



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 42 BOLIVIA-SUCRE, MAYO-AGOSTO 1946. Nº 81



Universidad
Andrés Bello®



FUNDACIÓN
FLAVIO
MACHICADO
VISCARRA

La digitalización de este número de la revista es el producto de la investigación doctoral llevada a cabo por el candidato a doctor, Javier Andrés Claros Chavarría, con financiamiento otorgado por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile. Durante este proceso, colaboraron dos instituciones: el Instituto Médico “Sucre”, propietario de las revistas, y la Fundación Flavio Machicado Viscarra, responsable de la digitalización.

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Sucre (Bolivia) Calle San Alberto N^{os}. 8 y 10
Apartado postal N^o. 82

COMITE DE REDACCION:

Dres. Ezequiel L. Osorio y José Aguirre T.

SUMARIO

	Pág.
El ejercicio de la medicina ante los actuales problemas de reforma social — Por el Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	1
Notas de medicina práctica. — Un tratamiento eficaz del eczema tórpido infectado. — Por el Dr. <i>E. L. Osorio</i>	17
Un nuevo libro importante. — Epidemiología boliviana. — Por el Dr. <i>E. L. O.</i>	18
Contribución al estudio etiológico de la conjuntivitis purulenta de las regiones tropicales de Bolivia. — Por el Dr. <i>José Aguirre T.</i>	22
Informaciones varias	34
Noticias médicas	41
Pláticas higiénicas. El abuso del tabaco — Por el Dr. <i>Afilo Nico Tino</i>	46
Crónica. —	55

**Lista de los socios activos o de número del Instituto
residentes en Sucre:**

(Por orden cronológico de ingreso)

Wálter Villafani
Ezequiel L. Osorio
Gustavo Vaca Guzmán
Armando Solares Arroyo
Gregorio Mendizábal
Anastasio Paravicini
Francisco V. Caballero
Mannel Leonidas Tardío
Clovis Urioste Arana
Ricardo Rivera
Julio C. Fortún
José Aguirre T.

Lista de los socios activos con licencia indefinida:

Jenaro Villa Echazú
Raúl F. de Córdova
Ricardo Andrade

Lista de los socios activos ausentes de la Capital

Aniceto Solares
Claudio Calderón Mendoza
Carlos F. Garrett
Medardo Navarro
David Osio
Germán Orosco P.
Nemesio Torres Muñoz
Enrique Saint Loup
Miguel Lévy Beckrich

Año XLIII —Mayo-Agosto de 1.946— No. 81

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Sucre (Bolivia) Calle San Alberto N^{os.} 8 y 10
Apartado postal N^{o.} 82

COMITE DE REDACCION:

Dres. Ezequiel L. Osorio y José Aguirre T.

SUMARIO

	Pag.
El ejercicio de la medicina ante los actuales problemas de reforma social.— Por el Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	1
Notas de medicina práctica.— Un tratamiento eficaz del eczema tórpido infectado.— Por el Dr. <i>E. L. Osorio</i>	17
Un nuevo libro importante.— Epidemiología boliviana.— Por el Dr. <i>E. L. O.</i>	18
Contribución al estudio etiológico de la conjuntivitis purulenta de las regiones tropicales de Bolivia.— Por el Dr. <i>José Aguirre T.</i>	22
Informaciones varias	34
Noticias médicas	41
Pláticas higiénicas. El abuso del tabaco.— Por el Dr. <i>Afilo Nico Tino</i>	46
Crónica.—	55

**REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO 'SUCRE'**

Año XLII — Mayo-Agosto de 1.946 — No. 81

**El ejercicio de la medicina ante
los actuales problemas de re-
forma del orden social**

Así como cada época crea nuevas necesidades y nuevos organismos, que se adaptan a las nuevas condiciones de vida, y destruye y aniquila a aquellos de los preexistentes que no pueden modificarse para vivir en el medio ambiente en acción, así también en las colectividades humanas las ideas, los usos, las costumbres, las necesidades cambian constantemente. Lo que

fué bueno para los hombres de hace quinientos años puede ser detestable para los actuales. Cada gran sacudida o conmoción en la historia crea un nuevo orden de cosas. Este nuevo orden, ofrecido por Hitler a sus correligionarios políticos, viene por sí, sin ofrecimiento, impuesto por la fuerza suprema de la necesidad y por el imperio ineludible de las leyes biológicas, políticas y de toda índole que gravitan fatalmente sobre el mundo.

Las doctrinas políticas y económicas que se creían perfectas cuando la Revolución por antonomasia proclamó el principio de la soberanía del pueblo, fueron ineficaces ya en 1,830 y en 1,848, ante los movimientos socialistas de la vieja Europa y ante el apremio de miseria y dolor que las inspiraban. Las doctrinas económicas de los estadistas de ese tiempo, que parecían haber resuelto todos los problemas de esta índole, resultan tan inútiles e inoperantes ahora que, si la empleáramos para regular la hacienda pública y la privada, sostener el cambio o yugular las huelgas, seguramente el remedio sería de un efecto más pernicioso que el mal.

Lo complejo de la vida contemporánea, el cúmulo enorme de investigaciones y conocimientos en todas las esferas de actividad, han impuesto al hombre la obligación de concentrarse en determinadas tareas de extensión limitada, de especializarse. Y aun dentro de las especialidades, es todavía tan amplio el campo de trabajo, que los mismos especialistas apenas pueden abarcarlo. La medicina, que es la ciencia que nos interesa, ya no es posible que, como profesión, sea ejercida en masa, en conjunto. El médico omnípráctico ha tenido que ceder su lugar al médico o cirujano especialista. Y el médico de las familias, que lo atendía todo y era el consejero de ellas en cuanto a la salud atañía, también lleva tendencia de desaparecer para dar paso al ejercicio profesional de organizaciones colectivas que pueden ofrecer las ventajas

de un equipo completo y de un personal versado en todas las especialidades.

A esto se agrega que la acción individual, no solamente en medicina sino en todas las instituciones, está siendo cada vez más sustituida por la acción social. Las doctrinas de los socialistas y comunistas, como la de los nazistas y fascistas, proclaman por todas partes el principio de que el estado, es decir, la colectividad, está sobre todo; que el estado puede y debe pasar sobre los derechos del individuo si éstos están en contraposición con los suyos.

Por otra parte, las ideas y actividades de carácter caritativo como las de las instituciones religiosas; las ideas y actividades laicas que se manifiestan por el altruismo; las ideas y actividades de índole social que se traducen en la asistencia pública como obligación colectiva, todas han ido organizando agrupaciones para reemplazar la labor individual de los antiguos médicos. La salud ha pasado en su vigilancia y protección de las manos privadas a las manos de la sociedad, llámese estado, distrito, municipio o simplemente beneficencia, humanitarismo o filantropía.

De profesión liberal que era, y aun lo es hasta cierto punto, la medicina se está transformando en función pública, en función oficial organizada como cualquier otra dependencia del Estado. Ya la independencia de que el médico hacía alarde está en crisis. Unos cuantos años más y ella se convertirá en sujeción, reglamento y salario, con el patrón fiscal.

Todas las veces que se ha pretendido ofrecer resistencia a las grandes transformaciones evolutivas reclamadas por las circunstancias, lo único que se ha conseguido es desencadenar tormentas revolucionarias terribles, que, a la larga, han terminado imponiendo modificaciones más violentas que las que se precisaban para obtener la reforma. Por el contrario, si sabiamente se han colocado el gobierno o los elementos conservadores en la delantera de los acontecimientos, para encauzarlos o dirigirlos con tacto y prudencia, serán

dueños de la corriente, en lugar de ser arrastrados por ella. Mientras que el radar no dirigió el vuelo de los aviones, éstos eran destruidos inevitablemente por el fuego antiaéreo, y las embarcaciones estaban a merced de los ataques enemigos de las minas submarinas. Ahora desafían altivos los peligros y salen triunfantes de los más tremendos combates.

Ya es tiempo de que en Bolivia, al igual que en otras naciones extranjeras, meditemos seriamente sobre la mejor solución que podemos buscar para resolver estos problemas, que no son ciertamente hijos de la imaginación, sino realidades palpitantes que requieren inmediata atención.

La institución del Seguro Social Obligatorio, contra la enfermedad, la vejez, la maternidad y los accidentes, se ha proclamado ya como una necesidad urgente y hasta se ha pretendido hacerla efectiva mediante un mero acto de gobierno. Felizmente la cordura se impuso, y en lugar de precipitar la aprobación de los proyectos que se presentaron sobre materia tan delicada, sin grande versación, se ha resuelto aplazar su consideración, mientras técnicos expertos y hábiles asesoren al país en esta nueva organización, mediante sus luces y experiencia adquirida dentro del ramo.

El Seguro Social seguramente ha de llegar a ser con el transcurso del tiempo, y cuando alcance a su perfecta madurez, una institución colosal dentro de la cual hallarán cabida y sitio preferente otras que ahora se consideran independientes, como la Beneficencia Pública, la Sanidad Nacional, la Asistencia Social en el más lato sentido de la palabra, absorbiendo también, paulatina y sucesivamente, el ejercicio privado de la profesión médica, transformándolo en función social y pública, bajo la tutela de la colectividad.

En primer lugar, antes de proponer ninguna resolución trascendental, debemos fijarnos desapasionadamente en que si se impone una reforma o si el mantenimiento más o menos íntegro de las actuales condiciones de ejercicio profesional médico es todavía facti-

ble y útil. Desde luego, actualmente al lado de los médicos de clientela privada y de acción individual, en los cuales los hogares depositan su confianza, hay también las asociaciones, los sanatorios, las clínicas, en las que el enfermo puede encontrar la colaboración comprofesional, la especialización y el material científico necesarios para no descuidar su atención y para obtener más bien resultados satisfactorios. En cuanto al elemento proletario tiene a su disposición los hospitales de la sanidad pública o los de las empresas industriales o los de las instituciones obreras de previsión social que han empleado grandes recursos en bien de sus miembros. Todo se resuelve, pues, simplemente en un asunto de dinero, que unas veces lo erogan las colectividades y otras veces los individuos. Pero el punto principal de cualquier organización que sea, es el de no dejar desamparado a ningún componente de la sociedad humana urbana o rural, por más que no esté sindicalizado ni pertenezca a ninguna asociación de ayuda mutua. Los obreros de minas e industrias en general, los ferroviarios, etc., gozan de infinidad de ventajas de que carecen los que trabajan individualmente por cuenta propia. Igua cosa sucede con los empleados de empresas, que siempre tienen donde ocurrir para ser bien atendidos, y no así los empleados particulares o los que ejercen profesiones liberales, que necesitan que la sociedad les tienda la mano y les salve de situaciones muchas veces horripilantes.

Dadas las anteriores circunstancias, y teniendo en cuenta también que las tendencias modernas del mundo le llevan de una manera definida a la preponderancia absoluta de la colectividad sobre el individuo, es preciso estar ya preparando las bases para una evolución, rápida si se quiere, pero no revolución, de las condiciones actuales de la organización del ejercicio profesional médico.

Subsanemos ante todo la diferencia que establece en nuestra época la desigualdad de situaciones entre las clases sociales enumeradas anteriormente, que

va en detrimento únicamente de aquellos que han mantenido su individualismo por voluntad o por necesidad, por deseo natural o por imposición de las circunstancias, y del que no pueden ser responsables dentro de un determinismo científico bien comprendido. Salvemos también del desamparo —ya que todos alardeamos de socialistas— a la gran mayoría de las poblaciones, constituida por la clase media, que vive exclusivamente de su esfuerzo, teniendo que subvenir con sus pequeños y modestos ingresos a las necesidades apremiantes de su alimentación, vivienda y vestido, fuera de los dispendios que ocasionan las dolencias por lo que cuesta su tratamiento y por el ingreso que se deja de percibir mientras duran. Recordemos también que la forma de caridad o beneficencia en que se consideran los servicios proporcionados a los pobres y desvalidos por el Estado o las municipalidades, tiene todavía mucho de humillante para la dignidad y decoro humanos. Es preciso dejar establecido que la función de asistencia pública o asistencia social no es una limosna. La limosna proviene de un sentimiento religioso de caridad; la filantropía, que ya no es del dominio de la fe, continúa siendo empero pura expresión de sentimentalismo. Y si el valetudinario, si el enfermo, el que ha perdido la razón, el que ha sufrido un accidente, reclaman de la sociedad su curación o su tratamiento, no es para mendigar esa limosna; es un acto de estricta justicia apoyada en un derecho indiscutible: el que tienen los caídos en la lucha por la vida, como los caídos o heridos en el campo de batalla, para reclamar a los pueblos por los que han luchado la obligación de proveer a sus cuidados; es la obligación de solidaridad social para reparar, en la medida de lo posible, las injusticias y daños que los hechos naturales, económicos y sociales crean entre los hombres por falta de una organización competente de la sociedad humana. La sociedad, que no sabe o no puede organizarse, debe responder de las fallas de su mala organización siquiera atendiendo a la salud de sus víctimas y al sosteni-

miento de sus familias.

Estamos en un período de transición. Las doctrinas de carácter especulativo, que antes se propagaban proponiendo la socialización de la medicina, han venido creciendo y tomando cuerpo, y hoy ya no nos encontramos en situación de tratarlas teóricamente. Hoy nuestra misión es encarar la solución efectiva del problema.

Mientras este período de transición subsista, debemos ir preparando el terreno para que caiga la semilla de la reforma: una reforma lenta, como ya lo hemos dicho, pero firme y segura.

Por el momento, pensamos que la acción del Estado debe limitarse a facilitar todos los caminos que conducen al fin anhelado de responder no solamente a las necesidades preventivas para conservar la salud, sino también a las necesidades represivas y curativas que deben encontrar los medios más eficientes para luchar contra el mal ya producido. Esta tarea grandiosa y benéfica debe ser obra de la colectividad nacional, del Estado, pues la iniciativa privada por rica y poderosa que sea, no es bastante para realizarla, y por otra parte, la caridad, la filantropía o el negocio que mueve a las colectividades de índole privada, presupone a veces una libertad indisciplinada que se inspira solamente en los transportes del corazón y del sentimentalismo, casi siempre de tendencia exclusivista o parcial, de acuerdo a su credo o a sus doctrinas, y no imparcial como la del Estado, que no tiene para qué escuchar más que la voz de la razón y de la justicia.

En un artículo intitulado *¿Socialización de la medicina o agrupamiento médico por iniciativa privada?*, publicado en la Revista del Instituto Médico «Sucre», N.º. 80, hacíamos ya algunas consideraciones y reflexiones acerca de las ventajas que, en esta hora de transformaciones, se obtendrían con una organización médico social de seguro de salud, en lugar de entregarle, desde luego y sin más trámite, esta función directamente al Estado, sin haber por lo menos tentado

hasta dónde puede alcanzar y qué puede dar de sí la acción conjunta de los profesionales y pueblo en una labor democrática de iniciativa privada. En Bolivia ha habido conatos de organizar una agrupación en este sentido, pero nada más que conatos. Ojalá se pudiera darles vida efectiva y solidez, pues en este asunto tan importante no hay que contentarse con vanos devaneos ni proceder como diletantes o aficionados a reformas, sino como profesionales serios que cumplen una obligación de orden social,

El camino que recorrerá proficuamente la institución del seguro social ya está trazado. Ya no es una quimera. El seguro de vida, monopolizado antes por las compañías extranjeras, está nacionalizándose satisfactoriamente. El seguro social obligatorio contra la enfermedad está en estudio. Ya hemos dicho que se ha optado por no precipitar su implantación, recurriéndose a un maduro examen, observación y experiencia, cosa que no puede ser más plausible. Los otros seguros, como el de deocupación, cesantía o *chômage*, el de invalidez o valetudinarismo, el de vejez, el de accidente, etc., están correlacionados entre sí, y la aprobación de cada uno de ellos preparará el terreno para la aprobación del que le sigue. Todo es cuestión de método. Los impulsos innovadores juveniles querían realizarlo todo en un día, efectuarlo todo de una vez. La madurez de juicio y la perennidad que debe tener la obra aconsejan que se proceda poco a poco a construirla.

Si el porvenir de la medicina se ha de orientar, como todo lo lo hace prever, siguiendo la vía socializada y controlada por el Estado, si la iniciativa privada está condenada al fracaso, siempre habrá tiempo y buena voluntad para prestar una colaboración efectiva y digna de la honorable corporación médica a los intereses de la colectividad. Pero también creemos que siempre el esfuerzo individual será la base del esfuerzo colectivo. El individuo es cifra de valor, que sumándose a otras cifras, llega a formar un gran capi-

tal y a producir un gran esfuerzo. Si esa cifra está reducida a cero por el aplastamiento colectivo, por mucho que se agrupe y se socialice, no producirá nada. Hay que acicatear, pues, siempre el impulso privado. Y también hay que defender las cualidades que acompañan a ese impulso, que pueden desaparecer ante la presión del número. No hay que olvidar que el médico no es un simple profesional que cura y trabaja para ganar su sustento; que durante toda la vida humana ha sido y es y necesita seguir siendo el hombre honrado a quien puede confiarse el honor de las familias y de las personas; el consejero y el confesor en quien se depositan secretos que no se depositarían ni en un cofre sellado; que su moralidad debe ser inmaculada; y que, sacerdote último, erencia suprema del moribundo, ha representado y representará en el gran trance de la muerte un papel consolador y lleno de esperanza.

Dr. E. L. Osorio

Notas de medicina práctica

Un tratamiento eficaz del eczema tórpido infectado

En una afección cutánea como el *eczema* (del griego EK ZEIN, entrar en ebullición), en la que la infinidad de tratamientos empleados no demuestra precisamente su eficacia, comentar la aplicación de una nueva terapéutica externa y local, induce a desconfiar inmediatamente de su eficacia y hasta de su utilidad. A pesar de esta justificada desconfianza, como los hechos deciden mejor que las teorías, voy a relatar unos cuantos que prueban una realidad tangible: la de la curación en un período de tiempo relativamente corto de manifestaciones eczematosas no sólo de causa externa, sino también de origen interno. Servirá ello por lo menos para salvar a algunos pacientes de una situación incómoda y desesperante, sin correr riesgo alguno con el nuevo tratamiento, si se obra con método y cautela.

Claro que, al decir curación de las manifestaciones eczematosas, no me refiero a la curación de la «tendencia», «propensión» o «predisposición» eczema-

tosa. Sé muy bien que el tratamiento que voy a describir obra solamente sobre los resultados, no sobre las causas. Así es que, como decía mi eminente profesor, el dermatólogo francés H. Gougerot, reconozco plenamente que hay un terreno diatésico hereditario o adquirido, trastornos nerviosos, errores alimenticios, perturbaciones gastrointestinales y hepáticas; astricción del vientre o coprostasis, mala diuresis, sensibilización para ciertos productos (anafilaxia, alergia), falta de higiene cutánea o irritación frecuente de la piel, etc. Pero también reconozco, con el mismo profesor, que todavía hay mucho, muchísimo de etiología dermatopática totalmente desconocida o, mejor dicho, inconocida. «No solamente por prohibidad científica, sino por interés práctico, es mejor declarar o confesar francamente nuestra ignorancia que invocar reacciones nerviosas más que hipotéticas, emociones, o el caosismo de los antiguos, el artritismo, etc., pues ¿quién no es artrítico? ¿quién no tiene diatésicos entre sus antecesores? Si en lugar de pretender saberlo todo y de contentarse con locuciones griegas o latinas, consideradas como precisas, se declara la ignorancia propia de la etiología, no habrá por qué asombrarse de los fracasos terapéuticos y de los errores de pronóstico, y se sentirá más bien uno incitado a la reserva pronóstica y a la búsqueda de tratamientos nuevos». Gougerot.

Por otra parte, el campo patológico donde actúa el eczema no está tampoco bien delimitado, como nada hay bien demarcado entre las especies morbosas ni menos entre las especies zoológicas y vegetales, porque *la Natura eza no da saltos*. Y en último término, la criptogenesia de esta afección corre parejas con lo oculto de sus fronteras, en las cuales se sitúan los eczemas sintomáticos o erupciones artificiales, las dermatosis eczematosas, las eczemátides, etc. Porque, en efecto, el eczema típico, verdadero, debería caracterizarse sobre todo por el proceso de su evolución dividido en períodos sucesivos de rubicundez congestiva, de vesiculización, de transudación edematosa dérmica

por apertura de las vesículas, de formación de costras y de descamación consecutiva; mas, por lo menos aparentemente, uno o más de estos elementos suelen pasar inadvertidos, como ocurre con los eczemas secos que se aproximan más al tipo psoriásico, eritemato escamoso por excelencia.

Sea de ello lo que fuere, y no siendo mi intención entrar en el detalle de las teorías patogénicas ni en el de la sintomatología, sino concretarme exclusivamente al punto de práctica terapéutica enunciado en el epígrafe, voy a referir unos cuantos hechos suficientemente demostrativos para que su conocimiento pueda sugerir la idea de ensayar el método curativo que ha dado ya sus pruebas, las que no necesitan sino el control de la opinión de quienes quieran emplearlo.

Estos hechos son los siguientes:

En un hombre de 62 años, antiguo luético, glucosúrico y albuminúrico, artrítico y reumático, con lesiones retinianas, se presenta, después de algunas manifestaciones de prurito cutáneo en una y otra región, un eczema del miembro inferior derecho que abarca toda la extensión y contorno de la pierna. Es sometido ante todo a un régimen adecuado y a un tratamiento dirigido a su estado morboso previo. Se le administran además medicamentos desensibilizantes, se practica repetidas veces la autohemoterapia, se le aplican localmente todos los tratamientos recomendados por Zanck, Darier, Brocq, Jeanselme, Chatelain, Sabouraud, Gougerot, etc., y el resultado, si no es francamente adverso, es por lo menos débilmente eficaz. Cansado de tanto tóxico, y habiendo recordado que en un caso desesperado de esta índole vi alguna vez resultados satisfactorios con el uso del alcohol puro de 90° centígrados localmente aplicado, en el servicio del profesor Gougerot del hospital San Luis, y recordando también que la cura del cordón umbilical en el recién nacido se hace en la Clínica Bandelocque exclusivamente con gasa empapada en este líquido, que es un recurso preventivo de primer orden contra las onfalitis, tan

frecuentes en las criaturas, resolví apelar a él, y practiqué curaciones con gasas empapadas de alcohol a 40° Cartier. Estos apósitos produjeron, como es natural, un ardor intenso, casi insoportable durante los primeros momentos, el cual fué cediendo en intensidad poco a poco hasta ser perfectamente tolerado después. El resultado final fué admirable. Al tercero día toda la superficie denudada tenía un color rosado y un aspecto de buen augurio, sin exudado desagradable ni costras del mal color. Procedí a la eliminación de las que estaba a punto de desprenderse. Continué con las fomentaciones de gasa impregnada de alcohol potable, y las curaciones, que se repetían cada dos días, mostraron una mejoría extraordinaria. A la séptima cura toda la pierna tenía una nueva piel y ninguna amenaza ni vestigio de eczema. La octava vez no hubo mas que espolvorear con talco de Venecia fino sobre la nueva epidermis.

Animado por este buen éxito completo, no pude resistir a la tentación de usar el mismo procedimiento en otros casos semejantes. Y lo usé en un niño de año y medio con eczema facial, igualmente tórpido, de larga duración, al cual no vacilé en aplicárselo, aunque con cierta desconfianza, por tratarse de la cara, región en que el tegumento es más fino y mucho más vascularizado y delicado que en la pierna. Decidí prescindir de mis escrúpulos, protegiendo, eso sí, debidamente, las mucosas oculares, nasales y bucales, antes de proceder a las curaciones. El resultado fué más halagador, si cabe, pues a la quinta sesión el eczema había desaparecido totalmente.

En un tercer caso —en un joven de 21 años— estaba tratando un eczema céfalofacial con el procedimiento clásico emoliente, el cual le había, a pesar de todo, irritado fuertemente la piel, la que exudaba en abundancia. Las fomentaciones de cocimiento de malvavisco, pétalos de rosa, flores de saúco, camomila y fécula de patatas que otras veces me habían dado en casos parecidos un espléndido resultado, en ésta falla-

ron completamente, y las cremas, las pastas y las pomadas tampoco dieron el resultado que esperaba. Total, que el enfermo no mejoraba y la lesión, con ligeras alternativas, se mantenía más o menos igual. En medio de esta situación se propagó el eczema al antebrazo derecho y a la mano de ese mismo lado. No esperé más. Recordando los buenos éxitos ya citados, procedí al tratamiento mediante el alcohol, que, desde el comienzo, detuvo o contuvo la exudación, presentándose en su lugar la costrificación y luego la descamación, que dió fin con el eczema.

Es lástima que no hubiera podido experimentar en más casos, por no haberse presentado. Comprendo que tres casos son muy poco número para hacer deducciones generales. Pero, al fin y al cabo, son tres observaciones concluyentes en reducida escala.

Y cuando pienso que muchísimas veces se recorre sin eficacia alguna toda la inmensa gama de las medicaciones aconsejadas contra los eczemas rebeldes infectados, el tratamiento con el alcohol me parece por lo menos digno de mención y de estudio.

Lo que me ha llamado la atención es que ninguno de los tratadistas de dermatología, así franceses como alemanes y de otros países, menciona ni incidentalmente este método. Lo cual puede justificar hasta cierto punto la publicación de esta pequeña nota terapéutica, cuya utilidad puede ser comprobada por los médicos prácticos cuando las numerosas fórmulas clásicas contra el eczema no les hayan dado un resultado positivo.

Por lo demás, creo que es deber de todo profesional de la medicina, que obtiene un buen éxito con una medicación nueva y fácil, no reservarse el descubrimiento para sí, sino comunicarlo a los demás, a ver si se hacen nuevas observaciones que comprueben las anteriores o las rectifiquen; a fin de que si los hechos responden a las necesidades del progreso práctico de la terapéutica, se establezca un criterio definitivo, al

mismo tiempo que se explique la acción farmacodinámica y fisiológica del nuevo medicamento.

Los hechos se imponen; las teorías y las doctrinas que los explican, o pretenden explicarlos, vienen después. El empirismo ha precedido en medicina al método experimental.

Dr. E. L. Osorio

Un nuevo libro importante

EPIDEMIOLOGIA BOLIVIANA

La realidad sanitaria boliviana

El sobresaliente médico higienista, Dr. Juan Manuel Balcázar, seguramente uno de los más versados en asuntos de medicina preventiva en nuestro país, es además un distinguido intelectual que ocupa con frecuencia el campo de la publicidad científica con notables artículos que lo colocan en primera línea entre los pocos que se preocupan con la aplicación práctica de los principios de asistencia y de higiene sociales.

El libro que acaba de publicar, mediante la Fundación Patiño intitulado «Epidemiología Boliviana», no es el de un diletante ni tampoco el de un teorizante, sino el de un verdadero hombre de acción, que conoce el terreno, que está familiarizado con cuanto se relaciona con la salubridad pública. Esta clase de

libros, que no son solamente un conjunto de frases, sino algo más profundo y medular, un estudio severamente realizado con fines prácticos y métodos rígidos, tienen que dar ineludiblemente resultados proficuos para el bien de la colectividad. Constituyen un aecate para mover la atención y el interés de cuantos aman el progreso de su patria, progreso que tiene por base la condición esencial de la salud física y mental de los pueblos y de los individuos que los forman.

Bolivia se puso de pie en masa para defender su territorio contra la ambición paraguaya. Es preciso que hoy se ponga también de pie para detender nuestra salud, la salud de nuestros hermanos, de nuestros hijos y de los bolivianos del porvenir. Los ejércitos militares están de más. Sólo sirven para agotar los recursos fiscales, sin conservar nueséras fronteras ni hacer respetar dentro de ellas la soberanía nacional. Lo que necesitamos es ejércitos civiles, de combatientes contra los azotes sociales, de soldados que luchen eficazmente contra la ignorancia de los bolivianos en materia sanitaria; héroes en la guerra contra los factores morbosos que nos acechan para destruirnos.

La salubridad nacional requiere recursos más que cualquiera de los ramos de la administración pública, y su presupuesto, que es un presupuesto de Vida, bien puede ser atendido con el de guerra o defensa, que en realidad es un presupuesto de Muerte.

La solución del problema sanitario, además de los fondos que necesita, está basada en la convicción de que no es un problema de beneficencia ni menos de moralización, sino la realización de una obligación elemental y social de asistencia pública.

Se impone, por consiguiente, una cruzada sanitaria que movilice hombres y mujeres de ardor y de fe en los grandes destinos de la humanidad que practiquen los preceptos de la higiene para resguardarla de los males que causan su degradación y su degeneración.

Esta cruzada no tendría un apoyo real y efec-

tivo sino en el conocimiento de las condiciones en que vive el pueblo boliviano. Son indispensables los datos que nos proporcionan este conocimiento y las deducciones fundamentadas en reflexiones lógicas. Todo esto pone a nuestro alcance el libro del Dr. Balcázar. Claro que las informaciones no son completas, porque así tiene que ser en un país que apenas conoce la estadística; y nadie puede ofrecer lo que no tiene. Siendo la obra del Dr. Balcázar una obra sincera, que muestra *la realidad sanitaria boliviana*, es decir, nuestra deficiente organización sanitaria tal cual es, no tal como desearíamos que fuera, es un espejo que no deforma ni agranda ni empequeñece, sino refleja la verdad y nada más que la verdad.

La lectura de «Epidemiología boliviana» deja una impresión que no es ciertamente la del optimismo. Nos revela más bien el estado de atraso en que nos encontramos y la urgencia de proceder a obrar con actividad, con energía y sin contemplaciones, fijando las bases financieras de la campaña sanitaria sin vacilación y estableciendo un programa de acción, sin esperar beneficios que nunca han venido, ni nunca vendrán, de determinaciones y decisiones tímidas e incompletas, truncas e inoperantes. Impónese un sistema nuevo. Las leyes votadas hasta hoy se resienten de inconsistencia.

Ojalá lo comprendan así los gobernantes y parlamentarios, los médicos e higienistas y todos los ciudadanos que aman a su patria. Consideramos que ese sería el mejor galardón para el autor, que tan duramente ha trabajado en conseguir los materiales de su libro, pues es difícil recoger informaciones de las pocas y malas fuentes que poseemos.

Para concluir, expresamos al doctor Balcázar, eminente colega y consocio, nuestra entusiasta y cordial felicitación por haber dado a luz una obra que hará efecto, pues desde luego ya ha abierto brecha en las conciencias de sus compatriotas.

La nueva situación de verdadera democracia en que se ha colocado Bolivia, permite esperar una reorganización total de los servicios sanitarios bajo una dirección competente y atinada. Acaso sería necesario que el mismo Ministerio de Salubridad, Trabajo y Previsión Social se ponga en manos de un higienista o de un especialista en medicina preventiva.

Contribución al estudio etiológico de la conjuntivitis purulenta de las regiones tropicales de Bolivia

Por el Dr. José Aguirre T.

Hace algunos años viajé a Monteagudo con objeto de prestar atención profesional a un enfermo particular. Permanecí en esa población apenas cinco días. Sin embargo, en tan escaso tiempo, tuve ocasión de observar muchos enfermos afectados de conjuntivitis purulenta aguda, de forma singularmente intensa y grave. Se me aseguró, por otra parte, que la citada conjuntivitis aguda era, en la región tropical, a que pertenece Monteagudo, una enfermedad endémica que adquiría en determinadas épocas del año, especialmente

en verano y otoño, los caracteres de una terrible epidemia, de la que eran muy pocos, a veces casi ninguno de los habitantes, los que se libraban.

El escaso tiempo de mi permanencia en Monteagudo; las circunstancias materiales adversas en que hubo de actuar en dicha población y en aquel entonces; la existencia simultánea de afecciones blenorragicas en la totalidad de enfermos, afectados de conjuntivitis purulenta aguda, que había observado; y, finalmente, —por qué no confesarlo— hasta determinados prejuicios sobre el origen y la naturaleza de la conjuntivitis purulenta aguda que me dominaban, no me permitieron distinguir e individualizar claramente la conjuntivitis purulenta aguda, que se presenta con caracteres endemo-epidémicos en nuestras regiones tropicales, de aquella otra, igualmente purulenta y aguda, que se observa en las ciudades altiplánicas.

En efecto, Monteagudo, no obstante ser capital de la Provincia Azero, circunscripción política perteneciente al Departamento de Chuquisaca, es una pequeña población en la que no se dispone de los más elementales recursos y comodidades para efectuar una cuidadosa observación científica, como, por ejemplo, primordial y fundamentalmente, un examen microscópico de secreciones o exudados conjuntivales.

Por otra parte, todos los enfermos, hombres y mujeres, a quienes había observado en los cinco escasos días de mi permanencia en Monteagudo, se encontraban afectados, al mismo tiempo que de conjuntivitis purulenta aguda, de uretritis o vaginitis blenorragica, circunstancia que contribuía a mantener y asignar valor, es cierto que aparente, al prejuicio que me dominaba y al que voy a volver a referirme en seguida.

En las regiones altiplánicas de Bolivia, en cuyas ciudades, capitales de Departamento, había ejercido mi profesión hasta entonces, casi no se conoce otra forma de conjuntivitis purulenta aguda que la producida por el gonococo de Neisser.

De tal manera que me asistían bastantes ra-

zones para que no hubiese sabido, o no hubiese podido, distinguir el verdadero origen y naturaleza de la ya tantas veces mencionada conjuntivitis purulenta aguda de las regiones tropicales de Bolivia, al menos en aquel entonces y en las condiciones anteriormente anotadas.

Después, ya en la ciudad de Sucre, tuve nuevamente ocasión de atender a algunos enfermos, procedentes siempre de las regiones tropicales del Departamento de Chuquisaca o del de Santa Cruz, igualmente afectados de una forma singular de conjuntivitis purulenta aguda. Empero, ya sea que me impresionara demasiado la idiosincrasia de dichos enfermos — (que, dicho sea de paso, no es exclusiva de los chuquisaqueños o de los cruceños, sino que, al contrario, es general a la mayoría de los bolivianos), que cuando un médico, antes de recetarles, les indica la conveniencia de someterse a investigaciones o reacciones de Laboratorio, piensan inmediatamente que el profesional trata de prolongar sin motivo el tiempo de su atención («hacerse durar al enfermo», como se dice vulgarmente), o quiere compartir las utilidades de esa atención con otras personas de actividades afines; o, quizás porque la intensidad de los síntomas me obligaba a «curar», con extraordinaria prontitud, antes que a investigar, el hecho es que tampoco puede reconocer el origen real y la naturaleza de la conjuntivitis purulenta tropical.

Es cierto que una vez —una sola— en que lo gré enviar, por mi cuenta, al Laboratorio la secreción conjuntival de uno de estos enfermos, la respuesta textual del mismo, fué la siguiente: «Abundantes piocitos. — Pocas células epiteliales. — Pocos diplococos longus Gram positivos. — *No se encuentran otros gérmenes*». Pero, debo confesar también, sinceramente, que con el prejuicio sobre el origen gonocócico casi exclusivo de las conjuntivitis purulentas agudas que me dominaba y con la seguridad que abrigaba respecto a que no eran producidas por el bacilo de Weeks, quedé en la misma confusión, incertidumbre y obscuridad, mucho más si en ese tiempo, con el tránsito intenso de camiones entre Camiri (centro petrolífero por exce-

lencia) y Sucre, y con el consiguiente crecimiento de las actividades comerciales en todo ese trayecto, las enfermedades blenorragicas se habían difundido en forma espeluznante.

Es por eso que solamente el año pasado, cuando viajé por primera vez a la ciudad de Santa Cruz, capital del Departamento del mismo nombre, pude darme cuenta cabal del origen, maneras de transmitirse y naturaleza real de la conjuntivitis purulenta aguda de las regiones tropicales bolivianas.

No pretendo, con ello, haber realizado un descubrimiento, ni mucho menos, ya que esta forma de conjuntivitis purulenta aguda, con todos sus caracteres etiológicos y sintomáticos, es perfectamente conocida desde muchos años atrás, en otras naciones.

Eso sí, creo contribuir, *entre nosotros*, a aclarar, por primera vez, su verdadero origen y naturaleza, quizás no totalmente desconocida, pero, al menos, no descrita todavía por ningún oculista boliviano.

Quiero aprovechar también esta ocasión para llamar la atención de los poderes públicos, principalmente de los Ministerios de Salubridad y Defensa Nacional, sobre ciertas deficiencias de organización sanitaria que he observado en la ciudad de Santa Cruz, referentes, claro está, únicamente a la especialidad de mi predilección, es decir, a la oculística y a la otorrinolaringología, toda vez que esas mismas deficiencias son motivo para que en Santa Cruz determinadas afecciones no obtengan ninguna atención médica no sólo profiláctica sino esencialmente curativa.

Santa Cruz es una ciudad netamente tropical. Su situación geográfica, su altura con relación al nivel del mar, su clima, sus características arquitectónicas, las costumbres de sus habitantes, la patología humana dominante, la muestran como una ciudad tropical.

Su extensión es bastante mayor que la de la ciudad de Sucre y su población es igual, o, quizás, ligeramente superior.

La actividad comercial es intensa, y aumentó

más aún, en el tiempo en que yo permanecí allí, a consecuencia de determinadas restricciones al comercio de exportación, impuestas por la política internacional yanqui, las mismas que no se encontraban, ni se encuentran tampoco ahora, de acuerdo con la abundantísima producción natural del suelo cruceño y beniano, y, menos todavía, con la angustiosa demanda de aquellos productos por parte de algunas naciones vecinas.

Por consiguiente, Santa Cruz, tanto por su clima cuanto por la densidad, relativamente grande, de su población, así como por la actividad que desarrolla la misma, ofrece al estudio simplemente especulativo, a la observación clínica y al interés profesional médico, una patología humana exuberante, frondosa y no muy bien conocida.

Sin embargo, carece de los servicios profesionales de médicos especializados —o que siquiera se dediquen a la atención exclusiva de determinadas enfermedades— en muchas ramas de la Medicina. No dispone, por ejemplo, con carácter permanente, de oculistas y otorrinolaringólogos.

Es cierto que en Santa Cruz existen muy buenos médicos generales, pero, estos profesionales, por muy buenos que sean y por mucha que fuera la experiencia que hubieran acumulado, no pueden atender, a conciencia, en algunas ramas de la Medicina, sino ciertas afecciones que son del dominio general del médico práctico.

Por otra parte, yo he advertido en esos mismos médicos generales una marcada predilección por la cirugía, a tal extremo que el público cruceño, acostumbrado por aquellos, ya no considera médico —al menos «buen médico»—, al médico que no «opera», es decir, al internista. De modo que, aun dentro de las contadas enfermedades oculares u otorrinolaringológicas que los citados médicos pueden atender, les interesan más las enfermedades de las especialidades anotadas que se prestan a un tratamiento quirúrgico.

De ahí el gran número de enfermos de la vista

que, al no poder trasladarse a otras ciudades por falta de recursos económicos, no han recibido tampoco ninguna atención profesional o han sido objeto de tratamientos equivocados o erróneos.

Santa Cruz es asiento, desde hace varios años, de una Escuela Militar de Aviación, la Escuela «Boquerón». Ahora bien, es sabido que una Escuela de Aviación no puede —o, mejor, no debe— funcionar normalmente sin el concurso diario de un oculista y de un otorrinolaringologista.

No obstante esto, ni el Ministerio de Defensa Nacional —ya que, para la población civil, no lo hace el Ministerio de Salubridad— envía allí a un especialista que, al mismo tiempo de atender a los profesores y alumnos de la Escuela Militar de Aviación, podría prestar sus servicios a la población civil.

Pues bien, a causa de las deficiencias anteriormente anotadas, existe en la ciudad de Santa Cruz —y, con mayor razón todavía, en la campiña de todo el oriente boliviano— una infinidad de enfermedades oculares de origen desconocido, o, siquiera, imperfectamente establecido, que se «curan» en forma absolutamente rutinaria y mediante procedimientos terapéuticos aplicados por simple semejanza con otras afecciones conocidas.

Entre ellas se encuentra, en primer lugar, la conjuntivitis purulenta aguda, que allí se denomina corrientemente: «mal de ojos».

Es una enfermedad infecto contagiosa, *producida* —en mi concepto, y según el resultado de mis investigaciones— *por el estreptococo piógeno*, que se caracteriza, principalmente, entre otros muchos síntomas propios de toda inflamación conjuntival intensa, por abundantísima supuración.

Características de la misma, dignas de anotarse también, son: la falta de trastornos graves, particularmente de naturaleza febril, como sería racional pensar que se produjeran a consecuencia de la infección estreptocócica, y la escasa proporción de complica-

ciones locales en relación con las que ocurren en el curso de la conjuntivitis purulenta aguda de origen gonocócico.

Es una enfermedad endémica que presenta períodos fijos de agudización y extensión epidémica, los cuales aparecen siempre en verano y otoño.

Es debida —como decía al definir la enfermedad— al estreptococo piógeno. En muy raras ocasiones, el examen microscópico directo del pus o su cultivo han demostrado la presencia simultánea del estreptococo y del estafilococo.

Este es uno de los puntos etiológicos que necesitaba demostración, especialmente en cuanto se refiere al papel desempeñado por el estreptococo en la producción de la enfermedad.

Durante mi primera permanencia en Santa Cruz (18 de diciembre de 1.944—9 de enero de 1.945), pude observar a 180 enfermos afectados de conjuntivitis purulenta aguda. Por diversas razones, que no es el momento de enumerar, sólo me fué posible recoger 10 muestras para someterlas a examen microscópico. En 9 de esas muestras se encontraron estreptococos. En una sola se encontró tanto estreptococos cuanto escasos estafilococos.

En mi segunda visita a aquella ciudad (27 de marzo—18 de abril de 1.945), examiné a 200 enfermos, de los que obtuve 25 nuevas muestras. El examen bacteriológico de ellas demostró: en 23 casos, la presencia exclusiva del estreptococo, y en los 2 restantes, la presencia simultánea de gran cantidad de estreptococos y escasos estafilococos.

En ninguno de los frotis se encontró bacilos de Weecks y, menos todavía, gonococos de Neisser.

Por consiguiente, se puede asegurar ya, sobre la base de estas observaciones, es cierto que realmente escasas, pero, efectuadas de manera indistinta y por bacteriologistas competentes, el origen estreptocócico de la conjuntivitis purulenta aguda de las regiones tropicales bolivianas, particularmente de Santa Cruz.

En seguida veremos, al hablar de las circunstancias que favorecen o que acompañan a su contagio, que la coexistencia, en el mismo enfermo, de otras afecciones de origen estreptocócico, fundamenta aún más la citada suposición causal.

La enfermedad ataca de preferencia —y siempre en forma más intensa— a las personas que van por primera vez al trópico, o a las que siendo originarias de dicha región se trasladan por un tiempo a otras regiones templadas o frías y regresan luego al trópico.

Se presenta también, con mayor predilección, en los niños, en los individuos debilitados, en los convalecientes y en los intoxicados.

Junto con la conjuntivitis purulenta, o antece-diéndola, existe siempre en el mismo enfermo, esa otra afección, tributo casi inevitable que los extraños pagan a la tierra tropical, que es el impétigo flictenular o contagioso. Raras veces se observa el ectima.

Las lesiones cutáneas de ambas enfermedades, impétigo y ectima, son conocidas en el oriente boliviano con el nombre vulgar de «carachas».

Las «carachas» y el «mal de ojos» son, pues, aparte de los «puchichis» (forúnculos gigantes y profundos) y los «susos» (orzuelos), el tributo fatal que tiene que pagar el «colla» (1) y el extranjero a su llegada a la tierra oriental.

La conjuntivitis purulenta aguda, cuya etiología verdadera procuro aclarar, se transmite en dos formas distintas: a) En forma directa, de hombre a hombre; y b) En forma indirecta. En este último caso se realiza: por intermedio de las moscas, que es el procedimiento más frecuente; por medio de las ropas sucias; o, finalmente, mediante instrumentos o materiales de

(1) En el oriente boliviano se denomina «colla» al originario de las regiones aluplánicas u occidentales.

curación (en especial algodón o gasa) que llevan en sí cierta cantidad de pus fresco.

La forma directa de transmisión de la infección, o sea el contagio de un individuo sano por parte de otro enfermo, es relativamente rara y apenas se realiza entre los niños de las clases sociales desvalidas que viven en forzosa promiscuidad, o en los cuarteles.

Entre las formas indirectas de la transmisión de la conjuntivitis purulenta, la más interesante —tanto por su mayor frecuencia cuanto por la manera singular de producirse—, es la que se efectúa por intermedio de las moscas.

Una de las mayores molestias que se experimenta al visitar por primera vez las exuberantes tierras del oriente boliviano, es la gran cantidad de moscas, con las que es necesario luchar a cada momento, en el campo, en las calles, en el hogar y a toda hora, especialmente en el momento de comer o durante el descanso de medio día.

Pues bien, cuando se está descansando a la sombra, durante las horas sofocantes del medio día tropical, o cuando se está caminando por el campo, se siente de rato en rato, que pequeñas moscas se asientan en los párpados y se insinúan, con fastidiosa insistencia, por las comisuras palpebrales.

Estas pequeñas moscas, cuyo tamaño habitual apenas alcanza a 2 m.m. de longitud por 1 m.m. de ancho, son muy parecidas —cuando no las mismas— a las moscas que se reúnen alrededor de las cubas de fermentación del vino, o. en los hogares particulares, sobre las frutas, especialmente sobre la uva, cerca de las botellas abiertas de alcohol, vino, vinagre y ron.

Tienen una marcada predilección por las lágrimas, con las cuales parece que se alimentan.

Ahora bien, esas pequeñas moscas sirven de vehículo —pero, de simple vehículo de transmisión, y no de vectores, como se verá en seguida— a los estreptococos piógenos, productores de la conjuntivitis purulenta

aguda de las regiones orientales del territorio boliviano.

En efecto, las moscas, a tiempo de asentarse sobre los párpados o de insinuarse al nivel de las comisuras palpebrales de las personas afectadas de conjuntivitis purulenta, recogen en sus patas y en los finísimos pelos de que se encuentra cubierto su cuerpo, cierta cantidad de pus estreptocócico y lo transportan luego a distancia para depositarlo en la conjuntiva de otra persona hasta entonces sana.

Se trata, pues, de un simple transporte del pus por medio de las patas y los pelos del cuerpo de la mosca, porque esta misma mosca no chupa nunca el pus conjuntival, y, por consiguiente, el estreptococo piógeno no sufre ningún proceso evolutivo especial en el aparato digestivo de la mosca, ni tampoco es depositado en los ojos de la persona sana junto con los excrementos del díptero.

De ahí resulta que cuando la mosca, luego de haber recogido el pus de la conjuntiva de un individuo enfermo, tarda en asentarse en los ojos de otra persona sana, ya no es capaz de producir el contagio, porque el pus se ha secado al nivel de sus patas y de su cuerpo y ha perdido bastante o la totalidad de su poder patógeno.

Con objeto de probar que el estreptococo productor de la conjuntivitis purulenta aguda de las regiones tropicales es simplemente transportado por la mosca, adherido a sus patas y al pelo que recubre su cuerpo, he sometido a examen microscópico cuidadoso a varios ejemplares de la mencionada mosca transmisora.

Ahora bien, en ninguno de ellos se ha encontrado, ni siquiera rastros de pus estreptocócico, o el estreptococo en forma aislada, en el aparato digestivo, desde la trompa chupadora hasta el intestino.

Este examen microscópico del aparato digestivo de la mosca transmisora, me obligó a sacrificar los pocos ejemplares que había logrado coger en el

mismo sitio del contagio de la enfermedad. De tal manera que cuando quise enviar la mosca para su clasificación entomológica a La Habana —aprovechando para ello el gentil ofrecimiento de mi amigo el Dr. Jorge Doria Medina, Médico Jefe del Servicio de Profilaxis contra la Fiebre Amarilla en Santa Cruz— ya no tenía ningún ejemplar.

El último día de mi permanencia en Santa Cruz, el Dr. Doria Medina tuvo la amabilidad de llevarme en su camioneta hasta «La Guardia», pueblito pequeño, o mejor dicho rancherío, situado a 5 leguas de la capital cruceña, célebre por tres razones, a saber: Por el paludismo feroz que allí existe; por ser la capital del «mal de ojos»; y por ser el sitio donde se produce el mayor número de accidentes fatales de aviación.

Precisamente ese mismo día se había producido uno y de fatales consecuencias. El Mayor Rodolfo García Agreda, que venía de Tarija comandando una escuadrilla de aviones de caza, después de haber llegado ya al cielo de Santa Cruz, donde voló en círculo y a baja altura, se separó de sus compañeros y regresó solo en dirección a «La Guardia». Una vez sobre el pueblito quiso descender en picada, pero, con tan mala suerte, que su avión «entró en tirabuzón» y concluyó estrellándose contra el suelo. El aviador, que se había arrojado en paracaídas, también se estrelló contra el suelo, muriendo instantáneamente, porque su paracaídas no pudo abrirse.

Pues bien, no obstante su triste fama de ser la capital del «mal de ojos», no sólo no pude coger ninguna mosca transmisora en «La Guardia» sino que no ví ni un enfermo de conjuntivitis purulenta.

Quizá fuí a «La Guardia» demasiado tarde. Llegamos al pueblito alrededor de las 5 p. m. El silencio de sus «calles» (si así puede llamárselas), la tristeza del ambiente, y la impresión de pena que me produjo el trágico desfile de los camiones militares que trasladaban y acompañaban los restos mortales del aviador fallecido, parece que se apoderaron de mi espíritu. Confieso

que seguía al Dr. Doria Medina, de casa en casa, con enorme desgano, casi a la fuerza, nada más que para no resentir a tan bondadoso guía. Yo, que había pedido tan insistentemente al Dr. Doria Medina que me acompañara hasta «La Guardia», le pagaba ahora su atención en esa forma: perdiendo repentinamente todo mi entusiasmo y mi actividad habitual.

Es cierto que estaba aburrido. Apenas llegué a Santa Cruz me presenté a las principales autoridades y les expuse el verdadero motivo de mi viaje: estudiar, por mi cuenta y riesgo, el origen y naturaleza de la conjuntivitis purulenta aguda de las regiones tropicales bolivianas. No les pedí sino facilitarme el viaje a las poblaciones donde existía esa enfermedad.

(A cualquier persona que no conozca la psicología singular de la población de la campiña boliviana, le parecerá extraña esta mi solicitud. En Bolivia, incluso cuando se va a repartir beneficios innegables entre la población rural, es necesario ir munido de cierta autoridad que permita imponer las determinaciones consiguientes. De otra manera, «nadie le lleva el apunte», como se dice corrientemente).

Pienso todavía que no era mucho pedir a las autoridades cruceñas. Sin embargo, una sola de esas autoridades me recibió bien y me ofreció toda su colaboración. Me refiero al Jefe de Sanidad Departamental de entonces, Dr. Roque Aguilera. Infelizmente para mí, renunció, en forma irrevocable, a los dos días de mi llegada a Santa Cruz. Las otras autoridades, especialmente las políticas,... no fueron tan benévolas conmigo.

De todos modos, en aquella memorable tarde que pasé en «La Guardia», no pude conseguir el ejemplar de la mosca transmisora del «mal de ojos», destinado a viajar hasta La Habana, y que, a estas horas, estaría perfecta y científicamente clasificado.

Informaciones varias

Penicilina en la sífilis arseno bismutorresistente

Seis enfermos con sífilis secundarias de tipo psoriasiforme, en 5 de los cuales se hallaron treponemas en las lesiones cutáneas, resistentes a los arsenicales y al bismuto, fueron tratados con penicilina. Varias técnicas fueron usadas y las dosis totales variaron entre 6.000 y 2 000.000 de unidades Oxford, aunque fundándose en los conocimientos actuales, los autores trataron de administrar 2.400 000 unidades en sesenta inyecciones de 40.000 unidades cada una, cada 34 horas.

Este tratamiento tuvo completo éxito eliminando totalmente los treponemas y curando las lesiones en todos los enfermos.

En unos 2.000 enfermos tratados hasta la fecha del trabajo con penicilina, no han sido encontrados todavía casos de penicilinoresistencia.

Nelson R. A. and Duncan L.— Am. J. Syph.,
Gonor & Ven. Dis (St. Louis), 29, 1, 1946. (enero).

Penicilina en la sífilis congénita

Sesenta y nueve lactantes con manifestaciones netas de sífilis congénita fueron tratados con penicilina sódica administrada en solución en suero fisiológico, por inyección intramuscular cada 3 horas, en 60 inyecciones durante 7 y 1/2 días. Las dosis totales usadas variaron entre 16 000 y 32 000 unidades Oxford por kilo de peso. Tres niños murieron durante o inmediatamente después del tratamiento. Los tres tenían lesiones sífilíticas activas, eran menores de 2 meses y estaban en muy malas condiciones generales.

Treinta y nueve niños fueron seguidos durante 4 a 12 meses. Veinticinco de éstos, quedaron físicamente normales y presentan reacciones serológicas negativas (21) o dudosas (4). Las recaídas serológicas se presentaron en 5 lactantes y en dos de éstos hubo también recaída clínica.

Los resultados obtenidos en estas experiencias se consideran no enteramente satisfactorios. Por lo tanto, los autores recomiendan, por el momento, una dosis de 40.000 unidades por kilo de peso (dosis total), proporcionada en sesenta inyecciones durante siete días y medio.

Platou R. V., Hill A. J., Ingraham N. R — J. A. M. A., 127, 582, 1946 (marzo 10).

Complicaciones durante la malarioterapia

Los autores analizan las complicaciones encontradas en una serie de 300 casos de neurosífilis tratadas con malarioterapia.

La ictericia, edema, albuminuria y hematuria, nefritis aguda, neuritis y neuralgias, son relativamente formas comunes de infección malarica no tratada. Aunque estos síntomas presentaron problemas clínicos du-

rante el tratamiento, ninguno fué seguido por secuela permanente.

La hepatitis con ictericia puede a veces ser adecuadamente controlada por líquidos intravenosos y dieta rica en hidratos de carbono y proteínas, sin necesidad de interrupción de la malarioterapia; pero en la mayoría de los casos, tal interrupción es indicada por lo menos temporalmente.

Bajo el tratamiento activo, ningún caso de ictericia persistió por más de 15 días. La excesiva hemólisis, en ausencia de una alteración de la función hepática, es la causa de la ictericia en el 50 % de los casos. La transmisión accidental de un agente hepatotóxico con la inoculación de la sangre que contiene el plasmodio observado en dos casos de esta serie, puede jugar un importante rol en la «hepatitis malárica», que se presenta durante el tratamiento de la neurosífilis.

Aunque las causas del edema durante la malaria pueden ser múltiples, la hipoalbuminemia es probablemente el factor que lo provoca en la mayoría de los casos. Tres observaciones de edema con ninguna adecuada explicación etiológica clínica o de laboratorio son relatados. La duración del edema no excede de 30 días y en la mayoría de los casos una dieta apropiada probó ser la terapéutica más adecuada.

Episodios de albuminaria y hematuria durante repetidos ataques palúdicos pueden jugar un rol en la producción de una nefritis focal crónica. Las anomalías urinarias encontradas, mejoraron espontáneamente durante la actividad malárica en casi el 25 % de los casos de los cuales ellas aparecen no durando más de 31 días en todos los casos, una vez que la terapéutica antimalárica fué sustituida. La malaria debe ser considerada un factor etiológico en la nefritis aguda, habiéndose observado cuatro casos en esa serie.

Las manifestaciones neurológicas y psiquiátricas de la malaria (vivax y quartana) son relativamente benignas y rápidamente responden a la malarioterapia.

Dos complicaciones mentales, una psicosis agitada y la otra un síndrome alucinatorio agudo, pueden ser atribuidas a la administración de la atebrina.

En dos casos se observó una forma poco común de grave afección respiratoria con cianosis. También el asma bronquial es notablemente agravada durante los paroxismos maláricos.

Brevemente son descriptos como complicación de la infección malárica casos poco comunes de púrpura, herpes zóster oftálmico, urticaria, hiperlipemia, ruptura espontánea del bazo y tetania hipocalcémica.

En esta serie de 300 casos malarizados ocurren solamente 2 casos fatales.

Aunque se reconoce que el curso de repetidos paroxismos en la malarioterapia difiere de aquel de la malaria natural interrumpida precozmente en sus ciclos por agentes antimaláricos, su uso presenta una oportunidad para el estudio clínico de las diversas manifestaciones de una enfermedad, la cual, a causa de las extensivas operaciones militares en zonas hiperendémicas, puede ser un asunto de palpitante actualidad durante muchos años, por tratarse de la sanidad nacional.

Hiltom S. Read, Lt. col. M. S., A. V. S., F. A. C. P., Lawrence I. Kaplan, Cap M. C., A. U. S., and Frederic T. Becker, Mayor, M. C., A. S., in collaboration with Mark F. Boyd, M. D., Director, Station for Malaria Research, Tallahassee, Florida, *Annals of Internal Medicine*. Vol 24, march, 1946. N° 3, pág. 444.

A. R.

Flebitis y embolias en cirugía ginecológica. Nuevas medicaciones

M. P. Ulich constata que la flebitis y las embolias postoperatorias son menos temidas actualmente que antes.

Hace 25 años, sobre el 5 por ciento de los decesos postoperatorios en el fibroma, el 3 por ciento por lo menos era debido a la embolia.

Esta disminución del «péril bleu» es la consecuencia de las precauciones metódicas adoptadas.

Los trabajos de Chalié sobre la bondad del levantamiento precoz han contribuido a ello en gran parte. La táctica intraoperatoria tendiente a evitar sistemáticamente el traumatismo instrumental de los grandes pedículos vasculares pelvianos y la elección de la técnica operatoria son igualmente importantes. El autor ha demostrado, en efecto, que la histerectomía vaginal así como la miomectomía abdominal conservadora no son jamás seguidas de embolias. Los tratamientos pre y postoperatorios del aparato ocupan igualmente un lugar importante en la prevención de las embolias y de las flebitis. Se abren nuevas y muy interesantes perspectivas en la lucha preventiva y aun a veces curativas de las flebitis y embolias por la introducción en la terapéutica de dos medicaciones recientes, aún no generalizadas; la heparina por una parte y la dicumarina por la otra.

El autor desarrolla los principales datos de esas medicaciones e insiste sobre la importancia que revestirá su empleo en cirugía.

Maurice Fabré.— La Presse Médicale, 26 enero de 1946, N.º 4, pág. 56.

Toxicidad del salicilato: probable mecanismo de su acción

El salicilato de sodio administrado por vía endovenosa produce náuseas, vómitos y vértigos tan frecuentemente como el administrado por vía oral.

Los alcalinos reducen rápidamente el nivel sanguíneo de salicilatos, aumentando la excreción urinaria de los mismos.

Los niveles sanguíneos de salicilato dependen

del grado de la dosis administrada y del pH de la orina. Cuanto más bajo es el pH de la orina, tanto más alto es el nivel de salicilatos en el plasma.

Aunque el salicilato penetra en todos los tejidos del cuerpo y puede ser cuantitativamente medido en la saliva, líquido cefalorraquídeo, bilis, líquido sinovial, heces y orina, ninguna huella de ácido salicílico se encontró en el contenido gástrico de los casos observados, en los cuales se les hubo administrado salicilato.

La gastroscopia efectuada en 20 pacientes a los cuales se les ha administrado salicilato, no ha revelado ninguna alteración anormal de importancia en la mucosa.

Los autores llegan a la conclusión de que los síntomas gastrointestinales notados durante la terapia salicilada, son debidos a su acción sobre los centros cerebrales y no a algún efecto local sobre el tractus alimenticio.

Charles M. Caravati, F. A. C. P.; Richmond Va and Edgar F. Cosgrove, Pittsburgh, Pa.— *Annals of Internal Medicine*, Vol. 24, abril de 1946, N.º. 4, pág. 638.

A. R.

La mucobrina Winthrop en ginecología

El preparado de jalea de *mucobrina* nos ha dado un admirable resultado en un caso de violenta inflamación del tracto genital femenino, que no admitía ni siquiera la introducción de una gasa, por más que estuviese empapada en una solución analgésica. Se trataba de endometritis y colpitis intensísimas consecutiva a infecciones con sesiones descuidadas y a un viaje largo a mula. Desde el primer día disminuyó la inflamación y el dolor. Y a los cuatro días se hicieron

posibles la introducción del espéculum y las curaciones locales con irrigación, secado, aplicación de medicamentos dentro de la matriz y fondos de saco vaginales.

De esta manera la enferma se encuentra actualmente en buenas condiciones de salud.

Dr. E. L. O.
(Sucre)

Noticias médicas

(Tomadas del servicio noticioso de «La Prensa Médica Argentina»)

Nueva vacuna para evitar la difusión de las epidemias de gripe

Londres (Apla).— Los expertos en sanidad del Departamento de Salud Pública de Gran Bretaña aplicarán una nueva vacuna antigripal desarrollada por hombres de ciencia británicos para evitar la difusión de las epidemias de gripe en el continente europeo, que en algunas regiones están adquiriendo graves características económicas. La vacuna ofrece inmunidad verdadera, según las experiencias realizadas, por lo menos durante seis meses en el 75 % de los casos y en el 25 % restante hace que la enfermedad siga un curso más benigno y no deje secuelas, con una convalecencia más rápida que en los individuos no tratados. Esta vacuna es efectiva contra los tipos A y B que son los más

comunes, y se obtiene mediante el cultivo del virus en embriones de pollo e inactivada por sucesivos pasajes, siendo suministrada en dos inyecciones subcutáneas, no registrando los pacientes reacción alguna. Los epidemiólogos recomiendan la aplicación de esta vacuna al comienzo del otoño, época en la cual la gripe toma su mayor virulencia. Sin embargo en los círculos científicos se estudia aún la eficacia de esta vacuna por la propiedad que tiene el virus de aumentar su virulencia, presentando tipos malignos que serían resultado de una rápida evolución de generaciones de virus como en el caso de la epidemia mundial de 1918 que matara 20.000 000 de personas, el doble de los muertos de la primera guerra.

Hombres de ciencia soviéticos logran trasplantar corazones

Moscú (Apla).— El profesor Nikolai Sinitsin, del Instituto Médico Gorki de esta capital, logró trasplantar corazones de animales de sangre caliente tales como el conejo, el gato y el perro. Los corazones fueron trasplantados al cuello del animal «huésped» y «conectados» a su sistema circulatorio, sin que se observaran efectos nocivos en la salud del animal. El profesor Sinitsin está llevando a cabo experimentos de gran aliento con el propósito de alargar lo más posible la vida de estos animales con corazón trasplantado, mientras que, simultáneamente, sus colaboradores tratan de trasplantar los corazones en el abdomen de los animales en vez de hacerlo en el cuello. Se tiene grandes esperanzas en que estos experimentos constituyan un valioso aporte para el estudio de serios problemas de fisiología del corazón o el estudio de sus enfermedades. El profesor Sinitsin establece en un informe elevado al Comité Soviético de Científicos que: «los corazones trasplantados mantienen su ritmo particular e

independiente del corazón propio de los animales tratados, aunque por regla general el ritmo del corazón trasplantado es más lento que el del «propio» agregando que el animal resiste fácilmente la operación y que su pérdida de sangre es «infinitesimal» y que no se observa efectos visibles en el funcionamiento del corazón «normal» siendo asimismo normales todas las manifestaciones fisiológicas y las reacciones a los estímulos externos no se encuentran aumentadas. El Profesor Sinitsin también obtuvo éxito en trasplantar corazones en animales de sangre fría logrando que algunas ranas operadas vivieran más de seis meses sin alteraciones aparentes. Sinitsin expresa que el problema reside en averiguar con exactitud cuánto tiempo se necesita para que el corazón trasplantado se «incorpore verdaderamente» al organismo y qué sucede con los nervios y ganglios de este corazón.

Tratamiento eficaz contra la intoxicación por el alcohol metílico

San Diego (Apla).— El Dr. W. P. Chaw, jefe del Cuerpo Médico Naval Norteamericano, ha anunciado que ha hallado un nuevo tratamiento para combatir la intoxicación producida por alcohol metílico que, aplicado a tiempo, resulta de suma eficacia. Informa el citado investigador que 26 marineros intoxicados tratados en el Hospital Naval de la Base de acuerdo con el método fueron puestos fuera de peligro retornando al servicio activo. Solamente cuatro obtuvieron la completa restauración de su visión. Cuatro pacientes que fueron llevados al hospital en un grado ya avanzado de envenenamiento murieron. La base del tratamiento consiste en la eliminación de la acidosis marcada que produce la intoxicación por medio de álcalis, tales como el bicarbonato de sodio, administrados por vía oral o parenteral.

Las sulfamidas pueden resultar peligrosas

París (Apla).— El Consejo de Difusión de la Universidad de la Sorbona ha dado a publicidad un estudio sobre el empleo popular de las sulfamidas, en el que señala que, si bien resuelve grandes problemas de la terapéutica moderna, se ha convertido en un peligro real, debido a su utilización inadecuada. El estudio de referencia que será distribuido convenientemente entre los obreros y los empleados, señala el modo general de conducirse cuando se está sometido a un tratamiento de esa índole. Las reglas generales a seguir son las siguientes:

- 1.— No se debe exponer al sol ni a los rayos ultravioletas o X a menos que ello sea imprescindible.
- 2.— Debe evitarse el conducir vehículos o manejar cualquier mecanismo que exija gran coordinación neuromuscular.
- 3.— Debe evitarse beber cualquier clase de bebidas alcohólicas o tomar cualquier excitante.
- 4.— Debe beberse gran cantidad de agua.
- 5.— Haga exactamente lo que le ordena el médico. Ni más ni menos.

El ácido nicotínico, (vitamina B) para el reumatismo

Montreal, Canadá (Apla).— El Dr. James F. Barton, miembro del Instituto de Investigaciones Médicas expresó en el curso de una conferencia pronunciada ante dicho organismo, que ha utilizado con éxito ácido nicotínico para combatir el reumatismo. El citado investigador expresó que había estudiado la influencia de la humedad, el frío y las dietas alimenticias equivocadas en el síndrome, añadiendo que sea cual fuere el agente etiológico del reumatismo, el tratamiento tiene la misma base utilizada para activar la circulación

sanguínea por medio de agentes físicos como la electricidad, el calor, diatermia, rayos ultravioletas. Tales agentes tienen como principio común la dilatación de los vasos capilares sanguíneos, ayudando a la rápida eliminación de impurezas. El Dr. Barton expresa que, sin embargo, el mejor tratamiento es el del ácido nicotínico. Su eficacia radica, según él, sobre todo en la curación de la artritis reumática que daña especialmente a las epífisis de los huesos largos y a las articulaciones. Para reforzar este aserto cita los resultados obtenidos sobre 36 pacientes tratados, de los cuales 7 padecían desde hacía más de dos años reumatismo muscular. En la mayoría de los casos la enfermedad progresaba a despecho de los diferentes tratamientos aplicados; sometidos a la acción del ácido nicotínico, 25 mejoraron ostensiblemente a pesar de la cronicidad de su enfermedad, y los restantes no pudieron tolerar la droga. Los efectos que manifiestan sentir los pacientes tratados son: agradable sensación de calor y desaparición paulatina del dolor agudo característico del reumatismo articular.

Pláticas higiénicas

El abuso del tabaco es un gran problema cuya solución urge. La salud lo exige así.

Los fumadores ante las estadísticas de mortalidad. La incitación a fumar. Efectos circulatorios; T. A. O. La influencia del tabaco en las vías digestivas, el aparato respiratorio, las funciones mentales, la producción del cáncer, la alergia. El tabaquismo femenino.

La acción del tabaco sobre la duración de la vida humana ha dado margen en los Estados Unidos a profundos estudios del Profesor Raymond Pearl. Estos estudios han sido mencionados y reproducidos en varias conferencias de propaganda sanitaria por la razón de haber sido realizados con todas las garantías de seguridad bajo los auspicios de la famosa Universi-

dad John Hopkins de Baltimore. El material humano en que se hicieron las investigaciones no pudo ser más numeroso. Sobre la base proporcional de cien mil individuos, clasificados por igual entre fumadores y no fumadores, de la edad de 30 años, cuya pista fué seguida escrupulosamente, anotando el número de sobrevivientes en cada quinquenio, las estadísticas dan los siguientes resultados:

<i>No fumadores</i>				<i>Fumadores</i>			
30 años de edad	100.000			30 años de edad	100.000		
35 « « «	95.883			35 « « «	90.943		
40 « « «	91.546			40 « « «	81.141		
45 « « «	86.730			45 « « «	71.665		
50 « « «	81.160			50 « « «	62.699		
55 « « «	74.538			55 « « «	54.277		
60 « « «	66.584			60 « « «	46.276		
65 « « «	57.018			65 « « «	38.328		
70 « « «	45.919			70 « « «	30.393		
75 « « «	33.767			75 « « «	22.338		
80 « « «	21.737			80 « « «	14.494		
85 « « «	11.597			85 « « «	7.865		
90 « « «	4.753			90 « « «	3.292		
95 « « «	1.320			95 « « «	938		

No siempre las estadísticas —que a menudo están sujetas a error— patentizan la realidad de las cosas. Hasta se ha dicho que la estadística es el arte de mentir con números. Pero todos estos comentarios jocosos de la estadística se refieren sin duda a algunas conclusiones que expresamente se obtienen para respaldar afirmaciones *a priori* a fin de no dejar en descubierto el prejuicio y *parti pris* de sus autores. En el caso actual, no sucede lo mismo. No se hace otra cosa que seguir a través de los años, el número de personas sobrevivientes, fumadores y no fumadores. El

resultado demuestra por sí solo una disminución de la existencia de los primeros.

Esta reducción de vida necesita ser debidamente interpretada. No cabe el dogma en materia científica. Hay que esclarecer el influjo de las causas, apoyar sobre bases firmes el razonamiento y las deducciones consecutivas, y señalar los factores responsables del acortamiento del promedio vital de los fumadores. Ante el hecho solo, nada hemos adelantado. Busquemos su explicación para no caer en el empirismo o ser calificados de impresionistas.

Antes de mencionar esos factores de depredación vital, veamos qué motivos inducen al hombre a fumar. Se ha dicho que este hábito se remonta o tiene sus raíces en la lactancia, en el acto reflejo y que responde a una necesidad de alimentación apremiante, de chupar el pezón de la mama materna, de donde queda en los bebés la práctica de chuparse los dedos y de introducir cualquier objeto a su alcance en la boca para incitar la salivación. Freud, el psicoanalista austriaco, sugestionado por su doctrina, afirmó que este acto, como el de chupar bombones, o mascar *chiclets* o mascajos por los adultos, proviene de un complejo sexual. No tomamos en serio la idea de este psicoanalista, que más bien debería llamarse sexoanalista, a juzgar por su obsesión de encontrar en los actos y pensamientos más simples un fondo genital.

Se ha hablado de la estimulación refleja producida por el humo sobre el gusto, el olfato y aun la vista, y de la sedación que se supone producir sobre el cerebro y el sistema nervioso. Todo esto es hipotético; lo que hay de cierto es que esta es la explicación del deseo de fumar de los habituados al humo del tabaco, mas, de ninguna manera, constituye una demostración científica experimental. Se asegura también que el ta-

baco produce un efecto narcótico, o por lo menos, soporífero, así como se le atribuye —porque sí— una acción analgésica (por lo que se aplican *loco dolenti* cataplasmas de esta substancia) y también una acción antiséptica (de donde resulta que se recurre a fumar cuando hay emanaciones pútridas en el aire, cuando se abre un ataúd o se transporta un cadáver, etc).

La realidad demuestra que todas las virtudes del tabaco, ensalzadas por el vulgo en general y los fumadores en particular, apenas tienen una base sentimental: el vicio tiene sus razones que la razón no comprende. Las cosas no son como deseáramos que fueran sino como son. El tabaquismo, como el alcoholismo, como el eterismo, como las toxicomanías en general, es engendrado por predisposiciones especiales que, al recibir un estímulo extraño a veces hasta por simple casualidad, y al sufrir su repetida influencia sobre el organismo, se acostumbran con su acción, se habitúan, se connaturalizan, hasta llegar al extremo de extrañarla si les falta en un momento dado. Entonces el vicio está constituido: ya el hombre está dominado por él, ya no es dueño de sus acciones. Se aprende a fumar con dificultad, con incomodidades, repugnancia, malestar, náuseas, indisposiciones, fenómenos todos reveladores de la intoxicación, igual cosa que ocurre con los demás tóxicos que la humanidad ha escogido para hacerse daño. Una vez obtenido el resultado que se busca, de vencer la intolerancia mediante dosis seguidas y crecientes del *veneno*, es decir, mediante una verdadera mitridatización, queda proclamado y reconocido éste como el dueño y amo de la persona viciosa. Entonces ya casi es inútil recurrir a la persuasión, a la lógica, a reflexiones de orden moral, a súplicas ni amenazas. Solamente la voluntad, el carácter, la energía mental, podrán vencer sobre el hábito inveterado.

Documentos fehacientes han puesto en claro el

papel importante que desempeña en la etiología de la angina de pecho el vicio del tabaco. En efecto, el *angor pectoris* es un síndrome cuya sintomatología tan bien conocida y estudiada, ya no admite la clasificación clásica, la de considerar dos categorías dentro de sus causas, sus localizaciones y sus manifestaciones, para llegar a la conclusión de la existencia de una angina de pecho verdadera y otra falsa. Actualmente los cardiólogos clínicos están de acuerdo en que este síndrome o complejo sintomático debe denominarse de igual manera, sea que se trate de una afección específica, localizada en la aurícula o el ventrículo, sea que lo esté en la aorta, o en las arterias coronarias que nutren el miocardio, sea que prevenga de estados discrásicos de variada procedencia, o de perturbaciones nerviosas tóxicas, etc. Lo queda la clave del diagnóstico no es el síndrome en sí mismo, sino su interpretación etiológica, patogénica, anatómica, clínica. Y bien, la angina de pecho es producida a menudo por la acción del tabaco al lado de otras o aisladamente, como puede producirla la acción de cualquier toxemia de origen endógeno o exógeno.

La T. A. O., o tromboangitis obliterante, designada con el nombre de enfermedad de Buerger — por aquellos que prefieren bautizar las dolencias con el nombre del que las ha descrito y no de aquello en que consisten, es una consecuencia, asaz frecuente, de la absorción de venenos proporcionados por el tabaco, reducido a humo, entre las cuales figuran, además de la conocida nicotina, el óxido de carbono, la piridina, el ácido prúsico o cianhídrico.

El nombre de tromboanginitis obliterante no dice nada al público que no pertenece a la profesión. Es, pues, necesario, aclarar en lo que consiste. Un coágulo de la sangre obstruye la circulación de una arteria más o menos gruesa que nutre a un miembro íntegro o al sector de un miembro. Entonces éste se gangrena, esto es, se pulre, porque, por falta de sangre, ha dejado de vivir. Se recurre a la amputación para pre-

servar de las proyecciones pútridas gangrenosas al resto del organismo. Supongamos que se logra la cicatrización y el organismo subsiste. Nada de raro tiene que se produzca una nueva obliteración en otro vaso, y se repita el mismo fenómeno, hasta que, aun contando con la resistencia más asombrosa de un organismo, llega el momento en que sucumbe fatalmente.

Los especialistas comprueban además en todo momento los perniciosos efectos del vicio de fumar sobre el aparato circulatorio. Las variaciones de presión, la aceleración del pulso, y sobre todo la hipertensión, acompañan al uso del cigarrillo, del cigarro y de la pipa. Estos fenómenos objetivos van acompañados de molestias subjetivas características de las que, si se quejan los fumadores, las atribuyen a todo, menos al tabaco de que abusan. ¡Cuántos individuos que, habiendo sido víctimas de estas molestias y reconocido a tiempo su causa, abandonaron el vicio, gozan, en cambio de una excelente salud!

El electrocardiógrafo gráficamente demuestra, por infinidad de pruebas, que una persona joven que, antes de fumar un cigarrillo, tenía, por ejemplo, setenta y seis revoluciones cardíacas por minuto, inmediatamente después presenta ciento una; y un adulto, de setenta latidos llega a ochenta y dos.

Mas no son únicamente el órgano central de la circulación y sus vasos periféricos los que padecen bajo la influencia nociva del tabaco. Son muchos los sistemas del organismo los que se alteran y deterioran con manifestaciones de carácter morbozo.

Desde luego entre los aparatos de la nutrición, el primero es el digestivo, que es victima de un ataque directo porque la saliva impregnada, saturada de los distintos tóxicos del humo del tabaco ensucia e irrita las fosas nasales, la boca, la garganta, la rino-

farínge, el esófago. El aseo se hace poco menos que imposible porque las inmundicias del humo no dejan de obrar ni un solo día, a veces ni una sola hora. El mal aliento, el catarro faríngeo, la hipersecreción mucosa espesa y adherente, las náuseas, la pérdida o perversión del apetito, del olfato, del gusto, la alteración de la voz, la de la secreción del jugo gástrico y de la mucosa gástrica, he ahí una serie interminable de trastornos que el fumador se busca con su cigarrillo o cigarro o pipa, sin obtener en compensación ninguna ventaja, nada más que una satisfacción artificial de un deseo morboso.

¿Por qué los fumadores que padecen de úlcera gástrica no pueden curarse como los no fumadores? Por la irritación constante de la delicada y suave superficie mucosa de sus estómagos. Por otro lado, estadísticas bien llevadas, que no queremos insertar por ser muy extensas, muestran que un enorme porcentaje de ulcerosos del estómago, son fumadores, mientras que el porcentaje de ulcerosos no fumadores es reducido, sobre todo si se descuenta a los bebedores de alcohol. Esto prueba que el alcohol, el tabaco y los condimentos estimulantes, cosas que se suelen juntar en una sola persona, poseen el poco envidiable privilegio de producir úlceras, monopolio no alcanzada por otros factores patológicos.

El aparato respiratorio es otra víctima del tabaquismo. La tos, la expectoración difícil, la laringitis, acompañada de disfonía y en ocasiones de afonía completa, la traqueobronquitis, los disturbios respiratorios, son comunes en los fumadores. No queremos decir nada de la tragedia de los tuberculosos pulmonares que fuman. Las manifestaciones asmáticas son corrientes en bronquíticos fumadores, así como los espasmos de la laringe, es decir, de la glotis.

Además del efecto irritante del humo sobre la delicada y sensible mucosa del árbol respiratorio, las sustancias tóxicas que ese humo contiene contribuyen a modificar desfavorablemente la hematosis, o sea el

cambio de gases entre la sangre y el aire en cada respiración. Por otra parte, a pesar de las pestañas vibrátiles bronquiales, se hace imposible la eliminación completa de las partículas oleosas del humo que penetra hasta los alvéolos cuando se lo aspira como lo hacen muchos fumadores. La prueba de ello está en que si se practica la necropsia de un gran fumador, se encuentra profundamente alterada la contextura del tractu respiratorio y la mucosa tatuada de la nicotina y demás componentes del humo del tabaco.

El tabaco produce una reacción alérgica inconfundible; el asma infantil, resultado de una hipersensibilización por la aspiración de humo en recintos más o menos cerrados donde los pequeños entran juntamente con personas mayores que fuman.

Se suele relatar algunas anécdotas de las que pretende deducirse que el tabaco excita las funciones cerebrales y nerviosas, y que, por consiguiente, es un elemento favorable para los trabajadores intelectuales. Estas afirmaciones no tienen razón de ser. No es de ningún modo aceptable científicamente que una sustancia que ataca el buen funcionamiento de nuestros órganos, pueda mejorar sus actividades. Lo racional y lógico es pensar que más bien pueda desmejorarla. ¿Cómo se puede concebir que un producto tóxico pueda aumentar el rendimiento de la energía psíquica? El alcohol y el éter también excitan y estimulan la función cerebral, pero desordenadamente. No hacen otra cosa que anarquizarla.

El vicio del tabaco, pernicioso como todos los vicios, se va generalizando cada vez más y más, en tal forma que, si no se pone coto a esta extravagancia que algunos encuentran natural, la humanidad va a pagar progresivamente y de un modo ascendente un tributo más y más caro de su salud en aras de este absurdo ídolo llano de maleficencia. La humanidad está

ciega, tan ciega como las personas que han perdido la vista, víctimas de una retinitis debida al tabaco. No quiere comprender la nefasta obra de cancerización que prepara el tabaco en la lengua, en la boca, en todas las mucosas sobre las que actúa. Tan entregada vive a esta costumbre irrazonable que en Estados Unidos, según Gray, en los últimos 25 años, si la población ha crecido en algo más de un 30 %, el uso de los cigarrillos ha aumentado en la proporción de un 1500 por ciento.

El desenfreno de costumbres, la *débauche*, consecuencia de las grandes convulsiones de la vida humana, han tenido gran parte causal en el abuso de estimulantes o de estupefacientes, ya no sólo por el hombre, sino también por la mujer, que cuando contrae un vicio lo lleva a extremos inconfesables.

¡Qué distinción, ni elegancia, ni buen tono, puede tener el ser femenino, socialmente hablando, si en lugar de limpieza presenta la suciedad que proporciona el tabaco, el olor desagradable de éste que impregna su vestido y su cuerpo todo, su aliento y su habitación!...

¡Qué belleza es compatible con unos dientes teñidos por el humo, a pesar de todos los dentífricos, corroídos por el sarro de los fumadores, con las manos exhalando su olor, con una voz enronquecida, con el cigarrillo en la boca, sin cesar renovado!

Hasta desde el punto social y estético, el cigarrillo es siempre el enemigo de la mujer. Si pues, el aspecto higiénico, del estudio de la intoxicación tabáquica, no la convence, debe persuadirle este otro aspecto que atañe a su belleza personal y a la simpatía y atracción que debe inspirar siempre, si no quiere ser mirada como un ente asexual o masculinizado.

Dr. Afilo Nico Tino.

Crónica

El doctor Aniceto Solares

El eminente miembro del Instituto Médico «Sucre», doctor Aniceto Solares, ha sido designado miembro de la Junta de Gobierno Democrática que actualmente rige los destinos de la República. Es el representante del Magisterio.

No podemos menos que complacernos en alto grado por este hecho que demuestra la justificación y acierto con que se ha procedido, porque sus condiciones de patriotismo, de civismo, de competencia, de voluntad para el servicio de la nacionalidad, de talento y de ética política, al propio tiempo que su condición básica de profesor universitario, su disciplina, orden y método para el trabajo, su conocimiento del mundo, su vasta ilustración, y muchas otras prendas más que sería largo enumerar, lo señalan como una figura de relieve dentro del círculo de los más conspicuos ciudadanos de la República.

Su honrada e inteligente acción en el seno del

Poder Ejecutivo provisional, estamos seguros que ha de conducir sus labores directivas de la administración pública por la vía de la legalidad, de la corrección y del más cumplido éxito en la reorganización del país, mejor dicho, en la obra de la renovación total que necesita.

Tiene a su cargo dos importantísimas carteras, en cuyo desempeño ha de dejar honda huella de su paso. Habríamos deseado que una de ellas hubiera sido la de Salubridad. Pero aunque directamente no la maneje, sus acertadas iniciativas e indicaciones oportunas en este ramo, han de merecer sin duda alguna toda atención de parte del titular.

Es también seguro que la rutina burocrática de la sanidad, que estaba en manos del célebre Monroy Block, abogadillo intrigante y simulador de virtudes que nunca las tuvo, ha de desaparecer, para ser reemplazada por una atención activa de las necesidades de la colectividad y no de las necesidades de la política nazi.

Una revolución de principios

La sangrienta revolución nacional de 21 de julio ppdo., que depuso al grupo militar y fascista que imperaba despóticamente en Bolivia, ha dado un gran ejemplo a la América y al mundo de cómo un pueblo y una juventud universitaria pueden echar abajo un régimen de oprobiosa tiranía, de repudiado militarismo, armado hasta los dientes, criminales en su íntima textura, sin pertrechos bélicos, sin organización previa, y sólo bajo el influjo y el poder del más puro amor a la patria, sentimiento sublime que fué el motor de su victoria. El 21 de julio cayó una nueva Bastilla formidablemente fortificada y se derribó a un monstruo de varias cabezas, que tenía aún en sus manos los dineros que asaltó al pueblo y se hallaba aún empapado en la sangre de sus horrendos crímenes.

En esta revolución han caído millares de víctimas, entre las que figuran en primera línea los estudiantes universitarios. Honor imperecedero a todos ellos. Nuestro dolor se mitiga ante la grandeza de estos héroes sacrificados en esa homérica jornada en aras de la Libertad.

Nuestra especial condolencia a los miembros de las familias de los estudiantes de Medicina que rindieron su vida por tan bello ideal, a quienes recordamos, admiramos y veneramos.

Gloria eterna al pueblo de La Paz.

El Profesor Dr. Pedro Escudero de Buenos Aires

Invitado por el Gobierno, visitó Bolivia el ilustre especialista en patología, fisiología e higiene de la nutrición, Dr. Pedro Escudero. Después de estudiar este importante asunto en La Paz, observando *de visu* muchas instituciones que con él se relacionan, emitió juicios y opiniones bien madurados, llenos de erudición y cordura, sin aventurar, naturalmente, afirmaciones absolutas, de carácter dogmático, como tal vez esperaban algunos que no quieren convencerse de la relatividad y contingencia de los conocimientos científicos.

Anunció su visita a esta capital, donde se lo esperaba; pero desistió después de hacer el viaje por motivos de diversa índole, y principalmente porque no podía disponer de mayor tiempo fuera de su centro de actividades, el Instituto de la Nutrición, su cátedra y su ejercicio profesional.

Sus recomendaciones y sugerencias son dignas de atención. Pero el primer problema que debemos resolver en Bolivia, en materia de nutrición, es el problema de producción de variados víveres y el abaratamiento de la vida, problema que en todas partes se ha agudizado después de la última guerra mundial.

Jornadas Médicoquirúrgicas Bolivianas

Bajo los auspicios del Ateneo de Medicina de La Paz se han organizado las Primeras Jornadas Médicoquirúrgicas Bolivianas, que deben realizarse en estos días. Muchas dificultades se han tenido que vencer, especialmente de carácter económico, porque la financiación de tan grande como hermosa iniciativa ha estado librada al peculio privado de los médicos que en ellas toman parte, sin ninguna ayuda fiscal. Nuestra Sociedad, que harto habría querido estar representada en estas justas del progreso médico nacional, ha deploorado sinceramente verse privada de mandar uno o dos delegados en razón de la estrechez de su Tesoro.

Labor filantrópica y patriótica

Los doctores Anastasio Paravicini y Luis Sauma, con cerca de una veintena de estudiantes de medicina de esta capital, marcharon a La Paz, llevando el concurso de su buena voluntad y decisión, al propio tiempo que todo el material e instrumental necesarios para contribuir a la atención médicoquirúrgica de los numerosos heridos de la sangrienta y gloriosa revolución del 21 de julio, mediante la cual Bolivia echó al suelo la criminal tiranía de Villarroel y sus secuaces. Es digna del mayor encomio la actitud y determinación de los mencionados colegas y de la noble juventud que los acompañó en la obra filantrópica y de profunda moral cívica que los llevó a nuestra hermana ciudad de La Paz.

Vacuna antivariolosa

Durante los últimos meses se ha preparado por

la sección respectiva de nuestro Instituto este producido en grandes proporciones para responder a los muchos pedidos que de él se han hecho de todos principales centros de la República y para tener un stock apreciable en reserva. También se ha remitido una partida al Brasil, de donde se solicitó por tercera vez, teniendo en cuenta sus excelentes cualidades comparativamente con otras vacunas sudamericanas.

Centro de Salud Pública en Sucre

Ya que, al mismo tiempo que la Sanidad Nacional, y mediante desembolsos de fondos nacionales, funciona el llamado Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para Bolivia, que, por otra parte, depende de la Dirección General de Sanidad, es de extrañar que, hasta la fecha, no hubiese hecho extensivos sus servicios a esta zona del país. Actualmente no hay más centros de salud que los de La Paz y Cochabamba, y Chuquisaca que, por su variedad de climas, su extensión, sus relaciones de tránsito y abastecimiento con las regiones bastante insalubres del sudeste, por las enfermedades exóticas y tropicales que suelen presentarse, por la necesidad de establecer una labor profiláctica eficiente, requiere urgentemente la organización de un Centro de esta naturaleza, ha sido puesta a un lado en los planes sanitarios de la República.

Ahora que ya tenemos un sistema gubernativo democrático, esperamos que no se tardará en instalar un organismo de salud pública en el sector de Sucre—Camiri y alrededores. El Instituto Médico Sucre ofrece su cooperación activa y su selecto y adecuado material de bacteriología e higiene para laborar en la útil y benéfica tarea de prevenir y combatir las enfermedades infectocontagiosas.

Estadística y demografía sanitarias

Es indispensable que Chuquisaca y Bolivia entera pongan todo empeño en la organización del servicio de estadística. Solamente sobre esa base, sobre las veraces informaciones que este servicio proporcione, podrán tomarse determinaciones y decisiones de evidente eficacia para la conservación de la salud pública. También los estudios científicos de orden sanitario, de patología epidemiológica y de patología en general, contarán entonces con el respaldo de datos que corroboren o destruyan las afirmaciones teóricas que, hoy por hoy, campean sin control en un ambiente verdaderamente anticientífico.

El Presidente del Instituto inició conversaciones a este respecto con el alcalde del anterior régimen, el cual aplazó su consideración para el año próximo. El actual Alcalde, o el que lo substituya, está en el deber de emprender esta labor, tan indispensable para el conocimiento de la situación del país, de su grado de civilización y de todos sus demás aspectos.

Con el sistema municipal de la dictadura, casi no tiene otra actividad que la del ornato público, los espectáculos y el barrido, además del cobro de sus ingresos. La enseñanza primaria, la sanidad, los hospitales ya no forman parte de su radio de acción. Por otra parte, el sistema de alcaldía, con consejo deliberante o sin él, es una forma totalitaria de administración comunal. De todos modos, hágase la reforma o no se la haga; vuelva la Municipalidad a su antigua organización tan democrática, o no vuelva, lo que no se puede aplazar es la apertura de una oficina de estadística general y de demografía sanitaria en particular, sostenida por la comuna y asesorada por el Instituto Médico Sucre y la Sociedad Geográfica. Hasta hoy lo que se denomina arbitraria y falsamente estadística es algo informe y deficiente que, en lugar de ofrecer al-

guna ventaja, es fuente de errores para cualquier estudio que sobre ella pretenda apoyarse.

Calidad y no cantidad

No es el número lo que se busca para realizar una labor; es la calidad que da la eficiencia. En materia de sanidad, no importa que la organización sea reducida, que el personal no abunde, con tal que la primera esté bien hecha y que el segundo trabaje útilmente. Si no se cuenta con los medios necesarios, ninguna iniciativa puede prosperar. Necesitamos equipo, material y técnicos.

La sanidad debe desempeñar su papel allí donde son necesarios sus servicios. Debe luchar con las epidemias allí donde hacen estragos. No es obra sanitaria la de desempeñar funciones burocráticas. Esta es tarea de funcionarios administrativos.

El que se consagra a la medicina preventiva, sea médico, administrador, practicante, enfermero o auxiliar, debe dedicar todo su tiempo a esta obra. Sus horas verdaderamente libres son para descansar. Sus horas de trabajo no son para ser compartidas con otras ocupaciones extrañas a la salubridad. Es admirable cómo no se emplean más que dos o tres horas en el servicio sanitario y el resto del tiempo es ocupado por quehaceres diversos que nada tienen que ver con la salud pública. Eso de hacer monopolio de cargos y de sueldos, cosecha de entradas, no es propio de personas honorables. Y por otra parte, tampoco está permitido por la ley.

Jornadas odontológicas de Sucre

Bajo los auspicios de la Universidad y median-

te la organización admirable que hizo la Escuela Dental de Sucre de sus menores detalles, las Jornadas Odontológicas nacionales constituyeron todo un magnífico éxito, que demostró el progreso alcanzado en esta importante especialidad en la República y en la enseñanza de la Dentística en La Paz, Cochabamba y Sucre. La Escuela Dental de Sucre reúne las mejores condiciones para su objeto y es la mejor instalada entre las del país. El material y equipos con que cuenta son de irreprochables condiciones y los trabajos de aprendizaje pueden efectuarse con mucha comodidad. Es de estricta justicia hacer notar que el gran progreso de este Instituto profesional y el sobresaliente resultado de las Jornadas, se debe al infatigable esfuerzo y decisión del Director, Dr. Fernando Harriague Arana, y de sus colaboradores, que no han omitido medio alguno para alcanzarlos.

Dr. Luís Adam Briançon

Procedente de París, se encuentra entre nosotros el doctor Luís Adam Briançon, distinguido médico laboratorista, que ya sobresalió en su especialidad antes de ir a Francia, becado por esta gran República, y donde trabajó con particular empeño en la preparación de sueros y vacunas.

Ha sido propuesto como socio de número en razón de lo meritorio de sus trabajos y la competencia que ha demostrado en la dirección del Instituto del B. C. G.

Dentro de poco, podremos, pues, contar con su importante cooperación.

Dr. Luís Villafani Bravo

También ha sido presentado este cumplido y meritorio colega como socio del Instituto. Será un

motivo de satisfacción para nuestros consocios su ingreso en la Sociedad.

La sanidad pública y el cuerpo médico nacional

A los pocos días de la revolución el cuerpo médico de La Paz se reunió en gran asamblea, la que pidió a la Junta de Gobierno se le deje opinar, sugerir, debatir, discutir, plantear iniciativas, etc., y que sus resoluciones sean tenidas en cuenta para modificar la actual situación estacionaria del servicio sanitario. Por supuesto que todo sobre la base de un estudio amplio y concienzudo que satisfaga las aspiraciones de los facultativos que se especializan en higiene y salubridad.

Los distintos centros de la nación, en especial aquellos como Sucre, La Paz y Cochabamba que mantienen universidades con escuelas de medicina y ramas anexas, deberán pronunciarse, a fin de que del conjunto de acuerdos, se llegue a la finalidad de uniformar la opinión médica general reinante en el país. Es muy probable que se encargue a una comisión compuesta de los más destacados profesionales en medicina preventiva, la tarea de orientar y encauzar las actividades sanitarias del futuro, presentando un plan detallado a la dirección general.

Esta Dirección será constituida sobre la base de las listas que presenten a la Junta de Gobierno las entidades más representativas de cada centro de cultura médica. El título, como es natural, se expedirá por el Gobierno. En cuanto a los jefes departamentales, serían designados por él mismo de entre los nombres que proponga en terna el Director General.

Esperamos que el concurso de todo el cuerpo médico de la República contribuya a la realización de una obra firme, sólida y definitiva. Desde luego, quedarán descartados los méritos que no tienen más raíces que las actividades políticas.

Acuerdo del Instituto

Por unanimidad de votos, en la última sesión del Instituto, celebrada el día 2 del actual mes de agosto, se acordó que el presidente de la Sociedad dirija a nuestro consocio el doctor Aniceto Solares un telegrama de felicitación por su designación de miembro de la Junta de Gobierno y de aplauso por tan acertada resolución popular. Al siguiente día el Sr. Presidente transmitió este acuerdo por telégrafo.

Indicaciones de nombres para la Dirección General de Sanidad

A proposición del socio Dr. Julio C. Fortún, presentada con el objeto de que el Instituto no permanezca indiferente en la reorganización de la sanidad pública, se resolvió enviar al Gobierno una lista indicativa de nombres para que de entre ellos se escoja el facultativo que desempeñe la Dirección General de Sanidad.

Estos nombres son los de los doctores Juan Manuel Balcázar, Enrique Loup y Ezequiel L. Osorio.

Bases para un plan de reforma sanitaria nacional

En la misma sesión del día 2 se tomaron los siguientes acuerdos con carácter de unanimidad:

Que la Sanidad Pública constituya un organismo alejado de los vaivenes de la política, motivo por el cual no debe funcionar ni como una sección del ministerio del Trabajo ni tampoco como un ministerio aparte de salubridad e higiene, pues en el primer caso tendría que depender en la mayor parte de las ocasiones de una persona extraña a la profesión médica con la que no podría entenderse fácilmente el Director de Sanidad;

y en el segundo, el especialista en medicina preventiva que ocupare ese puesto técnico, tendría que tener ingerencia política. Que la Sanidad constituya una corporación independiente, con asignación global, administración, escalafón propios y libertad de acción;

Que la condición primordial para formar parte del cuerpo sanitario nacional sea la de consagrar íntegramente todo su tiempo a estas funciones, sin derecho a ocuparse en las horas de trabajo cotidianamente marcadas por ley en otras actividades o asuntos de distinta índole;

Que el servicio Cooperativo interamericano de Salud pública, que hasta ahora ha funcionado independientemente, en virtud de la colaboración económica que Estados Unidos prestaba en su favor, se incorpore dentro de la organización de la sanidad nacional, puesto que actualmente es mantenido exclusivamente con fondos propios de nuestra República, y además precisa obrar conjunta y solidariamente con los servicios sanitarios nacionales para no dispersar y hasta anular la labor común encaminada a los mismos fines;

Que cada distrito proponga un plan de reformas, cuyo fundamento sostenga un representante en la Conferencia Sanitaria Nacional que debe convocarse por el Ministerio del ramo, la que considerará en conjunto todos los proyectos y tendrá en cuenta todas las iniciativas de necesidad y utilidad para redactar un plan completo de organización sanitaria, que contemple las reformas desde un punto de vista técnico y práctico, en que más valor tenga la especialización, el material, el equipo que la simple burocracia;

Que hasta que sea una realidad la nueva organización se constituya un comité consultivo que armonice las labores, dé informaciones, absuelva dudas, levante obstáculos, etc.;

Que la Sanidad Pública esté dirigida por un profesional versado en medicina preventiva, escogida de las listas indicativas formadas por el cuerpo médico de todos los distritos de la República.

Asambleas del cuerpo médico de Sucre

Los días 5 y 7 del presente mes se reunieron en gran asamblea en el salón de actos públicos de nuestra Sociedad los médicos de esta capital. Como la convocatoria fuera hecha por el jefe de sanidad del régimen derrocado, como el nuevo Gobierno ha declarado vacantes todos los cargos y el mismo Director General de Sanidad anterior ha dimitido comprendiendo la imposibilidad de su continuación después de los acontecimientos revolucionarios, el citado jefe de sanidad estando imposibilitado para presidir esta reunión, se procedió a elegir una mesa directiva *ad hoc* para dirigir los debates.

Los acuerdos que se tomaron, después de largas discusiones, fueron: 1o. declarar la necesidad de la reforma de la organización sanitaria nacional; 2o. pedir que se convoque una conferencia o congreso de salubridad pública formada por uno o más delegados de cada distrito para que formule el plan de organización, sobre la base de los estudios realizados por comisiones especiales de cada ciudad importante de la República; 3o. indicar tres nombres de facultativos para la nueva Dirección General de Sanidad. Estos nombres fueron los de los doctores Serafín Ferreira, Enrique Saint Loup y Guillermo Debbe.

