



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 43 BOLIVIA-SUCRE, ENERO-MARZO DE 1947. Nº 82



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.

Año XLIV — Enero-Marzo de 1.947 — No. 82

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

(Sociedad fundada el 3 de Febrero de 1895)

Sucre (Bolivia) Calle Obispo S. Alberto, Nos 8 y 10
Apartado postal No. 82

COMITE DE REDACCION:

Director: Dr. Ezequiel L. Osorio
Redactores: los miembros del Instituto

SUMARIO

	Pág.
Discurso informe del señor Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	3
El servicio de vacuna antivariolosa.	14
Breve reseña histórica de la sección de Vacuna.—Dr. <i>Armando Solares Arroyo</i>	19
La Fundación Rockefeller en Bolivia.—Dr. <i>Víctor Lora Ponce</i>	34
La lucha contra la tuberculosis.—Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	37
Tratamiento de la Peste Bubónica.—Dr. <i>J. Arduz Tardío</i>	58
Estadísticas Traumatológicas.—Dr. <i>Alfredo González García</i> (De la Habana)	80
Crónica	87

Socios del Instituto

(por orden de antigüedad en su ingreso)

Residentes en Sucre

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

Pasivos (con licencia indefinida)

- Dr. Jenaro Villa Echazú
- » Raúl F. de Córdova

Socios de número ausentes de la ciudad

- Dr. Claudio Calderón Mendoza
- Sr. Carlos F. Garrett (farmacéutico)
- Dr. Medardo Navarro
- » David Osio
 - » Germán Oroscó
 - » Nemesio Torres Muñoz
 - » Enrique Saint Loup
 - » Miguel Levy Beckrich

Año XLIV — Enero-Marzo de 1.947 — No. 82

R E V I S T A
D E L
INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

(Sociedad fundada el 3 de Febrero de 1895)

Sucre (Bolivia) Calle Obispo S. Alberto, Nos 8 y 10
Apartado postal No. 82

COMITE DE REDACCION:

Director: Dr. Ezequiel L. Osorio

Redactores: los miembros del Instituto

S U M A R I O

	Pág.
Discurso informe del señor Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	3
El servicio de vacuna antivariolosa.	14
Breve reseña histórica de la sección de Vacuna.—Dr. <i>Armando Solares Arroyo</i>	19
La Fundación Rockefeller en Bolivia.—Dr. <i>Víctor Lora Ponce</i>	34
La lucha contra la tuberculosis.—Dr. <i>Ezequiel L. Osorio</i>	37
Tratamiento de la Peste Bubónica.—Dr. <i>J. Arduz Tardío</i>	58
Estadísticas Traumatológicas.—Dr. <i>Alfredo González García</i> (De la Habana)	80
Crónica	87

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

Año XLIV — Enero-Marzo de 1.947 — No. 82

Discurso informe del señor Presidente del Instituto Médico «Sucre», doctor Ezequiel L. Osorio, en la sesión pública anual que conmemora el CLII aniversario del natalicio del Gran Mariscal de Ayacucho, y el de la fundación de la Sociedad el 3 de febrero de 1895.

Señores socios del Instituto; distinguidos colegas; señores:

No hay ni habrá jamás palabra ni frase que acierte a traducir el reconocimiento y la gratitud del pueblo boliviano al genio inmortal cuya imagen preside esta asamblea—genio de la libertad, del derecho, del bien, de la justicia y de la modestia—que rompió con su espada vencedora en Ayacucho las cadenas de la servidumbre que aherrojaban a esta tierra. Le debemos, junto con el nombre de padre, el de libertador y redentor, porque, si gozamos de independencia y soberanía, se las debemos a su voluntad y esfuerzo. Cumpliremos,

pues, un voto sagrado haciendo que esta ciudad y este, Instituto, bautizados con su nombre—SUCRE—perpetúen su recuerdo inmaculado a través de centurias y milenios, al compás de la luz y las sombras del nacer y morir de los días que marcan la existencia del planeta.

—:o:—

El informe que me cabe dar acerca de la marcha de la Sociedad desde el 3 de febrero de 1946 hasta ahora se reduce a pocos puntos.

El Consejo de Administración se ha reunido con bastante frecuencia para discutir y resolver los asuntos de su incumbencia, conforme al art. 22, capítulo, XI del Estatuto. Cuando la magnitud o trascendencia de los temas lo exigía, han sido sometidos a la consideración de la Sociedad en pleno.

Como no se han presentado trabajos ni dictado conferencias de carácter científico, y sí únicamente se ha deliberado sobre materias relativas a los intereses generales y particulares del Instituto, todas las sesiones de este año han tenido carácter extraordinario. Las sesiones ordinarias están destinadas, en efecto, por reglamento, a tratar puramente de asuntos científicos.

Debo decir una vez más, en sesión pública, lo que en varias ocasiones dije: que precisamos de mayor dinamismo, más impulso activo y evolutivo, más vida, en una palabra. Y esto no lo conseguiremos sino cuando se haga efectiva la contribución que aporten los componentes de la institución a su servicio y progreso de una manera amplia, desinteresada y generosa, sin medir la magnitud de dicho aporte más que por el grado de su entusiasmo y decisión; cuando tengamos derecho y seguridad de obtener el máximo de rendimiento del trabajo de nuestras secciones; cuando hayamos logrado concluir la amortización de nuestros compromisos crediticios, equilibrar nuestra hacienda social y disponer de recursos sobrantes para las mejoras que aspiramos realizar. Mientras tanto, el Directorio que

presido ha procurado y logrado atender de una manera satisfactoria a todas las necesidades de la asociación, cumpliendo compromisos económicos, sin dejar nada pendiente, realizando reparaciones urgentes y aun mejoras de importancia en el edificio y sus instalaciones. Así, no hay un solo empleado del Instituto a quien no se le hayan pagado al día sus haberes y a quien no se le hayan cancelado sus aguinaldos de navidad. Se ha construido una galería cerrada de vidrios en los altos del segundo patio, no solamente por dar mayor amplitud y comodidad a nuestro inmueble, sino por dotarle de la seguridad necesaria, porque ahora, con la galería cerrada, ya no penetran ni se acumulan las aguas pluviales en el piso superior, como antes que constituían una amenaza para la estabilidad del cielorraso del piso inferior, ocupado por el Círculo Médico. La secretaría ha sido provista de un piso de parquet de madera palmeada, cielorraso y nuevo mobiliario, que hartamente lo necesitaba, pues es el lugar de reuniones de la Sociedad y al mismo tiempo de trabajo de oficina.

No se han publicado más que dos números de la REVISTA, que sirve de órgano de relación y expresión al Instituto. El primero, corresponde a los meses de febrero a abril, y el segundo, a los de mayo a agosto de 1946. Se ha dejado notar la falta de colaboración de los señores socios en sus páginas, no obstante reiteradas recomendaciones e invitaciones, ya orales, ya escritas, de parte de la comisión respectiva.

Las actividades o, por lo menos, las manifestaciones de la existencia de las entidades individuales y colectivas, se aprecian y miden por las obras que dan a conocer por la prensa. La vida de relación consiste en el intercambio cultural de publicaciones entre los millares de centros científicos que actúan en el mundo. El silencio, y el aislamiento, que es su consecuencia, son matadores.

—:o:—

La Biblioteca sólo ha sido incrementada por

la incorporación en sus anaqueles de las diversas publicaciones científicas extranjeras y nacionales que se envían como canje de la Revista. La tirantez de nuestra situación financiera no nos ha permitido en este año transcurrido destinar fondos para comprar libros de medicina recientemente editados. Esperamos poder disponer siquiera de algunas pequeñas partidas, en el año actual, para estas indispensables adquisiciones, si queremos poseer en nuestra biblioteca las últimas ediciones científicas.

El Instituto de Vacuna Antivariolosa, que desde principios de este siglo cumplió amplia y satisfactoriamente su misión y satisfizo la apremiante necesidad de precautelación contra la viruela, ha seguido en el curso del último año su benéfica trayectoria, preparado, envasando y distribuyendo la preciosa linfa, cuya eficacia está probada por la infinidad de inoculaciones practicadas con resultados sumamente halagadores en todos los ámbitos del país, en determinadas zonas del Brasil y de la Argentina y doquiera haya sido solicitada. La sanidad nacional civil, la sanidad militar, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, los servicios sanitarios de las empresas industriales, especialmente de las mineras, los médicos en general, los propietarios de fundos rurales, en fin, quienquiera que se haya dirigido al Instituto pidiendo dosis pequeñas o grandes de vacuna, ha sido atendido con celeridad y esmero.



He aquí el tenor del informe presentado por el director de esta sección, Dr. Armando Solares Arroyo:

Resumen de las remisiones efectuadas por la oficina de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico "Sucre" durante el año de 1946.

<i>Destino</i>	<i>No. Ampollas</i>	<i>No. de Vacunaciones</i>
Cochabamba	14.230	284.600
SANTA CRUZ	5.477	109.540
Potosí	7.064	141.280
Oruro	5.147	102.940
Tarija	3.715	74.300
CHUQUISACA	4.939	98.783
Beni	2.215	44.300
La Paz	2.049	40.980
Pando	200	4.000
Argentina	50	1.000
Brasil	25	500
TOTAL	45.111 ampollas para	902.223 (vacunaciones)

Para la elaboración de vacuna antivariolosa durante el año de 1946, se vacunaron 54 terneros, marcados del número 2.617. al número 2.671.

Se enviaron 190 telegramas referentes a la remisión de paquetes con vacuna.

Se remitieron 190 paquetes postales con sus respectivas tarjetas.

Sucre, 30 de enero de 1947

Dr. Armando Solares Arroyo
Director de la Oficina de Vacuna

A. Villafani
Auxiliar

Señores socios, distinguido auditorio:

Vamos a rendir un homenaje justiciero a aquel que durante más de un cuarto de siglo, con fervor renovado, con desinterés, sin desfallecimientos, con nobleza de miras, asiduamente, ha venido realizando una labor grande y bella: grande por sus proyecciones y resultados en bien de la salud pública y por su trascendencia sobre el bienestar social; y bella por su aspecto moral, porque ha sido hecha sin pensar en más retribución que la de practicar el bien, salvando la salud y la vida de infinidad de seres humanos, de niños expuestos al contagio, niños que después serán la fuerza y el vigor de nuestra nación y el precioso capital humano con que se construya el edificio sólido e imperecedero de la Bolivia del futuro.

Dr. Solares Arroyo: cumpliendo un acto de elemental justicia y un acuerdo social de carácter perentorio, os entrego este diploma como público testimonio de vuestros indiscutibles méritos en 25 años de trabajo continuo, fecundo y propicio.

—:o:—

Las otras secciones, como el museo de anatomía normal, de dermatología, de mineralogía y paleontología, de zoología, de botánica, el laboratorio de bacteriología, el material de meteorología, de electrorradiología, se han conservado en buenas condiciones merced al cuidado puesto en su mantenimiento.

La sección de bacteriología, con todos sus depósitos de reactivos y colorantes, de vidriería y aparatos, como ya lo sabéis, quedó reducida en apreciables proporciones después de los nueve años de servicios que prestó a la Facultad. Desde que se reincorporó al Instituto, nuestra preocupación constante ha sido ponerla en actividad; pero circunstancias ajenas a nuestra voluntad, no lo han permitido. Ahora, que hemos entrado en conversaciones con el director del Servicio de Profilaxia en Bolivia de la Rockefeller Foundation,

conservaciones que llevan un buen camino, estamos ya en situación de fijar las bases de un convenio definitivo sobre las que nos ha proporcionado la mencionada institución y sobre las que se han discutido en el seno del Instituto, que guardan concordancia entre sí, convenio que tiene altas finalidades de carácter científico de investigación y de carácter práctico de profilaxia sanitaria.

En breve tendremos la satisfacción, una vez suscrito el contrato respectivo, de contribuir con obras efectivas a la defensa de la salud pública, al progreso de la Sociedad, y también a la preparación de los jóvenes estudiantes que se interesen por las actividades sanitarias y los trabajos de patología exótica y tropical, a fin de que, después de haberse iniciado aquí, puedan merecer una beca de especialización en Estados Unidos u otro país extranjero bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller.

—:o:—

Habiéndose fijado en esta ciudad la sede de las SEGUNDAS JORNADAS MEDICOQUIRURGICAS NACIONALES, para septiembre del presente año, se ha constituido un Comité o Comisión encargada de su preparación y organización, cuyo presidente activo es el doctor Anastasio Paravicini, distinguido y apreciado compañero y socio del Instituto, y cuyo secretario es el doctor Agustín Benavides C., joven médico de esta ciudad, recientemente vuelto al país después de haber laborado intensamente en la metrópoli platense bajo la dirección del Prof. Roffo, notable investigador en cancerología. Nuestra Sociedad, que fué invitada mediante oficio a designar un miembro vocal para la susodicha Comisión o Comité, resolvió por unanimidad elegirlo al doctor Julio C. Fortún, nuestro actual secretario.

Es deber de todas las instituciones profesionales, de todos los facultativos de Chuquisaca, y especialmente de los de Sucre, mancomunar sus esfuerzos para que alcance cumplido éxito la tarea que tiene el Com-

mité, a fin de que las futuras Jornadas sean una demostración de nuestro progreso médico-quirúrgico.

El Círculo Médico Sucrense, club social de médicos, farmacéuticos, dentistas y profesionales de ramas anexas, iniciado bajo los auspicios, en el local y con varios enseres y muebles del Instituto, fué organizado con completa autonomía económica proporcionada por las cuotas de sus afiliados y ha funcionado este año normalmente, aunque se haya reducido algo el número de sus socios.

El año pasado se sugirió una iniciativa, que fué bien acogida, de añadir una cláusula al Reglamento, la de la fijación de una cuota mortuoria, como primer paso hacia la formación, sobre la base de un compañerismo estrecho, de una Mutualidad Médica, que sirva de un modo positivo a sus asociados.

En estos tiempos nuevos, en que el colectivismo domina sobre el individualismo en todas las actividades obreras o intelectuales, es indispensable que la profesión médica propenda a defender sus derechos e intereses por la cohesión de quienes la ejercen.

—:O:—

En la sesión de 8 de agosto de 1946, los doctores Vaca Guzmán, Rivera y Urioste Arana, presentaron un pliego al Instituto, proponiendo como nuevos socios de número o activos a los doctores Luís Adam Brianson y Luís Villafani Bravo, pliego que pasó a la consideración de la Comisión Calificadora compuesta por tres miembros de la Sociedad, la cual informó no haber encontrado óbice alguno para que fueran aceptados, recomendando sus méritos personales. Sobre la base de este informe se produjo la votación secreta, cuyo escrutinio dió como resultado una aprobación unánime de la presentación de los mencionados doctores, hecho que les fué comunicado por secretaría, al mismo tiempo que los requisitos reglamentarios para fijar la fecha de su incorporación en acto especial.

La respuesta de ambos expresó e agradecimiento con que habían recibido el resultado de su elección y el deseo que tenían de presentar sus tesis de ingreso lo más pronto posible, inmediatamente que concluyeran sus ocupaciones de recepción de exámenes en la Facultad.

El 22 de octubre el Instituto aceptó, también por unanimidad, la presentación del doctor Alfredo González García, distinguido médico de La Habana (Cuba), hecha por nuestro estimado compañero el doctor Enrique St. Loup el 10 del mismo mes. El diploma que lo acredita en su calidad de *socio correspondiente* le fué remitido oportunamente. La amable respuesta del doctor González García, vino acompañada de dos trabajos originales de su especialidad, traumatología, los que nos será grato publicar en la Revista.

La situación económica del Instituto se podrá juzgar por el siguiente informe sintético del señor Tesorero:

**Tesorería
del Instituto Médico
Sucre**

—o—

Sr. Presidente del Instituto Médico Sucre.

En mi calidad de miembro tesorero de la Sociedad, presento a su consideración un informe sintético del estado de la Caja, por cuarto año consecutivo.

La asignación acordada en favor del Instituto, por ley del Estado para el año económico de 1.946, ha sido de Bs. 150,000.- Esta suma ha sido pagada por la Caja Nacional en 3 cuatrimestres vencidos, de a 50 mil Bs. cada pago. La Cuenta Corriente continúa manteniéndose en el Banco Nacional de Bolivia, y el saldo a favor del Instituto es, al 31 de enero ppdo., de Bs. 5,458,13.

Por exigirlo las necesidades de la Caja, y con autorización de la Sociedad en pleno, se firmó el 11 de marzo del año pdo. con el Banco Nacional de Bolivia una nueva escritura de préstamo de cien mil Bs. Con esta suma se canceló el saldo de la obligación de setbre. de 1944 por 200 mil Bs. y quedó obligado el Instituto a una amortización ya más liviana de sólo 10.000 Bs. trimestrales. El saldo deudor de esa cuenta, a la fecha, es de Bs 60.000, con vencimiento al 4 de marzo próximo.

Aun no se conoce el monto de la asignación que ha acordado la Junta de Gobierno en favor de la Sección de Vacuna del Instituto. Es de desear que haya sido aumentada con relación a la de años anteriores, dada el alza continua de los precios. A propósito, y ya que el Director de la sección de Vacuna antivariolosa recuerda sus 25 años de servicios continuos en ese trabajo, es interesante, señor Presidente, señalar el costo para el Supremo Gobierno de las ampollas de flúido preparadas en esta casa: La sección de Vacuna ha gastado el año 1946 la suma de Bs. 52,480,30 centavos y ha producido 45,110 ampollas, según declaración del Dr. Armando Solares A. Jefe de la misma. Esto significa que cada ampolla vale Bs. 1,16, o sea un costo irrisorio. Y aun cargando al flúido elaborado el total de gastos del Instituto, ese costo no va mas allá de Bs. 3,32 por ampolla. Cualquier ampolla de vacuna importada vale por sobre 20 Bs. en el comercio corriente.

Saludo al señor Presidente con toda mi consideración.

F. V. Caballero

Hay que notar que cada ampolla contiene dosis suficiente para 25 vacunaciones. Así es que cada vacunación le cuesta al fisco, máximum 33 centavos de nuestro actual peso boliviano, que sólo representan 1,6 dmos. de nuestra moneda de preguerra.

Sucre, 4 de febrero de 1947.

El porvenir de nuestra Sociedad y su inmediato desenvolvimiento en el curso del presente año dependen en parte de nuestra voluntad y esfuerzo; pero principalmente están subordinados a los recursos de que podamos disponer. Ojalá contáramos en nuestro país con la generosa ayuda privada con que cuentan en otros países las instituciones que, como la nuestra, son de carácter científico y de acción altruista. Pero parece que falta mucho aún para que se comprenda que la beneficencia mejor empleada es la que se hace a las obras preventivas, a las que luchan por evitar los males que acosan a la humanidad, a pesar de que se sabe que, cuando el mal ya está producido, todos los empeños sólo ejercen una acción limitada y muchas veces ineficaz.

—:o:—

No concluiré este breve informe sin hacer constar que, en el curso del año de vida social que termina hoy, el Instituto Médico ha contribuido con dos valiosísimos y prestigiosos nombres de su seno a la restauración de la libertad, del derecho y de la justicia en Bolivia y al triunfo de una democracia pura e inmaculada. Me refiero al miembro activo del Instituto, doctor Aniceto Solares, investido por la voluntad soberana del pueblo con la autoridad de miembro de la Junta de Gobierno que rige los destinos del país, en reconocimiento de sus relevantes virtudes de ciudadano modelo y egregio patriota; y al socio correspondiente de nuestra Sociedad Dr. Enrique Hertzog, conspicuo hombre público, que hasta hoy reúne la mayoría de sufragios para la Presidencia de la Nación, y en quien tiene cifradas grandes esperanzas el pueblo boliviano.

—:o:—

Concluyo formulando fervientes votos por que el nuevo año de labores a que ingresamos sea proficuo en resultados útiles para el Instituto, para nuestra ciudad y para la República entera.

El servicio de vacuna antivariolosa del Instituto Médico "Sucre"

La viruela, que tantos estragos produjo en tiempos pretéritos; que era el terror de las madres, porque atacaba sin piedad a sus niños, matándolos en pocos días de una manera inhumana o dejándoles horribles cicatrices en el rostro, opacidades en la córnea, y huellas indelebles de su paso en todo el cuerpo; la viruela, enfermedad asquerosa y repugnante, virulenta y maloliente, sembraba el pánico a su aparición en cualquier comarca porque, antes de que Jenner demostrase la eficacia preservativa de la vacuna en 1798, no había medio alguno de evitarla. Pero desde entonces hasta hoy —pasan 149 años— ya debía haber desaparecido completamente y figurar sólo en la historia de la medicina; y no es así. ¿Por qué? Porque la indolencia humana, porque la ignorancia y la estulticia, han constituido permanentemente el obstáculo insalvable contra el cual se han estrellado siempre los adelantos de la ciencia higiénica, las actividades de la labor profiláctica y las disposiciones de las autoridades sanitarias.

Si de algún higienista americano se dijo alguna vez que afirmó que el grado de civilización de un pueblo se puede medir por el número de baños que se dan sus habitantes; más exacto sería decir que el grado de la civilización de un país se mide por la cantidad, calidad y eficiencia de sus instituciones sanitarias y por la disminución del índice de morbilidad y mortalidad de sus pobladores.

La lamentable confusión que, en un principio, se produjo entre la variolización practicada en China y que alcanzó a Europa y América, y la verdadera vacunación, ocasionó un gravísimo perjuicio a la salud humana. Pero, poco a poco, fué reconociéndose la benéfica acción de la inoculación cutánea de la linfa o serosidad de las pústulas de *cow pox*, es decir, de las pústulas de las mamas de las vacas atacadas de esa afección. Se fué comprobando que los sujetos inoculados se volvían refractorios a la viruela. Después se vacunó ya de brazo a brazo, en serie, con el mismo resultado; solamente que había que temer la transmisión de otras enfermedades del donante de virus al vacunado. Por eso fué que la técnica de la preparación de la vacuna fué mejorando y con el transcurso del tiempo se abandonó el sistema de vacunación directa de hombre a hombre para adoptar el de la forma indirecta por medio de la linfa pura glicerizada y conservada libre de toda asociación microbiana.

Con todo, la propaganda desastrosa e incontrolable de los charlatanes y de algunos espíritas ruines y malévolos logró por un lapso un tanto prolongado desacreditar el producto salvador de la infección variolosa, y echar sombras sobre su reputación tan justa como merecida. Y en ciertos países no faltaron propagandistas perversos que hicieron correr la especie de que la vacuna preparaba para la tuberculosis, de que la vacuna destruía las defensas biológicas naturales, de que la vacuna tenía una acción nefasta sobre la nutrición, etc. Así, en Inglaterra y en Escocia (país este último donde nació Jenner), la mal llamada libertad de expresión y de palabra, que permite mentir y calumniar

en público, para demostrar el respeto a la democracia, no permitió dictar una ley de vacunación y revacunación obligatoria por respeto a la personalidad humana y a sus derechos. En 1923, en Chile, con motivo de una epidemia formidable de viruela, también se hizo derroche de publicidad contra la vacuna. Pero la razón y la ciencia vencieron a los impostores que tenían la osadía de combatir la gran vacuna, el origen de todas las vacunas: la linfa antivariólica, que merecería el nombre de JENNERITA, para perpetuarlo y rendirle así homenaje a su descubridor, que debe ser considerado como uno de los grandes benefactores de la humanidad.

Allá en las postrimerías del siglo XIX, el Instituto Médico se impuso la tarea de preparar linfa vacinal (vacuna) con el objeto de contrarrestar los ataques epidémicos violentos y de gran extensión que soportaba la ciudad de Sucre y además todos los centros de Bolivia de la temible viruela, que se presentaba con caracteres asoladores por largas temporadas, recorriendo de una región para otra. Y su empeño fué coronado con el cultivo de una linfa pura y activa, de espléndidos resultados, que en ocasiones alcanzaba al 100 por ciento de inoculaciones positivas y servía para inmunizar a grandes masas de población, sobre todo infantil. El doctor José Manuel Ramírez, miembro del Instituto, presentó el proyecto de ley de vacunación y revacunación obligatoria al Congreso Nacional en 1902 y lo hizo aprobar, sancionar y promulgar. Desde entonces, aunque no fuese aplicada esta ley con estrictez, sirvió para yugular las epidemias. Fué la primera medida de efectiva profilaxia que se tomó en Bolivia mucho antes de que se pensara en crear el servicio de sanidad nacional, cuando la autoridad médicosanitaria era ejercida por los tribunales médicos, que tenían competencia de tribunales examinadores, jurisdicción de policía sanitaria, autoridad de jueces en las contenciones de los facultativos con los poderes públicos, entre ellos o con los particulares, etc. No se le puede negar, pues, al Instituto el

mérito al haber sido la primera institución profesional privada que tuvo una gran iniciativa profiláctica, llevándola a la realidad mediante la sanción de una ley y sobre todo mediante la creación de una sección en su organismo, la del servicio nacional de vacuna anti-variolosa, que pronto conmemorará su cincuentenario, como ya lo celebró su sección de radiología, en 1945.

En esta sección fueron empeñosos directores los doctores Arteaga, Cuéllar, Ortiz, y desde 1921, el doctor don Armando Solares Arroyo, es decir, durante 26 años.

La lucha contra la viruela por medio de la vacunación obligatoria no se cumple como debiera cumplirse. La propaganda hace sus efectos, los ejemplos de preservación patentes en todos los hogares donde ha sido empleada, los datos favorables recogidos, sin que en ninguna ocasión se haya lamentado ningún incidente desagradable, menos daño alguno, han contribuido, como es lógico, a aumentar la confianza y hacer desaparecer los prejuicios y preocupaciones de la gente ignorante para aceptar la vacunación. Más que eso necesitamos. Es preciso que no se espere en la oficina de epidemias de la sanidad a que buenamente se presenten allí los que lo deseen para recibir su dosis vacinífera, sino que se vaya en pos de ellos, que se hagan recorridos sin cesar por toda la población, y lo mismo es las provincias que en el campo. Es preciso valerse de la fuerza pública en caso de resistencia. Y también debe considerarse al certificado de vacuna tan necesario y tan importante como cualquier documento de identidad.

Antes, cuando solamente el Instituto corría con el servicio de vacunaciones, voluntariamente y sin obligación legal ninguna, se vacunaba con más intensidad, con más frecuencia, con más constancia y con más entusiasmo que ahora que la sanidad pública atiende la lucha antivariólica. Si eso pasa en esta misma ciudad, sede del Instituto de Vacuna Antivariolosa, en los demás distritos de la nación y del departamento pasan

cosas más desalentadoras. Por eso es que cada vez se presentan todavía fuertes epidemias de viruela. Y sólo cuando ellas llaman a las puertas de los lugares infectados, es cuando se pone el grito al cielo y se piden grandes cantidades de vacuna que no se utilizan debidamente.

Que se nos escuche por el director general de sanidad y por los médicos de la sanidad que tienen la obligación de vacunar.

Breve reseña histórica de la sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico "Sucre"

Señor Presidente, señores socios, señores:

Invitado por el señor Presidente y socios del Instituto Médico «Sucre» para dar una información de la Sección de Vacuna Antivariolosa, que bajo mi dirección funciona desde el año 1921, doy principio a ella invocando vuestra benevolencia para que os sirváis escucharme:

El día 3 de febrero de 1895, un pequeño grupo de selectos profesionales, teniendo por caudal la fe en su preparación, en su carácter, en su noble ideal de contribuir al progreso del país y desarrollo de la medicina, viendo además la falta de cohesión del cuerpo médico local, el debilitamiento de los vínculos en la deontología

médica y la necesidad de un cuerpo colegiado cuya palabra pudiera asesorar a la Nación en asuntos de salubridad, resolvió fundar una sociedad cuyos fines serían cultivar los estudios médicos mediante la práctica y experimentación, ver la aplicabilidad de los descubrimientos científicos y en su caso imponerlos en el país, sirviendo como mentor en los problemas que atañen al bienestar social; con tan noble deseo y llenos de la más fuerte voluntad fundaron el Instituto Médico «Sucre» cuyo aniversario celebramos hoy.

Guiados por tan dignos ideales, cuya mira principal era la salud nacional, la que con frecuencia se veía en peligro por fatales epidemias, entre las que la viruela era la más violenta, dió principio a la obra practicando ensayos de preparación de vacuna antivariolosa, con este fin en 1898 los doctores Ortiz, Cuéllar, Ramírez y Arteaga iniciaron las primeras vacunaciones en terneros, y ante los brillantes resultados obtenidos, no obstante las dificultades que tuvieron que vencer, continuaron entusiastas la elaboración de la vacuna con resultados extraordinarios, lo que consecuentemente trajo, a sugerencia del Instituto, la promulgación de la Ley de 21 de octubre de 1902, la que imponía la vacunación general, encargando al mismo tiempo a este Instituto el cultivo y elaboración de la vacuna para el servicio nacional, evitándose de esta manera la vacunación, que de brazo a brazo se hacía con pústulas de viruela, sistema que, al acarrear terribles inconvenientes, no conjuraba el mal, diezmando la población en forma pavorosa, como se ve en las estadísticas de 1889, en que disminuyó el 10% de la población total. Teniendo en cuenta todo lo anterior, el Instituto fundó su Sección de Vacuna Antivariolosa, encomendando su dirección a los doctores Cupertino Arteaga y Nicolás Ortiz, habiéndose, el primero, después de un breve tiempo de trabajo, ausentado a Europa, quedando de esta manera el Dr. Ortiz a cargo de la indicada repartición.

Antes de seguir con la relación de la vida de

nuestra Sección de vacuna, creo oportuno hacer breves consideraciones en forma general acerca de la vacuna antivariolosa:

Antes del descubrimiento de la la vacuna, para combatir la viruela, se utilizó la variolización, consistente en la inoculación del pus variólico de brazo a brazo a fin de atenuar la infección, siguiendo el método preconizado por Lady Montagne en el año 1721, hasta que el médico inglés Eduardo Jenner observó que individuos destinados al cuidado de vacas contraían cierta erupción en las manos, los mismos que tampoco eran atacados de viruela durante las epidemias que entonces se producían, todo lo que le condujo a pensar en una íntima relación entre la viruela y esas erupciones, dedicándose a trabajos de experimentación hasta que en mayo de 1796 inoculó el contenido de una pústula de la vaquera Sara Nemes al niño Santiago Fiepps, sin que éste se contagiase de viruela, no obstante su íntimo contacto con variolosos. Probada después la inocuidad del pus variólico en los afectados por el cow-pox se concluyó que éste era el tratamiento profiláctico del terrible mal.

A principios del siglo XIX, se trató de combatir una fuerte epidemia en Lima (año 1802 a 1805), por el método de la variolización, con resultado negativo, hasta que el Virrey de Buenos Aires Marqués de Sobremonte envió vacuna en placas, tocándole al Dr. Pedro Belmonte hacer la primera inoculación en el esclavo Cecilio Cortés, continuando la inoculación dió resultado satisfactorio culminando con la cesación de la epidemia.

El Rey Carlos IV, conocedor de los estragos que hacía la viruela en América, organizó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, presidida por Francisco Xavier Balmes y José Salvani, la que partió el 1º de diciembre de 1803 del Puerto de La Coruña, siendo constituida por jóvenes a quienes previamente se les vacunó obteniéndose su inmunidad, pues que ninguno de

ellos se contagi6 de viruela, estando en zonas afectuadas por la epidemia; Balmes efectu6 en Santa Fe de M6xico m6s de 100.000 vacunaciones y Salvani 40.000 en Lima.

En el Virreynato de Buenos Aires el Virrey Rafael de Sobremonte, secundado por el eclesi6stico Sutorino Seguirola propag6 la vacunaci6n, la que se hizo extensiva al Alto Per6.

El Claustro Universitario de La Plata, no fu6 ajeno al descubrimiento, pues que en 1819 el Presidente de la Real Audencia de Charcas, Mariscal de Campo Rafael Maroto, mand6 cesar la propagaci6n de la vacuna bastarda que perjudicaba la salud p6blica, sustituy6ndola con otra leg6tima y verdadera.

En nuestro pa6s toc6 al Gran Mariscal de Ayacucho en el a6o 1826, llamar la atenci6n de las autoridades mediante la siguiente circular: «los trastornos pasados y acaso la indolencia de algunas autoridades, han dado lugar a que el precioso l6quido de la vacuna se encuentre extinguido en varias partes y en otros adulterado, de lo que resulta que las viruelas est6n haciendo estragos, y para evitarlos S. E. el Jefe Supremo de la Rep6blica, me previene diga a V. S. que por todos los medios que est6n a su alcance se inocule la vacuna, haciendo que al menos en todas las capitales de provincia se conserve fresco y de buena calidad el l6quido. Tambi6n quiere S. E. el que V. S. estimule el celo de los curas a fin de que le tengan en su parroquia y que, o bien por ellos mismo se inoculen cada tres meses los ni6os que no lo hayan sido. La humanidad reclama el que todo hombre sensible se ocupe y se le d6 la propagaci6n de un espec6fico sin el cual est6 probado parece una tercera parte de la juventud. S. E. espera se penetrar6 V. S. de estas verdades, no omitiendo diligencia para llenar los objetos ben6ficos de esta nota; dando adem6s parte al Gobierno cada tres meses de los adelantos y mejoras que haya experimentado la vacuna en ese Departamento. Dios Guarde a V. S.

El 9 de febrero de 1828 se dictó la Ley que recomendaba a las Juntas de Sanidad Pública la conservación y propagación de la vacuna, siguiendo, con mayor o menor actividad, esta benéfica labor los demás gobiernos nacionales hasta que el Instituto Médico «Sucre» en 1900, encaró resueltamente el regular funcionamiento de su laboratorio de preparación de la vacuna.

A sugerencia del Instituto el Supremo Gobierno promulga la Ley de 21 de octubre de 1902 estableciéndose así la vacunación y revacunación de todos los habitantes de la República. También en 15 de mayo de 1908, mediante ley se crea comisiones de vacunadores ambulantes para el departamento del Beni y territorio Nl. de Colonias. El Presidente de la República Don Ismael Montes, por Decreto Supremo, reglamenta la Ley de vacunación y revacunación, encargando la elaboración del flúido a nuestro Instituto para su distribución en todo el territorio de la República.

Leyes y decretos que nunca han sido cumplidos en lo referente a la vacunación y revacunación, motivo por el cual la viruela que debía desaparecer en nuestro país, por tener el medio profiláctico específico, continúa aún obrando para baldón de los apóstoles de la ciencia médica.

El Dr. Nicolás Ortiz, organizador y fundador de nuestra Sección de Vacuna, de quien dije en otra oportunidad: «orgullo de nuestra raza y nuestro pueblo, galeno símbolo, Médico en la extensión de la palabra, rara y bella conjunción de bondad y ciencia», llevado de su entusiasmo y saber, después de los primeros ensayos continuó la labor con decisión produciendo el flúido que salvará a la humanidad de tan temible mal y diera justa fama al Instituto; es así que en 1900 dictó una brillante conferencia sobre la viruela, manifestando con cuadros estadísticos la remisión de la vacuna en cantidades que siguen hasta hoy ascendente línea de producción en paralelo a su eficiencia.

Fué entonces que el Instituto se vió obligado a vender el producto y ayudarse mediante pequeñas subvenciones municipales, etc. a fin de cumplir la humanitaria misión que se había impuesto, ya que no recibió ningún subsidio del Supremo Gobierno.

Recién en el año 1905 se hace la instalación de la Sección con todos los implementos y servicios necesarios que un laboratorio de ésta índole requiere, adquiriendo el instrumental preciso, reglamentado su funcionamiento y dictando la técnica para la elaboración de la vacuna, contando para su sostenimiento con la subvención nacional de Bs. 10.000.—

Todo lo que tuyo por resultado un franco desarrollo, permitiendo que la Sección de Vacuna remitiera a Santiago de Chile la cantidad suficiente de flúido para salvar algunas poblaciones de esa República que se veían azotadas por una intensa epidemia de viruela, dando también allí prueba de su eficacia, como lo acreditan las notas de agradecimiento enviadas a nuestro Instituto por la Junta Central de Vacunación de Santiago, en 25 de septiembre de 1905.

El funcionamiento de la Sección sigue el camino de su superación, contando para su sostenimiento con una subvención anual hasta el año 1912, en el que el Congreso Nacional, sin conocerse la causa, nacionalizó la Sección, sin ningún trámite legal, actitud que motivó la formal reclamación del Instituto en su calidad de legítimo propietario, la que dió por resultado que la partida respectiva del presupuesto sirva para pago de empleados y fomento de la repartición, reconociéndose al Instituto únicamente la propiedad de la Sección, cuyo nombre fué sustituido con el de Oficina Nacional de Vacuna. Siendo ratificado como Director el Dr. Nicolás Ortiz y nombrado Sub-director el eminente maestro Dr. Domingo Guzmán, cargos que desempeñaron hasta el año 1920.

A continuación presento el cuadro estadístico de producción durante el período anterior:

Año	1900	linfa	para	15,000	vacunaciones
»	1901	»	»	18,200	»
»	1902	»	»	21,024	»
»	1903	»	»	12,440	»
»	1904	»	»	18,893	»
»	1905	»	»	83,310	»
»	1906	»	»	50,571	»
»	1907	»	»	57,650	»
»	1908	»	»	75,000	»
»	1909	»	»	73,320	»
»	1910	»	»	68,196	»
»	1911	»	»	155,063	»
»	1912	»	»	122,000	»
»	1913	»	»	165,000	»
»	1914	»	»	342,000	»
»	1915	»	»	315,000	»
»	1916	»	»	407,950	»
»	1917	»	»	652,000	»
»	1918	»	»	776,000	»
»	1919	»	»	698,600	»
»	1920	»	»	391,200	»

En el año 1921, por falta de fondos, se mantuvo nuestra entidad en statu quo, y para salvar esa crítica situación el Instituto nombró una comisión para estudiar los medios de reiniciar las actividades de él. Este estado de cosas repercutió intensamente en la Sección de Vacuna, máxime si el personal que dependía del Supremo Gobierno renunció colectivamente sus cargos, dejando suspensa toda labor de la llamada Oficina Nacional de Vacuna; transcribo a continuación las palabras del Presidente del Instituto en aquel entonces Dr. Manuel Cuéllar: «A poco de mi llegada mis colegas me encomendaron nuevamente la presidencia del Instituto y desde las primeras sesiones les manifesté que no debíamos permitir que nuestra sociedad quedara en ese estado y después de un intenso cambio de ideas el Instituto resolvió recoger su Sección de Vacuna. A pesar de que esa medida podía traernos resentimientos agudos la llevamos a cabo con energía. Ante todo había que salvar el Instituto sin fijarse en consideraciones de ninguna clase. Se hicieron activas gestiones ante el Gobierno, aduciendo razones incontrovertibles que no creo necesario repetir, y esto produjo la renuncia colectiva del personal de la Vacuna, renuncia que fué aceptada por el Gobierno. Después, el Prefecto llama al Presidente del Instituto para comunicarle que había recibido orden del Ministerio que, a raíz de la renuncia del personal de la vacuna, se hiciera cargo de esa Oficina con carácter provisional a fin de no interrumpir el servicio, mientras el Gobierno nombre nuevo personal de esa oficina. Esta presidencia respondió que en esas condiciones no podía aceptar la proposición del Sr. Prefecto, que la oficina de Vacuna era propiedad exclusiva del Instituto y que sólo aceptaría siempre que se entregue sin condiciones. Luego el que habla recibió telegráficamente nombramiento de Director de esa Oficina y telegráficamente también contestó no aceptándolo, pues mal podía el Presidente del Instituto, aceptar una situación que a su juicio era perjudicial y despresiva a los intereses de la Sociedad. Después de varias confe-

rencias celebradas con el Ministro de Gobierno se resolvió al fin hacer la entrega de la Oficina de Vacuna al Instituto en las condiciones fijadas por esta presidencia. Este acuerdo fué sometido a la consideración de la Sociedad y se resolvió que el Instituto reincorporase a su seno la Sección de Vacuna, debiendo desenvolverse ésta dentro de las prescripciones del Estatuto y Reglamento Social. Se resolvió asimismo que el Jefe y Sub-jefes de esa Sección, nombrados por el Instituto deberían prestar sus servicios AD HONOREM, como se había hecho en otros tiempos, quedando en consecuencia la partida correspondiente a sueldos en beneficio de la Sociedad.

Se encargó a la Presidencia reorganizar esa Sección en las mejores condiciones posibles. Hecho esto, se nombró jefes de esta Sección a los doctores Aniceto Solares y Armando Solares Arroyo, quienes trabajaron con empeño, quedando después sólo el Dr. Solares Arroyo, el que ha seguido hasta ahora desempeñando el cargo con asiduidad que lo honra» (Conf. en 3 de febrero 1843).

Resuelto así este incidente que gravemente afectaba la vida de la Sección de Vacuna, dentro de un ambiente de susceptibilidades e inquietudes, nos hicimos cargo de ella, abroquelados de elevada moral nos impusimos el trabajo de reorganizar todo el servicio, que al quedar abandonado sufrió fuerte quebranto tanto en producción como en calidad; en breve tiempo el funcionamiento se normalizó sensiblemente el Dr. Aniceto Solares se vió obligado a dejar el servicio, por tener que ausentarse por tiempo indefinido, quedando, de esta manera la dirección encomendada únicamente a mi persona.

Designado Director, cúpome seguir con la reorganización, modernizando los laboratorios, haciendo variaciones que se imponían en la técnica de elaboración, mejoras del local, instalación de servicio de agua, etc., llegando a constituir la Sección los compartimientos siguientes: laboratorio bacteriológico provisto de un mi-

microscópico Zeiss, sala de elaboración del fluido con frigorífico, molino, filtrador de vacuna, campana de aspiración, etc., sala de esterilización completa, tres salas de vacunación de terneros, sala de embalaje, oficina de la Dirección, contándose además con un amplio establo en el que se efectuaron modificaciones de urgencia, haciéndose notar que las mejoras en el local no son completas, imponiéndose su radical y apropiada modificación.

Los terneros que se utilizan para el cultivo de cow-pox son seleccionados, prefiriéndose los de 6 meses a un año de edad que se hallen en buen estado de nutrición. Se ha observado que los de mejor calidad proceden de los valles de Mojotoro y de las riberas del Pilcomayo, los que con sus óptimas condiciones vitales, rinden mejor linfa vacunífera, tanto en cantidad como en calidad. No es aventurado afirmar que para la calidad de nuestra vacuna influyen en forma acentuada las particularidades del ganado vacuno, como también las climáticas y luminosas donde se produce ella. Teniéndose muy en cuenta que la tuberculosis, aftosa y otras epizootias son raras en nuestros bovinos, los que recién después de riguroso examen y observación de las condiciones en que se hallan, lo que dura 3 o 4 días, desechándose aquellos en los que se constata erupciones o síntomas sospechosos de infección, se procede a su vacunación; durante la evolución de las pústulas los terneros son aislados y sometidos a dos observaciones diarias, con toma de temperatura rectal, etc., hasta la formación de costras y su recolección. Los terneros en que se notase irregularidades en la evolución de las pústulas o algunos síntomas especiales son sacrificados y si en la autopsia se comprueba alguna enfermedad, no se utiliza la vacuna obtenida de ellos.

La recolección de costras, su maceración, molido, filtrado, conservación de la pulpa y envase de ella se practica cumpliendo estrictamente la técnica propia de la Sección.

Una vez preparada la linfa, es sometida a riguroso control microscópico, para comprobar, luego, clínicamente su eficiencia; probada ella, es envasada en ampolletas y frasquitos de vidrio esterilizados.

Si la actividad de la vacuna disminuye se usa el cow-pox espontáneo y con mayor éxito la vacuna obtenida de asno, la que se practica con técnica similar a la aplicada en los terneros. Para hacer efectivo lo indicado, tenemos, como ya dije, el material necesario y su empleo está sujeto a observación minuciosa dentro de la más rigurosa técnica científica.

El envío de ampolletas y frasquitos a los diferentes puntos donde debe usarse la vacuna, es acompañado por tarjetas que llevan las indicaciones necesarias para ser llenadas con los resultados obtenidos en las inoculaciones, las que son devueltas a la oficina con objeto de llevar la estadística y control.

Imbuído del interés de superación del producto, el personal ha sabido cumplir las obligaciones contraídas con absoluta decisión y entereza. Sin embargo, malas susceptibilidades, ignorancia muchas veces y aun —por qué no decirlo—, bastardos intereses trataron de poner obstáculos al desarrollo de la Sección, manifestando temerariamente la ineficacia de la vacuna, su elevado costo de producción, e imaginando supuestas complicaciones patológicas originadas por su inoculación; unas y otras afirmaciones, sin fundamento racional ni científico, fueron desbaratadas por la razón y el éxito cada día más cimentados de la bondad de nuestro producto. A tales hechos obedece la encuesta médica de junio de 1922 y la formación de comisiones AD HOC que debían practicar la investigación bacteriológica y clínica de nuestra vacuna, las mismas que confirmaron plenamente la buena calidad de ella y el ningún peligro en su inoculación.

En 1929, tocó al Director del Instituto Nacio-

nal de Bacteriología de La Paz atacar también, no ya poniendo en tela de juicio la calidad del producto sino alegando su elevado costo, debiendo el país, por este motivo sostener un solo laboratorio de vacuna subvencionado por el Estado, naturalmente que dicha tesis no perseguía el laudable propósito de que nuestro Laboratorio fuese el agraciado por la subvención, sino el del norte. Una oportuna refutación, con lógica contundente y verdades incuestionables, hecha por esta Dirección, dieron fin a las inconfesables intenciones.

También nos vimos forzados a incluir a los envíos de vacuna un cartilla indicativa de la práctica de vacunación, ya que la ignorancia de tan elemental operación daba lugar a dudar de la eficacia de la linfa, acreando el consiguiente descrédito de nuestro producto.

Todas estas contrariedades no han debilitado en lo mínimo mi espíritu siempre animado de continuar laborando por el bien del país y de la institución, hasta conseguir elevarla al pedestal que hoy ocupa, sin que sea posible ya discutir la eficiencia del producto, así como su capacidad productiva.

Abonan la anterior afirmación las notas que recibe el Instituto, tanto procedentes de nuestro país como del extranjero, recalcando su eficacia, limitándome, en prueba de ello, a transcribir una de las últimas comunicaciones, me refiero al oficio enviado por el Jefe de Epidemiología del Departamento de Cochabamba en fecha 8 de enero del presente año y que dice así:

«Cochabamba, enero 8 de 1947.

«Al Sr. Dr. JEFE DE LA OFICINA DE VACUNA ANTIVARIOLOSA.—Sucre.

Señor Doctor:—Tengo el honor de dirigirme a su muy respetada autoridad, a efecto de significarle a nombre de la Jefatura de mi cargo el más profundo agradecimiento por su valiosa como decidida colaboración

durante el pasado año, al habernos provisto en forma permanente flúido antivarioloso.—Con el producto proveniente de sus laboratorios, se han practicado 52,678 vacunaciones, con un resultado positivo aproximado del 96,3% aplicándose la falla escasa porque no siempre se puede verificar un control exacto, por factores de inmunidad y por faltas de técnica del personal encargado de esta labor.—El índice anterior es completamente satisfactorio y muy superior al que se ha obtenido en vía de experimentación con flúidos provenientes de la Argentina y el Perú.—Dado el éxito y bondad de los preparados en el Instituto de su digna dirección, y dado también el anhelo de esta Oficina de conseguir la vacunación integral de este Departamento, me permito solicitarle muy respetuosamente el envío de mayores cantidades de vacuna y sea en forma permanente, ya que, en la actualidad, nuestras necesidades no se abastecen con los gentiles envíos que nos hace.—Aprovecho esta oportunidad para significar a Ud. mi deseo por el creciente progreso y éxito del laboratorio de su dirección en el presente año, y reitero a Ud. mis consideraciones de respeto y distinción.—Dr. Carlos E. Capriolo.—Médico Jefe de Epidemiología».

Las cifras que a continuación indico demuestran el curso ascendente en la producción durante el período de 1921 a la fecha, es decir, todo el tiempo que he dirigido la Sección:

Año 1921 linfa para 525,000 vacunaciones				
»	1922	»	»	313,340
»	1923	»	»	154,022
»	1924	»	»	246,000
»	1925	»	»	86,500
»	1926	»	»	121,360
»	1927	»	»	118,720
»	1928	»	»	134,058
»	1929	»	»	155,740
»	1930	»	»	90,980
»	1931	»	»	150,960
»	1932	»	»	313,440
»	1933	»	»	270,623
»	1934	»	»	238,800
»	1935	»	»	173,800
»	1937	»	»	440,600
»	1938	»	»	283,240
»	1939	»	»	250,600
»	1940	»	»	233,940
»	1941	»	»	392,020
»	1942	»	»	818,040
»	1943	»	»	1.231,680
»	1944	»	»	672,140
»	1945	»	»	1.011,940
»	1946	»	»	902,223

Irregularidad sub-
(vención

Irregularidad sub-
(vención

Se vacunaron 1,627 terneros y 18 asnos.

El personal que actuó bajo mi dependencia durante ese tiempo, compuesto por estuđiantes en los cargos de auxiliares, que al presente son distinguidos profesionales, es el siguiente:

Ernesto Vargas, Miguel Mañoz, Venancio Torres, (sirviente mozo), José G. Gonzáles, Simón Lora (sirviente mozo 1922) Graciano Guzmán, Carlos Toro, José Sujet, Gregorio Valda, Enrique Toro, Carlos Zamora, Pedro Mostajo, Alicia Calderón, Jael Reyes, Mercedes Daza, Amelia Sandoval, Raúl Oropeza, Carlos Tadiç, Alberto Zamora, Juan Peñarrieta, Pastor Navía, Humberto Zelaya, Alberto Villafán, Marcio Ortiz.

Valga esta oportunidad para expresar que el auxiliar sirviente Simón Lora, que ha trabajado casi todo el tiempo de mi dirección, lo ha hecho con intachable disciplina y acrisolada honradez.

He ahí, a grandes rasgos, la labor de la Sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto Médico «Sucre», la que ha dado cumplimiento a uno de los ideales de aquellos preclaros galenos que fundaron la Sociedad; imponiéndose ahora, para completar la obra, sostener el prestigio que ha adquirido, a trueque de cualquier sacrificio, con decisión y desinterés, todo por el bien de la humanidad, y satisfacción de nuestra querida Institución.

Dr. Armando Solares Arroyo

La Fundación Rockefeller en Bolivia

El Sr. Presidente del Instituto Médico «Sucre» ha tenido la gentileza de invitarme a ocupar esta tribuna, para que pudiera hacer una síntesis de la labor que ha desarrollado la Fundación Rockefeller por intermedio del Servicio Especial de Profilaxia en Bolivia y la que ha iniciado en el Departamento de Chuquisaca.

«El bienestar de la humanidad, a través del mundo», es el lema de la vieja institución filantrópica la Fundación Rockefeller, conocida en todos los confines de la Tierra.

En el año 1932 fué contratada la división Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller por el gobierno de Bolivia, para combatir la fiebre amarilla que devastaba las poblaciones del Oriente y Norocste; habiéndose desenvuelto a partir de esa fecha sin interrupción, hasta conseguir exterminar el agente transmisor (el *Aedes aegypti*), en todo el territorio de la República; siendo nuestro país, el primero de Sud-América que tu-

vo la gloria de verse libre del transmisor de la fiebre amarilla urbana, lo que constituye el primer gran triunfo en la epidemiología nacional.

Actualmente, en el Departamento de Chuquisaca como en las ciudades de Cochabamba, La Paz y Santa Cruz, se ha instalado un puesto de control de la fiebre amarilla selvática, utilizando la única arma disponible cual es la vacunación para inmunizar a todos los que deben ponerse en contacto con la selva de la zona amarílica.

El Servicio de Fiebre Amarilla, mantiene estricta vigilancia para conservar el país libre del mosquito vector de la fiebre amarilla, particularmente en varios puntos de nuestras fronteras, como las zonas próximas a la localidad de Maldonado en la frontera con el Perú; las regiones que limitan con Fortaleza del Abuná, en el Brasil; y en la frontera Argentina, la zona de Yacuiba, que constituyen una amenaza de posible reinfestación, porque existe el mosquito *Stegomyia* o *Aedes aegypti* en esas regiones limítrofes.

Se efectúan verdaderos diagnósticos retrospectivos, empleando el procedimiento de las pruebas de protección con las que se determinan, si una persona, enfermó o no fiebre amarilla. Además, el Servicio de Viscerotomía controla toda la extensa zona endémica de fiebre amarilla silvestre, que abarca más de las dos terceras partes del territorio nacional; en el que, imprescindiblemente se obtiene un fragmento de tejido hepático de los fallecidos por enfermedad febril que hubieran tenido una evolución menor de diez días, para su examen anatomopatológico por técnicos especializados.

El Servicio de Uncinariasis, que se ocupa de la campaña y el control de una de las parasitosis intestinales de los habitantes de nuestros climas cálidos, está efectuando una ardua labor tanto en la cuenca tributaria del Amazonas, como en Santa Cruz, por el sanea-

miento del terreno, el tratamiento y la educación sanitaria del pueblo para cambiar radicalmente su manera de vivir, con la cooperación de todas las clases sociales, venciendo la oposición y la resistencia pasiva de la clase media é indígena.

Un niño se contamina desde el momento en que se desprende de los brazos de su madre y empieza a caminar solo, adquiriendo los parásitos en estado de larvas, las que penetrando a través de su piel, determinan la anemia típica de los habitantes de nuestras zonas tropicales y subtropicales, predisponiéndolos a una serie de complicaciones patológicas y a la decadencia racial consiguiente.

Fueron organizadas las unidades sanitarias de Nor y Sud Yungas, que se ocupan exclusivamente de trabajos de patología tropical.

En malaria, desde hace 4 años, el Servicio Especial de Profilaxia, bajo la tuición de la fundación Rockefeller, controla nueve áreas, todas ellas ubicadas en regiones subtropicales.

El éxito de una campaña antimalárica, depende del método de trabajo que se adopte, después de las encuestas de reconocimiento, como las que estamos realizando en los valles próximos a Sucre y que en breve se extenderán a la zona Zudañez-Boyube por la que debe atravesar una importante vía férrea.

Una encuesta de reconocimiento comprende la medición de la morbilidad, índice esplénico, sólo en niños menores de 12 años, fórmula esplénica; en la que no debemos perder de vista, la inmunidad comunal que tiene un gran valor malariométrico, la hipetrofia de bazo que constituyen el signo de reacción contra la infección. Posee un gran papel epidemiológico, porque en las comunidades con premunición no pueden estallar epidemias ya que todos están infectados y con resistencia valorable al parásito malárico.

Además de que existe en nuestros valles andinos la situación denominada «hipoendémica» por infecciones muy espaciadas o por la presencia de una sola y simple especie o cepa de plasmodium; que pueden conducir a interpretaciones erróneas.

Es indispensable realizar las medidas de parasitemia; tasa é índice parasitarios; tasa de infecciosidad e índice gametocíticos; fórmula parasitaria; promedios de infección y densidad parasitaria.

Además, el médico malariólogo está obligado a efectuar el estudio entomológico, de las especies anofelinas presentes, la identificación y el estudio de la biología de las especies anofelinas vectoras; el índice oocístico y esporozoítico; índice de antropofilia y de fecundación, tasa de infectividad y de transmisión.

Al mismo tiempo se efectuará el estudio climatológico, topográfico, y la hidrología en su relación con la malaria; complementada con datos geográficos, económico-sociales, demográficos, importancia de la zona que se debe controlar en relación a su densidad de población, recursos humanos y económicos disponibles, para poder indicar el método o procedimiento de control más adecuado entre los métodos mecánicos del «Gran Saneamiento» de la alta ingeniería sanitaria; o el «Pequeño Saneamiento» del suelo por obras de ingeniería temporales de poco costo y renovables anualmente.

El control de la fase acuática se efectúa por los larvicidas como el verde de París, D. D. T. petróleo, etc. y el de los alados, por los mosquitocidas como el D. D. T. piretro etc.

En el procedimiento antilarvario, se emplean los métodos similitudinales; repelentes y de ataque; arborización y sombreamiento de criaderos; modificación de la composición físico-química del agua; desarrollo de la fauna antilarvaria y antianofelina; cultivos favorables, riegos; regulación de cultivos, etc.

El eje de la campaña antimalárica esta constituido por el inspector, que diariamente debe proteger una área media de dos mil metros cuadrados de superficie de agua, empleando por ejemplo, verde de París, pudiendo abarcar unos once mil metros cuadrados por semana; pero en el lecho de los ríos, sólo llegará a cubrir unos seis mil metros cuadrados en una semana; en cambio, en lagos o aguas estancadas en grandes extensiones, un solo Guarda puede proteger hasta diez y ocho mil metros cuadrados; variando el trabajo, de acuerdo a la biología del anofelino vector y de los factores geotéluricos.

Actualmente en el Departamento de Chuquisaca, tenemos el paludismo endémico más alto del mundo (en altitud) en la localidad de Camargo, en el río Tota de la Provincia Cinti* (2.600 mts. sobre el nivel del mar) donde se desarrolla el *Anopheles pseudopunctipennis* que constituye el *Anopheles* andino de los valles altos de Sud América, distribuido en Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile y la Argentina y que alcanza en Chuquisaca, su máxima altitud.

El Servicio Especial de Profilaxia espera interesar a los estudiantes de la Facultad de Medicina, en todas las actividades que abarca su organización, para que en el futuro encaren con toda entereza nuestros problemas de Salud Pública.

Sucre, 3 de Febrero de 1.947,

Dr. Víctor Lora Ponce.

* L. W. Hackett (International Health Division of the Rockefeller Foundation) "*The malaria of the Andean Región of South America*":

La lucha contra la tuberculosis

Los recursos de que se vale la medicina preventiva para reconocer la infección tuberculosa.- La finalidad que busca: Inmunización como defensa activa y eficaz; no contaminación, como medio coadyuvante y pasivo.

La condición indispensable para combatir al enemigo es conocerlo con el mayor detalle posible, saber su situación exacta y los medios de ataque de que dispone. En este concepto general de lucha se basa el precepto profiláctico de la lucha antituberculosa, de andar siempre en busca de nuevos casos de esta dolencia y de procurar por todos los medios posibles descubrirlos donde se encontraren. Esta tarea de indagación continua o periódica, inspección o «survey» sistemático, lleva por principal objeto clasificar a los contaminados según su mayor o menor peligrosidad, su mayor o me-

nor sensibilidad morbosa, para tomar resoluciones conducentes a impedir la transmisión del mal y también la aceleración de los procesos en evolución. El diagnóstico precoz, que es la consecuencia de estas investigaciones, conduce a establecer medidas sociales, familiares o individuales, a organizar debidamente el arsenal o armamento antituberculoso curativo; pero su mayor importancia y trascendencia estriban en poner en actividad los recursos preventivos.

Con espíritu absolutamente desapasionado, vamos a hacer una breve síntesis de los recursos de que se vale la medicina preventiva para reconocer la infección y la enfermedad tuberculosa. La primera es sólo el ingreso o penetración dentro del organismo del bacilo; la segunda es ya el resultado de la acción destructora del bacilo sobre los órganos y tejidos del sujeto atacado.

* * *

Nuestra corta exposición no incurrirá, desde luego, en el pecado común de confundir o equiparar lo accesorio con lo fundamental, lo subalterno con lo principal, ni aceptar ciegamente ideas o doctrinas que no han pasado por el tamiz de la realidad o de la lógica. La creencia unánime en un hecho no es un motivo para privar a la investigación y al criterio científicos del libre examen.

Comenzaremos con las palabras de los doctores Hernán Romero y Juan Moroder, profesor y jefe de trabajo respectivamente de Salubridad Aplicada en la Universidad de Chile, publicadas en el vol. 25, N°. 7, correspondiente a julio de 1946 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Panamerican Sanitary Bureau):

«Esta indagación (el *survey* sistemático de grupos de población para el descubrimiento de casos de tuberculosis evolutiva) no puede ni debe estar basada en

la investigación tuberculínica, limitando las investigaciones ulteriores a los que reaccionan positivamente». Nada más cabal ni concienzudo. La censura va dirigida contra esos fanáticos de la tuberculinorreacción, que resultan más papistas que el papa, dándole a este procedimiento el carácter de dogma.

Las investigaciones del laboratorio, las de la clínica y las de la radiología, deberían, en realidad, formar las tres sólidas columnas en que reposase el edificio del diagnóstico de la tuberculosis. Mas, la tuberculinorreacción, que despierta gran interés científico, apenas posee un valor diagnóstico mínimo en el adulto, al contrario de lo que pasa en las criaturas; los métodos de suerodiagnóstico (reacción de aglutinación y reacción de fijación) carecen todavía de valor práctico; la investigación de los signos clínicos fracasa, en manos de los más expertos prácticos, ante las tuberculosis incipientes y asintomáticas; y las proporciones de tuberculosos obtenidas por este género de investigaciones, son sumamente variables, sobre todo si se establece, como es uso corriente, el grupo de los «sospechosos», basado en la tuberculinorreacción positiva, acompañada de exámenes clínicos o de laboratorio no concluyentes. Cosas todas que tienen por resultado la formación de estadísticas engañosas, de esas que, con tanto acierto, fueron calificadas como el arte de mentir con números.

La tuberculino—reacción intradérmica o cutánea (¡y hay que ver todavía la naturaleza de la tuberculina empleada!) en los niños pequeños revela la realidad de existencia de las tuberculosis evolutivas, pues los observadores e investigadores de todos los países están de acuerdo para declarar que en ellos la tuberculosis casi nunca se presenta en estado latente; y por consiguiente, puede afirmarse que «reacción positiva» se traduce por enfermedad, y reacción negativa por contaminación. Por otro lado, la infección tuberculosa en el niño de pecho, en el lactante, es muchísimo más gra-

ve que en el niño mayor, en el adolescente o en el adulto.

En estos últimos, la prueba tuberculínica puede hacernos apreciar—aproximadamente—la presencia dentro del organismo del bacilo, mediante la comprobación del fenómeno de Koch y de la alergia (ambos fenómenos sujetos a múltiples contingencias normales y patológicas); pero no alcanza a hacernos conocer si ese microbio realiza o no su acción nociva, esto es, si hay o no hay enfermedad tuberculosa. Por medio de la prueba tuberculínica se obtienen y se obtendrán siempre datos para hacer estadísticas de las tuberculosis puramente anatómicas, cuando lo que busca el higienista y lo que desea encontrar con seguridad el clínico, es la tuberculosis evolutiva, la única peligrosa para el individuo, su familia y la sociedad. Tan cierto es esto que siendo la tuberculinorreacción un sistema de introducción de la tuberculina dentro del cuerpo, o, lo que es lo mismo, un sistema de infección, todo sujeto inoculado debería también figurar entre los llamados tuberculosos por mala interpretación de los hechos y por abuso de lenguaje.

Pero contemporicemos con los que equiparan en sus condiciones de receptividad tuberculígena a los niños con los adultos y aun con los hombres maduros. Veamos qué ventajas obtienen buscando la alergia y empleando el procedimiento intradérmico de Wallgren, el de Rosenthal o de multipunturas, la escarificación de Weill - Hallé, etc., no ya con la mira diagnóstica que induce al empleo de la tuberculina, sino con el BCG como remedio preventivo o de precautelación.

Como asunto previo, tratemos de la alergia.

Dejamos la palabra al doctor Pedro Domingo, eminente fisiólogo, experto en la materia. Para ello entresacaremos de la Revista Cubana de Tuberculosis, año 9, N.º. 1, enero—marzo de 1945, los siguientes conceptos;

«Unos aseguran que la alergia es la forma de inmunidad antituberculosa que crea el organismo para cerrar la puerta a nuevas posibles infecciones. La expresión de su mecanismo es el fenómeno de Koch, que realiza esta finalidad y también facilita la salida del organismo de las bacterias que hayan podido alcanzarle. La eficiencia de la vacunación antituberculosa se mide, pues, por la alergia de los sujetos vacunados, calculándose el plazo necesario para alcanzar la inmunización y conseguirla por el que emplea en hacerse patente la modificación alérgica; y precediéndose a la revacunación así que ella decrece ostensiblemente o desaparece. De donde resulta que tendrá mayor valor siempre la vía de vacunación y la técnica capaz de producir una alergia más rápida, más intensa y más duradera».

«Pero otros investigadores afirman que la alergia nada tiene que ver con la inmunidad y mucho menos con el estado de resistencia a las reinfecciones. Los datos clínicos demuestran que la evolución de muchas formas de la «enfermedad tuberculosa» no se muestra fiel a los esquemas en su relación con la alergia, que en principio se habían trazado. Los enfermos pueden *desalergizarse* sin que la resistencia sufra modificaciones ni la enfermedad empeore. El *test* (prueba) clásico para descubrir la alergia no puede servir de guía para conocer el estado de resistencia específica a la infección o a la enfermedad conferido por la vacunación. La alergia positiva no implica otra conclusión que la de poder afirmar la implantación dentro del organismo de un germen tuberculoso. La alergia y la inmunidad seguirán cada una su camino, siendo aventurado y peligroso, en el estado actual de nuestros conocimientos, considerar a la alergia como exponente fiel de la inmunidad o viceversa».

Como se ve, el doctor Domingo no hace sino presentar la resaltante antítesis de las teorías que ex-

plican la significación de la alergia de una manera metafísica o se contentan con mostrar la desnudez de los hechos, que ciertamente no se amoldan a las teorías, porque el mundo no es como quisiéramos que fuera sino como es. Este y no otro es y debe ser siempre el proceder de un verdadero hombre de ciencia. Sectarizarse en un bando o en otro es labor de políticos extremistas que todo lo ven a través del prisma de la pasión. Las afirmaciones de estos últimos son tanto más huérfanas de autoridad cuanto más carecen de serenidad, medida y experiencia.

Hay todavía una circunstancia que no hemos mencionado y que no debemos pasar por alto. La reacción alérgica depende en mucho, no del estado del organismo solamente, sino del alérgeno que se emplea para despertarla. Así la acción de la antigua tuberculina de Koch (OTTA) adolece de variaciones y de defectos que han puntualizado los especialistas, y que producen confusiones en el porcentaje, cantidad y peso de las diluciones, de donde provienen errores de bastante trascendencia en las apreciaciones de los resultados obtenidos. La proteína tuberculínica de Florence B. Seibert (P P D) se halla constituida por una mezcla de proteínas de diversas dimensiones moleculares y de propiedades alérgicas diferentes, con la paradójica circunstancia de que actividad es mayor cuanto más diluida está. Las suspensiones de B C G de Luís Sayé, en inyección intradérmica, revelan estados alérgicos atenuados o latentes a dosis de un décimo de miligramo cuando no logran hacerlo las concentraciones de tuberculina antigua de Koch al décimo de concentración, tomando en cuenta su peso. Las suspensiones de B C G muerto, de Assis y Carvalho, poseen la propiedad de liberar del bacilo ciertas substancias que actúan independientemente de los alérgenos que integran sus tuberculinas. El extracto B C G, en líquido de Ringer, es superior al B C G, vivo o muerto, con muchas ventajas sobre las preparaciones anteriores, y puede usarse primero diluido y después puro en una segunda prueba,

además de que su conservación es buena y dura más de un año en refrigerador. El parche tuberculínico de Vollmer, por el hecho de detener entre la piel y la cubierta de celofán del mismo una cantidad de tuberculina desecada en una pequeña superficie de papel filtro, se utiliza mejor en los niños en razón del poder absorbente de su piel tierna.

Con todos estos procedimientos, que son solamente los más usuales, y con los innúmeros estudios de que ha sido objeto hasta hoy el problema, resalta un hecho evidente: la inmensa dificultad de interpretar la alergia, que no depende únicamente de la reacción del organismo en presencia del alérgeno, sino de la naturaleza y composición de éste. Por otra parte, volvemos a repetirlo, no existen opiniones concordantes respecto al significado de la alergia.

Si esto es así, no alcanzamos a comprender cómo se preconizan y se practican inoculaciones tuberculinicas en serie, sistemáticamente, concediendo a los resultados contingentes que se obtienen un crédito que no merecen. Lo menos que se puede decir es que el método de las tuberculinorreacciones en los niños mayores, adolescentes y adultos, y la búsqueda de la alergia a *outrance*, no es un medio diagnóstico ni poderoso ni concluyente, porque, al fin y al cabo, si la alergia depende de muchos factores, hasta cierto punto contradictorios, y no da una respuesta clara a la pregunta que se le dirige, y su máxima afirmación no pasa de decir: «no garantizo nada sobre la inmunidad que se investiga y se desea; sólo puedo decir que hay una seguridad relativa de que el bacilo ha penetrado en el organismo»; si sobre esta base inconsistente se van a hacer estadísticas y sacar conclusiones, hay que llegar al convencimiento de que ni las primeras ni las segundas podrán revestirse del carácter de la seriedad científica ni de la verosimilitud indispensable para ser tomadas en cuenta. No es la satisfacción pueril de presentar numerosos casos de inoculaciones y de llenar papeles impresos

con cifras (desde luego inseguras, si no falsas), para mostrar al público que se ha realizado un trabajo por demás arduo, lo que ha de orientar a la ciencia y lo que ha de encontrar la verdad, si no se ha de rodear esta labor de la garantía de que se han eliminado las causas de error. Las más variadas tuberculinas, introducidas dentro de la piel mediante las más variadas técnicas y a las más variadas dosis, no pueden ser homologadas entre sí, para deducir conclusiones homogéneas. Lo complejo y heterogéneo no puede encajarse en fórmulas simples, como tampoco puede apreciarse el peso, el volumen, las dimensiones y la temperatura de los cuerpos haciendo uso nada más que de la balanza.

Además, de una manera general, las observaciones no son seguidas con escrupulosidad, continuidad y vigilancia en los sujetos que han sido objeto de la prueba tuberculínica. Después de practicada ésta, cada individuo está libre de control, o apenas es controlado ligeramente.

El doctor R. Long, Director del Instituto Henry Phipps para el estudio, tratamiento y prevención de la Tuberculosis de la Universidad de Pennsylvania, Filadelfia, en su artículo «EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL EJERCITO DE LOS ESTADOS UNIDOS DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL», publicado en el N.º 1, volumen 25 del Boletín Sanitario Panamericano, de enero de 1946, pág. 13, dice: «La experiencia de los años transcurridos desde la primera guerra mundial ha demostrado que EL UNICO MEDIO de descubrir la mayoría de los casos de tuberculosis mínima asintomática, es el examen radiológico. Por lo cual el examen radiológico pasó a ser obligatorio en el examen físico de entrada».

* *

El eje de la solución del problema de la profilaxia de la tuberculosis es la consecución de un diagnós-

tico precoz. ¿Y cómo se alcanza esta finalidad? Siendo la clínica impotente e insuficientes e imprecisas las investigaciones de laboratorio en el comienzo de la enfermedad, Purriel y Piaggio, distinguidos especialistas uruguayos, opinan que en la mayoría de los casos sólo es factible por los métodos físicos, radiografía, radioscopia, roentgenfotografía. Este último procedimiento, por múltiples razones en que se apoyan los autores nombrados, es el que ha venido a resolver el problema que esta investigación plantea, tanto que consideran al descubrimiento del brasileño Abreu, en el campo de la protilaxia, a la misma altura que el descubrimiento de Koch en el campo de la bacteriología. Apoyados en las publicaciones de valiosos fisiólogos americanos, sintetizan su opinión en la siguiente forma, que extractamos de la Revista de Tuberculosis del Uruguay, tomo XIII, diciembre de 1945.

«El diagnóstico precoz mediante exámenes de colectividades por la roentgenfotografía ocupa el primer plano siendo los demás recursos meramente complementarios, tales la investigación de la alergia y el fichaje perfecto.

«El uso de equipos portátiles es indispensable, pues no se debe esperar sentados en un consultorio médico que se presente el portador de lesiones tuberculosas, en vez de lanzarse a la calle en su busca, que, en su fase abierta, debe ser considerado como peligro social.

«La radiografía sería el método ideal, ya que, a la existencia de una documentación indeleble, se apoya una perfección técnica que permite estudiar los más finos detalles lesionales; pero a nadie se le ocurriría, dado el elevado costo de este método, aplicarlo en el sondeo de grandes grupos humanos. La radioscopia ha demostrado ser inoperante e ineficaz para la investigación de masas, y para no redundar en detalles, sólo enunciaremos los principales argumentos que se esgrimen en

su contra: a) Ningún técnico puede observar en una jornada gran cantidad de individuos; b) Existen al respecto estadísticas que no dicen que las pequeñas lesiones quedan sin diagnosticar en un porcentaje del 10% cuando se emplea la técnica radioscópica. (La Investigación de Fellows da un 13% de errores) c; Desde el punto de vista social y científico es indispensable documentar la imagen radioscópica.

«Robert Duncan, en el 10º. Manuel Meeting of College, efectuado recientemente, ha estudiado desde el punto de vista comparativo el valor de los diferentes métodos de examen, llegando a la conclusión de que el examen foto fluorográfico en masa es el responsable de haber disminuído los índices de morbilidad.

«En Estados Unidos el «mass examination» se efectúa basándose en la organización de unidades móviles que llevan el método profiláctico al seno mismo de las colectividades. Es de convicción arraigada ya entre todos los especialistas que los dispensarios tal como funcionaron antes y siguen funcionando aún, estáticos e inmóviles, no se encuentran en condiciones de efectuar diagnósticos precoces».

El diagnóstico precoz, para ser hecho en gran escala, tener utilidad y ofrecer ventajas y seguridades a la colectividad, requiere del método roentgenfotográfico aplicado sistemáticamente a las aglomeraciones humanas de la enseñanza, del ejército, de la industria, etc, por medio de técnicos preparados provistos de equipos portátiles, sin que por aplicarse este procedimiento queden sin valor los equipos fijos para los exámenes en consultorios situados en lugares adecuados y convenientes al fin que se proponen.

En diciembre de 1946, se ha publicado, traducido al español, en Montevideo (Hoja Tisiológica) el Estudio de las actividades de la Lucha contra la Tuberculosis en los Estados Unidos, escrito por el Dr. Her-

man E. Hilleboe, director médico en jefe del Departamento de Lucha contra la Tuberculosis del servicio de salud pública de aquella nación. «La solución obvia, dice, (para combatir este mal) fué desarrollar un plan para que los pacientes se sometieran al tratamiento con formas iniciales más fácilmente controlables. Ahora, debido a las actividades de la pesquisa sistemática del Departamento, el examen radiológico se encuentra al alcance del pueblo, lo que permite frecuentemente descubrir la tuberculosis en su etapa inicial. Con una sola unidad para röntgenfotografía y un personal de un médico, dos técnicos y un auxiliar para llevar las anotaciones, se pueden examinar quinientas personas en ocho horas diarias de labor...En años recientes sólo de un diez a un quince por ciento de los enfermos admitidos, en los hospitales para tuberculosis tenían formas iniciales de enfermedad. Hoy, con la moderna técnica de buscar los enfermos, del 65 al 70% de los casos hallados se hallan en la primera etapa, que es cuando puede ser fácilmente contenida, hasta sin necesidad de asistencia hospitalaria...De julio de 1942 a julio de 1945, unidades portátiles examinaron a más de un millón de personas de la industria...Como procedimiento de rutina, el costo de una radiografía de tórax es aproximadamente el mismo que el de un recuento de glóbulos o de un análisis de sangre. El funcionamiento de la moderna unidad röntgenfotográfica es tan sencillo que cualquier empleado inteligente de hospital puede realizarlo después de un corto período de instrucción...Este tipo de instalación es posible, porque el enfermo no necesita desvestirse para el examen de tórax con los rayos X, lo que elimina la necesidad de un vestuario y acelera el procedimiento. Se necesitan sólo dos a tres minutos para cada examen. El sencillo procedimiento se reduce a : 1) ajuste del control de identificación ; 2) colocación del paciente ; 3) cierre de la llave de una sola exposición. Aparatos automáticos controlan el ajuste de todos los factores de exposición».

Ahora bien, el descubrir por medio de una sis-

mática investigación, día tras día, nuevos y nuevos casos de tuberculosis en las poblaciones, no significa, ni mucho menos, haber resuelto el problema de curar esta enfermedad, pero sí el lograr poner coto a su difusión, evitando los contactos peligrosos y las contaminaciones por falta de previsión. Hasta hoy no estamos todavía de condiciones de conseguir la erradicación de la tuberculosis, como hemos conseguido en Bolivia la erradicación de la fiebre amarilla y también casi de la variolosis, o como en Panama se erradicó hace tiempo el paludismo, etc., *porque no está aún totalmente resuelto el asunto de crear un estado humoral antitóxico y antiinfeccioso contra la bacilosis de Koch en el organismo humano*. Apenas nos encontramos en discusiones preliminares y no definitivas sobre la precautelación contra la tuberculosis basada en una inmunización vaccinal activa. Y en lo que se refiere al tratamiento, tampoco poseemos ningún remedio curativo de reconocida eficacia y aplicable a todos los casos, que pudiera contribuir a la profilaxia indirecta del mal.

* * *

«El concepto clásico de la universalidad de la tuberculosis en edades tempranas de la vida, en medio civilizado, ha traído como lógica consecuencia, el abandono de la práctica de las reacciones tuberculínicas después de la primera infancia», dice el doctor Miguel Vignole, en su artículo INVESTIGACION CLINICA, publicado en el tomo XI. N°. 2 de 1943 de la Revista de Tuberculosis de Uruguay. No cabe duda que eso influyó en un principio; pero después, cuando se ha modificado el concepto de esta universalidad, y se ha determinado el índice real aproximado de esta infección, tomando en cuenta las nuevas estadísticas, que dan una proporción de tuberculizados menor de la que antes se calculaba en el elemento infantil, también ha contribuido este último a no creer con fe ciega, como suelen creer algunos espíritus dogmáticos, en el mito de que toda reacción positiva indica

tuberculosis enfermedad, la comprobación de que lo único que puede probar (y eso no de una manera completa) es que existe tuberculosis infección, que no es lo mismo. Tanto es así que hay quienes opinan que esa primoinfección benigna es más bien una prenda de cierto grado de inmunidad que de nocividad para el organismo.

Y, en suma de cuentas ¿qué se adelanta con saber que hay muchos o pocos con tuberculosis latentes, enquistadas, inoperantes, que no perjudican ni a ellos ni a nadie? ¿Por qué ese afán de hurgar en el avispero, de hacer que esas tuberculosis se manifiesten y reaccionen produciendo alergias que no son inmunizaciones ni garantía de precautelación ninguna, y que muy bien pueden despertar procesos dormidos? En ciertos estados patológicos que tienen su remedio específico, como el paludismo y la sífilis, por ejemplo, está bien que se busque la eclosión de signos patológicos que aclaren y afirmen el diagnóstico, para proceder a un tratamiento enérgico y activísimo, que combata eficazmente el mal; pero en la tuberculosis, donde ni hay específicos terapéuticos ni inmunización comprobada preventiva, ¿cuál es el fin que se persigue? ¿No es verdad que es más racional recurrir al diagnóstico precoz por medio de la roentgenfotografía o la radiografía, que, además de dar indicaciones precisas sobre las lesiones tuberculosas, no ofrece peligro alguno?

Tienen, pues, razón los doctores Magri y Sanjurjo Varela (Revista de Tuberc. del Uruguay, tomo XII, N° 2, 1944) en decir: *Es relativa la conclusión que puede proporcionar el método de las cuti e intradermoreacciones*.

En el manual de Simon y Redeker sobre tuberculosis infantil, se lee esta declaración: «No creemos que puedan obtenerse datos importantes para determinar la actividad de las lesiones con la determinación cuantitativa de la sensibilidad, puesto que ella depende de

distintos factores, como la pubertad, la menstruación, la constitución, etc». «Criterio que—como dicen Magri y Sanjurjo—es el de la casi totalidad de los clínicos, y una consecuencia de esta manera de pensar es el abandono casi completo del empleo del diagnóstico tuberculínico, especialmente en los adultos bacilares».

El asunto del diagnóstico precoz por la tuberculina no está, pues, resuelto favorablemente ni constituye un artículo de fe de la ciencia médica, porque la ciencia médica no concede la gracia de creer lo que no se ve ni se puede demostrar, y más modesta y más seguramente, se contenta con la convicción que proporciona el empleo del método experimental.

* *

Los doctores Cantonnet Blanch (Pedro y Héctor) y Lieutier, relatores del trabajo acerca de la POSICION DE LA VACUNA BCG EN LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS ante el Sexto Congreso Panamericano de la Tuberculosis reunido en La Habana del 15 al 21 de enero de 1945, dicen:

«Procediendo con toda sinceridad, es preciso declarar franca y categóricamente, que, en el estado actual de nuestros conocimientos, los entusiasmos exagerados de un comienzo, han dejado paso a la fría observación y al sereno examen de los hechos para llegar a la conclusión de que HASTA SUS MAS GRANDES PARTIDARIOS RECONOCEN A TAL METODO DE VACUNACION UNA SITUACION MUCHO MAS MODESTA EN SUS ALCANCES Y EN SU VALOR PROFILACTICO».

No hay necesidad de decir lo que todo el mundo sabe, y es que hasta ahora el evitar el contagio sigue siendo la base de la lucha antituberculosa, y que para ello es indispensable separar al sano del enfermo, niño o adulto, y mejorar las condiciones económicas y de vida de la colectividad.

En cuanto a la vacuna BCG, es objeto de una severa crítica. Se ha empezado la revisión de las docenas y conclusiones a que se llegó ayer y se ha encontrado que muchas de ellas tienen una base o falsa o fluctuante. «Actualmente, menos su inocuidad, todo se discute, tanto en el terreno práctico como en el especulativo» (Cantonnet y Lieutier).

«ESTAMOS, PUES, MUY LEJOS DEL MOMENTO EN QUE LA BECEGEIZACION PARECIA PROMETERNOS FACIL LA SOLUCION DEL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS. TENEMOS DELANTE MUCHOS ASPECTOS QUE ACLARAR EN RELACION CON LA MISMA. HEMOS DE DISCUTIR MUCHO TODAVIA SOBRE LA MEJOR DOSIS, LA MEJOR VIA, EL MEJOR MOMENTO, EL CONTROL MAS SEGURO, LOS PERIODOS DE AISLAMIENTO INDISPENSABLES, LAS CRISIS DE LA VACUNACION, LA CAUSAS DEL FRACASO, LOS MOMENTOS Y FORMA DE LA REVACUNACION, ETC.» (Pedro Domingo, profesor de bacteriología en Barcelona, Director del Instituto Calmette de la Habana).

En esta oportunidad se podría decir: hay tantas opiniones respecto al BCG como investigadores y como autores: los que lo preconizan como eficaz, más todavía, como el verdadero puntal de la lucha antituberculosa, y creen en esta vacuna con fe incommovible, entre los cuales se encuentran, en primer lugar, naturalmente, los alumnos de Calmette en Europa y América, Arlindo de Assis en el Brasil, L. Sayé en España y la Argentina; los que atacan con diversidad de argumentos sólidos este sistema (Nobel, Nobécourt, Tixier, etc.); los propagandistas y panegiristas de la vía subcutánea, que consideran inoperante la administración por la boca, como recomiendan Calmette y su escuela (Weill—Haljé, Armand Delille, Sergent, etc.); los que prefieren la inoculación en el dermis; los que critican su aplicación por las vías anteriores, que consideran inadecuadas e inútiles, aconsejando, en consecuencia, las multipunturas,

como Rosenthal; los que creen que no debe inocularse BCG en el recién nacido ni en el niño de pecho, sino en el adolescente y en el adulto.

Gama tan contradictoria de opiniones ¿a qué puede conducir sino al caos? En estas circunstancias, el médico ¿podrá seguir un camino seguro? ¿No asaltarán la duda y la vacilación a su conciencia al tomar una decisión definitiva, al aconsejar o desaconsejar la vacuna, al escoger, en caso afirmativo, la vía de introducción del BCG? ¿No le valdría más seguir la antigua máxima: en la duda, abstente? Quizá se impondrían la cordura y la sensatez bajo la forma de abstinencia, si la inquietud humana de descubrir la verdad y de apresurarse a emplear cualquier método con tal de combatir el mal, no aguijonease el espíritu de los investigadores y las ansias de humanitarismo de los filántropos.

¿Qué abismo entre lo que propone y ejecuta el profesor Arlindo de Assis, sobresaliente investigador especialista de la nación brasileña, y lo que aconseja la voz de la experiencia y de la prudencia del Instituto Pasteur de París! El eminente técnico brasileño, emplea, desde abril de 1943 (Cantonnet y Lieutier), en lugar de los tres centigramos clásicos de BCG por vía bucal, nueve, doce y hasta veinte centigramos; y, en una ocasión, usó, en el Preventorio de Niños de Río de Janeiro, 0,96 y hasta 1 gr. 32. En contraposición con estas proezas con fin profiláctico, se encuentra la instrucción escrita, no há mucho tiempo, y distribuída por el Instituto Pasteur de París. Dice: *«Es preferible evitar las pruebas tuberculínicas, porque ellas no son inofensivas, porque pueden agravar una infección virulenta hasta entonces oculta»*.

Ya hemos dicho y hasta repetido que está fuera de discusión el hecho de que la inmunidad es completamente diferente de la alergia, y que los niños vacunados con BCG están expuestísimos a contagiarse

al en entrar contacto con focos infecciosos, porque la alergia no es otra cosa que un exponente de la penetración y permanencia del microbio dentro del organismo, el cual llega a tolerarlo, no sin reacción. Pero de aquí a que produzca anticuerpos y antitoxinas, hay todavía mucho camino que recorrer y no se ha recorrido. Porque si se va a buscar la falsa inmunidad del avariótico mediante la cual no puede contraer una segunda avariosis, esa pseudoinmunidad debe tenerse en cuenta que se ha conseguido justamente adquiriendo la enfermedad de que se desea precaverse.

Y es precisamente a esta clase de inmunidad—pseudoinmunidad—a la que se hace referencia por los especialistas cuando emplean el extraño término de *inmunidad de sobre infección*.

No pretendemos hacer un examen minucioso de las aplicaciones dadas respecto a la acción profiláctica del BCG, que han sido sometidas ya a tantísimas críticas. Pero no podemos menos de consignar en este lugar las palabras de uno de los corifeos de la escuela de Calmette: A. Sáenz. Dice: «Se ha objetado a nuestras investigaciones que si ellas fueran exactas, conducirían necesariamente a profundos cambios en nuestros métodos de profilaxia antituberculosa, y alcanzarían, en particular, a la vacunación por el BCG».

He aquí algunas de las conclusiones más interesantes de la ponencia sobre la profilaxis de la tuberculosis por la vacuna BCG, presentada al Sexto Congreso Panamericano de la Tuberculosis:

«EL PAPEL PROTECTOR DE LA VACUNA BCG, cualquiera que sea la vía, ES RELATIVO. ACONSEJAMOS, PUES, BCG EN FORMA LIMITADA POR VIAS PARENTERALES, CON SEPARACION POSTVACCINAL Y ESTUDIO ALERGICO SERIADO; REVACUNACION Y SEPARACION ABSOLUTA DEL MEDIO INFECTANTE; SEPARACION MAS VACUNACION. JAMAS VACUNACION SIN SEPARACION DE LOS AMBIENTES TUBERCU-

LOSOS.—ESTA VACUNACION NO TENDRIA EN EL MOMENTO ACTUAL MAS QUE UN CARACTER RELATIVO, DE ENSAYO, HASTA QUE NUEVAS VACUNAS O MODIFICACIONES A LA MISMA PUDIERAN DAR A ESTA UN PODER INMUNIZANTE MAS EFECTIVO QUE EL QUE DESARROLLA ACTUALMENTE».

No hay que perder de vista que los resultados obtenidos hasta hoy no modifican la situación de la lucha antituberculosa; en otros términos, con vacuna o sin ella, la finalidad que se alcanza es sensiblemente igual.

Si el primer paso a la enfermedad tuberculosa es la infección, para prevenirse de la tuberculosis no hay que infectarse con tuberculosis. La producción de la alergia implica una infección. Se provocan las y obtienen defensas orgánicas yendo paulatinamente de las dosis débiles a las fuertes, por no con procedimientos rápidos y en un solo tiempo.

**

Hay que meditar sobre la verdad de ciertas observaciones como las siguientes:

«El tipo de infección primaria es un enfermedad muy benigna; sin embargo, la química de los tejidos es alterada en tal forma que se torna sensible o alérgica a la proteína del bacilo de la tuberculosis *en tal grado que esta proteína se vuelve un veneno fatal*. La reacción tuberculínica fija el bacilo tuberculoso, y pocos o ninguno escapan del ganglio linfático; si el bacilo se reproduce, *una cantidad considerable de tuberculoproteína es eliminada y produce necrosis, tal como la que ocurre cuando se introduce demasiada tuberculina dentro de las capas de la piel de una persona sensibilizada*».

«Se ha comprobado que por lo menos 25, de cada 30 por ciento de personas que tienen lesiones de

tuberculosis clínica, enferman poco tiempo o no llegan a padecer, y, sin tratamiento alguno, la enfermedad llega a quedar contrarrestada tan eficazmente como en otros casos en que se ha empleado tratamiento».

(Del Prof. J. Arthur Myers, catedrático de medicina preventiva y sanidad pública de la Facultad de Medicina de Minnesota. Revista de la Asociación Médica Latina-Americana, julio agosto de 1946. Jersey City).

Es preciso tomar cuidadosamente en cuenta estos y otros hechos análogos antes de sacar conclusiones precipitadas, porque nadie debe hablar *ex cathedra* y creerse infalible nunca y mucho menos en asuntos tan sujetos a todas las contingencias y susceptibles de todas las interpretaciones.

Dr. E. L. Osorio.

COLABORACION

Tratamiento de la Peste Bubónica

Durante los diversos brotes de peste bubónica presentados en Lagunillas últimamente, así como en la Provincia Boeto del Departamento de Chuquisaca, con un total de 29 enfermos, he podido experimentar en 16 de ellos el resultado obtenido por la sulfanilamida inyectable. Los trece restantes, a los que no puede prestar atención oportuna debido a la deficiente movilidad o a las lluvias torrenciales que hacían intransitables los caminos, fallecieron dentro el segundo o tercer día, habiéndose comprobado el diagnóstico bacteriológico de peste mediante los exámenes de muestras de órganos que me facilitaron los viscerotomistas del Servicio de Fiebre Amarilla.

Todos los enfermos que recibieron atención del Servicio Antipestoso salvaron, sin haber presentado secuelas mas que dos de ellos, como podrá verse en las historias clínicas adjuntas.

El tratamiento anteriormente instituido en el Servicio, aparte de la sueroterapia, era la administración de sulfatiazol por vía oral. Aunque este tratamiento daba buenos resultados en algunos casos, determinadas circunstancias me indujeron a ensayar el tratamiento por la sulfanilamida inyectable. Las tabletas de sulfatiazol no siempre eran bien toleradas, siendo como son tan frecuentes los vómitos en los pestosos. Por otra parte, se presentaban enfermos en coma en los que era imposible la administración de ningún medicamento por vía oral.

Estoy convencido de que, dada la rapidísima modificación que muestran los exámenes ganglionares en cuanto se refiere a su flora bacteriana, la sulfanilamida tiene mayor acción bactericida que el sulfatiazol sobre el bacilo de Yersin.

Las experiencias de laboratorio con *cuis* o cobayos, referentes a la acción de la sulfanilamida sobre el bacilo de Yersin, le asignan escasa o nula importancia; en, cambio, la experiencia sobre los enfermos demuestra lo contrario.

La punción de un ganglio pestoso, en los primeros días de su aparición, muestra constantemente la presencia de bacilos específicos típicos en cantidad, es decir, con todas sus características morfológicas y biológicas.

Si al enfermo poseedor de este ganglio y la sintomatología pestosa, se le administran tres inyecciones de una solución de sulfanilamida al 5%, cada una de 5 c. c. y con intervalos de tres horas, se observa en una nueva punción posterior a las inyecciones de Sulfanilamida (a las 12 horas de la primera punción), la presencia de pocos bacilos pestosos, en su totalidad deformados e irreconocibles por sus caracteres típicos, modificación que coincide con la mejoría subjetiva y objetiva del enfermo.

La simple administración de suero antipestosa, aun en grandes cantidades, no proporciona tan rápido cambio en los casos de acción eficiente. Tampoco el tratamiento Suero—Sulfatiazol hace tan rápida modificación en los enfermos en los que es posible hacerlo.

Después de la segunda o tercera inyección de Sulfanilamida—raras veces más—la temperatura desciende casi a la normal, o a la normal misma muchas veces, siendo raras las ascensiones siguientes, salvo los casos en los que se presenta alguna complicación intestinal, que con este tratamiento no es frecuente. Tampoco los bubones llegan corrientemente a la supuración, (sólo en un porcentaje mínimo 1x15). La mejoría del enfermo es rápida, y generalmente después de las cuarenta y ocho horas entra en convalecencia.

Además, he usado en todos los enfermos adultos la digitalina en inyecciones, para precaver el desfallecimiento cardíaco tan frecuente en los pestosos y la principal causa de su muerte.

Con este tratamiento a base de Sulfanilamida, en los 12 enfermos de Lagunillas y en 3 de los de la provincia Boeto se ha obtenido un verdadero éxito ya que se ha llegado a salvar a todos los enfermos atendidos: ciento por ciento.

Las historias clínicas que siguen con los cuadros térmicos respectivos dan idea clara de la evolución rápida y feliz de tan grave afección.

* *

Historia Clínica N.º 1.—A. Uzeda, 19 años, natural de Lagunillas. Es atendido 9—II—45.

Antecedentes epidemiológicos.—Habita la casa de V. Uzeda, en la que en días anteriores fallecieron,

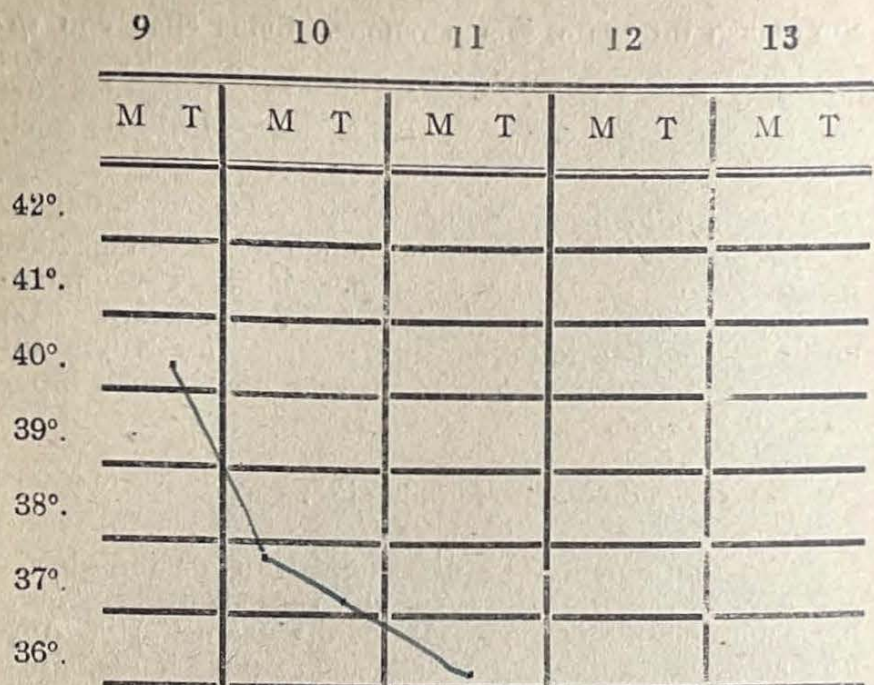
con escaso intervalo, seis personas, todas ellas con tumores en las ingles o las axilas. El examen de los fragmentos de hígado extraído por los empleados del Servicio de Fiebre Amarilla indica la presencia de bacilos pestosos.

Estado actual.—Enfermo en regulares condiciones generales, facies contraída, conjuntivas congestionadas, lengua saburral y seca, dice palabras incoherentes y tiene movimientos agitados. Temperatura 40.2; pulso 120. En la ingle derecha presenta un bubón sumamente doloroso; su punción revela abundantes bipolares tipo Yersin.

Diagnóstico: peste bubónica.

Tratamiento.—Se le administran de inmediato 100 c. c. de suero antipestoso por vía subcutánea, una inyección de digitalina y «Drometil», solución al 5% una ampolla, la que es repetida cada cuatro horas. Durante la noche se le administra morfina por su gran agitación. Al día siguiente en la mañana su temperatura es de 37.8, el enfermo demuestra una gran mejoría. En la nueva punción del ganglio que se practica esta mañana, se encuentran formas de involución de bacilo pestoso. Se le administran nuevamente 100 c. c. de S. Antipestoso y otras dos inyecciones de drometil; la temperatura en la tarde es de 37°; en la noche se le repite esta inyección y a la mañana siguiente su temperatura ha descendido a 36.4, temperatura ésta que se mantiene normal en los días siguientes. El ganglio se encuentra disminuido de tamaño y es casi nada doloroso. Tiene apetito y solamente acusa algunas molestias en el lugar en el que se le hicieron las inyecciones de suero anti—pestoso.

La gráfica térmica adjunta muestra la evolución rápida y favorable de este caso:

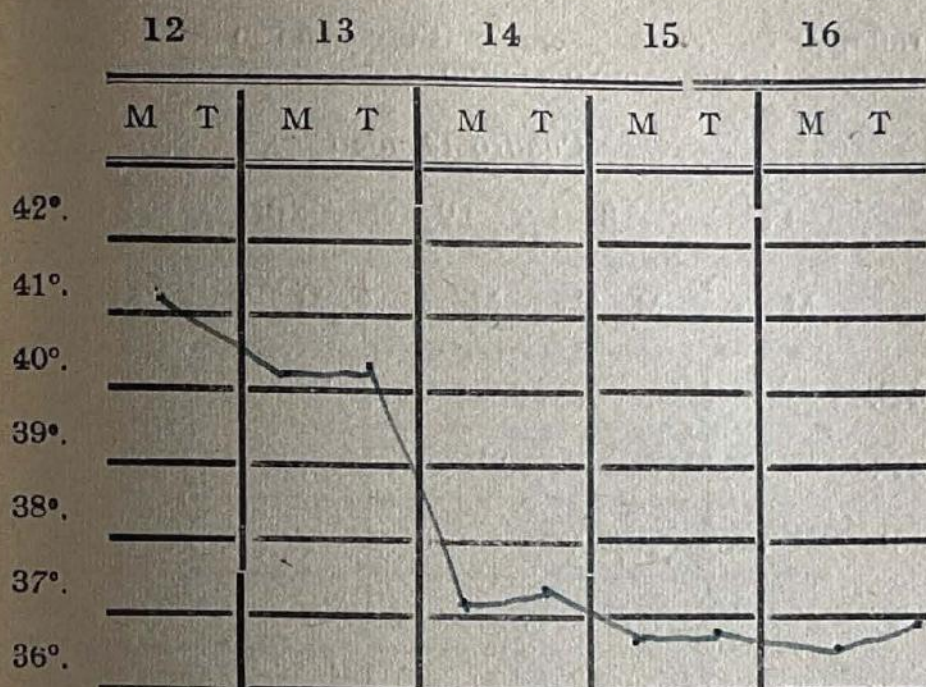


Historia Clínica N° 2.—E. Padilla, de 17 años, sirvienta, atendida el 12 febrero de 1945 desde el segundo día de su enfermedad.

Antecedentes epidemiológicos. Con mandados de su patrona fué varias veces a la casa Uzeda de anterior referencia. Desde el día anterior al que la viera, sintió dolor en el cuello, mucha fiebre y tuvo vómitos. El día 12 la encuentro con la siguiente sintomatología.

Facies disneica, temperatura 41.2, frecuentes vómitos, presenta un gran bubón cervical, está consciente, pero habla con dificultad. El examen bacteriológico del bubón muestra abundantes bacilos de Yersin.

Tratamiento.—Suero antipestoso y Drometil; este último inyectado cada tres horas. Al tercer día la fiebre ha caído y la enferma entra en convalecencia.



Historia Clínica N° 3.—Porfiria Flores, 4 años de edad.

Antecedentes epidemiológicos.—Su madre murió en días anteriores en la casa Uzeda, probablemente con peste.

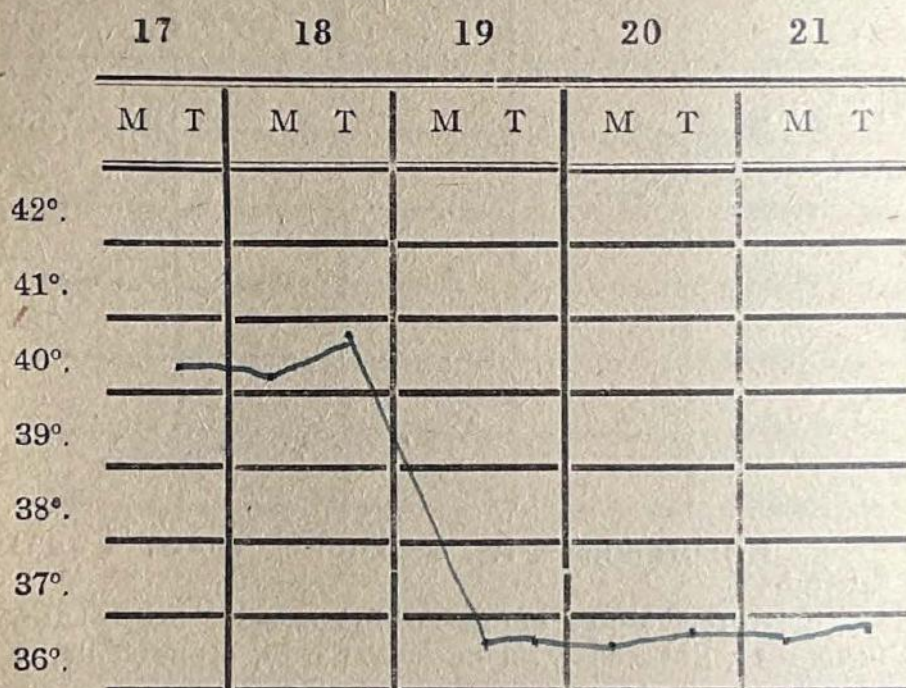
La veo el 17 de febrero, encontrándola con fiebre elevada y un bubón muy doloroso en la ingle derecha, (su punción revela al microscopio bi-polares típicos de peste), pulso incontable, estertor, inconsciencia absoluta.

Tratamiento.—Se le administra de inmediato Septosil inyectable, 2 c. c. cada dos horas, además aceite alcanforado y cafeína dos inyecciones al día.

En la tarde la enferma no muestra gran mejoría, manteniéndose la temperatura elevada. Durante toda la noche se le siguen haciendo las inyecciones de sulfanilamida, al día siguiente la encuentro muy mejo-

rada, al tercer día la temperatura es normal y continúa su mejoría sin cambio alguno.

Cuadro térmico



Historia Clínica No. 4.—Jorge Avila, 23 años, sanitario de nuestro Servicio. Enferma el día 20—11—45.

Antecedentes epidemiológicos.—En cumplimiento de sus obligaciones se encontraba atendiendo los enfermos de anterior referencia. Estaba vacunado y suerificado.

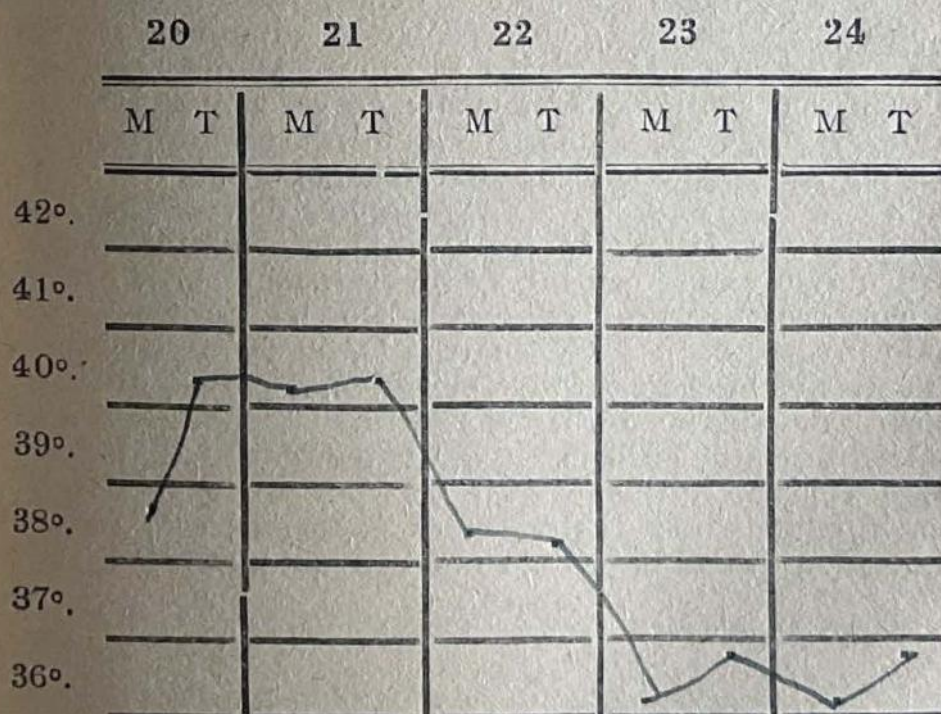
Desde el 19 se sintió indispuesto y con ligera temperatura; al mismo tiempo se le presentó un dolor en la ingle derecha sin intarato ganglionar. Al siguiente día no pudo levantarse ya de cama, su temperatura era 38.5 y se le desarrolló un bubón en la ingle dolorida. El examen bacteriológico mostró bacilos pestosos. Tu-

vo en esta mañana frecuentes vómitos y diarrea, mucha disnea y gran debilitamiento.

Tratamiento. Se administró de inmediato Dro metil, inyección que se le repitió cada tres horas, además su estado general hace necesaria la administración de estimulantes, tinturas de quina, kola y nuez vómica, pero previamente se le administra poción de Riviére. En la tarde, la temperatura asciende y el enfermo empeora, durante toda la noche su estado es soporoso, pero se le continúan haciendo las inyecciones de sulfanilamida.

A la mañana del día siguiente acusa alguna mejoría, su temperatura ha descendido algo. Se le continúa el mismo tratamiento durante todo el día. En la mañana del tercer día su temperatura es relativamente baja y su estado satisfactorio; el cuarto día entra en convalecencia.

Cuadro térmico



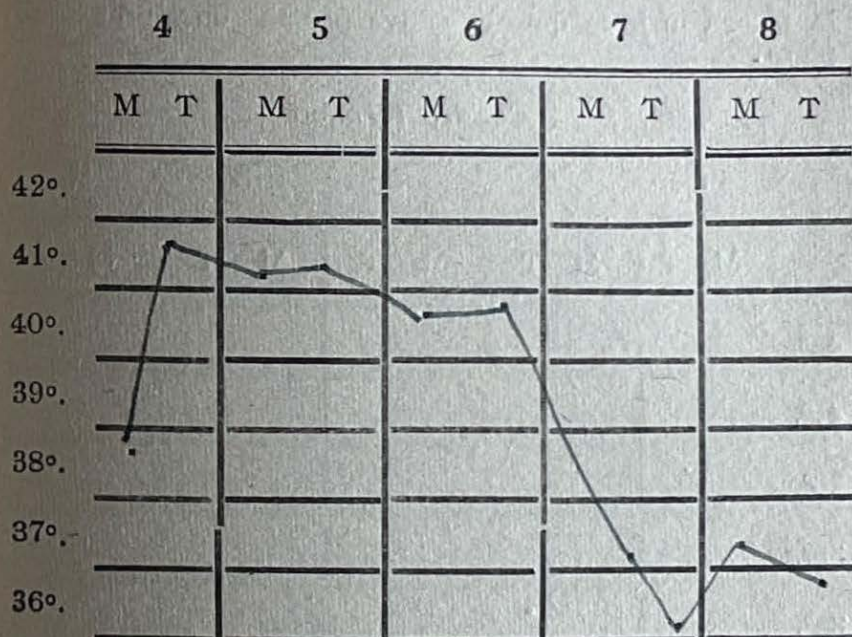
Historia Clínica N.º 5.—Osvalda de Coca, 25 años, blanca, casada, natural de Lagunillas. Cae enferma el 2 de abril; comunican al Servicio el 4, encontrándola con el siguiente estado actual.

Enferma en regulares condiciones generales, en estado de delirio, gran bubón inguinal derecho, vómitos biliosos abundantes y hemorragia nasal, conjuntivas enrojecidas. Temperatura 41.5. Tanto el examen bacteriológico del bubón como el simple frotis de sangre muestran bacilos pestosos, escasos en el último.

Diagnóstico: Peste bubónica septicémica.

Tratamiento. Se le administran 300 c. c. de suero antipestoso y drometil cada dos horas, además como se encuentra sumamente deshidratada se le inyecta suero glucosado gota a gota, endovenoso, 2,000 c. c., se combate al mismo tiempo el debilitamiento cardíaco con digital y se hace indispensable la administración de morfina por su enorme agitación. Al día siguiente la enferma continúa sumamente grave, el pulso incontable y los tonos cardíacos velados; hay momentos en los que esperamos un síncope fatal. Mantengo el corazón con coramina, aceite alcanforado y digital. Se continúa el mismo tratamiento específico. Aunque al tercer día su estado general es desesperado, la fórmula leucocitaria acusa un relativo alivio, ha aumentado el número de linfocitos. El cuarto día, en forma brusca se ha dominado la infección y la enferma mejora notablemente después de un período de intensa sudoración, en adelante continúa la mejoría. El ganglio se reabsorbe. El sexto día, sin fiebre, se le presenta un gran flemón en la región dorsal, entre ambas escápulas; este flemón es abierto posteriormente y muestra un pus aséptico.

Cuadro térmico



Historia Clínica N.º 6.—Ana Avalos, 18 años, sirvienta, indígena (sirvienta de la anterior enferma), el 3 de febrero manifestó los primeros síntomas, la veo el 5 con el siguiente estado actual:

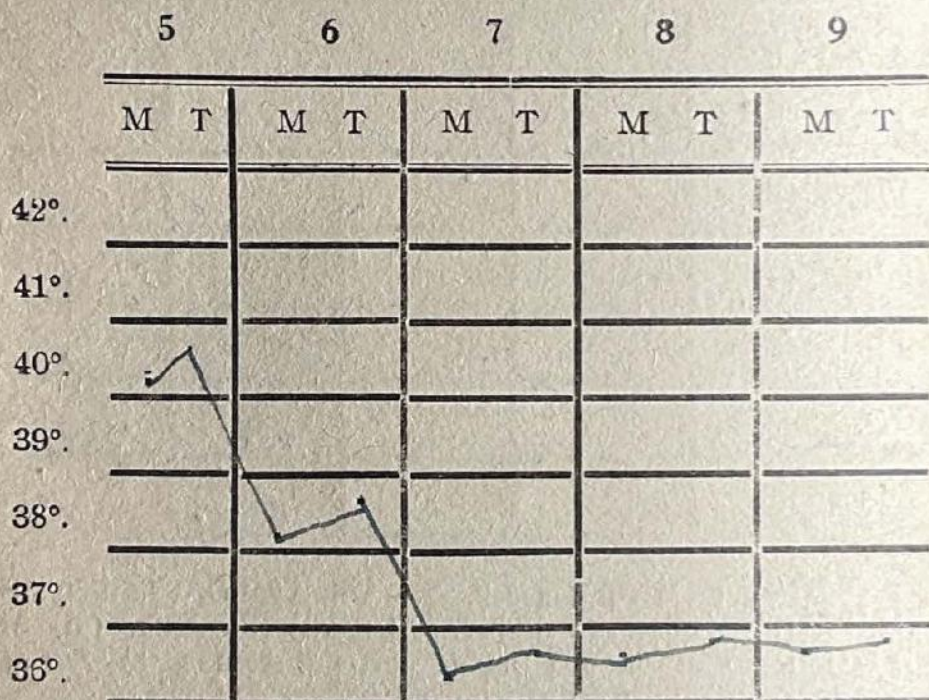
Enferma en buenas condiciones generales, fiebre elevada, vómitos, conjuntivas enrojecidas, tiene mucha intranquilidad, en la ingle izquierda presenta un bubón grande bastante doloroso que a la punción muestra bacilos pestosos, después de hecho el examen bacteriológico.

Diagnóstico: Peste bubónica.

Tratamiento.—Por su debilitamiento cardíaco se hace necesaria la administración inmediata de digitalina; además se le inyectan por vía endovenosa 5 c. c.

de «Septosil» que se le repiten cada 4 horas. Al segundo día, sin haberse empleado suero antipestoso, comienza la franca mejoría que concluye por la curación completa.

Cuadro térmico



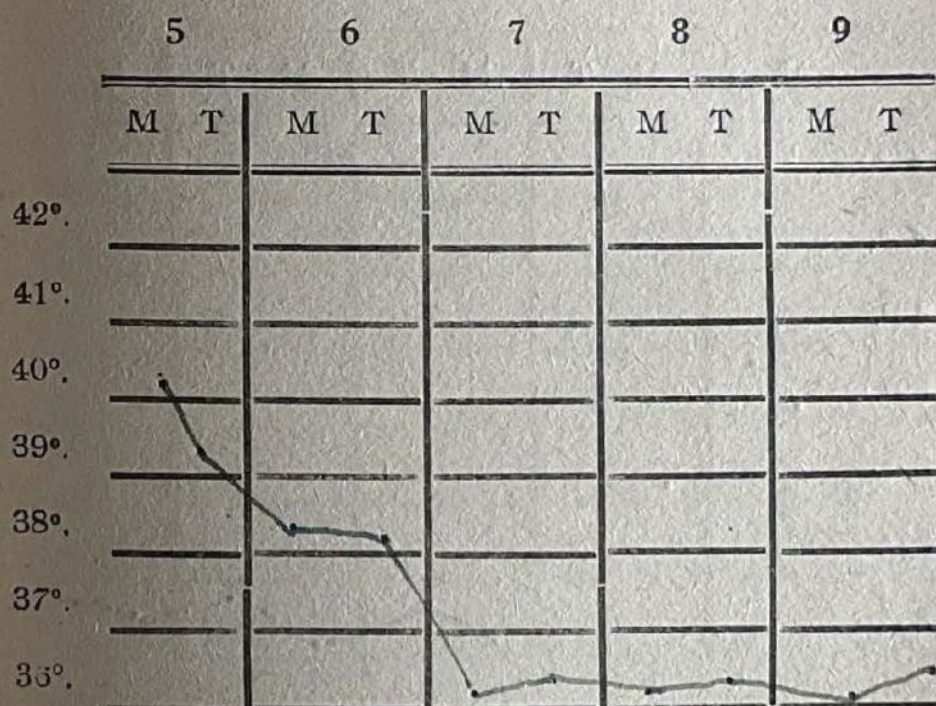
Historia Clínica N° 7.—Jaime Coca, 5 años, blanco, hijo de Osvaldo Coca.

Es atendido el día 5, día que se presentaron fiebre, vómitos y dos bubones cervicales pequeños. Se comprueba la presencia de bacilos pestosos.

Tratamiento.—Se le administran cada tres horas 1,5 c. c. de «Septosil», por vía intramuscular, mejorando rápidamente el enfermo sin alternativas. Los bubones desaparecen a los seis días después; pero en ellos no se encuentran ya bacilos.

El enfermo ha quedado sumamente débil y apenas si se puede poner de pie por lo que se hace indispensable administrarle tónicos.

Cuadro térmico



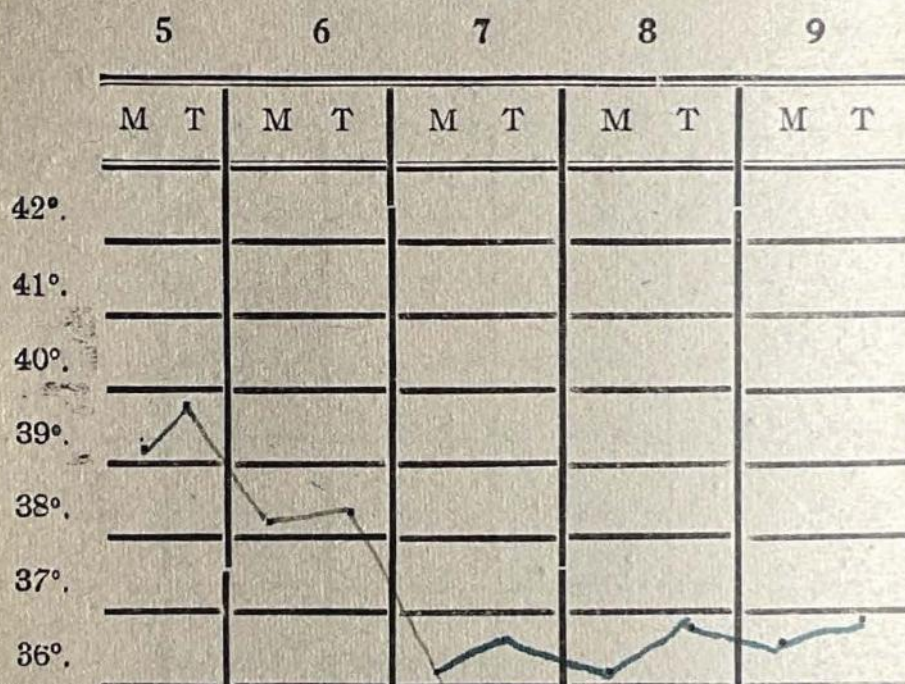
Historia Clínica N.º 8.—María Teresa Coca, 5 meses, hija de Osvalda Coca, enferma el 5 de abril con fiebre y un bubón cervical izquierdo; la veo el mismo día, encontrándola con el siguiente estado actual:

Enferma en buenas condiciones, temperatura 39.5, está inapetente y con fuerte diarrea. Al examen bacteriológico se confirma el diagnóstico de peste.

Tratamiento.—Se le inyecta sólo durante el día un centímetro de «Septosil», repetido cada cuatro horas. El mismo tratamiento al día siguiente, con lo

que se obtiene su mejoría y luego su curación, como se ve en el cuadro térmico adjunto.

Cuadro térmico

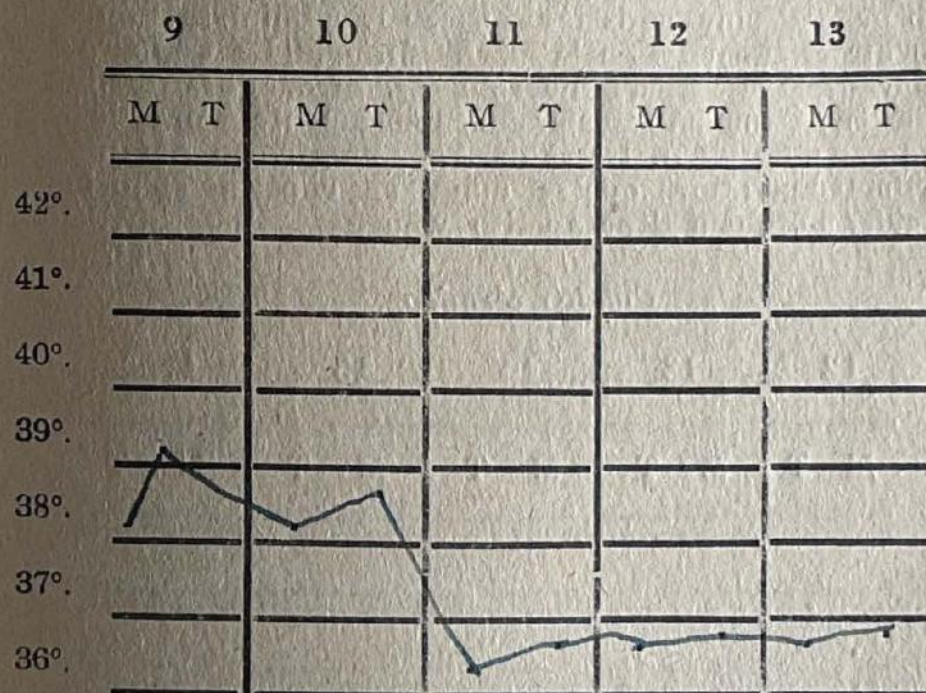


Historia Clínica N° 9.—Juan Pérez, 12 años, mestizo, sirviente, sin ningún antecedente de contagio, el 6 se sintió indispuesto con vómitos y fiebre, los que por la epidemia de paludismo que existía, no llamaron la atención de sus patrones. El 9 se le presenta un bubón inguinal.

Este día lo veo: Enfermo en deficientes condiciones generales, profunda ictericia, probablemente de un paludismo anterior. Piel seca, pulso 70, temperatura 38,2, bubón inguinal izquierdo del tamaño de un huevo de paloma. Se comprueba el diagnóstico de peste por el examen bacteriológico.

Tratamiento.—Se le administran durante dos días, inyecciones de «Drometyl» al 5^o/₁₀, una cada 4 horas, menos durante la noche; el enfermo alivia rápidamente, llegando a la curación total.

Cuadro térmico

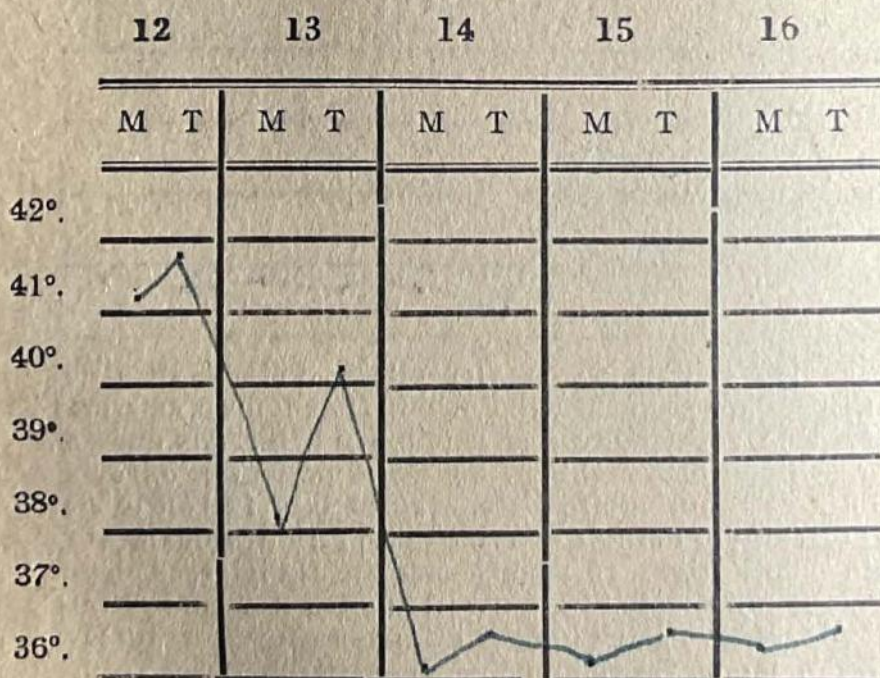


Historia Clínica N° 10.—Justo Solís, 4 años de edad, mestizo, natural del Pueblito (Lagunillas), enferma el día 4 de septiembre con vómitos y fiebre, los que se le intensifican hasta el 8 en que se le presentan además bubones retroauriculares, lo encuentro el 12 con el siguiente estado actual: enfermo desnutrido sumamente pálido, conjuntivas enrojecidas, labios fuliginosos, lengua seca, pulso débil y muy frecuente. En ambas regiones retroauriculares presenta tumoraciones del tamaño de un huevo de paloma, sumamente dolorosas a la palpación y sin tendencia al reblandecimiento; su tem-

peratura es de 41,3, su inconsciencia absoluta. La punción de los bubones revela, al examen microscópico, la presencia de bacilos pestosos.

Hecho el diagnóstico de peste, se le instituye el siguiente tratamiento: Drometyl 2 c.c. repetidos cada tres horas, aceite alcanforado y esparteína. Al día siguiente la temperatura ha descendido a 38 con un estado general muy satisfactorio. Se le administra nuevamente el Drometyl en la misma forma. La temperatura vespertina asciende nuevamente, pero, durante la noche, el enfermo ha transpirado copiosamente—manifiestan los padres—y al tercer día de tratamiento amanece con temperatura que se mantiene con la mejoría del enfermo, quien tiene apetito y juega.

Cuadro térmico



Historia Clínica N°. II.—Clara N., 12 años, indí-

gena, Presenta un bubón inguinal derecho, al mismo tiempo que fiebre y vómitos. La punción del tumor da una serosidad sanguinolenta en la que se encuentra enorme cantidad de bi—polares tipo Yersen.

Tratamiento.—Se le inyectan de inmediato 20 c. c. de suero antipestoso y Drometyl 5 c. c. repetidos cada tres horas, durante el día, este tratamiento se continúa el segundo día con lo que se consigue el mejoramiento con muy buen estado general.

Cuadro térmico

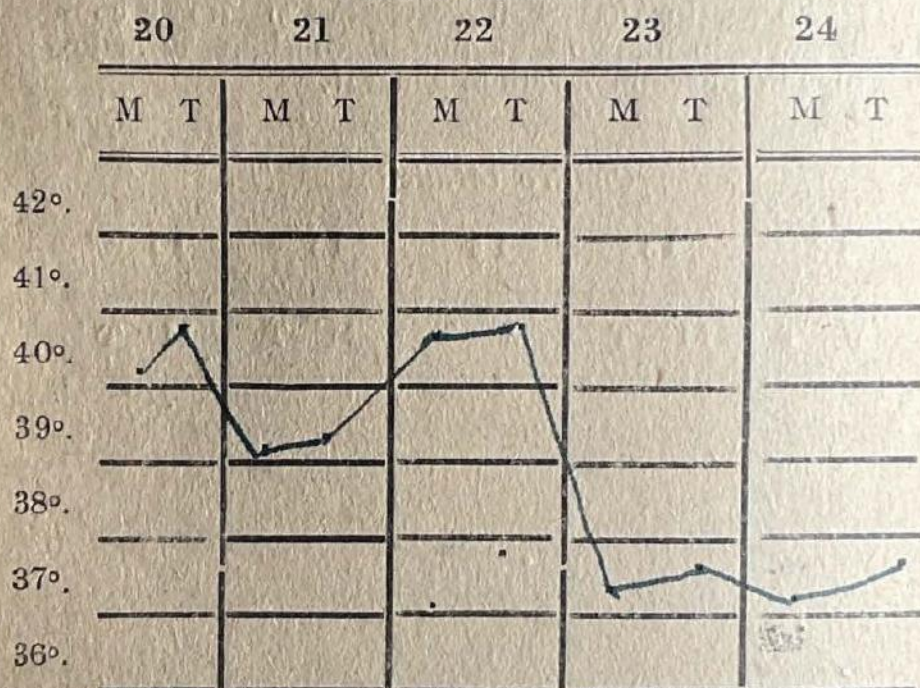


Historia Clínica N°. 12.—Simón Romero, 12 años de edad, indígena, natural del pueblito. Enferma el 10 con fiebre, fuerte raquialgia y un bubón inguinal derecho. Su estado general, satisfactorio. El resultado

de la punción del bubón da un líquido serosanguíneo-lento con abundantes bacilos de Yersin.

Tratamiento.—El ya indicado en los anteriores, Drometyl repetido cada cuatro horas, el resultado es siempre satisfactorio. Cura el enfermo después de dos días de tratamiento sin complicación alguna.

Cuadro térmico

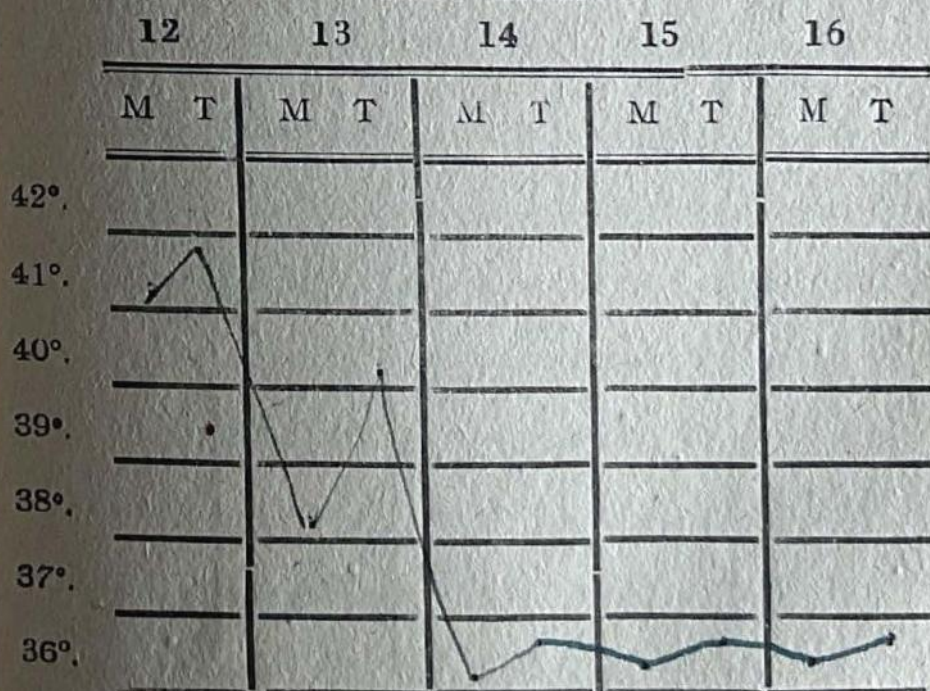


Historia Clínica N.º 13.—Miguel Hipólito, 49 años, indígena, natural del Pueblito. Como antecedente de la enfermedad está el hecho de que estuvo trabajando en la destrucción de unos *pahuichis*, depósitos de maíz, en los que se presentó una epizootia murina, y junto a la cual murieron tres enfermos pocos días antes de la presentación de estos últimos casos. El día 12 lo vacuné y sueriliqué personalmente; el 17 recibió la segunda dosis de vacuna. El 20 en la tarde se le presentan los primeros síntomas, fiebre y dolor de cabeza, en la mañana del 21 hace su aparición un bubón inguinal pequeño. Este mismo día súbitamente entra en delirio,

se le inyectan las conjuntivas y su temperatura se eleva grandemente. Se comprueba el diagnóstico de peste.

Tratamiento.—A fin de calmar su agitación se le hace una inyección de morfina con digitalina, por su debilitamiento cardíaco. Luego, 100 c. c. de suero antipestoso y 5 c. c. de Drometyl cada tres horas. Al día siguiente, el enfermo continúa empeorado y con tos; su esputo es hemoptoico; la auscultación indica estertores diseminados en toda el área pulmonar. El examen microscópico del esputo revela la presencia de bi-polares; el enfermo ha contraído una neumonía secundaria. Se intensifica el tratamiento con sulfanilamida por vía endovenosa, además del Drometyl que se le continúa en la misma forma y el Suero Anti-pestoso. Al tercer día de tratamiento el enfermo aun se encuentra grave, pero mejorado; se le continúa el tratamiento hasta el quinto día, en que se obtiene una crisis de la enfermedad, se lucha contra el colapso y se logra su completo restablecimiento.

Cuadro térmico



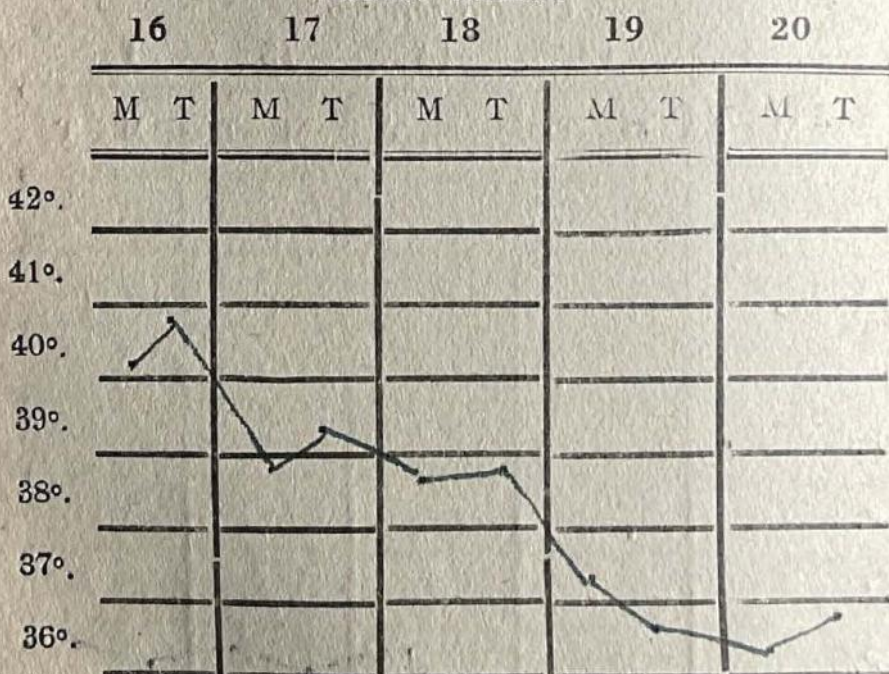
En octubre del pasado año, se presentó un brote pestoso en la Provincia Boeto del Departamento de Chuquisaca.

El foco pestoso era una ranchería aislada y casi sin vías de comunicación en las proximidades del Río Grande. Por múltiples circunstancias no me fué posible trasladarme hasta después de cuatro días de la denuncia. Llegué, pues, al foco después de recorrer cerca de 500 kilómetros en camión y a caballo. Hasta el momento de mi llegada se habían presentado seis enfermos de los que cinco ya habían fallecido. El sexto se curó atendido por el Servicio, así como también los dos enfermos más que se presentaron y cuyas historias clínicas van a continuación.

Historia Clínica N°. 14.—Valentín Guzmán, 13 años, indígena.

Enferma el 26 de octubre de 1946 con un bubón inguinal derecho, en el que se constata la presencia

Cuadro térmico



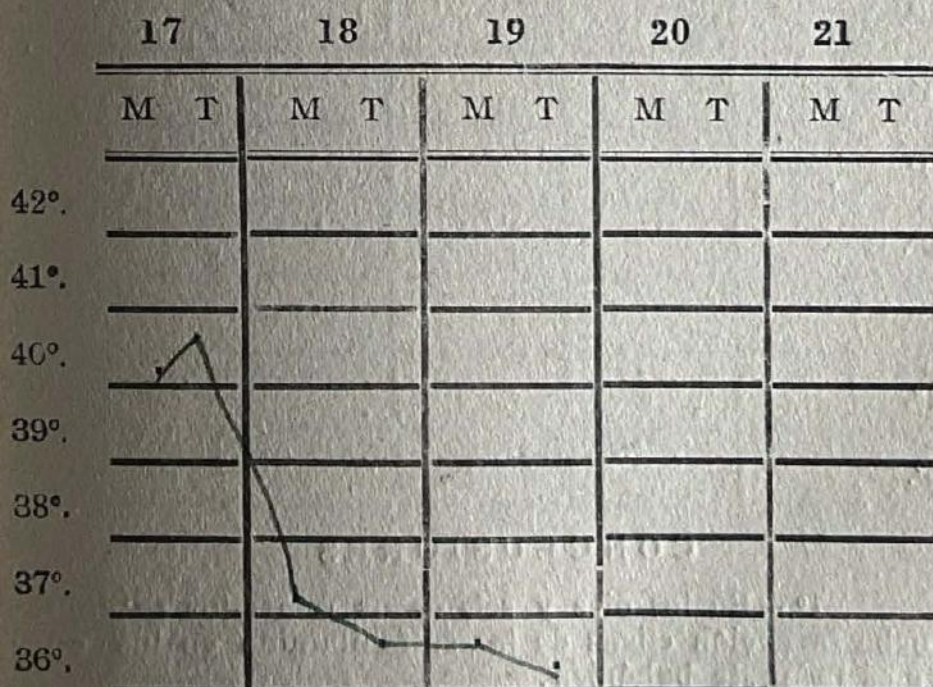
de bacilos de peste; tiene además fiebre y vómitos. Se encuentra en absoluta inconsciencia. Se le hace el tratamiento con sulfanilamida, obteniéndose su mejoría como indica el cuadro térmico:

Historia Clínica N.º. 15.—Justo Guerra, 8 años, indígena, natural del Temporalcito. Vive en una casa donde hubo dos defunciones por peste en días anteriores.

El 17 de octubre 1946 cae enfermo con fiebre, fuerte raquialgia y vómitos, mostrando un bubón inguinal derecho muy pequeñito. El examen del escaso líquido extraído por punción muestra bacilos de Yersin típicos.

Se le administran 3 centímetros cúbicos de septosil cada cuatro horas, además se le hace una inyección de aceite alcanforado. Después de la tercera inyección el enfermo está apirético y el bubón es casi indoloroso, evolucionando la enfermedad favorablemente en menos de 24 horas.

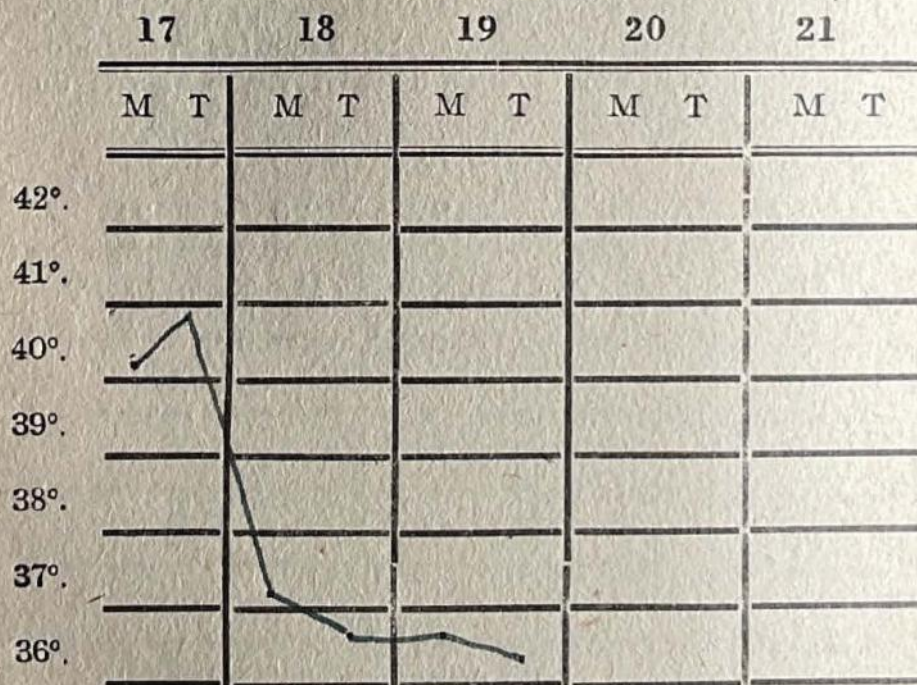
Cuadro térmico



Historia Clínica N.º 16.—Juan Guerra, 12 años, de edad, indígena, natural del Temporalcito, hermano del enfermo anterior y con los mismos antecedentes epidemiológicos, enferma el mismo día 17. Presenta un bubón inguinal izquierdo del tamaño de un garbanzo, sumamente doloroso.

Se comprueba de inmediato el diagnóstico de peste y se le instituye el mismo tratamiento con septosil a igual dosis que al anterior. Para conseguir la baja completa de la temperatura se hacen necesarias seis inyecciones de Septosil, una cada cuatro horas, entrando en mejoría el enfermo en 24 horas.

Cuadro térmico



CONCLUSIONES

1.º.—En los diez y seis casos relatados se comprueba la acción eficaz de la sulfanilamida en los enfermos de peste bubónica.

2º.—La afección evoluciona tanto más rápidamente hacia la curación cuanto más precozmente se instituye este tratamiento.

3º.—La Sulfanilamida resulta igualmente eficaz en los casos de peste bubónica, pneumónica o septicémica (secundarias).

4º.—El tratamiento sulfamídico debe ser siempre completado por el tratamiento tónico cardíaco.

Camiri, 7 de marzo de 1947.

Dr. J. Arduz Tardío
Médico Bacteriólogo del Servicio Antipestoso.

Estadísticas Traumatológicas

Por el Dr. Alfredo Gonzalez García.

(Desde Enero de 1935 hasta Agosto 31 de 1944)

Vamos a analizar las Estadísticas que a continuación detallaremos, que han sido tomadas de nuestro servicio de traumatología de la Clínica «Ledón—Uribe».

En la primera hemos estudiado 6,443 casos de la industria agrícola, observando el número de casos de cada región del cuerpo y el tanto por ciento del número total.

En la segunda analizamos 17,020 en que hemos acoplado los traumatismos industriales y los agrícolas y hemos catalogado los casos igual que en la estadística anterior.

En la tercera analizamos 27,204 casos y hemos hecho un estudio de los cuerpos extraños que se han presentado, dando los tantos por ciento en relación con el oficio del lesionado, con la substancia introducida y y el tanto por ciento según la región en que estos cuerpos extraños se han alojado.

A continuación de cada cuadro nos limitare-

mos a hacer algunas observaciones y, al final irán las conclusiones en relación con las estadísticas descritas.

**Estadísticas por regiones anatómicas de accidentes
ocurridos en labores de caña**

<i>Partes del cuerpo</i>	<i>No. de Lesiones</i>	<i>Tanto por 100</i>
Cabeza	73	1.13
Ojos	685	10.63
Cara	47	0.73
Cuello	14	0.22
Clavículas	6	0.10
Hombro derecho	7	0.11
Hombro izquierdo	23	0.36
Brazo derecho	97	1.51
Brazo Izquierdo	152	2.36
Mano derecha	803	12.46
Mano izquierda	2993	46.45
Torax	133	2.06
Tronco	46	0.71
Región abdominal	6	0.10
Región inguinal	13	0.20
Región lumbar	11	0.17
Cadera	17	0.26
Muslo derecho	2	0.03
Muslo izquierdo	2	0.03
Pierna derecha	438	6.80
Pierna izquierda	216	3.35
Rodilla derecha	18	0.28
Rodilla izquierda	242	3.76
Pie derecho	183	2.84
Pie izquierdo	215	3.34
Asfixia	1	0.01
	6,443	100.00

CUADRO No. 1

En el cuadro No. 1 se observan:

1o. Que a la mano derecha corresponden 803 casos que constituyen el 12.46% del total de los casos.

2do. Que a la mano izquierda corresponden 2,993 casos que constituyen el 46.45% de la totalidad de los mismos.

3ro. Que a ambas manos corresponden el 58.91% del total de las lesiones.

4to. Que a los ojos corresponden 685 casos que es el 10.63%, siendo el tanto por ciento mayor después de los casos de manos.

Estadísticas por regiones anatómicas de accidentes
ocurridos en toda clase de labores

<i>Partes del cuerpo</i>	<i>No. de Lesiones</i>	<i>Tanto por 100</i>
Cabeza	373	2.192
Cara	680	3.995
Ojos	1743	10.241
Cuello	46	0.272
Tronco	288	1.692
Torax	606	3.561
Abdomen	145	0.852
Región inguinal	651	3.825
> Lumbar	416	2.444
> Orural	15	0.088
> Sacra	87	0.511
> Glutea	35	0.206
> Genital	108	0.635
Cadera	11	0.241
Clavícula	66	0.388

<i>Partes del cuerpo</i>	<i>No. de Lesiones</i>	<i>Tanto por 100</i>
Hombro derecho	141	0.828
Hombro izquierdo	133	0.781
Brazo derecho	167	0.981
Brazo izquierdo	117	0.687
Codo derecho	93	0.546
Codo izquierdo	69	0.405
Antebrazo derecho	315	1.851
Antebrazo izquierdo	302	1.774
Mano derecha	2907	17.080
Mano izquierda	3257	19.136
Muslo derecho	113	0.664
Muslo izquierdo	103	0.605
Rodilla derecha	206	1.210
Rodilla izquierda	208	1.232
Pierna derecha	347	2.039
pierna izquierda	354	2.080
Pie derecho	1478	7.684
Pie izquierdo	1389	8.161
Cuerpo extraño naso faringe	3	0.018
Cuerpo extraño esófago	1	0.006
Tétanos	2	0.012
Intoxicación	11	0.065
Asfixia	4	0.024
TOTALES	17,020	100.00

C U A D R O No 2

En el cuadro No. 2 se observan:

1ro. Que a la mano derecha le corresponden 2,907 casos, que son el 17.08%.

2do. Que a la mano izquierda le corresponden 3,257 casos, que constituyen el 19.14%, por lo que a ambas manos le corresponde el 36.22%.

3ro. Que a los ojos les corresponden 1,743 casos, que constituyen el 10.2%.

Estadísticas de cuerpos extraños

	Obreros agrícolas	41	39.047 %
	Costureras	18	17.142 »
	Mecánicos	11	10.475 »
	Pescadores	2	1.904 »
	Carpinteros	5	4.761 »
	Peones	5	4.761 »
	Chapistas	1	0.952 »
	Neveros	1	0.952 »
	Plomeros	1	0.952 »
	Choferes	1	0.952 »
Oficios	Maquinistas	1	0.952 »
	Fundidores	1	0.952 »
	Comerciantes	1	0.052 »
	Leñadores	5	4.761 »
	Albañiles	3	2.857 »
	Tejedores	2	1.904 »
	Chapeadores	2	1.904 »
	Guardacampos	1	0.952 »
	Remachadores	1	0.952 »
	Mineros	1	0.952 »
	Estibadores	1	0.952 »
	Fragmentos metálicos	38	36.190 %
Minerales.	Cristales	1	0.952 »
	Agujas	20	19.042 »
Cuerpos extraños	Animales		
	Huesos	1	0.952 »
	Espinas de pescado	3	2.857 »
	Vegetales		
	Astillas	14	13.333 »
	Espinas	26	24.757 »
	Otros	2	1.904 »

	Mano	51	48.571
	Hombro	5	4.761
	Brazo	18	17.142
	Maxilar Superior	1	0.952
	Pierna	15	14.285
Región	Ojo	2	1.904
	Pie	8	7.619
	Torax	1	0.952
	Labios	1	0.952
	Traquea	1	0.950
	Amígdala	1	0.952
	Oído	1	0.952
Número de casos examinados			27.204
Número de cuerpos extraños			105
			0.380

C U A D R O No. 3

En el cuadro No. 3 se observan:

1ro. Que a los obreros agrícolas les corresponden 41 casos del total que constituye el 39.04%.

2do. Que siguen en orden de frecuencia las costuras, en que se encuentran 18 casos y constituyen el 17.14%.

3ro. Que a fragmentos metálicos corresponden 38 casos que constituyen el 36.19%.

4to. Que a la mano le corresponden 51 casos que constituyen el 48.57%.

Por lo expuesto anteriormente, se pueden hacer las siguientes conclusiones finales:

1ro. Que las lesiones de la mano ocupan el mayor tanto por ciento de todas las lesiones del cuerpo.

2do. Que las lesiones de la mano izquierda son más frecuentes que las de la mano derecha.

3ro. Que en la industria agrícola hay gran diferencia entre las lesiones de la mano izquierda y de la derecha, debido a la maniobra descompasada a veces en el bombeo de la caña.

4to. Que cuando se coplan los traumatismos en general, el tanto por ciento de las manos disminuye notablemente y no existe la diferencia tan enorme entre la mano izquierda.

5to. Que cuando analizamos la estadística de cuerpos extraños también observamos que el mayor tanto por ciento corresponde a las manos.

6to. Que el mayor porcentaje de cuerpos extraños existe en los obreros del campo, por ser éste un país eminentemente agrícola.

7mo. Que los cuerpos extraños minerales alcanzan el mayor tanto por ciento.

8vo. Que es importante señalar en los servicios traumatológicos la atención esmerada y urgente de cada caso, atendiendo las manos con el esmero que corresponde al gran porcentaje de las lesiones de las mismas y tener también el servicio del oculista con la urgencia que se necesita.

NOTA: Quiero por este medio dar las gracias mas expresivas a mis colaboradores, los Dres. J. Castañeda, Juan F. Peláez y a los alumnos Francisco Elosegui y Manuel González.

Crónica

Bienvenida

Se la deseamos muy afectuosa a los doctores Armando Aparicio, Joaquín López y Agustín Benavides, que, procedentes los dos primeros de Buenos Aires y el último de los Estados Unidos de Norte América, donde fueron a prepararse en especialidades de la medicina, se encuentran ahora entre nosotros. Hemos visto con sumo agrado que hayan obtenido un excelente resultado en sus labores en el Extranjero.

Mesas diarectiva

Se ha renovado la de la Sociedad Pro—hospitales con el siguiente personal:

Sociedad de Médicos pro—hospitales: Presidente, Dr. Raúl Fernández de Córdova; Secretario, Wálter Echalar Zaballa.

Instituto Médico «Sucre»

En la elección realizada en junta general de so.

cios, para formar la directiva del 1947—48, el día 21 de febrero del presente año, obtuvieron la mayoría absoluta los siguientes consocios:

Presidente, Dr. Ezequiel L. Osorio (reelegido por 4a. vez).

Vice, Dr. Gustavo Vaca Guzmán

Secretario, Dr. Julio C. Fortún

Tesorero, Dr. Wálter Villafani

Vocal, Dr. Ricardo Rivera (reelecto)

Vocal, Dr. Armando Solares Arroyo

Vocales suplentes: Dres. Manuel Leonidas Tardío y Clovis Urioste Arana.

Revistas de suma importancia

Debemos mencionar, entre los canjes que recibimos, por su particular importancia y trascendencia, los siguientes:

Current List of Medical Literature, publicado por Army Medical Library, 7th. Street & Independence Avenue, S. W., Washington, 25, D. C., que hace un resumen admirable, clasificado por materias, de todas las últimas publicaciones sobre todas las ramas del conocimiento médico, por orden alfabético, indicando las páginas. Esta Revista es un poderoso auxiliar para la investigación y para la revisión científicas de la época actual.

Epidemiological Information Bulletin, publicado por United Nations, Relief and Rehabilitation Administration, Health Division.

Digest of Neurology and Psychiatry, publicado por The Institute of Living, 610, Park Avenue, New York, 21 N. Y., que ofrece un resumen de cuanto se escribe en el mundo en materia de Psiquiatría y Neurología.

Instituto Experimental de Biología

Bajo los auspicios de la Universidad, representada por su eficiente Rector, el doctor Guillermo Franco-vich, espíritu cultísimo e impulsor de cuanto significa progreso para la casa de altos estudios que dirige con tanta voluntad como acierto, se ha organizado este Instituto, al que deseamos obtenga todo el éxito que merece. Ahora no se encuentra aún debidamente equipado, a pesar de todos los esfuerzos efectuados para crearlo; pero en un año más estamos seguros que sabrá responder satisfactoriamente a las aspiraciones y necesidades que tienen los elementos estudiantiles, los elementos profesionales y el público en general, que han visto con agrado su formación.

Un esclarecido colega a la cabeza de la Nación

Por primera vez, desde la fundación de la República, un médico ha sido colocado en la suprema curul gubernativa. Dicho colega reúne un cúmulo de condiciones y virtudes republicanas, al propio tiempo que la más acrisolada moral cívica y democrática que puede ostentar un ciudadano. Su carrera política, límpida y pura, sus honorables antecedentes, son la prenda más segura de su honesta administración. Espíritu depurado de toda clase de pasiones, el doctor Hertzog, es una garantía de honradez y de auténtico patriotismo. La voz de sus colegas de Chuquisaca no es una voz sectaria ni parcial: es la expresión de la más absoluta sinceridad. Y esa voz saluda con afecto al nuevo Presidente de la República, y le augura una administración correcta, noble y digna.

El Instituto Médico «Sucre», cuyo socio correspondiente es el doctor Enrique Hertzog, formula los más fervientes votos por que su Gobierno se desenvuelva sin dificultades ni tropiezos y alcance a unir al pue-

blo boliviano, demostrando, al mismo tiempo, sus nobles aspiraciones y sus realizaciones convincentes de verdadero republicanismo.

Servicio especial de Profilaxia Rockeller

El doctor Nemesio Torres Muñoz, jefe de este Servicio, y al mismo tiempo socio de número del Instituto Médico «Sucre», estuvo en el pasado mes en esta ciudad, y tuvo varias conferencias con el Presidente. En ellas se llegó a algunos acuerdos de bastante importancia, relativos a la mutua colaboración ENTRE ESTAS DOS ENTIDADES: la Rockeller en Bolivia y el Instituto, para lo que esta última organización prometió facilitar a la primera su sección de bacteriología con todo su material, siempre que ésta colaborase a los trabajos de orden científico que le correspondía desarrollar. El jefe del Servicio Especial de Profilaxia estuvo conforme con esta actuación y ya se iba a firmar el compromiso cuando surgieron algunas observaciones u objeciones que interrumpieron el trámite. Hasta ahora no se ha llegado aún a una solución, y esperamos que ella se produzca inmediatamente después de la conferencia que tengan el Presidente del Instituto y el Jefe de la Sección llamada de Servicio Especial de Profilaxia de la Rockefeller Foundation en Bolivia.

VII Congreso panamericano de la Tuberculosis

Se ha reunido esta asamblea científica en Lima del 17 al 22 de marzo del año en curso.

Es seguro que el éxito que se obtenga ha de igualar de los anteriores congresos que se reunieron en La Habana y Montevideo.

Delegado del Ahorro y Seguro Obrero ha ido el médico chuquisaqueño Dr. Santiago Medeiros, distingui-

do especialista en Tisiología, que en oportunidades anteriores ya presentó lucidos trabajos sobre la materia.

Ahora ha presentado un estudio sobre la roentgenfotografía aplicada a la pesquisa de la tuberculosis, con el objeto de realizar un diagnóstico precoz, asunto que va preocupando a todos los pneumólogos americanos, entre los que sobresale el profesor brasileño Abreu, quien también ha concurrido al citado Congreso.

La sanidad en Bolivia

Hemos tenido el agrado de dar lectura en el N.º 9, año 25, correspondiente al mes septiembre de 1946, de la importante publicación *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* al artículo que, bajo ese epígrafe, ha dado a luz el señor Humberto E. Navarro, representante de estadística sanitaria de aquella Oficina. Como siempre, figura la estadística sanitaria con el errado nombre de bioestadística, que significa estadística de la vida en general, (animal, vegetal y...también humana).

Trata el mencionado artículo del estudio del costo de la alimentación de la familia obrera, emprendido por el Departamento Nacional de la Nutrición, del costo de la alimentación en los hospitales y del plan integral de organización y labor técnica de dicho Departamento; del Laboratorio Bromatológico; de la sanidad escolar, de la inspección general de farmacias y control de estupefacientes; de las nuevas construcciones sanitarias en La Paz, Oruro, Cochabamba y Tarija; de la Lucha Antivenérea, en cierne; de la Lucha Antituberculosa, en plena actividad; de la Escuela Nacional de Enfermeras y Visitadoras sociales; del control del ejercicio profesional; de las estadísticas de mortalidad y morbilidad humanas, con el nombre ya objetado de bioestadística; del personal sanitario, de los brotes epidémicos ocurridos en distintas zonas de la nación;

de la vacunación antivariolosa; de la profilaxia palúdica; del Servicio llamado *especial* de profilaxia contra la fiebre amarilla y la uncinariasis; y, por último, de la labor desarrollada por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, que en algunas ocasiones es simplemente una repetición de la Sanidad nacional y y Departamental dependiente del Ministerio respectivo.

En otro número de la Revista del Instituto Médico «Sucre», ya hicimos apreciaciones de orden médico—social y administrativo respecto a la organización de la salubridad nacional, haciendo constar que la tendencia dominante en Bolivia ha sido encararlo y pretender resolverlo todo de un golpe, sin profundizar las actividades ni tener en cuenta los enormes recursos que que se requieren para obtener resultados definitivos. En lugar de establecer planes metódicamente cada tres, cuatro o cinco años, y comenzar una tarea, después de haber concluido otra, y no al mismo tiempo todas para que, a la postre, el resultado sea nugatorio, se ha procedido justamente sin método, y así se ha empleado mal el dinero destinado a sanidad.

Especialmente ahora que pesa sobre Bolivia una fuerte crisis hacendaria, lo que limita muchísimo los recursos con que puede contar el ministerio de salubridad, es indispensable obrar con más tino y cautela, concretándose a las obras más imprescindibles y dejando las otras para situaciones económicas más desahogadas. De ninguna manera se debe mantener la integridad de todos los servicios sanitarios por el solo prurito de mostrar diferentes departamentos, no de utilidad y en función, sino únicamente de relumbrón y para la exportación.

Mención especial

Merece el artículo del Dr. Arduz Tardío que publicamos hoy, por el interés que encierran los resulta-

dos del tratamiento de la peste bubónica por medio de la sulfanilamida inyectable.

Si se llega a comprobar que en todos los casos que se presenten de bubónica se obtiene el mismo éxito que en las 17 observaciones clínicas que presenta, el tratamiento mencionado tendría que imponerse en forma perentoria.

Recomendamos tomar en cuenta sus atinadas indicaciones a todos los profesionales que tienen motivo de atender enfermos de esta dolencia en países tropicales y en las regiones infestadas.

Instituto de fisioterapia dedicado especialmente a la curieterapia y reontoterapia para el tratamiento del cáncer

Después de una larga gestación, y con motivo de la celebración del aniversario 323 de la Universidad de Chuquisaca, ha logrado instalarse definitivamente el denominado Instituto de Fisioterapia «Cupertino Arteaga», que no es otra cosa que un Instituto destinado especialmente al tratamiento del cáncer por medios físicos.

Es de justicia reconocer que el promotor de la realización de la idea de organizar en Sucre un instituto consagrado al tratamiento terapéutico de los neoplasmas malignos, externos e internos, por medio de la irradiación, ya de los rayos Roentgen, (o X) ya de los rayos del rádiom, (o de Curie) para completar el resultado de las operaciones de extirpación quirúrgica o para intentar su curación directa, es sin disputa el doctor Hermann Hirsch, médico hebreo llegado a esta capital poco antes de la persecución que contra todos los componentes de esta nacionalidad sin patria, ejerció la omnímoda voluntad del dictador del estado alemán, Herr Adolph Hitler.

El fué quien obtuvo de su connacional Hochschild una contribución económica de U. S. \$ 1,500.—para empezar, a la cual se fueron sumando la de la Universidad, la del doctor Arteaga, la del Comité de Hospitales, la del Rotary de Sucre, la de los Bancos Nacional y Central, también del Mercantil, de la Cervecería Sucre, de la Cruz Roja, de la señorita Martha Reyes Ortiz, etc.

El Comité que vigiló las obras de construcción y se interesó especialmente en que de todas maneras fueran una realidad las aspiraciones de la Facultad, del cuerpo médico y de la sociedad en general, hasta dar remate a ellas, cumplió sus deberes con dedicación, tenacidad y acierto. El doctor Solares (Aniceto), que viajó a Estados Unidos, invitado oficialmente por el Embajador de esta República, ayudó también a la Universidad cumpliendo el encargo que le dió para conseguir de la Radium Chemical Company de New York una apreciable cantidad de este precioso metal que produce la desintegración de la materia en fuerza.

Su director, el doctor Agustin Benavides, no es un improvisado. Al contrario, está preparado especialmente en esta materia, pues la Universidad lo mandó al Instituto del Cáncer de Buenos Aires a especializarse en diagnóstico y tratamiento, así como en las investigaciones relativas a su naturaleza, esencia y acción.

El actual Rector, Dr. Guillermo Francovich, entusiasta propulsor del progreso de los estudios médicos, no obstante ser abogado, ha coronado la iniciativa de hace pocos años, llegando a darle forma y realidad. El inauguró el funcionamiento de la instalación de terapia cancerosa, poniéndola bajo la dirección y dependencia de la Facultad de Medicina.

Vaya nuestra congratulación efusiva a todos cuantos ha intervenido en esta organización benéfica por el buen éxito alcanzado.

Ateneo de Medicina

El «Ateneo de Medicina» de Sucre, ha renovado su mesa directiva, con las siguientes personas: presidente Dr. Agustín Benavides, vicepresidente Dr. Alberto Martínez; secretario general Dr. Romelio A. Subieta y tesorero Dr. Ernesto Mendoza; vocales los doctores Alberto Arce, Wálter Echalar, Napoleón Arnau, Ricardo Bacherer, Luís Adam Briançon, Fernando Lora, Víctor Lora, Joaquín López Suárez, José María Navarro, Víctor Malpartida, David Malpartida, Luís Pereira, Luís Sauma, Luís Villafani y Julio A. Ibernagaray.

Comisión del S. C. I. S. P.

Tuvimos ocasión de concurrir a la reunión que se efectuó en la Universidad, (a la que fuimos invitados) del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para hacer conocer a los elementos oficiales y al cuerpo médico de Sucre los trabajos que esta institución había realizado y los que pensaba realizar. Hicieron sendas exposiciones los señores Cortés, Soriano y el doctor Ferrufino; los dos primeros en lo referente a la acción de la ingeniería sanitaria y de la labor administrativa, y el último en lo que atañe particularmente a la acción médica, profiláctica y terapéutica, desenvuelta en Bolivia.

Es de felicitarse por el hecho de que los Estados Unidos nos ayuden con personal y económicamente en asuntos sanitarios que son los más fundamentales para el progreso y bienestar de una nación. La contribución financiera de Bolivia actualmente para esta obra para que es de 48 millones, por 24 que nos da el Servicio Americano. La labor realizada es grande y fecunda en resultados. Verdad que el costo es también muy fuerte, ya que la colaboración que presta a Bolivia la Ro-

ckefeller Foundation no alcanza a la vigésima parte del desembolso anterior.

Por otra parte, hay también una observación de orden o de método de trabajo. En lugar de deslindarse debidamente los dos radios de acción, el de la sanidad pública boliviana y el del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para Bolivia, se confunden a veces y hasta en ocasiones sufren interferencias perjudiciales o por lo menos anulatorias, sin que haya beneficio efectivo y sin que se ponga coto a las erogaciones inútiles.

La primera condición para realizar una obra cualquiera es, indiscutiblemente, el establecimiento de un plan, método o sistema de trabajo, plan que puede desarrollarse en varios, a veces en muchos años; pero que debe desarrollarse y coronarse con un resultado práctico. Es deplorable decirlo, pero es la verdad, que la marcha de la sanidad no ha ido entre nosotros, como era racional y lógico, de lo útil y necesario, de lo principal a lo accesorio, de lo fácil a lo difícil, de lo sencillo a lo complejo. Al contrario, desde un principio se ha pretendido crearlo todo, hacerlo todo de *fond en comble*, y así se ha conseguido una organización sin solidez y sin eficiencia. La cuestión fundamental no era establecer un servicio útil y práctico, sino un servicio aparentemente completo, y deficiente en la realidad. Queríamos presentar a los ojos del mundo un departamento de salubridad por lo menos igual al de otras naciones más ricas y que se habían preocupado con este asunto desde hacía mayor tiempo. No nos contentábamos con ir a paso lento pero seguro en las vías del progreso sanitario. No buscábamos organizar secciones que funcionen, que trabajen, creando primero las más indispensables, sino queríamos mostrar grandezas falsas, aunque nos costasen elevados desembolsos.

Ahora que el Instituto Médico, como asociación consagrada al servicio de la salud pública, necesi-

ta estudiar a fondo este tema para emitir su oponión definitiva ante el Gobierno, ya veremos a qué finalidades se llegará en los interesantes debates que se produzcan.

Desde luego, nos complaceremos que el cuerpo médico de Sucre se entregue con empeño a estas investigaciones, porque él es quien está llamado a dar sus luces a la administración de sanidad pública, que no ha tenido motivo para especializarse en esta tarea. Los jefes de sanidad y el director general son médicos distinguidos, sin duda, pero cuya designación sólo se debe a influencias políticas, y no hay por qué esperar de ellos experiencia ni conocimientos técnicos, ni directivas, ni ciencia especializada. Si la sanidad se tecnifica y cuenta para ello con un Instituto Superior de Higiene, que la asesore, será otra cosa.

Clínica "Tardío"

El día 30 de marzo se inauguró la Clínica o Sanatorio Tardío que funciona en la plaza Libertad N°. 13. Tal establecimiento está llamado a prestar importantes servicios a la sociedad, atendiendo, aunque en reducida escala, casos de cirugía, otorrinolaringología, obstetricia y ginecología, endocrinología, clínica médica, urología, venereología, cancerología y sus tratamientos.

Los doctores que forman su personal científico son los siguientes: Manuel Leonidas Tardío, José Mostajo, Agustín Benavides C., Ernesto Mendoza, Víctor Malpartida, Wálter Echalar Z. y Luís Sauma.

Formulamos votos por que esta institución de carácter privado alcance a cumplir las aspiraciones que han inspirado su fundación y que realice igualmente los deseos de la sociedad de satisfacer ampliamente a sus necesidades.

En todo caso, es digna de aplauso la idea y la ejecución de este sanatorio.

Cambios de personal en el ramo de Sanidad Pública

Mientras no se tecnifique el ramo de sanidad y se logre llenar todos los cargos con personal especializado, el criterio que debe imperar para su provisión no es otro que el criterio democrático. Hay que mantener a los buenos funcionarios y no retirar sino a aquellos cuyas fallas perjudican el servicio, para reemplazarlos por otros, cuya eficiencia se pruebe de alguna manera. Obrar con criterio político, premiando con puestos sanitarios a los más entusiastas partidarios de tal o cual partido, es sencillamente obrar de una manera desacertada, torpe y mezquina, y sobre todo muy pueblerina; por ende, ridícula.

Ese procedimiento no es propio de toda una personalidad nacional, como se sobreentiende que lo es quien ocupa una cartera del gabinete.

Mientras se ha procedido con cordura y sensatez, con madurez de juicio, en la designación de personal en los distintos ramos de la administración, aun en el ramo del Trabajo y Previsión Social, anexo al Ministerio de Salubridad, en este último se ha creído que, nombrando a los correligionarios y dejando a los impuestos por el régimen militar villarroelista, se había logrado un progreso efectivo y se había depurado la organización de la sanidad nacional. Hasta antiguos y conocidos elementos técnicos del servicio hospitalario han sido bruscamente despedidos para sustituirlos irreflexivamente. Y de estos nombramientos precipitados y festinatorios, ha resultado que algunos de los mismos nombrados no han podido menos que renunciar por no haberseles consultado y por no desplazar inmotivadamente a sus colegas.

Si algún cambio violento podría justificarse sería el de aquellos funcionarios que fueron incondicionales prosélitos de la dictadura militar y propagandistas del nazifascismo importado a Bolivia por Paz Estensso.

ro, con programas redactados en Alemania y dinero destinado a la propaganda. Y precisamente se ha procedido en forma contraria: los representantes del oprobioso régimen fueron ratificados en sus cargos y los demócratas de verdad fueron echados de sus puestos, sin explicación alguna.

Estas expulsiones en masa no pueden dejar de ser censuradas por la opinión pública y especialmente por la opinión de corporaciones profesionales médicas de reconocida seriedad y también de invariable juicio rectilíneo.