41.—Habiéndose presentado graves epidemias de viruela en Uncía, Tupiza y Villazón, insinúo urgente remisión de cuatrocientas ampollas de vacuna antivariolosa para atender esos importantes centros.—Dr. Félix Lazcano, Jefe Sanidad Accidental.

Santa Cruz, 11-9-41.—Instituto Médico «Sucre».—25-41.—Solicito urgente y por vía aérea dosis vacuna antivariolosa. Stop. Preséntanse casos viruela en ésta. Atte. Dr. Bernardo Cadario. B., Jefe de Epidemiología.

Con todo lo anteriormente expuesto creo haber informado ampliamente, así como probado lo que se me solicitaba.—Saludo a Ud. muy atentamente con este motivo.—(Fdo.)—Dr. A. Solares Arroyo, Director Sección Vacuna Antivariolosa.

Sucre, 3 de febrero de 1942.—Señor Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Presente.—Señor:

Conforme con lo establecido por nuestro Estatuto cábeme informarle que la Sección de Vacuna Antivariolosa, que dirijo, ha funcionado normalmente el año 1941, habiendo aumentado sus actividades dado el intenso pedido de su producto, de manera apreciable, pues que la elaboración ha alcanzado a 19.601 ampollas hasta el mes de diciembre, comprobando esto el cuadro en detalle que va adjunto.

La calidad del producto no se discute ya; se patentiza su eficacia por las tarjetas, telegramas y oficios que cursan en el archivo de la Sección, pese a malévolos juicios, provenientes de falta de ética profesional, incuria o fines interesados.

El personal de la Sección ha merecido el aplauso de su Director por la disciplina y la eficiente acción que ha desplegado durante la gestión fenecida.

Para completar la oficina, se impone sustituir, al menos, parte del mobiliario, adquirir un frigorífico, e implantar algunos trabajos de urgencia en el edificio, todo, naturalmente en proporción a los recursos con que cuenta la institución, pero que se impone hacerlo.

Con este motivo, saludo a Ud. con mis consideraciones distinguidas.

Dr. A. Solares Arroyo
Director Ofvacuna.

RESUMEN DE LAS REMISIONES DE VACUNA ANTI-VARIOLOSA EFECTUADAS POR LA OFICINA DE VACUNA DEL INSTITUTO MEDICO «SUCRE» DURANTE EL AÑO DE 1941.

Dpto. de Chuquisaca 6.010 amp. suficientes para 120.200 personas.

Dpto. de La Paz 6.057 amp. suficientes para 121.140 personas.

Dpto. de Potosí 2.641 amp. suficientes para 52.820 personas.

Dpto. de Oruro 2.136 amp. suficientes para 42.720 personas.

Dpto. de Cochabamba 1.260 amp. suficientes para 25.200 personas.

Dpto. de Santa Cruz 894 amp. suficientes para 17.880 personas.

Dpto. del Beni 328 amp. suficientes para 6.560 personas.

Dpto. de Tarija 275 amp. suficientes para 5.500 personas.

Total amp. 19.601, para 392.020 personas.

Para la elaboración de la Vacuna durante el año de 1941, se vacunaron 80 terneros y un asno numerados del número 2242 al 2322.

Se remitieron 237 paquetes postales con sus correspondientes tarjetas.

Se enviaron 220 telegramas referentes al envío de paquetes con vacuna.

Sucre, 3 de febrero de 1941.

Declinación mental del indio. Sus procesos mentales

Por el Dr. MIGUEL LEVY B.

En el estudio psicoanalítico del individuo o de un grupo humano, lo fundamental es la observación continua del complejo físico-psíquico.

Conocer las costumbres de vida, las inclinaciones y las aptitudes mentales, sometidas todas éstas a una serie de tests pedagógicas, constituye el método científico de investigación psicológica del hombre, obteniéndose así las características propias de cada uno o del conjunto que se quiere conocer, definiendo el grado de capacidad mental, que en síntesis, es la medida de la aptitud comprensible e inmediata para el espíritu observador. Por aptitud comprendemos esa disposición natural o predisposición individual que caracteriza a cada uno. Todo proceso psíquico, moral o físico es una aptitud, así, el valor es una aptitud puramente psíquica como la fuerza muscular es una aptitud física.

La utilidad que tiene en el estudio de la psicología esa determinación de aptitudes es de tal importancia, que gracias a éstas, se puede apreciar el grado mental, clasificando al individuo entre los normales o anormales, entre los precoces o retrasados, entre los superiores o inferiores, según diferentes clasificaciones clásicas.

Coordinando la pedagogía con este estudio psicosicológico nos orienta hacia una enseñanza adecuada para encaminar al individuo a una mayor perfección o

para hacer una selección perfecta de capacidades individuales.

Esta determinación de aptitudes se forma como resultado del concepto de diagnóstico médico o del diagnóstico pedagógico que se realiza, obteniendo la división de tipos clínicos o pedagógicos. En el primer caso, el grado psicobiológico puede ser modificado por causas morbosas, anormalidades relacionadas con trastornos orgánicos o funcionales; la disendocrinia, la herencia, juegan el principal papel en el desequilibrio funcional del cerebro; se puede decir que hay modificaciones celulares en este grupo, aún procesos de degeneración.

Al tipo pedagógico se lo estudia y clasifica en la escuela, donde se determina su distintivo psíquico que constituye en él, su capacidad y su personalidad futura.

Con esta base de estudio preliminar, recién se puede formar un concepto claro de la capacidad intelectual del hombre, del grupo o de la raza que se quiere conocer o educar, valorizando el grado de mentalidad y su valor efectivo en relación a su verdadero rendimiento de unidad viva que constituya una capacidad en la acción conjunta de actividades por el progreso y cultura de un pueblo.

Refiriéndonos exclusivamente a la mentalidad del indio, es decir al estudio psicobiológico de esta raza, diremos que se puede considerar factible la superación de este grupo; su educación hacia una posibilidad de mayor capacidad de trabajo y rendimiento será un hecho, pero todavía a través de varias generaciones venideras, afirmando nuestras conceptos las observaciones y deducciones obtenidas en la actualidad, en las diferentes escuelas indígenas que son los verdaderos campos experimentales que tenemos en nuestro país. Pero sin temor a frustrar esperanzas de educacionistas, declaramos como conclusión en nuestras observaciones y estudios al respecto, que es una utopía hacer del indio actual y de su descendencia próxima un ciudadano racional en el sentido estricto de la palabra, y aun todavía más, es un absurdo defender una causa humana por el ideal inconcebible de la igualdad y el derecho del hombre, sin an-

tes comprender y tener conciencia de esa ley imperiosa de la superioridad psíquica.

En la evolución de los pueblos hay una selección natural, espontánea de las especies, con una extinción paulatina de todo lo endeble que constituye una causa de obstáculo en el mejoramiento; es decir, la ley eugénica que la naturaleza ha implantado en todos los seres vivientes extermina a la especie en declinación al ocaso de su existencia. Forzar el resurgimiento de ella es intentar casi un imposible, porque allí hay incrustada otra ley biológica de la herencia degenerativa, reforzada con taras ancestrales patológicas y tóxicas, difíciles de modificar a sistemas orgánicos en especial cerebrales.

En determinadas razas su evolución ha sufrido un retardo; la selección eugénica ha sido lenta o casi nula a consecuencia de varios factores de vida como la alimentación, la escasa actividad social y sobre todo el ambiente y la consanguinidad, constituyendo una base hereditaria de genotipo sin diferenciación de distintivo psíquico y somático que caracteriza al fenotipo de los grupos humanos.

Este fenómeno biológico ha experimentado la raza indígena en los países sudamericanos y en especial en el nuestro. Por un espíritu de conservantismo se ha detenido el avance evolutivo cultural de esta raza floreciente, en la que ha superado el rutinarismo y, no se ha tenido el cuidado de cultivar su inteligencia, por el contrario, ha sido abolida y esclavizada; su psiquismo ha sufrido una regresión en unos, un estancamiento en otros, inutilizándose paulatinamente, en la mayoría, la mentalidad por varias causas morbosas. Esperar el resurgimiento de una raza sin mejorar en nada su deficiencia orgánica y su inaptitud cerebral, es igual que intentar reparar una lesión sin conocer antes la degeneración celular.

Se defienden los derechos del indio con mucha razón y justicia, pero no sabemos modificar su mentalidad que día a día va anulándose sin obtener un efectivo real de rendimiento eficaz, que en el sentido amplio de la palabra, llamamos así, a ese trabajo humano consciente que supera al rutinarismo; que amplía el

campo de acción hacia el mejoramiento; a aquella labor, que no solamente da vida individual sino bienestar colectivo material y progreso cultural. Cuando hayamos obtenido esto del indio, recién podremos decir que él constituirá el porvenir del país. Porque no solamente es suficiente saber leer y escribir, saber golpear el yunque, arar la tierra, plantar el árbol o barrenar la roca, hoy se requieren mayores conocimientos; el tecnicismo del hombre, en la actualidad, es y será su salvación para no ser reemplazado por la máquina moderna.

II

Estudiando la constitución orgánica del indio, sabemos los médicos, que aquél tiene deficiencias que afectan a sus aptitudes físicas y psíquicas. La mala alimentación, la selección inapropiada de ella, ocasionando modificaciones en el metabolismo basal, es una de las más importantes causas de menor resistencia a la morbilidad, con un mínimun de rendimiento.

La historia menciona la fortaleza del indio como algo propio de esta raza. Electivamente, nuestros hombres primitivos fueron los colosos de gran desarrollo muscular, pero sensiblemente de pequeño desarrollo cerebral. Tuvieron resistencia para sufrir las inclemencias del tiempo y los rudos esfuerzos del trabajo. Dotados de grandes defensas orgánicas, vivieron inmunes a las enfermedades. Su alimentación frugal habituó a su organismo a vivir de lo que la naturaleza les brindaba; fué sobrio cuando le escaseaban los comestibles; todas estas cualidades, verdaderas aptitudes orgánicas y funcionales en su existencia ruda, fueron minándose por causas diferentes, unas patológicas y otras tóxicas.

Trasmitieron por la herencia esta constitución orgánica predispuesta al mormo que afectó paulatinamente a descendencias de organismos aminorados en sus defensas, sumándose en éstos otras causas degenerativas y tóxicas, sobre todo para el sistema nervioso, haciendo

del aborigen actual, un ser de apariencia física normal, pero con taras ancestrales, cuyo sistema celular debilitado por causas morbosas degenerativas, han modificado desfavorablemente la armonía de los gens nucleares de donde derivan todas las tendencias hereditarias, las que afectarán sucesivamente a generaciones venideras, añadiéndose a esta impregnación nuevas causas patológicas que afectan más y más a la raza del indio, seguramente descendiente de uno de los grupos humanos mayormente capacitados y que brilló en una época de civilización: la raza del Imperio Incásico.

El indio será en la actualidad y en el devenir, el tipo de hombre que pague los mayores tributos a las enfermedades y a la civilización. Esta raza, haciendo excepciones de algunos grupos indígenas que habitan regiones de condiciones especiales de vida y que aún conservan su belleza escultural, la gran mayoría, en especial el aimará, tiene ya todo el tipo constitucional de inferioridad orgánica con predisposición al morbo. Por herencia patológica y por consaguinidad van acumulándose imperfecciones orgánicas y disendocríneas degenerativas que desarmonizan el fenotipo individual; así, tenemos el bocio, el paludismo, la sífilis que van estableciendo grupos antiestéticos con ínfimas defensas orgánicas, que por su constitución morbosa desde generaciones atrás, son víctimas de trastornos físicos y psíquicos que dejan huellas profundas en sus descendientes.

El predominio físico del indio limitó su desarrollo cerebral; su vida vegetativa superó a su mentalidad no cultivada. De una generación a otra, la organización del sistema nervioso cerebral en vez de seguir una evolución en sentido del perfeccionamiento, ha sufrido un retardo y un estancamiento simplificando todas las reacciones y actividades psíquicas de aquel noble órgano.

La observación psicológica señala el retraso mental por una inactividad psíquica, sin ejercicio alguno, reducida a una pasividad propia en un medio social de inaptitud intelectual, de analfabetismo, limitada tan sólo a su acción vegetativa.

La craneología observa en el indio rasgos que co-

responden más directamente a caracteres mutativos de raza, pero que son peculiares en nuestro aborigen: predominio de la porción facial o masticatoria en relación a la la cerebral, esta desproporción forma un tipo de cabeza característica con las peculiaridades somáticas siguientes: cráneo pequeño con abundante cabello grueso y lacio, frente estrecha y plana, pómulos salientes, maxilares con tendencia al prognatismo, labios gruesos, dentadura fuerte, mentón ancho, conjunto de la cara semiredonda y lampiña de un color bronceado. Posnansky al hablar del indio Kolla y Aruwake, señala dos clases de caracteres somáticos, dice: «En el kolla, domina el tipo largo o sea la cara y nariz alargadas, es braquicéfalo; en el aruwake, domina el tipo achatado, es decir la cara ancha, la nariz achatada y los ojos mongoles, es dolicocefalo».

El estudio anatomohistológico constata la menor cantidad de sustancia gris, cuyas células presentan prolongaciones nerviosas mucho más reducidas y simples que las de un cerebro de mentalidad cultivada, que según Edinger, la simplificación de células nerviosas y la poca densidad de zona de fibrillas mielinizadas está en íntima relación con el grado de capacidad mental, estimulando el ejercicio intelectual a un aumento y desarrollo celular de la sustancia gris, de la intercelular vigorizada con mayores asociaciones fibrilares y como resultado, [una mayor actividad de todas las funciones nobles del intelecto que, en síntesis forman la conciencia con su distintivo psíquico.

Cuando por una causa degenerativa o talvés ontogenética, hay una retardación de este desarrollo y actividad celular, la evolución del cerebro sufre un estado de inercia por falta de esa gimnasia mental, y como consecuencia, las asociaciones y mielinización de este proceso evolutivo incompleto determina diferentes grados de retraso o de pereza mental, simplificándose todas las funciones psíquicas poco estimuladas al mínimun de conciencia con un retardo de reacción, debilitando más este estado la analfabetización.

Si ahora, hacemos un estudio más profundo del psiquismo del indio, encontraremos otras grandes defi-

ciencias que lo incapacitan más para su verdadera educación pedagógica, deficiencias todas dependientes de su estancamiento evolutivo intelectual.

Para una mejor apreciación de conceptos, hagamos un análisis de los principales procesos mentales en la raza indígena: Comenzando por los instintos:

Instintos.—En la evolución ontogenética del hombre se reproducen procesos instintivos de etapas filogenéticas de la especie. Son las primeras manifestaciones inconscientes de la vida de los seres para evolucionar en sentido de actos conscientes, los que con el desarrollo de la función cerebral y de la inteligencia se automatizan, quedando bajo el control de la voluntad, en relación al medio y a la adaptación.

Los instintos primitivos de razas humanas se limitaron sólo a la conservación nutritiva con tendencias egoístas, proceso que legaron las generaciones posteriores para conservar el instinto nato del hombre, es decir, la defensa individual en la lucha por la vida, base instintiva que forma el complejo de la vida inconsciente.

En el indio, tanto en la edad infantil como en la del adulto, podemos decir que muchos de sus actos conscientes tienen más un sello de instinto que de acto voluntario; hay predominio instintivo en esta raza. La manifestación más típica es la de su instinto nutritivo, que es natural en todos, pero en el indio no hay atemperancia, como sucede normalmente, a medida que se desarrolla el individuo para dar lugar a la evolución de otros procesos superiores de la inteligencia, sino que en aquél, este predominio conserva aún en el adulto y en el viejo. Su vida vegetativa supera en todo el curso de su existencia a cualquier otro proceso mental, llámese éste sexual o afectivo.

Por una falta de mayor observación, se pretendía que el indio era sobrio en su alimentación, haciendo especial mención de esta cualidad, pero la realidad es otra, el indio es sobrio porque no tiene qué comer, su alimentación es deficiente, la curva de su metabolismo basal es ínfima, pero cuando tiene oportunidad de abundancia de alimentos se transforma en un glotón que

come sin saciarse fácilmente. Es difícil el atemperarlo por el mismo hecho de que habiendo en él un retraso en la evolución de los procesos psíquicos, su organismo se limita al acto más elemental de la vida: la nutrición.

Otra tendencia instintiva, muy manifiesta en el indio es el egoísmo que constituye para él una defensa individual heredada. Este proceso instintivo natural y propio de la edad infantil se torna en franqueza a medida que avanza en el crecimiento el individuo, pero en el indio existe siempre un egoísmo, que es una forma de conservación instintiva, no teniendo el significado de maldad, es decir de egoísmo creado, es solamente un medio de vida, un resguardo personal y colectivo contra el abuso del blanco.

Mencionaremos también otra tendencia instintiva y muy arraigada en la raza indígena: la mentira que tiene un igual significado que su egoísmo, sin fondo de perversidad, pero con un fin de prevención contra el que desconfía.

Su instinto sexual tiene una forma de juego amoroso torpe e impulsivo; hay precocidad genésica en el grupo indigenal de clima cálido o ligero indiferentismo en el habitante de climas de la altura.

Otras inclinaciones instintivas están en relación a su índole individual, así el belicoso, el destructivo se manifiestan cuando hay reacciones colectivas o exitantes alcohólicos para que se rebele o subleve; vive latente en su escasa mentalidad condiciones instintivas heredadas, donde están incluidos atavismos de criminalidad despertados por el alcoholismo, fuera de esta condición es generalmente pasivo.

Al hablar de los instintos que son las primeras manifestaciones de la vida y los cimientos de la inteligencia, el Dr. Jaime Mendoza, en su Trípode Psíquico, donde hace conocer a la ciencia la sistematización del cerebro, escalonando a los procesos inconsciente, subconsciente y consciente, coloca al instinto en el plano inferior como proceso inicial de la vida inconsciente, es decir en el occipital de su esquema, aquí localiza lo más elemental del psiquismo del individuo, cuyas fa-

cultades han de evolucionar de lo más simple: el instinto a lo más complejo: la inteligencia. También, señala en este plano inferior el «potencial comprimido de herencia» como dice él.

Afectividad.—Otro proceso mental que en el indio está desarrollado aparentemente por ser manifestación expresada en defensa de su inferioridad de individuo. La afectividad y emotividad que es una forma de ésta son eualidades susceptibles de variación en los distintos grupos indígenas, que dependen en especial del ambiente en que viven y de la educación que adquieren. También está en relación, según nuestro concepto, con el panorama de la naturaleza y el factor climatérico para el desarrollo de esta facultad afectivo-emocional. Así el indio nativo de las zonas cálidas, de los valles es afectivo, las sensaciones de esta índole las exterioriza no solamente entre los suyos, sino también, entre los extraños con quienes es afable; igual cosa se puede decir al respecto de sus emociones: es alegre, de buen genio y como todo supersticioso es tímido y hasta ingenuo. En estas manifestaciones de afectividad demuestra vivacidad y precocidad genésica. En cambio, en las zonas de climas fríos o del altiplano, el indio es un hipoaffectivo emocional, sus sensaciones no las exterioriza francamente, su afectividad se reduce exclusivamente a los de su familia, después es desconfiado, taimado y egoísta con el extraño a quien le niega todo servicio. Su vivacidad intelectual y comprensión están retardadas, siendo un indiferente afectivo-emocional por esta misma causa psíquica.

De estas diferentes manifestaciones de la vida social del indio, ya sea nativo de terrenos donde hay vegetación o de altura donde sólo se ve la roca árida y el altiplano estéril, se deduce la relación que existe entre el proceso afectivo-emocional y la naturaleza en esa sensibilidad psíquica, que controla sentimientos y emociones que están más próximas a la conciencia.

Con este concepto, se puede afirmar que los procesos mentales y peculiaridades somáticas son propios al clima y a la tierra en que se nace y se vive. Con

razón dice Posnansky: «que el cingulo climatérico constituye un factor importante en la decadencia de la cultura indígena».

En lo que se refiere a la emotividad, podemos decir, que se exterioriza en el indio por actos de alegría infantil, de llanto fácil, de miedo o de cólera, demostrando acción violenta y fugaz; pero normalmente, es apasible con ínfima ostentación de sentimientos, no obstante de ser sensible a estas emociones. El Dr. Jaime Mendoza, al hablar de la afectividad en su Trípode Psíquico, localiza a este proceso mental en el segundo piso o sea el temporal.

También diremos que la influencia de la libido y como consecuencia de la sexualidad, es una causa íntimamente ligada a la afectividad, a quien da toda la esencia de expresión de vida en el psiquismo individual.

El Dr. Jaime Mendoza, no obstante de sus profundos conocimientos al respecto, teme ser audaz al dar a conocer su claro concepto de que la afectividad no sólo es una función nerviosa sensitiva, sino también, una función esencialmente endocrínica.

Las actuales concepciones de Freud y de Marañón, demuestran claramente la gran influencia de la libido en el psiquismo y de las hormonas en la vida afectiva de los seres.

Adaptabilidad.—Al observar su adaptabilidad orgánica, se ha comprobado en su personalidad fisiológica que es un inferior, y teniendo en cuenta el factor mesológico, se vé que sólo tiene aptitudes de trabajo físico cuando vive en su propio ambiente, fuera de éste no tiene la misma capacidad, sufre una depresión general por causa psíquica o de emotividad.

Nisóforo, demuestra el factor mesológico como una causa para que el niño del campo o de la ciudad que vive en la indigencia, sea un inferior en lo que se refiere al psiquismo y comprueba que sus cualidades mentales son deficientes, modificándose hasta las cualidades somáticas.

En lo que se refiere a la adaptabilidad social, el

indio en su propio ambiente es sociable conforme a su manera de ser, desenvolviéndose con afectuosidad entre los suyos, no obstante de demostrar una desconfianza muy marcada a toda persona con quien tiene algún intercambio comercial. Su apego exagerado a sus bienes y enseres domésticos, es muy peculiar en ellos.

La familiaridad en el hogar y la fidelidad es digna de mencionarla, constituyendo su medio social un exponente de moralidad. Pero fuera de su ambiente, no es susceptible a adaptarse con facilidad a otro extraño para él; los cambios climatéricos diferentes a los de su terruño, le ocasionan una depresión física y moral, hay desmoralización en su débil personalidad, transformándose en un hombre tímido, desconfiado y doblegándose a la voluntad de cualquier individuo extraño; se puede decir que hay una inhibición en sus actos conscientes. No así, cuando está bajo la influencia del alcohol, entonces se torna celoso, rencoroso o pendenciero, rebelándose súbitamente hasta llegar a la exitabilidad, que en un momento de subconsciencia, puede cometer los mayores crímenes, sobre todo, si esta tendencia impulsiva se manifiesta en colectividad, haciéndose feroz y temible. Queda en la historia de nuestro país los actos más sangrientos de barbarie, cometidos en sublevaciones indígenas.

Carácter y voluntad.—Procesos mentales susceptibles de variar según diferentes causas: edad, educación, ambiente, etc.; el indio sólo tiene reducidas cualidades de formación del verdadero carácter, sin la rectitud y enteresa en sus acciones, se reducen estas manifestaciones psicológicas a actos que muy poco han evolucionado y que tan sólo han sufrido modificaciones por causa del medio en que vive. (1) Carece de firmeza de ánimo, de perseverancia, cualidades que sólo con la influencia de la educación se forman en el individuo de un grado mental más elevado.

(1) Luis Baudin, dice de los indios: "Permanecen sumisos, desconfiados y supersticiosos; la pereza mental constituye su característica más acentuada y se traduce en la debilidad de voluntad, el gusto al alcohol, la ausencia de higiene, falta de alimentación" etc.

La falta de una disciplina educativa que tiene una gran influencia en la formación del carácter, y de un mayor ambiente en la lucha por la vida, donde necesariamente el hombre tiene que imprimir a sus actos un sello que sirva para representar las ideas y manifestar una personalidad individual controlada por la voluntad, ha convertido al indio, esa falta de educación, en un ser humano tímido de escaso o ningún valor consciente para afrontar y superar a su triste condición de paria excluido de los derechos que tienen los demás.

En cuanto a su carácter adquirido y modificado para la adaptación al medio y a una limitada educación, se ha obtenido del indio un hombre de mejor comprensividad y menor sumisión, pero se ha convertido, sensiblemente, en un tirano del indio ignorante, sobre quien pesa el abuso de aquél. Además por el rose social con el hijo del pueblo, el indio se ha contaminado de vicios y malas costumbres.

Criterios contrarios a estos conceptos, no admitirán estas opiniones, pero estamos convencidos que sólo en los grandes trances humanos se conocen a los hombres. Al respecto, la Guerra en el Chaco, ha servido de campo de observación y de estudio para aquilatar el verdadero rendimiento del combatiente, convenciéndonos que nuestro indio como soldado será negativo mientras no se modifiquen sus cualidades físicas, morales e intelectuales, y se eduque el carácter, la voluntad, su espíritu de solidaridad, su disciplina y reflexión.

Si nos referimos ahora a la voluntad, diremos que son escasas las manifestaciones de los procesos volitivos en el indio, que por una falta de deliberación propia toman sus acciones un sello de acto sugerido y hasta autómatas. Como el factor mental es el determinante en la intervención de la voluntad, su insuficiencia influye poderosamente en la abulia.

La mayoría de sus actividades volitivas se refieren a su instinto nutritivo que en ellos toma un carácter de predominio sin disminuir esa imperiosidad para dar lugar al desarrollo de otras manifestaciones voluntarias de grado superior, destinadas a formar la personalidad y sistematizar las necesidades físicas y psíquicas.

El discernimiento racional y su exteriorización toma en el indio una forma de indecisión por la ninguna educación de la voluntad, ya que los elementos que entran en juego en el proceso voluntario: el motor, el emotivo y el intelectual los tiene poco desarrollados, en latencia, más con tendencias e inclinaciones nutritivas y sexuales que hacia una autoeducación volitiva. Tienen poca fuerza de voluntad, porque no necesitan tenerla, puesto que nada aspiran para superar en la lucha por la existencia. Así como pueden ser asequibles unas veces, otras son intolerantes, pero el sello característico es su fácil sugestionabilidad que ejerce en su débil mentalidad una influencia poderosa, ocasionando en él un sentimiento superticioso e infantil. Jorge Rouma, dice que la sugestionabilidad es un arma de doble filo, y que en los adultos es una presunción de debilidad intelectual y debilidad de voluntad. Esopo, considera que la sugestionabilidad es la mejor y la peor de las cosas.

Iniciativa e imaginación.—Las aptitudes de iniciativa e imaginación son simplemente reproductivas y no creadoras. Por su mismo estado de espíritu sugestionable, sus iniciativas propias son escasas, se reducen a la imitación de actos y costumbres ancestrales de sus antepasados (1). Así en lo que se refiere a las labores diarias, el rutinarismo toma un carácter preponderante en esta raza; en nada ha cambiado ni modificado su trabajo agrícola ni su manera de vivir. Es el eterno paria, que sin noción de tiempo ni de aspiración, efectúa su tarea tal cual aprendió de sus antecesores; es el

(1) El Dr. J. A. Arce, al hablar de la psicología social del Imp. Inkaiko y no obstante de no estar de acuerdo con opiniones del profesor Baudin, manifiesta "que la masa indígena del Imp. Inkaiko mantenida en un atraso mental y por un largo proceso de sojuzgamiento económico y político, se revela cada vez más despojado de iniciativa intelectual, manso, no poco autómatas en sus manifestaciones volitivas".

esclavo de sus hábitos, pues para su escasa imaginación no sirve lo práctico en la labranza ni en sus costumbres de vida.

Todo lo que realiza en sus actos diarios, ha tomado en él una forma estereotipada, debido a que en la evolución de la imaginación ontogenética este proceso constante sufre una transición lenta, quedando en su mente ese estado de imaginación siempre infantil reproductora, de donde surge un raciocinio absurdo, creador de conceptos sobrenaturales y extravagantes que forman un espíritu supersticioso y tímido con una fe absoluta en el embrujamiento y la hechicería, causas de explotación a semejante criterio falso, de parte del vividor letrado.

El indio, no concibe en su pobre imaginación la noción del bienestar, su vida siempre es miserable; cubre su desnudez pobremente; habita una choza antihigiénica; toma un alimento insuficiente y detestable. Teje la lana y prepara el terreno sin iniciativa alguna de sacar más provecho para sí mismo. Sufre impasible su miseria y las inclemencias del tiempo con la misma resignación con que sufrieron todas las generaciones de sus antepasados. Están dotados por transmisión de padres a hijos, de un estado de pasividad y abulia en su manera de ser y de vivir, que será muy difícil modificar sus costumbres ya muy arraigadas por un conservantismo, una creencia supersticiosa y una falta de iniciativa.

Atención.—Pasemos ahora, al estudio de un proceso mental más elevado y observemos la atención del indio; comprobamos que este proceso sólo tiene una evolución natural e incompleta. Al estudiar la memoria veremos que no hay asimilación de ideas ni desarrollo de la atención cuando no hay un ejercicio mental.

El profesor Flechsig, demuestra experimentalmente que la alteración de los lóbulos frontales o su escaso desarrollo, ocasionan trastornos de la atención, y confirma Kaes los conceptos de aquél, de que la atención tiene como centro cortical los lóbulos frontales. En su comunicación a la Conferencia Latino Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, realizada en

Buenos Aires, el Dr. Jaime Mendoza, al hablar en su Trípode Psíquico, del proceso intelectual más elevado del hombre, aloja la atención en el plano frontal o consciente como la manifestación psíquica superior del ser humano.

Por una atención débil y fugaz, se explica que la evolución mental del indio sea tan inferior y retardada. Si añadimos a esto la indisciplina de la voluntad y del carácter del cual es una cualidad la atención, deducimos conclusiones de que la raza indígena tiene en su evolución ortogenética una hipoprosesía, es decir, un aminoramiento de la atención con tendencia a la divagación y propensión a las ideas confusas, resultando ser el tipo de la raza del indiferentismo, que es un signo de inferioridad.

El sostenimiento de la atención, decíamos que es cuestión de ejercicio mental y disciplina de voluntad. Bien dice. Marión, «es necesario educar la atención pero no a una sola cosa, sino a cualquier cosa, de acuerdo con las necesidades». Esta enseñanza jamás ha tenido el indio, tanto por su ambiente y mundo circundante como por su afecto limitadísimo a determinadas cosas. Nada le llama la atención como el hecho de ver una cruz o un amontonamiento de piedras en el trayecto de su camino, en cambio, grande es su indiferentismo al ver cruzar por los campos el convoy de un tren o la figura magestuosa de un avión atravesando el espacio, al indio le es indiferente estas cosas, no le produce esa emoción natural o curiosidad del hombre que admira y escudriña la maravilla de esos inventos. Por este ejemplo, que muchos de los que me escucháis habréis tenido ocasión de comprobar, fácilmente podemos comprender la escasa atención y el poco interés a todo lo que no está relacionado a su afectividad. Confirma nuestros conceptos el estudio del psicólogo Senet, al decir, que la atención y afectividad en las razas de mentalidad inferior están íntimamente ligadas, deduciendo de ello que el proceso psíquico en su evolución está retardado. Es exactamente igual a la atención del niño, que es inestable, fugaz lo que constituye en él un estado todavía de inferioridad intelectual.

Memoria.—Al lado del proceso mental: la atención, que es el principal en la inteligencia humana, colocamos la memoria, donde se forman percepciones que originan la formación de imágenes y de recuerdos.

Nuestras observaciones nos demuestran que la memoria en el indio, conserva solamente las percepciones que exitan más su atención, es decir aquellos estímulos exteriores más intensos y que realmente han impresionado sus centros perceptivos por una serie de asociaciones nerviosas, conservando por esta causa los recuerdos e imágenes con toda claridad y precisión. Para mayor comprensión de nuestros conceptos, tendríamos que hacer una distinción de la memoria y dividirla, conforme los estudios de Dugas, en memoria bruta y memoria organizada; la primera es característica de nuestro indio. Senet, la describe así: «La memoria bruta es fácil y espontánea, en cambio es fugaz, aprende a leer a fuerza de repetidas lecturas, sin que se dé cuenta de lo que lee, retiene las sensaciones sin saber los conceptos».

En el indio sólo se impresionan las imágenes que se refieran a supersticiones e historias de espíritus malignos, otras de diferente índole se impresionan vagamente en sus centros perceptivos los que permanecen indiferentes; exitados débilmente, han elaborado sensaciones pasajeras y momentáneas. Por la poca memoria y atención que presta a todo lo que pasa en torno suyo, se puede decir que hay un indiferentismo muy peculiar en su personalidad, no es curioso ni escudriñador, motivo por el que su retentiva es pasajera y de poca fijación. Por esta falta de memoria retentiva, la narración de un suceso observado por él es sin detalle, superficial, hay lagunas y amnesia. Cuando se le enseña a leer, olvida con facilidad si no se le ejercita continuamente; tiene necesidad de practicar a diario para que no olvide en menos del tiempo en que aprendió.

De sus centros perceptivos el visual es el más desarrollado y sin defecto alguno de óptica. Abarca con la vista grandes extensiones distanciales, hasta engañando a su propia imaginación, por lo que siempre le

parecen cortas las grandes distancias. También tiene agudeza auditiva, fácil de percibir y diferenciar el ruido.

En resumen, no habiendo gimnasia de memorización no se puede obtener la evolución de la memoria organizada y activa, motivo por el que tiene que permanecer en ese estado de memoria bruta. El indio no ha ejercitado a sostener su atención en las percepciones que recibe para conservar en la memoria las ideas; lo que observa él pasa por su mente algo así como una cinta cinematográfica, sin retentiva ni elaboración y como consecuencia sin razonamiento.

Lenguaje.—Para dar fin con este estudio de psicoanálisis, hagamos una relación sucinta del principal proceso de la inteligencia, el lenguaje. Es un factor trascendental por la que el indio ocupa un plano inferior en la colectividad social. Su idioma o dialecto lo relega a un mayor retraso mental.

El quéchua, el aimara, el guaraní, constituyen en nuestro país, las lenguas primitivas que en la actualidad lo hacen al indio más inadaptable al ambiente actual de educación, y como consecuencia a la inaptitud para considerarlo como al hombre con iguales derechos a los del ciudadano.

El nivel cultural de los pueblos está en relación con el perfeccionamiento y aprendizaje de los idiomas, los que ejerciendo una mayor actividad psíquica hacen más capacitados a los hombres en su superación intelectual.

Desde este punto de vista, nuestra raza indígena, sin conocimiento del idioma nacional ni evolución del lenguaje, factores indispensables para su verdadera educación, se vé cohibida y desmoralizada fuera de su ambiente social.

Sus dialectos tienen caracteres onomatopoyéticos y emocionales, singularidad que manifiesta las primeras etapas de evolución de los idiomas perfeccionados. La onomatopeya característica del quéchua y del aimara, no es más que una imitación de los ruidos exteriores que los han apropiado para el mejor entendimiento en su lenguaje; además, tienen más expresión afectivo-emo-

cional que tendencia intelectual, cualidad propia, esta última, de todo idioma que está en el apogeo de su progreso.

Beaunis en su gran obra de *Psychologie Humaine*, dice: «El lenguaje es uno de los modos de traducción del pensamiento, el más útil y maravilloso, sin duda, pero solo vale por la inteligencia, de la que se sirve como de un instrumento, y su desarrollo ha de haber seguido paso a paso el desarrollo de la inteligencia y su progresiva evolución.»

Sensaciones y percepciones.—Para formar un concepto cabal de estos procesos que son de una mayor complejidad, declaramos que no se pueden estudiar solamente con un análisis psicológico; en la actualidad, se requiere de otros factores pedagógicos y raciales. Dejamos este capítulo a los verdaderos pedagogos, quienes formarán mejor concepto con la educación continua de estas facultades, en las escuelas indígenas.

Conclusiones.—Con lo expuesto anteriormente, comprobamos que la inaptitud psíquica del indio es consecuencia de un retardo evolutivo de desarrollo intelectual. Que la falta del ejercicio mental, no ha estimulado en él una energía celular en la sustancia gris que active la función noble, que en síntesis, forman la conciencia. Por último, no hay asimilación de ideas ni elaboración de ellas cuando no hay educación intelectual. Condiciones desfavorables para resolver uno de los problemas que más preocupa a los países donde hay exceso de población indígena.

El distinguido intelectual Sr. José Antonio Arce, no acepta conceptos de orden psicológico como factores intrínsecos del estado actual de nuestro indio; en su interesante estudio publicado en la Revista del Instituto de Sociología Boliviana, en la página 29, dice: «Siempre el error psicológico de considerar que la pereza mental, la abulia, el alcoholismo, etc., son causas intrínsecas del actual abatimiento de las masas indígenas cuando, el más somero análisis descubre en todo eso una simple consecuencia de la presión feudal a que los indios viven sometidos».

Además, él opina, que, cambiando la estructura económica; que cuando los indios recuperen el dominio de sus tierras; que cuando deje de ser la bestia oprimida por los blancos y mestizos, y tenga posibilidades de educarse intelectualmente, veríamos, dice: «a esa raza que se la carga tanto defecto y vicio, sorprender al mundo con su enorme potencialidad de progreso».

Para terminar y no cansar más vuestra atención, diré que no por este mi concepto científico que lo sostengo, vamos a creer que nuestra raza indígena en declinación mental, tendrá fatalmente el destino anunciado por los psicólogos «que si el sistema nervioso central se retarda en su evolución o es superado por otro sistema; la especie marcha derecho a su ocaso». Si nosotros reflexionamos, que a las cualidades intelectuales ínfimas y no cultivadas del indio, añadimos la carga morbosa hereditaria, nos preguntamos, como el célebre escritor León Tolstoi, cuando éste quería remediar la miseria moral e intelectual de millones de sus hermanos rusos: ¿QUE HACER? Nosotros diremos lo que se debe hacer con nuestros indios de tan pobre mentalidad, penetrar en las masas indígenas, robustecerlas mentalmente, alimentar su cuerpo y remediar, ya que no se ha podido prevenir, su decadencia mental; por último, más que darles una instrucción de colegiales, someterlos sin desadaptarles de su ambiente a una educación especial, a fin de desarrollar sus cualidades de carácter, tales como la disciplina, la iniciativa, el espíritu de patria y de solidaridad, la perseverancia, la atención, la reflexión y la voluntad, solo así, se harán hombres con personalidad, que es lo que constituye el valor de un individuo para obtener de él su potencialidad de progreso.

Sucre febrero de 1942.

NOTA:—Conferencia leída en el salón del Instituto Médico «Sucre» en su fiesta clásica del 3 de Febrero.

Pneumatosis quística intestinal

Por el Dr. JULIO C. FORTUN

Sin más pretensiones que añadir un caso más, a la reducida bibliografía mundial registrada, vamos a comentar dos casos, de los cuales uno anatómicamente típico, de esta rara afección, designada con el nombre de *Pneumatosis quística intestinal*. El interés mayor de esta relación, estriba en el hecho de constituir la primera referencia clínica nacional, sobre esta entidad morbosa, sobre la que nada se registra actualmente en todas las revistas médicas del país, para cuyo efecto se ha verificado una paciente y cuidadosa búsqueda, así como también se ha tratado de tomar antecedentes, si quiera verbales, sobre posibles casos de esta índole, como hallazgos de autopsias. Nada se ha obtenido de esta investigación y al hacer ahora este estudio —aunque sea sintético de la dolencia— abrigamos el propósito de encausar la observación profesional en este sentido, para poder así sacar las conclusiones que interesar pudieran a nuestra patología nacional.

Como dejamos dicho, hemos de concretar esta referencia al caso típico citado y al otro en vías de iniciación. Antes de hacer la descripción del proceso morboso, conceptuamos de alto interés clínico, relatarlo previamente.

En el primero se trata de una joven mujer, aproximadamente de 30 años de edad, casada, madre de varios hijos, natural y residente en una de las poblaciones de provincia del S. E. del Departamento de

Chuquisaca, dedicada a los cuidados de su hogar y eventualmente a la fabricación de embutidos de carnes de cerdo.

Su historia patológica remonta a varios años atrás, condensándose fundamentalmente en un complejo síndrome abdominal, en el cual dominan los vómitos, el estreñimiento pertinaz y la emaciación paulatina y gradual, que es la que precisamente la determina a internarse en el servicio de clínica quirúrgica del Hospital de Santa Bárbara. De otro lado y sin que al parecer tengan relación con su estado actual, se evidencian accidentes palúdicos de carácter crónico, gripes pasajeras y en ocasiones fenómenos bronquiales agudos. Más importancia ofrecen los trastornos en su esfera psíquica, los que se manifiestan por intranquilidad, desasosiego, propensión a lo irascible de su carácter y lo tornadizo de sus inclinaciones, hábitos, costumbres y tendencias.

Practicado el examen somático, nos encontramos con una enferma muy extenuada, en la que el aparato esquelético hace marcado relieve en todas las superficies del cuerpo habitualmente expuestas. Llama la atención el abdomen globuloso, ligeramente doloroso en la región píloro-duodenal e indolente en el resto de su extensión. Fácilmente se aperece que son los gases los determinantes de este aumento volumétrico del vientre, ya que por la percusión, la sonoridad es uniforme en todas las regiones ántero-laterales. Mas esta globulosidad no es permanente, sino que por el contrario, sin causa apreciable alguna y sin que precisamente hubiese expulsión de gases por el recto, decrece el volumen del vientre, permaneciendo flácido, por espacio de varias horas y aun días, para reaparecer nuevamente, acompañándose de crisis dolorosas generalizadas. Estas algias, variables en su intensidad, duración y momento de presentación, no ofrecen el carácter de localización determinada y son en ocasiones tan violentas, que imponen a menudo el uso de la morfina.

De otro lado, la enferma sufre también con extraordinaria frecuencia de accidentes hiperemésicos, con expulsión de materias alimenticias, en diferentes proce-

sos de digestión, haciéndose en ocasiones francamente hemorrágicos, con todos los atributos propios de las hematemesis.

Síguese el proceso de la enfermedad durante varios días de observación, en los cuales el cuadro descrito, con todas sus modalidades, no ofrece variación alguna. Aprovechando de este interregno observatorio, se procede a la complementación de todos los exámenes de laboratorio, dejando constancia de que todos ellos resultan absolutamente negativos, sin aportar ninguna luz para la conclusión diagnóstica. Las reacciones de K. y W., las investigaciones de heces fecales, los exámenes de los vómitos (en los que ocasionalmente se evidencia la presencia de sangre), todo el estudio hematológico conveniente, los exámenes completos y reiterados de orina, en fin, cuanto recurso complementario era del caso utilizarlo, todo fué requerido, sin que ninguno aportara un informe que aclare el criterio clínico. Tampoco fueron más felices las investigaciones practicadas en la esfera de la tuberculosis, para cuya comprobación fué puesta la enferma en manos de un especialista.

A tenerse en la imaginación el inesperado resultado de la intervención quirúrgica y a ser conocida la dolencia en nuestro ambiente, la radiografía habría sido decisiva o por lo menos un factor poderoso para encaminar el diagnóstico. En efecto, en la pantalla aprécianse cámaras de aire, tan variadas en su extensión, forma, tamaño y localización, que ninguna otra dolencia es capaz de presentarla con los mismos caracteres, dejando perplejo el criterio de interpretación de las imágenes. La sombra hepática hace la impresión de hallarse en ptosis esta víscera, porque encima de ella, existe también otra cámara de aire, subyacente a la sombra diafragmática.

Sensiblemente, por deficiencias en el medio hospitalario, no se pudo completar este expedito medio diagnóstico, mediante la administración de sustancias opacas, capaces de informarnos sobre las particularidades propias de cada uno de los tramos digestivos, muy particularmente del estómago, duodeno e intestinos. De otro lado, habríase tropezado con la intolerancia de la

enferma, cuyo estómago encontrábase imposibilitado para cualquier ingestión, que no le produzca rápidamente los vómitos.

Expuesto así el cuadro morbosos, lo único que resalta clara y nítidamente, con caracteres inconfundibles, es el síndrome píloro duodenal, pero que no es capaz de explicar suficientemente todo el complejo abdominal antes descrito y poder sentar un diagnóstico que satisfaga plenamente el concepto clínico.

Es en vista de esta dificultad insuperable que se acuerda recurrir a la laparotomía exploradora, impuesta —como se vé— por la fuerza imperiosa de las circunstancias.

Bajo anestesia general al éter, se practica una laparotomía mediana supraumbilical, previa preparación conveniente de la enferma, con todos los recursos habituales de rigor, para fortalecerla en forma que pueda tolerar un recurso de este género, dentro de lo precario de todas sus energías orgánicas.

Abierto el peritóneo se tiene a la vista la inesperada sorpresa, ni siquiera vislumbrada, ni menos concebida, de que todo el tramo intestinal, desde las proximidades del yeyuno ileon, hasta la parte terminal del recto pelviano, es un conjunto de vesículas llenas de gas, de diversos tamaños, aisladas unas veces, arracimadas otras, pediculadas a veces, sesiles las más y tan próximas unas a otras, que prácticamente todo el tramo intestinal es un múltiple rosario de vesículas, que ni la forma del intestino permite delinear con facilidad.

Exteriorizada un asa, de las más ricas en vesículas, el número de éstas es tal, que resulta prácticamente imposible diferenciar ninguna de las tónicas propias del intestino, ni menos poder establecer la situación misma de la luz del conducto. Es un conglomerado de vesículas, unas muy pequeñas, como cabezas de alfiler, otras mayores y las más de volumen de un garbanzo o hasta el de una aceituna. Ora son transparentes, de color amarillo sucio; ora presentan aspecto negruzco, por sufusiones sanguíneas y otras parecen macizas, como si se trataran de cisticercos, comparación ésta última que es desvirtuada por el patólogo,

quien asegura tratarse de «pequeñas vesículas que se encuentran dentro de las más grandes, es decir, son vesículas secundarias».

Todas ellas ofrecen el carácter esencial de contener gas en su interior, dejándose aplastar con suma facilidad y al hacer este apabullamiento, dejan escapar su contenido gaseoso, con un ligerísimo chasquido, sin desprendimiento de olor alguno, dejando en su sitio un residuo apenas visible del tejido vesicular.

El informe del anatómo patólogo, que va registrado al final de esta exposición, ilustrará con mayores detalles sobre las condiciones macro y microscópicas de las vesículas, dejando por nuestra parte únicamente establecido, que la mayoría de ellas, con asiento en la túnica serosa, invaden también la muscular y la submucosa, no habiéndose recurrido al examen de la mucosa, porque ello habría importado una solución de continuidad intestinal, de difícil obliteración quirúrgica, por la naturaleza misma de los tejidos y capaz de comprometer la vida misma de la enferma por accidentes peritoneales agudos. Previa ligadura de los racimos más grandes y buscando de preferencia los mejor pediculados y aquellos que presentaban aspecto hemorrágico o maciso, se extirparon algunos, sin otro propósito que el de poder estudiarlos detenida y circunstanciadamente en el laboratorio histopatológico.

Nada más había que hacer desde el punto de vista operatorio y establecido el diagnóstico de *Pneumatosis quística generalizada de los intestinos*, se cerró el abdomen.

El segundo caso, indudablemente menos caracterizado que el anterior, ha sido también un descubrimiento ocasional, al practicar una apendicectomía, en una joven muchacha, ya púber, oriunda también de una de las provincias del mismo departamento, en quien, a tiempo de practicarle la intervención de referencia, por proceso crónico bien comprobado, se encontraron vesículas en formación, en la túnica serosa del íleon, en las proximidades de la válvula íleo-cecal. Repetimos que éste también es un descubrimiento por laparatomía, sin diagnóstico previo de esta lesión, comprobado éste por

la operación como el de una *Pneumatosis incipiente del intestino delgado*, en la porción terminal del íleon.

Ambos casos, de los cuales el primero ofrece un gran interés de estudio, nos servirán para entrar en algunas consideraciones inherentes a esta entidad morbosa, cuyas características —como luego lo veremos— tanto de origen, como de evolución, en sus manifestaciones clínicas, en su diagnóstico y tratamiento, están, hoy por hoy, casi completamente desconocidas.

Su misma denominación de *pneumatosis quística*, *pneumatosis cistoides*, *enfisema bolloso*, *enfisema intestinal*, *tumor gaseoso del abdomen*, *linfo-pneumatosis enteroquística*, etc., no está hasta este momento uniformemente admitida de manera general por todos los observadores. Ninguna de las designaciones anotadas responde, por otra parte, a la realidad anatómica de las lesiones y cada uno de los nombres propuestos, no hace más que traducir un aspecto, indudablemente el más notorio, para uno u otro de los observadores. Sin embargo la designación más corrientemente aceptada es la de *Pneumatosis quística intestinal*. Con todo, esta misma comporta ya en sí un error de concepto, ya que, como se sabe, quiste es toda formación vesicular, aislada, de contenido líquido o sólido, pero nunca gaseoso, como en la enfermedad que nos ocupa, en la que, como bien dijimos al referir el primer caso clínico, la lesión macroscópica fundamental, es la formación de vesículas o mejor dicho de pequeños globos repletos de gas.

En materia etiopatogénica, las teorías expuestas a este propósito, son muy variadas y hasta diametralmente opuestas en sus apreciaciones. Ni puede ser de otro modo, ya que nadie posiblemente ha tenido la feliz oportunidad de poder contar con varios casos de esta índole, para profundizar sus investigaciones, establecer comparaciones, ahondando en la búsqueda de la causa fundamental de origen y mucho menos para po-

der seguir paso a paso la evolución del mal y de sus diferentes maneras de reaccionar frente a tal o cual otro medio de experimentación,

Con esta premisa, sólo nos limitaremos a citar las variadas tesis etiológicas propuestas, las mismas que según sus tendencias doctrinarias, pueden agruparse en los cinco grupos fundamentales siguientes:

Las teorías neoplásicas ven en este proceso una hipergénesis desordenada de los tejidos del sistema linfático de los intestinos, con tendencia a la formación vesicular, por la degeneración central de los núcleos celulares, los mismos que, en concepto de esta hipótesis, transformaríanse en gases, haciéndose rápidamente invasor el proceso, como acontece en la mayoría de las neoformaciones malignas.

Otros investigadores suponen el origen de la afección en un desarrollo anómalo congénito del intestino, en cuyas túnicas la aparición de células gigantes, anotadas como específicas de la pneumatosis por la gran mayoría de los tratadistas de la materia, darían lugar a la producción de gases, como atributo capital de la actividad de aquellas células.

En suma, ninguno de los criterios expuestos, explica suficientemente la causa de la dolencia y sin descartar su posibilidad, tampoco se las puede admitir sin reservas. De nuestra parte nos atrevemos a enunciar simplemente nuestra opinión en sentido de que una mal formación congénita, bien podría ser la causa, para que después otros factores, sobre todo de orden mecánico, determinen la eclosión del mal, De todos modos, impónense nuevos estudios en este orden de apreciaciones para dar más luz en la materia.

Las hipótesis químicas, sostenidas con ardor por algunos, ven en este proceso dos fases que se caracterizan por la formación de grandes cantidades de anhídrido carbónico en el tramo intestinal y por otra su penetración en los vasos quilíferos, en los que a su vez, por la presencia del ácido láctico u otro parecido, produciríase un cambio de tensión gaseosa y como resultado final, la formación de globos gaseosos. Tal es el

criterio sostenido por Lanont y Masson, ambos citados por el doctor Orlando Vaz, en la Revista Médica Municipal de Río Janeiro.

La presencia de ascárides u otros elementos similares, encontrados algunas veces en casos de pneumotosis intestinal, indujo a algunos observadores a concebir la *teoría parasitaria* en la génesis de la dolencia, explicando el proceso en una alteración de la mucosa intestinal por estos parásitos, los cuales haciendo puertas de entrada en esta túnica, determinarían la penetración de gases intestinales y su acumulación en la submucosa y serosa intestinales, dando lugar así por su crecimiento paulatino y gradual a las vesículas.

Por mera relación con esta posibilidad etiopatogénica, hemos citado entre los antecedentes de la primera de nuestras observaciones clínicas, la dedicación de la enferma a las faenas de fabricación de embuditos de carne de cerdo. Se sabe, porque es del dominio de todos, que quienes se dedican a estas prácticas, en nuestro ambiente nacional, miden la sazón de los condimentos e ingredientes de los embutidos, llevando la carne cruda así preparada, directamente a la boca, forma habitual de trasmisiones parasitarias al organismo humano.

Sin embargo, como luego se verá, el examen anatómico patológico de las vesículas extirpadas, ha desvirtuado esta posibilidad, comprobando la inexistencia de parásitos, e incluso de huevos, hasta en las vesículas macizas.

Es copiosa la bibliografía que se refiere a citas sobre etiopatogenia de la pneumotosis, basada en la teoría que puede llamarse *infecciosa*. En efecto, las investigaciones encaminadas con este fin, han llevado a los autores hasta a individualizar grupos microbianos de una y otra naturaleza, los más de ellos cocos, designándolos con los nombres más variados, tales como los de cocos liquefaciens, bacterium pneumotosis, bacterium coli linfaticum aerogenes, etc. Otros autores, sin imputar especificidad a ninguno de los gérmenes anteriormente citados, incriminan únicamente al colibacilo, germen habitual del intestino. Unos y otros, admitiendo la

teoría microbiana, explican la fisiopatología morbigena de los gérmenes, por el mismo mecanismo de los parásitos, o sea, la invasión de las tónicas del intestino, alterándolo en su integridad anatómica, por una especie de lisis de los elementos celulares, con predilección del aparato linfático, en el cual determinarían embolias primero, dilataciones posteriormente y al final formación de vesículas gaseosas, cuyo contenido haríase inexpulsa- ble por la presencia misma de estos trombos capilares.

Nos concretamos a citar esta tesis, como las anteriores, sin pronunciarnos sobre ella, ya que sin descartar la posibilidad microbiana, la explicación —muy teórica en nuestro concepto— del mecanismo íntimo de la formación de las vesículas, está lejos de llevarnos al convencimiento. Es así como algunos autores sostienen que «por reacciones orgánicas generales, el tejido endotelial entra en proliferación, con formación de células gigantes, que caracterizan la pared vesicular; mas, en poco tiempo, los gérmenes agotan sus energías, tal como se agotan los cultivos y a la postre, el proceso hácese aséptico, pudiendo incluso reabsorberse, desapareciendo las vesículas, sin dejar otros rastros que una linfangitis proliferante». Como se vé, esta teoría capaz también de explicar, hasta cierto punto, el proceso de la curación espontánea, es tentadora, pero... no convence.

Por último vamos a sintetizar el estudio de la *teoría mecánica*, que es la que más adeptos tiene a su favor. Estriba la tesis en la preexistencia de soluciones de continuidad en la mucosa intestinal, a través de las cuales penetran los gases en el sistema linfático de esta túnica.

Arguyen quienes sostienen esta tesis, que la presencia de la pneumatosis coincide siempre con una lesión evolutiva o en vías de regresión, en un tramo cualquiera del tracto intestinal. Afirman asimismo, que resumiendo las investigaciones anátomo patológicas y clínicas de los pocos casos que registra la literatura médica mundial, se han encontrado siempre procesos ulcerosos en evolución, cicatrices de úlceras estenosantes o referencias de afecciones de esta misma

naturaleza, en la historia de los enfermos portadores de pneumatosis.

En este orden de hechos la lesión que más frecuentemente ha sido incriminada como la ocasionante de la penetración gaseosa, es la úlcera gastro-duodenal y así tenemos registrada en el libro «Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas», por M. Matthes y H. Curschmann, la siguiente referencia, que la trascribimos íntegramente: «Sorprende que en muchos casos, al mismo tiempo que la formación quística, exista píloroestenosis cicatricial por úlcera. Así lo observamos en el único caso que conocemos por experiencia propia (el enfermo había ingresado en 1915 en la clínica médica a causa de píloroestenosis con hiperclorhidria y fué operado en la clínica quirúrgica en 1919). Pero aun en los casos en que no existía simultáneamente píloroestenosis, se habían presentado en forma muy ostensible los síntomas clínicos de este proceso».

En un segundo término se ha incriminado la pneumatosis a otros procesos del tramo digestivo, citándose la presencia del mal en coexistencia con carcinoma gástrico, apendicitis, colitis, hernia estrangulada, infección parasitaria, etc.

En Archives of Pathology, vol. 30, Nr. 5, página 1.085, los doctores Lindsay, Rice, Sellinger, publican un caso de pneumatosis quistoidea del intestino de un niño, coexistente con una gastritis ulcerosa y los autores citados, al comentar este caso clínico, se inclinan también, como los más, a la teoría píloroduodenal, como el principal factor de aparición de la dolencia, apreciando entre un 45 a 75 % la existencia de este síndrome, entre los antecedentes de los portadores de pneumatosis.

En los casos que anotamos al principio de este trabajo, era evidente el proceso píloroduodenal en el primero y el de apendicitis crónica, del que fué operado, con confirmación histopatológica del diagnóstico, en el segundo.

A pesar de que son numerosos los adeptos y quizás si los más, quienes se inclinan por esta hipótesis, la duda sobreviene en la explicación anatómica del

proceso que proponen. En efecto, los más atribuyen la entrada de gases en las paredes intestinales, a través de las pequeñas soluciones de continuidad de la mucosa, determinadas por los procesos patológicos mencionados, estableciéndose pequeños trombos de carácter inflamatorio, en la extremidad de los capilares linfáticos y a la dilatación consecutiva del segmento linfático suprayacente al trombo, en el cual se acumulan los gases que son tomados de los mismos humores orgánicos (linfa, sangre) y retenidos en su interior, merced a procesos dialíticos especiales, que imposibilitan su expulsión.

Como se vé, este mecanismo es a la postre el mismo que ha querido imputarse al de las llamadas teorías infecciosa, parasitaria, etc., y que, como tampoco en éstas, la explicación del mecanismo íntimo, ofrece la claridad que nos conduzca al convencimiento. En efecto, muchas y muy fundamentales observaciones podrían oponérsele y como ninguna de ellas ha sido suficientemente explicada, esta teoría, como todas las anteriormente citadas, no tiene en la actualidad, sino el valor de mera conjetura. Entre tanto, en el estado actual de nuestros conocimientos, bien podemos considerar que la etiopatogenia de la pneumatosis, está lejos de ser resuelta favorablemente.

Otro tanto podemos decir del diagnóstico. Basta referir el hecho de que la mayoría de las consultas a que hemos recurrido, todos los tratadistas están acordes en admitir que «para reconocer la lesión era necesaria la intervención quirúrgica o la autopsia». Sin pecar de este extremismo, consideramos que existen algunos factores, que bien los podríamos calificar de presuntivos, capaces de conducirnos al diagnóstico clínico. Sin referirnos concretamente a los antecedentes de enfermedades, sobre todo píloroduodenales, con síndrome abdominal complejo, la radiografía constituye en la actualidad una fuente de información preciosa, de la que no se puede prescindir. No hemos de entrar precisamente en este campo de especulaciones, que no es de de nuestra especialidad, más consólo referirnos a los interesantes conceptos vertidos por el doctor Orlando

Vaz, en su valioso trabajo ya citado, sobre pneumatosis, que hoy por hoy es la mejor contribución para el estudio de esta entidad morbosa, consideramos que el diagnóstico de la dolencia, está en camino de ser solucionado favorablemente.

Son particularísimas a decir de este autor, las imágenes radiográficas características de la pneumatosis, las que pueden resumirse en las siguientes modalidades: 1) aspecto policístico, lobulado y muriforme en las sombras gaseosas del intestino.— 2) Interposición hepato diafragmática de asas del intestino delgado.— 3) Pneumoperitoneo espontáneo.

Poco podemos decir en lo referente a la evolución clínica de la pnematosi, ya que, como dejamos establecido, su diagnóstico mismo ofrece tantas dificultades y hasta imposibilidades mismas. En el estado actual de nuestros conocimientos y sobre todo cuando el mal se encuentra en la fase inicial de su aparición, el curso de la dolencia no puede ofrecernos signos ni motivos de apreciación que nos conduzcan a establecer algunas bases o fundamentos, siquiera aproximados, de todo el curso de su desarrollo.

Sin embargo, con la mayoría de los autores, se puede convenir en considerarla como enfermedad benigna, en la que, incluso la regresión, es factible, por el mecanismo mencionado a propósito del estudio etiológico que hemos hecho de esta enfermedad.

Breves frases hemos de dedicar a las investigaciones anatómopatológicas que se han hecho de la pneumatosis intestinal. Lo macroscópico coincide en sus informaciones, con las que hemos formulado a tiempo de referir la descripción del intestino enfermo de nuestro primer caso clínico, tanto en lo que se refiere a la forma, al color, consistencia, modo de implantación, volumen, contenido, etc., de las vesículas gaseosas.

Por lo que respecta a su asiento en las diferentes capas intestinales, parece no existir uniformidad de criterio entre los autores consultados. Unos, y son los más, estiman que las vesículas hacen su aparición inicial en la túnica subserosa, para de allí extenderse hasta la submucosa, sin invadir nunca la muscular.

Otros, por el contrario, consideran que la lesión vesicular inicial tiene su asiento en la submucosa, para luego extenderse a la subserosa y la serosa misma. En nuestro concepto y contrariamente a la primera manera de explicar los hechos, consideramos más aceptable esta última opinión, por la sencilla razón de que ella está más ajustada al concepto etiopatogénico del mal, cuyo origen, como se tiene dicho, reside en la túnica mucosa del intestino.

Lo íntimo del mecanismo histopatológico dista todavía de estar uniformemente admitido por las investigaciones practicadas. Es así cómo, por ejemplo, muchos conceptúan la presencia de células gigantes como específicas del proceso, las cuales forman —a decir de varios autores— una corona perfectamente clara y bien deslindada, en cuyo interior se encuentra un revestimiento endotelial típico (la pared del linfático?), y por fuera de la corona de células gigantes, tejido conjuntivo colágeno, pobre en nucleos y con un fino retículo de fibras elásticas. Atribuyen esta forma a la vesícula, que bien podemos llamarla en perfecto estado de desarrollo, ya que al lado de esta modalidad anatómica, se encuentran otras variedades, reducidas en algunas a la sola túnica externa, casi anhistia, en la que no es posible distinguir ningún elemento celular perfecto. Trátanse seguramente de quistes en fases regresivas. La divergencia de opinión en cuanto al estudio histopatológico estriba en nuestro concepto, nada más que en la naturaleza del material de estudio utilizado, coincidente, como es natural, con las diferentes fases evolutivas de la enfermedad, del momento en el que ha sido descubierta.

En lo que hace a su localización y a su extensión, contrariamente al criterio de muchos autores, el proceso pneumatósico es susceptible de invadir toda la longitud del intestino, tanto delgado como grueso. La primera referencia clínica que hemos registrado, nos permite emitir este juicio, que —como repetimos— está en desacuerdo con el criterio de muchos tratadistas, quienes sostienen la tendencia de la localización del proceso a tal o cual otro tramo únicamente del tracto

intestinal. Unos sostienen su preferencia de localización por la parte terminal del ileon; otros, la región yeyunoileal y otros, en fin, el intestino grueso y hasta en ocasiones el estómago mismo. Tales divergencias no tienen para nosotros más valor que el de la falta de amplio material de investigación, concretando por ello sus apreciaciones al caso o a los muy contados casos de estudio.

El contenido gaseoso de las vesículas habría sin duda aportado mucha luz para establecer la naturaleza del mal mismo, incluso para sacar conclusiones de orden etiológico. Mas, sensible es decirlo, ni en este mismo aspecto existe uniformidad] de criterio, no sólo en lo que se refiere a la naturaleza química de los gases, sino también a la de sus proporciones, a su grado de concentración y hasta a su tensión misma. Nada concreto reportaría como útil, para la comprensión del proceso que comentamos, entrar en digresiones de esta naturaleza.

Conceptuamos útil reproducir íntegramente el protocolo de la dirección del Instituto de Anatomía Patológica, formulado a raíz del estudio que se practicó con las vesículas extirpadas para este objeto. Dice:

«*Macroscópicamente*.—Se han recibido trozos del tamaño total de una nuez. Se componen de vesículas cubiertas por una serosa brillante, de tamaños diferentes, desde el de un grano de arroz, hasta el de una guinda. Tienen un contenido gaseoso. Al escapar el gas no ennegrecen un papel impregnado de acetato de plomo. Tampoco activa la combustión, pruebas ejecutadas con previa fijación del tejido por formol. Las vesículas tienen su superficie interna lisa. Existen comunicaciones entre varias vesículas; un grupo de éstas tiene un color negruzco, pero también este grupo ha mantenido su contenido gaseoso. Algunas vesículas dan de fuera la impresión de cisticercos con su escólex, pero al corte, se nota que este aspecto sólo es producido por la disposición de pequeñas vesículas que se encuentran dentro de las más grandes, es decir, son vesículas secundarias».

«*Microscópicamente*.—Se encuentran espacios li-

« mitados por tejido conjuntivo colágeno, a veces hiali-
« nizado. El revestimiento interno está formado por es-
« te mismo tejido conjuntivo que muestra una estruc-
« tura como la que se vé también en otras formaciones
« fisiológicas o patológicas, a consecuencia de una pre-
« sión perpendicular a la superficie, (hidropesía de ar-
« ticulaciones); todas las fibras son paralelas a la su-
« perficie, igualmente los nucleos, los cuales están muy
« alargados, fusiformes, a veces de aspecto de endote-
« lios. Los espacios están vacíos o contienen una red
« fina de linfa coagulada, con hematíes, leucocitos po-
« polinucleares e histocitos con pigmento hemosiderí-
« nico fagocitado. Otros espacios están repletos de san-
« gre y alrededor de estos espacios los nucleos del teji-
« do conjuntivo son en gran extensión necróticos».

«Se trata de una *neumatosis quistoidea* típica,
« a veces con alteración del tejido en sentido de infarto
« hemorrágico» (firmado) Franz Wenger, Jefe del Labo-
« ratorio.»

Con breves frases, tocantes al tratamiento, vamos a dar fin a este comentario. Hoy por hoy, no disponemos de ningún recurso médico ni quirúrgico para tratar la pneumatosis quística del intestino. Es la verdad desoladora. Quizás si cabría la exclusión de determinadas zonas del intestino, cuando el mal está perfectamente limitado a tal o cual otro tramo del conducto; mas el diagnóstico precoz del mal, bien sabemos cuán difícil es plantearlo, para aprovechar este recurso. En todo caso, ignorantes como nos hallamos actualmente sobre todas las incidencias patológicas de este mal, consideramos muy apriorístico incluso este criterio y frente a la realidad, no le queda al clínico ni al cirujano, una vez hecho el diagnóstico, que conformarse con éste, quedando impotente y cruzado de brazos.

Dejamos, pues, abierta esta puerta de investigación, frente a una modalidad nosológica tan desconocida en nuestro medic, para despertar la curiosidad y el interés entre nuestros colegas del país, hacia el mejor conocimiento de esta rara enfermedad,

COMENTARIOS

"Tratamiento cirurgico do estrabismo", presentado por el Profesor Moacyr E. Alvaro a la Sociedad de Oftalmología de Minas Gerais, (Brasil).

Por el Dr. ANICETO SOLARES

Debe considerarse a DIEFFENBACH, como al indiscutido creador del tratamiento quirúrgico del estrabismo. En el capítulo consagrado al relato histórico, el profesor ALVARO detalla los primeros casos operados por el afamado oftalmólogo alemán, quien efectuaba, ora tenotomías, ora miotomías, y seguido poco tiempo después por numerosos operadores, en medio de un entusiasmo acaso excesivo por operar estrábicos. A varios de los brillantes éxitos obtenidos por DIEFFENBACH, alternados con algunos fracasos (sobre todo por hipercorrección) hubo de seguir una era de descrédito relativo de los métodos operatorios; era a la que naturalmente ha seguido la perfeccionamiento en los procedimientos empleados.

Con ser muy interesante analizar la evolución de los procedimientos quirúrgicos, vamos a dejar a parte este aspecto, que en un análisis, que forzosamente ha de ser limitado, nos haría perder tiempo y espacio que más vale consagrarlos a estudiar la parte propiamente operatoria.



Afirma en primer término, y de manera categórica el profesor ALVARO, que la intervención operatoria no es sino una parte del tratamiento del estrabismo, que guarda estrecha correlación con otros medios destinados a coadyuvar a la corrección operatoria, a mejorar las condiciones funcionales, etc. Nada me parece mejor que traducir la parte pertinente de su trabajo, para hacer comprender en su justo alcance el pensamiento del eminente oftalmólogo brasileño. Dice así:

«El tratamiento quirúrgico del estrabismo, a decir bien, no constituye una entidad terapéutica independiente sino una fase del tratamiento a ser empleado en los casos de ojo estrábico al que se debe recurrir siempre en los casos en que aquél está indicado. Así, cuando después de la corrección de la ametropía, después de los ejercicios tendientes a reeducar el ojo desviado ambliope, después de los ejercicios realizados para conseguir el desenvolvimiento de la visión binocular simultánea, no se hubiese conseguido una mejoría notable en la posición del ojo desviado o las mejorías no han persistido, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico. Este tratamiento podrá aun en ciertos casos preceder a las diversas fases del tratamiento médico a que acabamos de hacer alusión, pero será siempre completado por ellas».

Esta opinión no solamente traduce una cabal concepción de las indicaciones operatorias sino y sobre todo un principio de lo que podríamos calificar de *tratamiento integral del estrabismo*. Porque a decir verdad el acto operatorio apenas responde a una finalidad *estética*, y aun ésta correrá los riesgos de no ser a veces permanente si no se la coadyuva procurando el funcionamiento sinérgico de ambos ojos. Los recursos a que ha hecho referencia antes el profesor ALVARO, podríamos decir que buscan dos finalidades: una, la mejora de la capacidad visual, a lo que principalmente responde la corrección óptica de la ametropía, y otra

la de procurar la sinergia de los movimientos de ambos ojos, a lo que responden los ejercicios ortópticos (diploscopio de Rémy o sus variantes, etc.)

Sin ser tan categórico, el profesor LAGLEYZE decía (1) refiriéndose al estrabismo convergente periódico: «La curación por los medios ópticos, será tanto más probable cuanto que los enfermos se sometan más pronto al tratamiento». Y añade en otra parte de su libro: «El desiderátum del tratamiento del estrabismo sería su curación perfecta, el restablecimiento de la visión binocular».

B. y A. CASTRESANA (2) refiriéndose a los tratamientos médico y quirúrgico escriben: «Porque ya sabemos que ambos se complementan, sobre todo si nosotros deseamos llegar a la verdadera curación del estrabismo, es decir a su curación estética y funcional».

Para R. ONFRAY (3) «los medios ópticos remedian las causas locales predisponentes del estrabismo; los medios (o recursos) ortópticos tienen por fin, determinando la educación de la visión binocular, remediar su causa principal, que es el defecto de la facultad de fusión; y la corrección operatoria por el contrario bastando por lo menos a producir una curación aparente no puede ser sino la auxiliar de los medios ortópticos».

«... la intervención sola será con frecuencia insuficiente; ella no puede dar su pleno resultado sino precedida y completada por una serie de ejercicios de visión practicados en condiciones determinadas» dicen TERRIEN y HUBERT (4).

JAVAL en su notable obra sobre el estrabismo (5) sostuvo la importancia preponderante de los medios

(1) P. Lagleyze.—Du Strabisme. Paris 1913.

(2) B. y A. Castresana.—El Estrabismo. Madrid 1926.

(3) R. Onfray.—Manuel Pratique du Strabisme. Paris 1909.

(4) Terrien et Hubert.—Traitement Adjuvant du Strabisme. Paris 1912.

(5) Javal.—Manuel du Strabisme.

ópticos, sin desechar naturalmente el tratamiento médico (midriáticos, etc.) y el operatorio.

Podría multiplicarse las citas de autores que opinan de análoga manera; pero las opiniones de los oftalmólogos son hoy tan concordantes en este sentido, que bien pudiera decirse que no hay oftalmólogo que no piense de esta manera. Las diferencias de criterio son sobre todo en que unos dan mayor importancia que otros a los procedimientos de reeducación funcional. Por nuestra parte pensamos que la opinión ya expresada del profesor ALVARO es la que debe prevalecer: la operación es una parte de un algo llamado tratamiento, y éste se completa con los otros medios ya enunciados. Por eso a todo el conjunto de medios: tratamiento médico, corrección de las ametropías, operación y ejercicios ortópticos, se designaría como ya tengo dicho con el epíteto de *tratamiento integral*.



Al hacer la crítica de los diversos procedimientos que se usaron y aun se usan, el profesor ALVARO define la acción de ellos en los siguientes términos: «Las operaciones sobre los músculos oculares, sean ellas las que fueren buscan ora fortalecer, ora debilitar la acción de un determinado músculo sobre los movimientos del globo».

Para explicar no solamente la acción de los músculos oculares sino también la influencia de las distintas operaciones, el profesor ALVARO señala una condición fisiológica que bien pudiera llamarse de *geometría*: los músculos del globo no ejercen una simple tracción como una cuerda que tira sobre el punto en que está fijada, sino que hay un *arco de contacto* de una parte de la superficie de la *banda* o *cinta* muscular y la superficie convexa del ojo, aparte también de la influencia de las aletas ligamentosas que no debe olvidarse. Naturalmente toda operación deberá cuidar de no destruir la acción muscular evitando un verdadero daño al

órgano operado, y cuidando más bien de asegurar o restablecer la sinergia de los movimientos oculares. Esta poderosa razón hizo que se abandonara en definitiva las simples *miotomías*, que fueron las primeras intervenciones practicadas por el mismo DIEFFENBACH, a las que después substituyó muy felizmente ALFONSO GUERIN con las tenotomías, marcando con ello un nuevo y gran progreso en la cirugía ocular.

El autor después de indicar las condiciones fisiológicas de los músculos y de señalar la etiopatogenia, encara el importantísimo problema de la decisión operatoria, para la que se debe tener presente las varias circunstancias que denote el minucioso examen del paciente, el resultado que se haya obtenido con el tratamiento previo médico, corrector de la ametropía y auxiliados de los ejercicios usuales entre los oculistas. «Por todo eso —dice el autor comentado,— nos parece que la operación debe ser indicada en todos los casos en que el tratamiento médico haya sido ineficaz o cuyas mejorías hayan cesado de progresar dentro de un plazo razonable de 12 meses. Será necesario entre tanto conseguir examinar convenientemente al enfermo, y especialmente la función muscular a fin de poder escoger el método operatorio y saber exactamente no sólo la especie de operación sino su amplitud. El límite de edad no puede, por lo tanto, ser fijado arbitrariamente, y dependerá tal vez no tanto de la edad física como de la edad mental del paciente».

*
* *

Debo concluir este análisis, forzosamente suscinto, refiriéndome a los métodos operatorios en actual uso. Clásicamente ellos se refieren a dos tipos: avance o retroceso de la inserción tendinosa, y a menudo combinación de los dos.

En su interesante trabajo comentado, el Prof. ALVARO pasa en revista los múltiples procedimientos más o menos usados actualmente. Quien quisiera hacer de

todos ellos un examen de conjunto debería documentarse en el trabajo que voy analizando.

Pero he de hacer especial referencia a un método operatorio sumamente interesante: el llamado «MYOCAMPSIS» y que es de data no muy remota, pues los primeros trabajos publicados datan de 1932 y 1933 con BARRAQUER y LACARRERE.

No es, naturalmente del caso, hacer la descripción de este procedimiento. Aparte de la bibliografía existente sobre el particular, el relato del Prof. ALVARO lo describe con cierto detalle. Pero para poderlo juzgar por sus resultados encuentro oportuno traducir y transcribir el juicio que al autor comentado le merece.

«Las ventajas del «myocampsis» como operación de acortamiento son grandes: a) simplicidad en la técnica; b) seguridad en los resultados; c) reacción inflamatoria relativamente pequeña. Las desventajas que se le atribuyen son los resultados inciertos y la dificultad de retirar el anillo de plata al cabo de cuatro semanas cuando está ya sepultado en medio de los tejidos. La incertidumbre de los resultados deriva de la imperfección de la técnica; ésta exige, para que sea perfecta, la inclusión de todas las fibras del músculo en el anillo, que éste se halle perpendicular a la dirección de esas fibras y que sea ajustado suficientemente de manera de garantizar la coaptación del músculo y asegurar su acortamiento. Este desiderátum se consigue con mayor facilidad si realizamos la operación sobre el músculo aislado y no empleamos la técnica transconjuntival original de BARRAQUER. La dificultad para el retiro del anillo sepultado en los tejidos después de cuatro semanas proviene apenas de falta de adiestramiento. La simple inspección de la conjuntiva permite localizar el anillo, casi siempre es cierto recubierto por esa membrana.»

Añade el autor en otra parte: «Acostumbramos emplear el «myocampsis» casi siempre como operación para reforzar la acción del músculo, asociándolo al retroceso del antagonista. Sólo dejamos de recurrir al myocampsis cuando no es posible al paciente esperar

las cuatro semanas necesarias para quitar el anillo de plata, haciendo en ese caso un ^opliegue muscular. El efecto corrector de la desviación es favorablemente comparable a cualquier otro método, obteniéndose con la asociación del myocampsis al retroceso correcciones de desvíos de 40 grados o aún más».

Sin embargo del entusiasmo con que el Prof. ALVARO se expresa del método aludido, no deja de expresar, con muy buen criterio quirúrgico que cada oculista puede utilizar el método operatorio que sus inclinaciones y su mayor práctica y maestría le hayan demostrado ser el de mejor éxito entre sus propias manos.

El capítulo final del trabajo está dedicado a describir las modalidades operatorias para corregir las desviaciones paralíticas. Aunque según el autor se puede emplear en ellas los diversos métodos seguidos en los estrabismos concomitantes, señala como procedimientos más aconsejables los que llama «trasplantación» tendinosa, que en realidad consiste en acoplar el tendón del músculo paralizado al tendón de un músculo de función sinérgica, y en veces combinando con un avanzamiento y un retroceso de otros músculos, para así suplir la función insuficiente. El método busca fundamentalmente crear adherencias entre el tendón paralizado y el tendón que conserva la acción del músculo correspondiente, con lo cual a más de mantenerse la sinergia funcional se realiza una verdadera función supletoria.

En suma, el trabajo presentado como *relator* por el Profesor MOACYR E. ALVARO constituye una «mise au point» del tratamiento operatorio de una afección frecuente y en la que como ya se tiene bien dicho, la operación es una parte de un todo en el que la corrección de las ametropías, la reeducación por los ejercicios ortópticos y para comenzar el tratamiento médico deben ayudarse y complementarse.

Aniceto Solares.—Keratoconjunctival lesions observed at high altitudes in Bolivia.—(Lesiones queratoconjuntivales observadas en las regiones altas de Bolivia).—American Journal of Ophthalmology.—Vol 24.—Nr. 24.—Aug. 1941.

Por el Dr. JOSE AGUIRRE T.

El A. se refiere a una afección ocular, observada por primera vez en Sucre (Bolivia), allá por el año 1914, y a la que denomina, desde entonces, «Periqueratoconjuntivitis exuberante».

Advierte, desde luego, que, si bien, algunos autores usaron esta denominación, antes que él, la aplicaron, sin embargo, a una enfermedad *distinta* a la que describe, cual es la «conjuntivitis o catarro primaveral».

En su comunicación, que se basa en la observación personal de 79 pacientes, de los que 55 corresponden al sexo masculino y 24 al femenino, Solares comienza por estudiar, aunque de manera demasiado superficial, la geografía y, sobre todo, la climatología boliviana, refiriéndose, de preferencia, a las poblaciones altas, que son, precisamente, aquellas donde ha encontrado la afección ocular que describe.

Su estadística particular comprende, como ya hemos dicho, 79 casos, descompuestos de la siguiente manera: Según el sexo de los pacientes: 55 hombres y 24 mujeres. Según su edad: hasta 3 años, 1 caso; de 4 a 7 años, 15 casos; de 8 a 10 años, 21 casos, de 11 a 15 años, 20 casos; de 16 a 20 años, 13 casos; de 21 a 25 años, 5 casos y mayores de 25 años, 4 casos. En cuanto a la procedencia de los enfermos, el mayor porcentaje corresponde a la ciudad de La Paz con 24 casos. Después vienen, Cochabamba con 12, Potosí con 11, Oruro con 10, Sucre con 8 y Uyuni y Tupiza cada una con 2 casos.

Es importante anotar que todos sus enfermos son nativos bolivianos y que no ha observado la afección en ningún extranjero (predisposición racial?).

El A. considera como causas principales de la enfermedad: a) La altura y el clima frío, b) La exajerada luminosidad de la atmósfera en las regiones altas. c) Carencias vitamínicas (que no las determina ni siquiera aproximadamente). d) Posibles perturbaciones endócrinas o del metabolismo y e) Finalmente, estados alérgicos *permanentes* e independientes de las influencias estacionales.

Hace notar que la influencia aislada de cada uno de estos factores etiológicos es incapaz de producir la enfermedad, y que, seguramente, se necesita la concurrencia de dos o más de ellos para desencadenar la afección.

Solares no ha ensayado, siquiera, sensiblemente, la explicación del proceso patogénico de esta enfermedad. Es cierto que en el capítulo intitulado «Discusión», consigna, bajo el subtítulo de «interpretaciones patogénicas», las opiniones de Marin Amat, Lagrange y Chávez Velando, respecto al posible mecanismo de acción de las principales causas productoras de la «conjuntivitis primaveral», pero, no dice, tampoco, en ninguna parte de su trabajo, que el proceso patogénico de la «periqueratoconjuntivitis exuberante» sea el mismo que el del «catarro primaveral.»

El estudio anátomo-patológico de las lesiones características de la «periqueratoconjuntivitis exuberante» ha sido realizado por el Dr. Julio César Lascano Gonzáles, Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires (Argentina). Su informe demuestra que las lesiones de la «periqueratoconjuntivitis exuberante» son simples «granulomas inflamatorios de evolución subaguda», pero, sin ningún carácter específico, y debidos, seguramente, a «una reacción de hipersensibilidad ante un agente desconocido que podría ser alguna sustancia irritante en suspensión en el aire».

En esta misma parte de su estudio, el A. cree

útil anotar algunas alteraciones encontradas por los oculistas en la «conjuntivitis primaveral» y establecer en esa forma, diferencias entre ésta afección y la «periqueratoconjuntivitis exuberante» descrita por él, aunque termina diciendo que «no es por lo visto la anatomía patológica la que dará el desiderátum en el caso de la conjuntivitis primaveral y la periqueratoconjuntivitis exuberante».

En el capítulo correspondiente a la «Descripción clínica» dice, fundamentalmente, aparte, por supuesto, de otros conceptos que consideramos innecesario transcribir: «Los enfermos, generalmente niños, son llevados a la consulta porque tienen los ojos enrojecidos y a menudo ora sensación de ardor, ora de picazón (prurito). A los padres les llama la atención la cronicidad de este estado, que sin interrupción ni atenuación se prolonga durante no sólo meses sino años (uno, dos o más, hasta que pueden consultar)».

«El enfermo ofrece un enrojecimiento de los ojos y cierta estrechez refleja de la abertura palpebral. En efecto, sin que haya propiamente fotofobia, es posible que inconscientemente los pacientes estrechen su abertura palpebral porque el aire ambiente los incomoda».

«Fijándose ya con más detenimiento se nota que la hiperhemia del globo predomina en el contorno de la córnea, teniendo ora la disposición de un anillo que la circunda completamente, ora una forma semilunar doble cuya parte media corresponde a los extremos del diámetro horizontal. Esta hiperhemia es ya de color rojo pálido, ya más o menos lívida o violácea. Está constituida por vasitos finos algunos, otros un poquito más gruesos, ligeramente flexuosos, anastomosados entre sí, y ocupando distinta profundidad hasta alcanzar algunos la episclera».

«Pero lo que principalmente caracteriza la afección son las neoformaciones yuxtalimbaires. Estas son muy fácilmente perceptibles, puesto que forman prominencias que sobresalen bastante de la superficie del globo. De color blanco grisáceo, con el aspecto gelatinoso

parecido al que se encuentra en las vegetaciones de la *conjuntivitis primaveral*, pareciendo semitransparentes, circundan la córnea invadiendo algo del tejido propio de ésta, por lo general 1, 1 y 1/2 y hasta 2 m. m., constituyendo un rodete o anillo, completo en excepcionales ocasiones y atenuándose hacia los extremos superior e inferior del diámetro vertical, donde en la mayoría de las veces desaparecen. Estas exuberancias son de forma irregular, constituyendo una línea festoneada en sus límites del lado de la córnea, ofreciendo la superficie de la neoformación irregularidades, con prominencias que alternan con depresiones no muy profundas. Es de notar que del lado de la córnea la neoformación termina casi abruptamente aunque no cortada a pico; por el contrario, del lado de la conjuntiva bulbar con la que se continúa insensiblemente, el declive es suave».

«La coloración no siempre es blanco grisácea; con cierta frecuencia he encontrado coloraciones morenas, ya castaño claro o algo más oscuro, ya zonas achocolatadas y aun a veces porciones de un color asalmonado sucio».

«El aspecto gelatinoso de la neoformación es sólo aparente; por el contrario ella es de consistencia firme, lardácea o más bien como cartilaginosa, adherente tanto a la córnea como a la esclera vecina; más lejos, es decir en la zona puramente bulbar y donde la neoformación es menos espesa, su adherencia al plano subyacente es ligera, no teniendo el tejido la laxitud de la conjuntiva normal».

«La mucosa aparte de la zona afectada nada de particular ofrece contrastando su aspecto normal con el de la región afectada».

«La mayoría de los casos no son secretantes. En algunos ha podido presentarse cierta secreción mucopurulenta, por lo común escasa y que en realidad se debe a conjuntivitis banales sobreañadidas, era de tipo subagudo, ora de tipo francamente agudo, y ocasionadas por los gérmenes tan conocidos propios de infecciones conjuntivales corrientes».

Fuera de estas localizaciones puramente bulbares el A. hace mención de otra forma que por acom-

pañarse de alteraciones en el fórnix y en la conjuntiva tarsiana constituye la *forma mixta*. En ésta lo único que se advierte, aparte de cuanto ya se ha indicado anteriormente, es una moderada hiperhemia acompañada de un aspecto áspero, existiendo pequeñísimas prominencias miliares rosadas, tan pequeñas que apenas alcanzan a originar ese aspecto como aterciopelado que tiene analogía con el de los casos que se considera «sospechosos» de trácoma en período inicial.

En algunos enfermos se nota «un aspecto muy especial» constituido por unas opacidades periféricas de la córnea cuyo color blanco nacarado es característico. «No hay naturalmente úlcera. Es una infiltración bastante densa, no superficial, cuyo aspecto tiene el reflejo blanco brillante del nácar o de la plata bruñida». La infiltración se encuentra separada del limbo por una delgada faja querática clara. Está circunscrita a las porciones interna y externa del tejido corneal, nunca existe en las partes superior o inferior. Es permanente y definitiva.

Como síntomas subjetivos apenas existe, al comienzo, prurito, espontáneo, persistente, pero, no muy intenso. Solamente cuando la temperatura ambiente es demasiado fría o el aire se carga de polvo o vapores irritantes se vuelve muy molesto.

«El estado general de los pacientes en la mayoría de las veces no es de los más satisfactorios. Aparte del significado que tienen las poliadenopatías, las hipertrofias amigdalinas y las vegetaciones adenoideas, la generalidad de los niños son mal o deficientemente nutridos; por supuesto que tampoco faltan como excepciones los niños robustos, de buen aspecto y salud general satisfactoria».

«Tras un período de tiempo que coincide a menudo con la pubertad o con la plena juventud, el cuadro empieza a modificarse hasta llegar sino a una desaparición completa, por lo menos a una disminución muy apreciable de las lesiones; entonces las formaciones yuxtalimbaires disminuyen de volumen, para dejar el sitio a un ligero engrosamiento hiperhémico que contornea la córnea, de color algo oscuro o en veces lívido,

y que finalmente desaparecerá más tarde sin dejar huella en la mayoría de los casos. Han de exceptuarse aquellos casos, que son los menos, en que se encuentra la *infiltración nacarada*, verdadera reliquia indeleble, *tenaz*».

Así como no se producen remisiones, tampoco se observan recidivas, una vez extinguida la afección.

En el capítulo titulado «Discusión» dice: «Los caracteres inherentes a los casos que tengo observados creo que permiten asignarles fisonomía propia como para constituir una entidad nosológica aparte. Por ello y por sus peculiaridades etiológicas, clínicas y evolutivas los he designado con el nombre ya indicado de PERIQUERATOCONJUNTIVITIS EXUBERANTE».

«Creo innecesario repetir las condiciones etiológicas que ya antes indiqué. Sólo he de insistir aún acerca de tres factores esenciales: la altitud, el clima frío y seco, y la suma luminosidad de la atmósfera en los lugares donde se vé estos casos. Recalco la ninguna influencia atenuante de la época fría —la mayor parte del año— así como el predominio durante la niñez y la pubertad».

«Estableciendo comparaciones con la conjuntivitis primaveral, a la que por algunos aspectos se parece y por otros se diferencia bien la «exuberante», hay que señalar interesantes opiniones de varios entre los numerosos oftalmólogos que se han ocupado de aquella.»

E indica, aunque demasiado superficialmente, las opiniones de Wecker, Desmarres, Panas, de Lappersonne, Mórax, von Szily, Ginestous, Lenoble, Truc-Valude-Fraenkel, Fusch, Soemisch, Axenfeld, Terrien, Elliot, Römer, Marin y Amat, Charlin, Argañaraz, Chavez Velando, Poulard y Gabriélidés.

Sensiblemente, de entre tanta profusión de nombres y opiniones, sólo puede sacar, al final, dos diferencias entre la conjuntivitis primaveral y la periqueratoconjuntivitis exuberante, a saber: 1) Ciertas manchitas más densas y blanquecinas que se observan en el inte

rior de la conjuntiva pericorneal hipertrofiada, en los casos de conjuntivitis primaveral, y que se conocen con el nombre de «puntos de Horner Trantas» y 2) El color blanco lechoso de la conjuntiva bulbar, que se presenta «como si se le hubiese dado unas pinceladas con leche», en la misma enfermedad.

Según el A. ambos síntomas faltan absolutamente en sus casos de periqueratoconjuntivitis exuberante.

Solares concluye su comunicación en esta forma:

«Voy a exponer el último aspecto de mi trabajo».

«La afección que he estudiado, observada en las regiones altas de Bolivia corresponde al tipo nosológico denominado «conjuntivitis primaveral»?

«Se trata por el contrario de un tipo morbozo especial?».

«O finalmente se trata de simples variantes de la *primaveral* determinadas por particularidades de clima, altitud, luminosidad y numerosas circunstancias telúricas que aún no podemos apreciarlas pero que sumadas unas a otras determinan las características de cada clima?».

«Es menester hacer resaltar las semejanzas y las diferencias de ambos estados patológicos para deducir conclusiones, siquiera provisionales».

«En primer término la edad y el sexo coinciden bastante en la «conjuntivitis primaveral» y en la que yo llamo «periqueratoconjuntivitis exuberante» así como la cronicidad y la desaparición espontánea de las lesiones en cierta edad de la vida. Asimismo hay analogía en la habitual falta de complicaciones, en la bilateralidad de la afección».

«En cambio señalo las siguientes diferencias:

«1.—La más importante es que en los casos que he observado, *proprios de climas altos y fríos*, las lesiones no experimentan variación en ninguna época del año. Todo el tiempo de su evolución —algunos años— no hay modificaciones apreciables ni subjetivas, salvo el largo y lento período de retroceso».

«2.—Entre mis casos hay formas exclusivamente bulbares, sin ninguna alteración de la conjuntiva tarsiana, sin siquiera el aspecto o color opalino, lechoso, blanco azulado que con uniformidad señalan todos los oculistas que se ocupan del asunto. Por otra parte, entre ellos figuran 32 casos de la forma catalogada como mixta; pero debo hacer notar que en éstos comprendo aquellos en que la conjuntiva tarsiana se muestra ligeramente áspera, rosada, con pequeñas prominencias redondeadas, pero tan pequeñas que, a más de ser discretas no alcanzan un volumen importante, y muy diferentes por cierto de las «vegetaciones» de superficie aplanada, de contornos de adoquinado, de color rosa pálido o asalmonado, o como cubiertas de una capa de leche, opalescentes, etc».

«3.—Las neoformaciones que yo llamo «yuxtalimbaires» no se acantonan al limbo sino que invaden parte del propio tejido de la córnea. He hecho notar—cosa que no he visto señalada por ningún autor—la coloración morena más o menos oscura y hasta achocolatada, de aquellas, coloración que puede subsistir como reliquia cuando ellas han retrocedido».

«4.—He indicado que en algunos casos, ya sea después de desaparecidas las neoformaciones, o antes de ello, cuando se inicia la regresión, se presentan las infiltraciones periféricas de la córnea, ora semilunares, en las porciones interna y externa, ora constituyendo un anillo completo parecido en su disposición al arco senil, pero en tales casos más ancho en los extremos del diámetro horizontal. A diferencia de las infiltraciones grisáceas, puntiformes o redondeadas, que señalan la mayoría de los autores en la «primavera», las que yo he encontrado difieren por su aspecto brillante, argentado o nacarado, fuera de la forma semilunar tan curiosa».

«5.—En mis casos no he encontrado ningún aspecto parecido a los conocidos «puntos de Horner-Trantas».

«6.—Creo también ser un carácter especial, aunque no de los de primera importancia, la disposición de los vasitos de neoformación que ya describí en el capítulo

pertinente, y que en general se dirigen hacia los respectivos ángulos palpebrales».

«7.—La anatomía patológica enseña que en la «primaverál» hay en primer término «espesamiento de la capa epitelial por multiplicación de células» (L. Genet). Los apartes transcritos de diversos autores en el capítulo pertinente y el informe de Lascano Gonzáles, referentes a fragmentos de exuberancias que le envié, establecen las diferencias de estructura histopatológica entre unos y otros. Y como hecho de notoria importancia, en la «primaverál» el predominio de eosinófilos en los cortes, frente a la rareza de esos elementos en el tejido de la «exuberante» y que como dice el citado anatomopatólogo, «se trata en resumen de granulomas de infiltración de evolución subaguda».

«Por mi parte con cargo de modificar mi opinión si a ello me inducen nuevos hechos y otros datos que se pueda reunir en lo futuro, creo que se trata de una afección que debe diferenciarse de la «conjuntivitis primaverál», concediéndola personalidad nosológica propia»,

LA ESCLEROSIS PULMONAR PROFESIONAL

Del Dr. GERMAN OROSCO

Con amable dedicatoria, hemos recibido el último libro de nuestro consocio, el doctor don Germán Oroasco, con cuyo título encabezamos estas líneas. En forma compendiada y al alcance de cualquier médico práctico, la última producción del colega Oroasco, es una valiosa contribución a la bibliografía médica nacional, que con tan reducidos trabajos de esta índole cuenta en el haber de su producción,

El motivo de esta publicación no puede ser más útil y de innegable importancia. En efecto, el autor ha sabido resumir en un pequeño volumen, todo cuanto se ha dicho y se ha escrito sobre esta modalidad patológica, que fragmentariamente está consignada en los tratados de patología. Esta consideración fundamental le da ya el sello de su interés. Súmase a lo dicho la forma expositiva clara, concisa y al alcance de todos, la misma que se objetiviza con la profusión de su parte gráfica, que es un primor de nitidez. En esta forma y reuniendo bajo la denominación de *Esclerosis pulmonar profesional*, estudia todas las modalidades clínicas determinadas por la absorción de polvos, en los obreros que se dedican a faenas en las que están constantemente expuestos a la inhalación y fijación de partículas en la trama pulmonar; estudia detenidamente todos los procesos anatómicos de la dolencia y concluye por deslindarlos claramente de la tuberculosis pulmonar, con la que tan a menudo ha sido confundida.

Su capítulo diagnóstico, en el que ha reunido con riqueza de detalles, todos los medios hasta hoy conocidos para ponerla en evidencia, constituye una preciosa fuente de información, a la que a diario deberían recurrir los profesionales que atienden servicios sanitarios, donde los obreros están expuestos a este género de accidentes.

Finalmente, las páginas que dedica a lo que consideramos más útil de la publicación, la profilaxis y el tratamiento, constituyen la más valiosa contribución para la defensa de los obreros, especialmente los de nuestros centros mineros, con quienes el poder público, no debería cejarlo más mínimo, para precautelar su salud y bienestar. En este orden de hechos, muchas de las consideraciones propuestas por el autor del libro, deberían ser incluidas en la ley de accidentes de trabajo, previa compulsión de nuestras modalidades climatéricas y de altitud, para ser íntegramente aplicadas en la ley de referencia.

Del mismo modo pensamos que los medios profilácticos enunciados en el capítulo respectivo, deberían ser implantados, con carácter de obligatoriedad por todos los patronos, especialmente en las empresas mineras, donde

el tributo de inválidos e incapaces para la vida, crece a diario, en proporciones aterradoras.

Felicitemos, pues, al consocio Dr. Orosco por su brillante trabajo y consideramos, si como él dice en el preámbulo de su obra, que «el constante pensamiento de hacer algo útil ha guiado su afán para escribir el libro», su propósito lo ha obtenido o está en vías de conseguirlo muy en breve. Tal es también nuestro desco.

J. C. F.

EL DERECHO A LA MUERTE

ESTUDIO CIENTIFICO

Con este epígrafe, publicó «La Prensa», periódico de la localidad en su N° 2,214 Noviembre de 1929, el artículo que a continuación transcribimos, firmado con el pseudónimo de A. Micke que usó entonces el Dr. Miguel Lévy; autorizado por él, hacemos conocer en nuestra revista este interesante trabajo de gran actualidad:

«Poco se ha divulgado en nuestro ambiente médico el tema científico muy discutido y criticado en Europa: la *eutanasia*; seguramente constituirá en medicina como en jurisprudencia, el problema más difícil de resolver. Lo mismo sucedió con el *secreto profesional* que ha sido debatido últimamente en la Academia de Medicina en París, donde se han nombrado comisiones especiales para el estudio y la modificación del secreto médico; muchas han sido las opiniones vertidas acerca de esta cuestión social, tan importante para la medicina y la justicia, precisamente ahora, que el anhelo de todo pueblo civilizado es el de regenerar a la humanidad como medio profiláctico para extirpar los grandes males que ocasionan la destrucción material y moral de los hombres. A un principio, este asunto fué tema difícil de abordar por temor a la sanción; porque criticar el juramento de Hipócrates, significaba infringir la ley; actualmente se ha dado el golpe, modificándose mucho los criterios de diferentes escuelas médicas: Alemania fué la que más francamente impuso en su nuevo Código Sanitario la violación del secreto en caso de enfermedades

venéreas, exigiéndose hasta el certificado prenupcial; también Francia, cuya escuela médica es partidaria del respeto al secreto absoluto, hoy cambia de criterio e invoca a la voz de la conciencia para autorizar la revelación de ciertos hechos por el interés social, aún en el caso de ser penado por el artículo 378 del Código francés. Como ya no se vive en los tiempos del sabio Hipócrates, ha sido lógica la renovación de ideas anticuadas, que hoy por ley de educación se han modificado por el bienestar y la salud de los pueblos; hoy existe una tendencia a restringir el secreto absoluto a casos concretos y que no perjudiquen en nada a la colectividad humana.

Vivimos actualmente en el siglo de la actividad física y moral, en el siglo de la lucha por la vida, para lo que se requiere un dinamismo orgánico fuerte en cuerpo sano y en espíritu tranquilo; la normalidad completa de los hombres se exige para el resurgimiento y la perfección de las razas, excluyéndose absolutamente al elemento malo, degenerado, porque no es apto para el combate en el campo de las actividades vitales. La ciencia médica trata de hacer desaparecer los estigmas psíquicos y físicos de la degeneración, combatiendo la etiología de enfermedades latentes y transmisibles a las generaciones nuevas; se puede considerar este procedimiento como un comienzo de extirpación lenta de males del organismo, para que después pueda principiar con el trabajo de la selección de seres humanos aptos para la vida y para la procreación, eliminándose por una ley natural al elemento degenerado, enfermo y estéril, cuya existencia es perjudicial para la evolución. Este proceder eugénico, seleccionador y eliminador, constituirá el objetivo de alta trascendencia y de grandes beneficios para la regeneración; será el gran paso de la ciencia médica, así disminuirán los fatales males orgánicos que son los verdaderos azotes de la humanidad, males que con la civilización vienen acompañados.

Es tema escabroso el de la *eutanasia*, y al abordar este asunto, deseo dar una opinión franca, sin que por este hecho quiera combatir ideas contrarias de

profesionales que condenan este procedimiento prohibido terminantemente por el Código Penal. Respeto y defiendo por la moral social esas doctrinas adversas, pero por una moralidad mucho más elevada, me declaro defensor de esas opiniones lanzadas por eximios médicos europeos que estudian actualmente el gran problema de la eutanasia, que consiste en abreviar la vida a la persona que sufre un mal incurable y cuya existencia es inútil para él y para los que le rodean; comprendiéndose en el sentido de que esos sufrimientos son fatalmente irremediables y que la ciencia médica se halla, después de haber intentado todos los recursos, impotente para aliviarlos, esto es tratándose: 1º de enfermedades como el cáncer en estado de caquexia final; la tuberculosis en su período de tisis o de consunción, especialmente cuando los órganos afectados se encuentran en pleno reblandecimiento caseoso con eliminación bacilífera; la sífilis no tratada y con manifestaciones tercio-cuaternarias de destrucción. 2º. Los mutilados que existen actualmente y que están ocultos como reliquias de la salvaje guerra europea, por causar un horroroso espectáculo. la vista de esos monstruos humanos, sin rostros ni miembros, consistiendo tan sólo en aglomeraciones de órganos con vida. Estas dos categorías de sufrimientos pertenecerían a seres conscientes de su desgracia, existiendo una segunda clase compuesta de seres humanos desheredados de la conciencia de donde emanan la razón y el entendimiento, aquí se encuentran: a) los locos incurables que han llegado al estado de gatismo y que ingieren hasta sus propios excrementos; b) los epilépticos en estado demencial, peligrosos especialmente por sus impulsos criminales; c) los idiotas de la última escala de los degenerados, que son verdaderas bestias humanas de costumbres asquerosas. Triste sería continuar clasificando toda esa nómina de desgraciados de larga vida vegetativa, que ocasionan un gran sufrimiento a los que espectan esos horrorosos dramas en el teatro público de las desgracias humanas: *el manicomio*.

Como decía anteriormente, el objeto de la eutanasia, sería el de aliviar con la muerte toda esa vida

dolorosa e inútil de esas dos clases de seres atormentados por la fatalidad de males y enfermedades incurables, consiguiéndose así un bien de altísimo sentido moral y de un noble altruismo. No concibo la idea de que haya persona consciente que desee la prolongación de vida del ser más querido, si es que éste sufre intensamente una enfermedad dolorosa e irremediable o si es un demente en la misma forma. Dar la muerte buena al que sufre y agoniza interminablemente, truncando la vida dolorosa y dando paz material y espiritual al organismo inutilizado, sería la liberación y eliminación de personas que imploran a Dios y al médico abrevien su existencia insufrible. Pero pasará todavía mucho tiempo para resolver este punto tan delicado y para que el médico tenga autorización a practicar la eutanasia, exterminando vidas de seres inútiles y sin valor vital. La resolución de este problema será difícil por existir dos corrientes opuestas, demostrando ambas sus opiniones razonables de un gran sentido moral.

El doctor Hoche y el doctor Binding, defensores de la eutanasia, argumentan concienzudamente en su libro «Autorización para exterminar las vidas sin valor vital», demostrando una moralidad muy superior a la de los que condenan este proceder. Otro partidario es Binet-Sanglé, médico francés, quien reglamenta en su libro la técnica del procedimiento. En cambio la corriente opuesta protesta enérgicamente contra la eutanasia demostrando que no es más que un asesinato disimulado: el doctor Morselli, médico italiano, es uno de los que más se opone, y enseña en su libro, que la moral médica no autoriza a practicar la eutanasia, siendo inhumano querer aliviar el dolor abreviando la vida; igualmente hacen la misma observación otros escritores, condenando con severidad este proceder del médico que intentara cometer ese homicidio. La discusión se hace escabrosa por el momento: unos y otros demuestran sus opiniones para defender sus doctrinas, pero al mismo tiempo invocan ambos con un sentido de altruismo humanitario el deber de aliviar el sufrimiento; más, se presenta lo difícil del problema: los par-

tidarios de la eutanasia con criterio sereno, dicen concretamente que hay males y sufrimientos incurables, y que ni la ciencia médica puede aliviar, porque se halla impotente en muchos casos para reconstruir organismos macilentos o consumidos por la naturaleza y por la enfermedad; la terapéutica para semejantes estados, no existe; el médico se halla desarmado y tan sólo desea con verdadero altruismo y noble sentimiento, la muerte del ser que sufre y hace sufrir, pero su misión le obliga a sostener esa vida, es decir a hacerle padecer más, y para atenuarle momentáneamente el martirio recurre al remedio heroico *la morfina*, el gran estupefaciente que acalla la pena y el dolor, abreviando la existencia (eutanasia disimulada).

¿No sería más humano dar fin a ese drama trágico en el que el médico y la familia del enfermo son los actores que simulan ansiedad de vida, cuando en realidad desean la muerte rápida del ser querido que padece un mal incurable y que él mismo pide insistentemente la muerte? ¿No sería más humano y moral abreviar la vida al loco o al idiota que han llegado al grado de degeneración? Habría efectivamente mayor humanitarismo; pero los que condenan la eutanasia preguntan: si el médico tiene derecho a quitar la vida al que sufre, e invocando a una moral superior dicen que prolongar la vida es vivirla, y que por más de que sea un homicidio con fines piadosos y con móviles altruistas, jamás debe quedar impune esa muerte benéfica que con palabra atractiva de eutanasia no es más que un disimulo de asesinato.

El respeto a las opiniones y doctrinas es la base de la Moral y de la discusión, de éstas nacerá la verdad y obrará la conciencia en favor o en contra de la eutanasia.

A. MICKE

Sucre, [noviembre 1929.

CRONICA

Directiva del Instituto Médico "Sucre"

En observancia de sus regímenes de organización el Instituto Médico «Sucre», en su sesión extraordinaria del día 12 de marzo del año en curso, ha renovado su Directiva con el siguiente personal, para la gestión ordinaria de 1942.

Presidente: Dr. Armando Solares Arroyo.
Vicepresidente: Dr. Wálter Villafani. (reelecto)
Secretario: Dr. Julio C. Fortún (reelecto)
Tesorero: Dr. Medardo Navarro.
Vocales: Drs. José Aguirre y Miguel Lévy.

Laboratorio de Bioquímica

Gracias al empeño y entusiasta decisión de nuestro consocio, el Dr. Germán Orosco, que en la actualidad reside en Buenos Aires, el pedido de material para el referido laboratorio, se encuentra ya en nuestro poder. Es un magnífico lote de instrumentos, reactivos y materiales, para la ampliación [del laboratorio de bioquímica, con los cuales se lo ha modernizado completamente y se le ha provisto al mismo tiempo de todo lo que la ciencia médica moderna exige de estas reparticiones, para la complementación diagnóstica y terapéutica consiguientes.

El material de ampliación, recientemente llegado, no sólo ha de servir en las necesidades del gabinete de bioquímica, sino que con todo lo recibido, se ha de dar un nuevo y fuerte impulso más al laboratorio de bacteriología.

Con estas adquisiciones y la modernización de estos laboratorios, el beneficio ha de ser indudablemente mayor para el público, que a ellos concurre a diario, en demanda de investigaciones de toda especie. Del mismo modo, las diferentes reparticiones sanitarias locales, tales como los hospitales, manicomios, dispensarios, servicios asistenciales, etc., que con carácter gratuito son servidos por estas secciones del Instituto Médico, han de obtener beneficios mayores aun.

Traspaso de hospitales a las Facultades de Medicina

Por Decreto Supremo de 24 de diciembre último, los hospitales generales de las ciudades de Sucre, La Paz y Cochabamba, han pasado a depender, dentro del aspecto técnico, de las respectivas Facultades de Medicina, haciendo de aquellos establecimientos, servicios de orden clínico.

A este propósito deseamos puntualizar nuestro concepto, con las siguientes consideraciones:

En primer término, el Decreto aludido es incompleto, porque al contemplar el aspecto técnico únicamente como dependencia de las Facultades, deja a éstas cruzadas de brazos, sin poder dar mayor impulso a sus propósitos de mejora, superación y perfeccionamiento de cada uno de los servicios clínicos entregados a su cuidado, porque el resorte principal de la cuestión, cual es el aspecto administrativo, queda siempre en manos del poder central. Se ha creado así un verdadero conflicto de funciones, en el cual seguramente ni las facultades podrán cumplir su propósito de mejora, ni el Ministerio de Previsión Social, por su parte, podrá ejercer el rol de mantenimiento de la salud pública, que por el imperio de la Constitución, está obligado a desenvolver.

De otro lado no debe perderse de vista, que los actuales nosocomios, constituyen el único refugio de enfermos, tanto pobres como pudientes, para ser atendidos con carácter gratuito los primeros y con módicas pensiones los últimos. Ahora bien, si como el Decreto que comentamos hace de los hospitales, servicios de orden clínico, todos los internados deberían necesariamente estar sometidos a la reglamentación clínica de la enseñanza, criterio inadmisible so pena de ir contra las más elementales normas que regulan la libertad individual y contra la que no se puede atentar bajo ningún concepto.

Aun en el supuesto caso de hacer de los hospitales servicios de orden clínico solamente, abrigamos el temor de que por este carácter, acaben por perder la confianza popular y de que el menesteroso o el que busca un sitio apropiado para el tratamiento de sus dolencias, tema recurrir al hospital, temeroso, por lo suspicaz que es nuestro público, de que las intimidades y secretos de sus dolencias, vayan a ser conocidos de todos.

Por lo mismo que la transferencia que comentamos tiene carácter de prueba únicamente para este año, conceptuamos de suma trascendencia hacer hincapié en estas consideraciones y caminar con suma prudencia y tino, para no acarrear situaciones capaces de comprometer, no sólo las finalidades de la enseñanza clínica en los hospitales, sino y lo que es más grave aun, desvirtuando la finalidad social de los nosocomios y con ella imposibilitando la acción gubernamental de precautelar la salud de las poblaciones, an su asistencia hospitalaria obligatoria.

Esperamos que estas breves digresiones encuentren eco en el ánimo de los dirigentes encargados de hacer práctico el Decreto Supremo de 24 de diciembre.

Nota necrológica

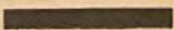
La sociedad sucrense, el cuerpo médico de la lo-

calidad y muy particularmente la Facultad de Medicina de esta ciudad, han sido penosamente impresionados con la inesperada muerte del que fué catedrático titular de Obstetricia de esta última, el Dr. Eduardo Girón F.

Su sepelio, que fué la muestra más evidente del afecto y cariño de toda la población hacia este decidido patriota, profesional eminente y hombre de bien a toda prueba, se realizó en medio de una apoteósica expresión popular de sentimiento general.

El Instituto Médico «Sucre», asociándose a los homenajes póstumos que se le tributaron, tanto por parte de las autoridades educacionales, como de la Alcaldía Municipal, estuvo representado por su socio secretario el Dr. Julio C. Fortún, quien en frases de honor y sentido tributo de gratitud, hizo público el reconocimiento de la sociedad, por los valiosos servicios que aquél le prestó en vida.

Nuestra condolencia para sus familiares.



Nuevos profesionales

La Facultad de Ciencias Médicas, con estricta sujeción a sus reglamentos de capacitación profesional, ha otorgado títulos a los siguientes egresados, cuya nómina insertamos a continuación, juntamente con el título de la tesis respectiva:

a) Médicos-cirujanos:

Fernando R. Aparicio.—«Los trastornos menstruales de la enfermedad de Basedow.—Su tratamiento hormonal. (Dos ensayos de interpretación clínica y correlación glandular).

Carlos Villavicencio Murillo.—«Cirugía de las hernias inguinales».

Enrique Ortiz Padilla.—«Embarazo ectópico».

Alfredo Calderón B.—«Los eczemas.—Estudio anatómico patológico y clínica.—Tratamiento».

Gilberto Molina Barbey.—«Morfología del asa sigmoidea en nuestro medio y su relación con la frecuencia del vólvulo».

Virginia Arrieta.—«Eclampsia puerperal».

Alberto Cabezas.—«Queratitis ulcerosas».

Máxima de la Barra.—«Infecciones gonocócicas en la mujer».

b) *Farmacéuticos:*

Rebeca Carranza Siles.—«Venenos y asistencia de primeros auxilios.» (Legislación y otros datos).

Carmen Burgoa.—«Coloides, suspensiones y emulsiones».

Nila Bohórquez Ramírez.—«Estupefacientes. Legislación y preparaciones farmacéuticas».

María S. Aparicio.—«Preparados sulfamídicos».

Alfredo Plaza Cisneros.—«Alcoholes. Derivados, preparados y reconocimiento».

Ricardo García Velasco.—«El arte de formular y la conducta del farmacéutico frente a la del médico».

Humberto Anaya Morales.—«Arsénico.—Toxicología».

María Luisa Torres.—«Incompatibilidades».

Elena Romero González.—«Sacarolados».

Corina Gamarra G.—«El yodo y sus preparados galénicos».

c) *Dentistas:*

Macedonio Trigo Vásquez.—«El arco-cinta en la ortodoncia».

René Sandi C.—«Tratamiento odontológico en los pacientes infantiles».

Medardo Lora Ponce.—«Etiopatogenia de la caries dentaria».

Rodolfo Carrasco Capriles.—«Exodoncia».

Jaime Suárez Paz — «Confección de dentaduras completas».

Víctor Villegas C. — «Caries de cuarto grado».

Dalio Fernández Bravo. — «Tratamiento medicamentoso de la paradentosis con ácido crómico y cloruro de zinc».

La redacción de la revista se complace en hacer llegar a los profesionales enumerados sus parabienes, haciendo votos por su creciente éxito en el desenvolvimiento de sus actividades.
