

REVISTA DEL



Instituto Médico "Sucre"

VOL. 51 BOLIVIA-SUCRE, 1956. Nº 95



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

**REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO «SUCRE»**

(SOCIEDAD FUNDADA EL 3 DE FEBRERO DE 1895)

SUCRE, CAPITAL DE BOLIVIA

Calle «Arzobispo San Alberto» Nos. 8 y 10

MESA DE REDACCION: Drs. Aniceto Solares, Julio C. Fortún, Raúl F. de Córdoba y Wálter Echalar.

S U M A R I O

- I.— *Discurso—informe del Presidente del Instituto, Dr. Julio C. Fortún.* Pag. 3
- II.— *Alergia tuberculosa y utilidad de su investigación. Dr. Enrique Vargas Simla.* « 19
- III.— *Causas y prevención de la ceguera en Bolivia. Dr. Aniceto Solares.* « 39
- IV.— *Significación morfológica del tejido celular perivisceral e intervisceral, Dr. Julio C. Fortún.* « 52
- V.— *Crónica.* « 62

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Consejo Directivo para 1955 - 1956

Presidente	<i>Dr. Julio C. Fortùn (reelecto)</i>
Vicepresidente	<i>" Luis A. Briancón (reelecto)</i>
Tesorero	<i>" Fernando Lora B. (reelecto)</i>
Secretario	<i>" Mamerto Gorena N.</i>
Vocales	<i>" Francisco V. Caballero (reelecto).</i>
	<i>" Emilio Fernandez (reelecto)</i>

**REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO 'SUCRE'**
(SOCIEDAD FUNDADA EL 3 DE FEBRERO DE 1895)

SUCRE, CAPITAL DE BOLIVIA

Calle «Arzobispo San Alberto» Nos. 8 y 10

MESA DE REDACCION: Drs. Aniceto Solares, Julio C. Fortún, Raúl F. de Córdoba y Wálter Echalar.

S U M A R I O

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| I.— <i>Discurso—informe del Presidente del Instituto, Dr. Julio C. Fortún</i> | Pag. 3 |
| II.— <i>Alergia tuberculosa y utilidad de su investigación. Dr. Enrique Vargas Sivila.</i> | « 19 |
| III.— <i>Causas y prevención de la ceguera en Bolivia. Dr. Aniceto Solares.</i> | « 39 |
| IV.— <i>Significación morfológica del tejido celular perivisceral e intervisceral. Dr. Julio C. Fortún.</i> | « 52 |
| V.— <i>Crònica.</i> | « 62 |

**REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO 'SUCRE'**

AÑO LI — 1956 — N° 95

**Discurso—Informe del Presidente del Instituto,
Dr. Julio C. Fortún, leído en la sesión pública
del 3 de Febrero de 1956.**

· Señores Consocios - Señores:

Nos ha tocado la singularísima honra de presidir nuevamente este significativo y trascendental acto, que en la vida de nuestra sociedad, reviste caracteres de fiesta y que desde su fundación, viene conmemorándose de manera que se ha hecho ya proverbial por lo tradicional.

En efecto, el 3 de febrero representa para el Instituto Médico Sucre, no sólo la fecha de su inauguración e incorporación al seno de las actividades ciudadanas de nuestra preclara e ilustre capital y de la nacionalidad toda, sino algo más grande, de contornos de mayor significación, de ese algo que para nuestra patria representa la razón misma de su vida. Es la fecha gloriosa del advenimiento al mundo del prócer inigualado, de la máxima figura de nuestra historia, el Gran Mariscal de Ayacucho, Don Antonio José de Sucre,

con cuyo nombre se honra nuestra sociedad y bajo cuya égida bienhechora ha tratado y trata de encaminar sus pasos dentro de las actividades públicas.

Es pues, en primer término, el motivo de esta actuación de honor, el de rendir nuestro homenaje cívico, nuestra ofrenda de fervor patriótico, nuestra oración de acción de gracias a la memoria del Inmaculado, que para bien de este bello girón americano vino al mundo, un día como hoy, hacen ciento sesenta y tres años. Su breve paso por la vida y el no menos breve aun que de sus pocos años dedicó a esta tierra, son prueba inequívoca del entrañable amor que a ella profesó, hasta hacerla digna de figurar en el concierto de las nacionalidades, con todos los atributos de pueblo libre y soberano, pese a los designios del momento, a la codicia de los vecinos y a la oposición misma del Libertador.

El Gran Mariscal de Ayacucho constituye el recio puntal sobre el que vino a apoyarse toda la voluntad de un pueblo, ansioso de erigirse en nación independiente, libre de toda extraña tutela, sin más consejeros para la prosecución de sus posteriores destinos, que su misma conciencia y su propia responsabilidad. Somos, pues, obra del gran prócer, cuya reciedumbre supo hacer efectivo el clamor de estos pueblos, obedeciendo a cuyas anhelos de libertad, que incontenibles brotaban de todos los ámbitos del territorio, que la egregia figura del Gran Mariscal, supo objetivizar los anhelos de todos los sectores ciudadanos, que clamaban por su soberanía y sobreponiéndose a todas las conveniencias políticas de la época e incluso a la omnímoda voluntad del Libertador, el Mariscal de Ayacucho ungió con el óleo de la plena independencia, a la que habría de ser después nuestra patria, **Bolivia**.

Es este acontecimiento, sin parangón en nuestra historia política, cuyo único gestor es el Gran Mariscal, el que viste de sus mejores galas a nuestro Instituto y ponga a los pies de la egregia figura del prócer, todos los votos de reconocimiento que le animan, que nacidos de lo más hondo de las conciencias de todos nosotros, van conducidos a evocar su memoria, con plegarias de gratitud y reconocimiento perpétuos.

Nuestra sociedad, como seguramente ninguna otra en el país, ha sabido aquilatar en sus contornos de grandeza este memorable suceso histórico y consecuente con este convencimiento a incluir en su estatuto orgánico, la realización de este homenaje cívico, como la mejor ofrenda de gratitud a la figura del Gran Mariscal de Ayacucho.

Coincidente con este episodio, el Instituto recuerda también el día de hoy el sexagésimo primer aniversario de su fundación y en este orden de hechos, los que ahora constituimos este núcleo de profesionales queremos también rendir nuestro tributo de grata recordación a la memoria de los ilustres maestros, muy pocos por cierto, que hace sesenta y un años, conjuncionaron sus voluntades, aunaron sus propósitos y sin medir sacrificios de ningún género, pusieron sus recursos personales para dar vida, organizar y hacer funcionar esta sociedad, que con el tiempo habría de constituir la primera entidad médica de su especie, para bien de nuestra nacionalidad. Quienes militamos en sus filas y sintiéndonos herederos de los propósitos de sus fundadores, sentímonos orgullosos de pertenecer a este centro médico social.

Como lo establece también el régimen de funcionamiento del Instituto, es obligación de la

presidencia rendir a sus comitentes cuenta de su actuación durante el período que le cupo dirigir los destinos de la institución y consecuente con este precepto del estatuto orgánico, vamos a referirnos, aunque sea brevemente, a las actividades sociales en el período que toca a su finalización. Vamos a rogar de la indulgencia de los presentes, sean benévolos en escuchar estas frases que son de rutina, con las que daremos cuenta de nuestro cometido durante el segundo período que nos tocó actuar en la presidencia.

Debemos, en primer término, referirnos al hecho más notorio y de mayor significación de nuestra vida social, con el que se ha impulsado la principal palanca que genera toda actividad. Nos referimos al aspecto económico de la gestión y con él, al generoso rasgo de desprendimiento del señor Ministro de Higiene y Salubridad, el Dr. Don Julio Manuel Aramayo, quien en visita especial a nuestra sede social, pudo informarse de visu de nuestra múltiple y compleja actividad, entregada a los misérrimos recursos de nuestro magro tesoro. Pudo así darse perfecta cuenta que con los escasos recursos de que dispone la sociedad, no es posible atender y menos impulsar tantas y tan premiosas necesidades: laboratorios, biblioteca, publicación de la revista, museos, elaboración de vacuna, etc.

En atención a lo brevemente referido, la cabal comprensión y el sentido de alta justificación del señor Ministro, hicieron el milagro, sacando a la sociedad de su paupérrima situación, donándola con recursos propios del Ministerio, con la suma de cuatro millones de bolivianos, cuya efectivización ha sido verdaderamente salvadora para nuestra caja social.

Valga esta oportunidad y nunca podía ser más propicia, para hacer llegar al señor Ministro nuestra cálida voz de agradecimiento por tan oportuno rasgo de desprendimiento y acertada medida gubernamentalmente. Hay que dejar constancia que este voto público, que traduce el pensamiento de todos los señores socios, ya se hizo también efectivo en otras ocasiones y al renovarlo ahora, no hacemos otra cosa que reafirmarnos en nuestro sentimiento de gratitud.

EDIFICIO.— Era ya tiempo de pensar en reforzarlo y repararlo convenientemente. No lo hicimos antes por la falta material de recursos pero ahora, en posesión de los medios necesarios, estamos entregados a esta impostergable tarea. Para la ejecución de los trabajos, se ha entregado la obra a un ingeniero contratista, cuyo presupuesto y bases de ejecución, debidamente compulsados por nuestro asesor jurídico, el Dr. Don Manuel Durán P., han merecido la aprobación de nuestro consejo de administración. La obra ha de demorar un par de meses más y tenemos entendido que con el interés y decisión del ingeniero contratista hacia nuestra sociedad, hemos de conseguir la seguridad y garantía de los trabajos de reparación de nuestro edificio, que a su pericia hemos confiado.

BIBLIOTECA, REVISTA Y CANJES.— He aquí tres interesantes aspectos de nuestra vida social, que por la fuerza imperiosa de los acontecimientos emergentes de la crisis general del país, han quedado estacionarios durante la gestión precedente. En efecto, la escasez de nuestros recursos y por otra los precios verdaderamente astronómicos en los que se cotiza la producción de libros modernos de medicina, dada la devaluación de nuestro signo monetario, nos han imposibilitado

dotar a nuestra biblioteca de nuevas producciones, para ponerla a tono con la moderna etapa de publicaciones médicas.

Igual cosa acontecido con nuestra revista, la que, pese al empeño puesto por la presidencia y el comité de redacción de la misma, no ha sido posible sacar a luz siquiera el número correspondiente al pasado año.

En este capítulo de nuestras actividades, no sólo han incidido los factores antes anotados, sino y esto es lo que más conduele al espíritu, la falta de una editorial que se haga cargo de su publicación. Así y todo y con el auxilio de los recursos concedidos por el señor Ministro de Higiene y Salubridad, se ha podido conseguir la colaboración de una pequeña imprenta, donde actualmente se encuentra en trabajo nuestro único medio de difusión. Es anticuada en su procedimiento de trabajos y por ende morosísima en la ejecución de sus impresiones. De ahí que sólo después de unos dos meses más podremos hacer efectivo este anhelo, que es al que más energía y vigor debemos dedicarle. Así lo ha comprendido la sociedad y por acuerdo unánime de los socios se ha dispuesto asignar a la revista una partida conveniente, remediando de este modo una falta que se hacía imperdonable para el Instituto.

De otro lado conviene dejar constancia de que esta nuestra publicación, destinada especialmente a los centros médicos del extranjero, nos proporciona, en condición de canje, una rica dotación de revistas médicas, que, hoy por hoy, constituyen la única fuente de información y actualización de las novedades médicas mundiales. Había que conservar a toda costa este intercambio y de ahí que cualquier sacrificio para dar a la estampa nuestra revista resultaba insig-

nificante, frente a la positividad de sus beneficios. La sola tardanza en la aparición del Nr. 94, está determinado la reclamación de quienes la recibían regularmente. Cursan en secretaría muchas comunicaciones de esta naturaleza y es para justificar este nuestro involuntario retardo, que van estas explicaciones. Tenemos esperanza en regularizar la publicación aludida.

LABORATORIOS.— Han quedado estacionados en su actividad por la falta de medios para impulsarlos. Pecaríamos de redundantes entrando a explicar los motivos de este estancamiento involuntario a todas luces. Son de orden económico, a los que viene a sumarse la dificultad de la consecución de divisas para importar todo aquello que no se encuentra, ni por asomo, en nuestro mercado nacional: colorantes, reactivos, antígenos, productos químicos, etc., que sólo es dable adquirirlos en el exterior.

Todo esto conduce a no poder realizar el programa que desde años atrás nos habíamos trazado, para servir las necesidades de orden farmacéutico de nuestras clases populares, abaratando determinados recursos terapéuticos y hacerlos más accesibles a las masas desheredadas, para quienes hoy la farmacia es algo imposible de alcanzar.

Tenemos planeada la fabricación de inyectables en general, sueros, productos biológicos, etc., y no perdemos la esperanza de hacer efectivos nuestros propósitos.

Pero el laboratorio de elaboración de vacuna antivariolosa sigue en el mismo pie de rendimiento y su producto, de bondad y características biológicas uniformemente reconocidas, hacen que sea solicitado de modo reiterado, de todos los ám-

bitos del territorio, prefiriéndoselo a los productos similares que se elaboran en el país. Es bien conocida de todos la excelencia de nuestra vacuna, pudiendo calificársele de incomparable por sus magníficos resultados.

El Instituto Médico, en cumplimiento de leyes y acuerdos preestablecidos no tiene otra obligación que la de producir el fluido vacuno y distribuirlo, con carácter totalmente gratuito en todo el territorio, satisfaciendo de inmediato cuanto pedido se le formula de cualquier punto de la República.

Las estadísticas de remisión que cursan en los archivos de la sección, confirman plenamente la suficiencia cuantitativa de vacuna distribuida, no dejándose de atender ninguna solicitud.

Mas el hecho evidente es que la viruela no desaparece del país. La plaga sigue haciendo estragos, de manera aunque esporádica, en distintas circunscripciones territoriales. Ultimamente en variadas poblaciones de la provincia de Nor Chichas, algunos sectores han rendido su trágico tributo de vidas a este flajelo.

Tan preciado producto, de características óptimas en su valor profiláctico, la gratuidad con que se distribuye, la facilidad operativa de la inoculación del virus vacunal y la suficiencia cuantitativa de producción, habrían determinado lógicamente la erradicación de la viruela en el país. Lamentablemente el hecho no es evidente y la causa no es otra que la defectuosa e insuficiente modalidad con que se procede a la vacunación de las masas humanas, especialmente de las campesinas, que es en las que precisamente causa mayores estragos la enfermedad. Ya nos habíamos ocupado en otras oportunidades de este serio problema profiláctico, proponiendo inclusive al Ministerio, algunas

medias de orden práctico para una eficaz labor de previsión, sobre todo en el agro.

Actualmente nuestro país está en conversaciones con los organismos mundiales, especialmente americanos, para proceder a la erradicación de la viruela. Para esta finalidad, la Oficina Sanidad Panamericana ha dotado al país de un equipo para la producción de vacuna liofilizada, cuya instalación demora sin razón alguna. El Instituto tiene ofrecido sus locales, laboratorios y personal para producir vacuna de esta naturaleza, sin más erogación fiscal que la instalación de dicho gabinete en sus reparticiones, especialmente edificadas para esta finalidad. Con este equipo, con el que actualmente produce vacuna fluida y con las excelencias biológicas del ganado de esta localidad y sus alrededores, el país estaría en condiciones de adquirir cualquier compromiso con los citados organismos de salud pública.

Tócanos dentro de este informe del desenvolvimiento de nuestro laboratorio de vacuna, referirnos todavía a las dificultades que desde hace un par de años venimos confrontando para adquirir terneros. Antes de ahora los propietarios de fundos rurales eran nuestros directos colaboradores, remitiendo a nuestros establos suficiente cantidad de ganado para nuestras finalidades. Pero ahora se tropieza con la incomprensión de los nuevos propietarios y aun de las autoridades rurales mismas, que ni siquiera dan oídos a nuestro constante pedido. Se han hecho insinuaciones verbales; se han remitido atentos oficios de solicitud; se han propuesto los medios de conducción a la ciudad, etc., pero todo ha ido al vacío, frente a la total desatención e indiferencia de las mencionadas autoridades agrarias.

Otro aspecto que debemos enfocarlo con particular interés, para el eficaz y provechoso rendimiento de nuestro laboratorio, es el que se refiere a la subvención con que el poder público recompensa nuestro trabajo. La suma de Bs. 600.000, pagadera en dos semestres, es insuficiente a todas luces. Los astronómicos precios que por todos los materiales de elaboración abonamos hoy en día, justifican plenamente la solicitud que tenemos formulada ante el señor Ministro, para que la cuota se eleve a la suma mínima de un millón de bolivianos, por lo menos. El crecido valor del alquiler de terneros, la exorbitante suma que se paga por forrajes y medios de manutención del ganado, así como por los variados recursos y artículos que a diario se consumen en subida escala, tiene que influir decididamente en la cabal comprensión de las autoridades ministeriales para acceder favorablemente a nuestro pedido. En este orden de hechos tenemos ya la promesa oficial del Ministerio de Salubridad.

MUSEOS.— Nada ha cambiado el curso normal de su desenvolvimiento y como siempre el de Anatomía Normal sobre todo incomparable obra de arte, sin similar en el país por la belleza y perfección de sus hermosos plásticos—ha estado puesto a diario a disposición de los alumnos de la Facultad de Medicina, donde encuentran un magnífico motivo de estudio, por su atrayente objetividad.

El de Zoología tampoco ha hecho nuevas adquisiciones y lo que actualmente posee, se encuentra expuesto en un recinto poco apropiado, por lo reducido e insuficientemente iluminado. Bien merece instalarlo convenientemente, para darle todo el valor y realce que verdaderamente tiene. Su sola colección de serpientes del Oriente

y N.E. del territorio, son de un valor imponderable. Gracias a los nuevos trabajos de edificación en que nos hallamos empeñados, consideramos la posibilidad de instalarlo en un local más amplio y de mejores condiciones de luz, precisamente como aquél que ha de quedar habilitado en la planta alta del lado Norte, del segundo patio de nuestro edificio.

EL INSTITUTO Y LA UNIVERSIDAD.
He aquí un capítulo del historial de 1955, de la vida de nuestra sociedad, que ha tomado caracteres de vivo interés. En efecto, nuestra institución, en consonancia con sus altas finalidades de dar vuelo a la cultura y a cuanta actividad humana sea expresión de superación y mejoramiento espiritual constante, ha debido—durante el lapso de interrupción de las actividades universitarias—ponerse al servicio incondicional de nuestra casa superior de estudios. En este orden de hechos ha puesto a disposición del Honorable Consejo Universitario, todas sus reparticiones, de tal manera que durante la infeliz época que estuvo privada de sus edificios, nuestro Instituto le facilitó todo lo que le era de necesidad, para regularizar su funcionamiento.

Y no sólo se benefició de nuestra concesión el organismo director de la Universidad, sino que todos los núcleos juveniles de estudiantes, de las distintas facultades, así como otros grupos sociales que hacían causa común con la Universidad, como lo hizo también el pueblo todo, han tenido también expeditas nuestras dependencias para sus deliberaciones, con la sola recomendación a unos y otros, de no desvirtuar la sana tendencia de nuestra sociedad, con sectarismos odiosos o bajas pasiones de política mezquina, capaces de empañar los elevados y nobles propósitos de nues-

tro Instituto y de los organismos que se acogieron a él.

Es prueba evidente de esta aserción la nota que con tal motivo dirigió el señor Rector de la Universidad, en fecha 5 de Agosto, cuyo contenido queremos hacerlo público, consignándolo en su integridad en la presente memoria, porque constituye un valioso documento que enaltece el espíritu de nuestra sociedad. Dice así: «No. «435-55.- Sucre, 5 de Agosto de 1955.- Señor Presidente del Instituto Médico «Sucre» .-Presente. «Señor Presidente: En su sesión del día viernes 2 «de los corrientes el Honorable Consejo Universitario ha resuelto por unanimidad presentar su «reconocimiento y gratitud a la digna institución «que usted preside, por la colaboración que prestó a nuestra Casa de Estudios, al facilitarle sus «instalaciones y edificio, durante el período comprendido entre el 21 de mayo y el 16 de agosto, «en que la Universidad de Chuquisaca, estuvo «despojada de sus propios edificios.-Al transmitir a «usted y a los miembros del Instituto esta resolución, me complace dejar constancia de q' la Universidad de San Francisco Xavier no podrá olvidar «nunca la colaboración recibida en un momento decisivo de su vida, de parte de la benemérita y muy «ilustre institución que usted preside dignamente, «y en su historial inscribirá el nombre del Instituto Médico Sucre en lugar destacado, junto al de «todos aquellos que contribuyeron a defender la «cultura y la justicia en los sucesos q' se iniciaron «en un cruento 21 de mayo.-Reitero el agradecimiento de nuestra Casa de Estudios y presento a usted «las expresiones de mi más alta y distinguida consideración.-(firmado).-Adolfo Vilar, Rector Interino.»

Y siempre consecuente con sus finalidades de solidaridad y reconocimiento a los valores ciu-

dadanos, el Instituto Médico Sucre, asociándose al duelo de la Universidad y particularmente de su Facultad de Medicina y como expresión del dolor que embargó a la ciudad toda, unió su tributo de homenaje a la memoria de los ilustres profesionales fallecidos en el aciago lapso de nuestro quebranto universitario, doctores Arturo B. Carrasco y Segundo Jaime Sánchez, para cuyos despojos se erigió en nuestro salón de honor, sendas ofrendas funerarias, como expresión del sentimiento social, a la memoria de tan brillantes profesores de la escuela de Medicina.

Cabe también dejar constancia que el Instituto brindó su salón de conferencias, para las actuaciones públicas del renombrado financista y economista alemán, el señor Guillermo Tabor, adjunto a la Cepal de las Naciones Unidas, con sede en Santiago de Chile. Auspiciado por el centro Boliviano Alemán, filial Sucre, atrajo la atención, con sus brillantes exposiciones sobre asuntos de orden financiero en nuestra América. La sociedad sintióse honrada al brindar su salón de conferencias a tan renombrada mentalidad.

SESIONES DE HONOR.— Celebrando el magno acontecimiento de la fundación de la República y el aniversario del glorioso triunfo de Junín, el Instituto realizó una sesión pública, a la que fueron invitadas las autoridades locales. Hizo esta presidencia una rememoración de tan trascendentales acontecimientos de nuestra vida republicana, concretando la atención del auditorio en algunos aspectos de la vida del Libertador. Por su parte, el consocio Dr. Luis Villafani B. ocupó la tribuna para tratar un interesante tema de orden médico social.

Informado el Instituto de la visita del señor Ministro de Higiene y Salubridad, Dr. Julio

Manuel Aramayo, quien anunció su presencia en esta ciudad para inaugurar el congreso médico-quirúrgico nacional del mes de marzo pasado, el Instituto Médico Sucre acordó en sesión especial y por unanimidad de sus miembros, incorporarlo al seno de nuestra institución, con la categoría de socio honorario.

Para este efecto la sociedad se reunió también en sesión extraordinaria el día 29 de marzo del pasado año, en su salón de homenajes públicos, acto en el cual, tras breves frases de elogio al brillante profesional y destacado profesor de la Facultad de Medicina, de la Universidad de San Andrés, Dr. Aramayo, esta presidencia le hizo entrega del diploma que lo acreditaba como a socio honorario del Instituto, sumando su nombre al de la reducida aunque selecta nómina de profesionales que integran esta página de honor de nuestra institución

Por su parte el Dr. Aramayo, en frases de cálido elogio para nuestra sociedad, cuyo preponderante rol social destacó en forma encomiástica, agradeció la designación, prometiendo servirla en forma decidida y eficaz, prometiendo, desde luego, una valiosa donación económica, para el fomento de nuestras variadas dependencias.

Consecuente con su formal ofrecimiento y una vez restituido al asiento de sus funciones, nuestro flamante socio honorario, hizo efectiva su promesa, remitiendo la suma de cuatro millones de bolivianos, suma con la cual está actualmente el instituto empeñado en la restauración de su edificio, en la edición de su revista y en la consecución de algunos implementos, entre los cuales ha merecido particular interés, el epidiascopio de proyecciones de la casa Machlett y Son de New York. Es de utilidad incalculable, por lo que su

adquisición hacíase impostergable para todo género de actuaciones de orden cultural, no sólo para los socios, sino también para la juventud estudianta de la Facultad de Ciencias Médicas, con la que siempre ha colaborado y a la que de continuo le prodiga sus beneficios.

Renovamos pues, una vez más, el cálido reconocimiento de nuestra sociedad por la atinada decisión del señor Ministro, hecho que lo enaltece en grado sumo.

ECONOMIA SOCIAL.-Dentro de la estrechez de recursos de nuestro presupuesto ordinario, los escasos fondos sociales son administrados con escrupuloso y metódico control, gracias al interés de nuestro consocio tesorero el Dr. Don Fernando Lora B., cuya labor se hace acreedora al reconocimiento de todos nosotros.

Dejamos ya establecido que el poder público contribuye a la economía de nuestra sociedad, abonándonos una suma anual de recursos en compensación del servicio gratuito que de la vacuna hacemos a todo el país. Se nos ha abonado totalmente el ítem correspondiente a la gestión de 1955 y por ahora sólo espera el Instituto que el Ministerio, atendiendo a las causales tantas veces ya citadas, emergentes de la desvalorización de nuestro signo monetario, reajuste la cuota de la subvención anual. Estamos seguros de ser favorablemente atendidos en esta demanda. El espíritu de justificación que anima al señor Ministro hará efectivo este anhelo.

He ahí, señores socios, lo más saliente de las actividades encomendadas a esta presidencia. Esperamos que todo lo expuesto sea del beneplácito y consiguiente aprobación de los consocios, y que, la nueva directiva que en breves días más debe ser elegida, prosiga en esta labor, superando

en cuanto sea posible la modesta actividad que puso la directiva que debe cesar en sus funciones, en pro de nuestra querida institución. Consideramos que es así como debemos responder a la enorme y profícua labor de nuestros antecesores y muy especialmente de aquellos hombres extraordinarios, especímenes de constancia, empeño infatigable y decidido propósito de servir al pueblo, cual caracterizó a aquellos ilustres mentores de fines del siglo pasado, al haber dado vida a esta institución. No puede ser más oportuno el momento para recordarlos y ofrendarles el voto de nuestra gratitud, al habernos legado el fruto de sus esfuerzos y desvelos.

Y para concluir, dirijamos una vez más nuestras miradas a la incomparable imagen del genio creador de nuestra nacionalidad. Vayan a él nuestras preces e invoquemos su sagrado nombre, para que a todos ilumine, llevando a la conciencia de todos los bolivianos, la pureza inmaculada de sus intenciones, la bondad de sus propósitos y su ascendido civismo, puesto al servicio de sus semejantes y para beneficio de esta patria nuestra, que a él debe lo que hoy es. Sigamos, pues, su ejemplo y todos, los de arriba y los de abajo, sin sectarismos odiosos, ni rencores de mesquina política, conduzcamos nuestros actos por la senda de la paz, el trabajo y la concordia, únicas fuentes de energía, para el agradecimiento de la República.

Sucre, 3 de febrero de 1956.

Julio C. Fortún

Alergia Tuberculosa y Utilidad de su Investigación*

Por Enrique Vargas Sivila

Introducción

Conviene recordar, ante todo, como lo hace Rich (1), que Jenner' hacia 1801, llamó la atención acerca de las modificaciones — en sentido de una reacción local más rápida—que el padecimiento de la viruela o la previa vacunación, determinaban en individuos a los que posteriormente se inoculaba el virus de la vacuna.

Más tarde, en 1891, Koch observó, en sus trabajos sobre reinfección experimental de la tuberculosis, el mismo hecho, o sea el de la hipersensibilidad de los animales que anteriormente fueron inoculados con bacilos tuberculosos, al ser reinoculados con los mismos gérmenes, pero que además se comportaban como más resistentes. Ello constituye el llamado y bien conocido "fenómeno de Koch", del que luego hablaremos.

Los experimentos de Charles Richet (2) profesor de Fisiología de la Universidad de París, le llevaron a crear, en 1901, el término de "ana-

*Conferencia en sesión pública del Instituto Médico «Sucre», el 3 de febrero de 1956, al ser recibido el autor como socio de número de esta institución.

filaxia" para sustituir al de "idiosincracia", con el que se designaba fenómenos de hipersensibilidad de diversa naturaleza.

Posteriormente, sobre la base de éstos y otros estudios, el pediatra vienés Clemente von Pirquet, creó, a su vez, por 1906, el término de "alergia", para designar fenómenos de hipersensibilidad y resistencia, semejantes a los estudiados por sus predecesores.

Richet, explica el origen de anafilaxia en la siguiente forma: *ana* significa *lo contrario*, y *filaxis* quiere decir *protección*, o sea, lo contrario de la protección.

Por su parte Arnold R. Rich. (3), modernamente, resume el concepto de *estado anafiláctico*, así: «cuando una proteína extraña entra por cualquier vía, se puede establecer un estado de hipersensibilidad que puede provocar el golpaso brusco y aun la muerte, si en un momento posterior la misma proteína en cantidad suficiente encuentra su camino en la circulación».

Frente a esto, Arthus vió que si las inyecciones de proteína se efectúan no de una sola vez sino con intervalos, durante algún tiempo, se presenta un «estado anafiláctico», pero además un nuevo fenómeno consistente en que la reacción local se hace cada vez más intensa, al extremo de que una inyección intradérmica con muy pequeña cantidad de proteína provoca, como en el caso de la reacción anafiláctica, pápula y eritema, que no desaparecen en unas pocas horas, sino que aumentan de tamaño e intensidad hasta llegar a una verdadera necrosis con hemorragia e incluso ulceración en el sitio de inoculación: es el fenómeno de Arthus».

Canetti (4), establece que «en pocos instantes se produce choque anafiláctico, y la reacción

de Arthus comienza bien pronto después de la inyección intradérmica del antígeno, y culmina en pocas horas. Otra cosa ocurre en la hipersensibilidad tuberculosa. A pesar de ser precoz no es inmediata; cuando se introducen bacilos tuberculosos o tuberculina en el dermis de un cobayo alérgico, transcurren algunas horas antes que la reacción sea perceptible».

Existe todavía otro tipo de hipersensibilidad, es el llamado «tipo polen», que puede producirse por muchas proteínas, pero que generalmente lo determina el polen. Este fenómeno de hipersensibilidad acompaña al asma, al eczema, a la fiebre de heno. Rich y otros autores «consideran el tipo polen como una manifestación de tipo anafiláctico», por sus diversas similitudes.

Algo más, Rich cree que el tipo anafiláctico de hipersensibilidad, el fenómeno de Arthus y la hipersensibilidad tipo polen tienen tan pocas diferencias que «es razonable considerarlos simplemente como manifestaciones distintas de un solo tipo».

Concepto de alergia

A la distinta manera de comportarse los organismos re infectados frente a los primoinfectados, a la manifestación de la hipersensibilidad, es que von Pirquet—primitivamente con relación a la tuberculina—, dió el nombre de «alergia», o sea, reacción cambiada, alterada o anormal, que es lo que significa el término.

Pero el concepto de alergia, para el mismo von Pirquet, no es tan simple, es más bien complejo. Así, él (5) dice que alergia sería «una modificación de la aptitud reaccional, adquirida por el organismo del hombre o por el animal

de experimentación, después de sufrir una enfermedad o un tratamiento con sustancias a él extrañas“.

Y en menos palabras, diríamos también que *alergia* es una distinta manera de reaccionar del organismo después de un contacto con sustancias ajenas a él.

Incorporado el término al campo de la fisiología, los autores le han dado diversa interpretación: unos, como Wallgren (6), aclarando el concepto de von Pirquet, dicen que “*alergia* es el cambio en el modo de reaccionar, tanto cuando el cambio significa un aumento en el grado de defensa, como cuando implica una disminución de él“. Ambos elementos, según Wallgren, aumento de la resistencia o aumento de la sensibilidad, consecutivos a una infección, son los fenómenos que von Pirquet incluye en el significado de la palabra; otros, como Topley y Wilson (7) no dan siquiera una definición de *alergia*, y se defienden diciendo que “es casi imposible definir la palabra *alergia*, lo usamos—advierten—aquí en un sentido vago, pero comunmente aceptado, en el cual comprendemos un grupo de reacciones caracterizadas con una respuesta elevada o acelerada ante un tipo particular de antígeno, independientemente del perjuicio o beneficio que la respuesta alterada confiere al huésped alérgico. Evidentemente,—continúan—todos los fenómenos de hipersensibilidad podrían incluirse en este término general“.

Y así ha sido, sin duda. Pues se ha abusado a tal extremo del término *alergia*, que hoy en día se lo emplea para todo: ¡hasta para significar el odio o la simple antipatía!...

Algunos autores prefieren, por eso, su eliminación del vocabulario médico, Recientemente

(1944), Rich (8), exclama que "el término "alergia" ha sido usado sin discriminación, de tal manera que sería deseable que pudiera ser eliminado completamente del vocabulario científico".

De ahí que, actualmente, de acuerdo con el mismo Rich, la mayoría de los fisiólogos convienen en reservar —apenas como simple homenaje a von Pirquet— el repetido término para designar los fenómenos de hipersensibilidad, por lo menos en fisiología y de inmunidad, separadamente, para los fenómenos de resistencia ya sea ésta natural o adquirida.

Por su parte, Canetti (9), cree que se puede dar de la alergia dos definiciones, una amplia y otra restringida, y que «ambas son legítimas». «La definición amplia—dice—consiste en llamar alergia tuberculosa a todas las propiedades nuevas que aparecen en el organismo como consecuencia de una infección tuberculosa primaria. La restringida consiste en llamar alergia tuberculosa *solo a la aptitud de reacción rápida, inflamatoria y, a menudo necrótica*—también llamada de hipersensibilidad—que aparece en el organismo como consecuencia de una infección tuberculosa primaria».

Sin embargo, desde Calmètte (10), ya se había advertido que hipersensibilidad e inmunidad son dos fenómenos distintos que pueden coexistir o no, y que, por tanto, contradicen la definición amplia que consiste en englobar en el término alergia tanto la hipersensibilidad como la inmunidad. En efecto, si bien ambos fenómenos se generan por el anidamiento del bacilo de Koch en el organismo, se ha visto experimental y clínicamente (con motivo de la vacunación BCG concurrente, por ejemplo) que puede haber hipersensibilidad sin inmunidad y, viceversa, inmunidad sin hipersensibilidad. De donde la tendencia ya casi

universalmente aceptada, a emplear en tisiología el término *alergia* para significar únicamente la hipersensibilidad, como antes dijimos.

No se conoce con exactitud el tiempo en el que, después de una infección tuberculosa, se hace presente la sensibilidad cutánea en el ser humano, toda vez que la dosis natural de infección y la virulencia del germen son muy variables, no sólo con relación a los diversos tipos del bacilo tuberculoso sino dentro de un mismo tipo. Como promedio, se piensa que en el niño la *alergia cutánea* se presenta entre la cuarta y sexta semanas después de la primoinfección tuberculosa y, de hecho, es lo que ocurre en el caso de la inoculación por vía intradérmica, con propósitos vacunales, del bacilo atenuado Calmette-Guérin (BCG).

No obstante, entre los niños del accidente de Lübeck, donde por error se administró, junto con los bacilos vacuna, gérmenes tuberculosos virulentos, la *alergia cutánea* más temprana se observó a los 23 días (Canetti), y en otros casos Assis (11), por ejemplo, empleando el BCG por vía intradérmica la observó a los 11 días; nosotros (12), tenemos un caso de vacunación con BCG a una niña de 2 años, que a los nueve días dió reacción positiva a la tuberculina, aunque por la edad se trató posiblemente de una revelación de la *alergia infratuberculínica*; en 7 casos probados a los 15 días de la vacunación, no obtuvimos reacción positiva con la prueba de Mantoux al 1:100, pero de 73 casos probados entre los 15 y 30 días—la mayor parte a los 30 días—53, o sea, el 72,60% fueron positivos y 20, o sea, el 27,39%, fueron negativos.

Se ve, pues, que la aparición de la *alergia cutánea* es, efectivamente, muy variable, pero que,

en las circunstancias indicadas, se presenta alrededor de las cuatro semanas.

Si en los casos de Lübeck no se constató alergia cutánea más temprana, es decir antes de los 23 días, a pesar de la intervención de bacilos virulentos, se debió probablemente, entre otras causas, a que la administración se hizo por vía oral y a que las pruebas tuberculínicas empleadas para revelar la alergia, fueron quizá las Pisquet, muy usadas entonces, y de suyo menos sensibles.

Otro problema es el de la duración de la alergia. Hasta hace poco, se tenía por cierto que la alergia tuberculosa conferida por la primoinfección, prácticamente duraba toda la vida, con variaciones en su intensidad; variaciones relacionadas con diferentes factores, pero sobre todo con la ocasión de contagio y la edad de los individuos, siendo más intensa en la juventud y en la madurez, y declinando en la vejez.

Hoy se sabe que la alergia tuberculosa tiende siempre a declinar, cuando no está sostenida por nuevas infecciones, al punto de que es frecuente encontrar sujetos analérgicos con complejo primario calcificado. De tal manera que, la alergia de primoinfección que se consideraba como permanente, se halla, en realidad, simplemente sostenida por reinfecciones sucesivas. Idéntico fenómeno se observa en los casos de vacunación con BCG; según la vía empleada, la alergia vacunal se extingue entre 1 a 3 años, cuando no se halla mantenida por las revacunaciones o por la infección natural sobreañadida.

Cabe hacer notar que hoy se halla casi definitivamente demostrado que la alergia se produce en los «tejidos o células» y no en los humores.

Cervini (13), destaca la experiencia que lo demuestra. Saenz (14), entre otros, habla, sin embargo, de «fenómenos inflamatorios locales que favorecerían la intervención de elementos celulares y humorales responsables del aumento de la alergia y de la inmunidad».

Alergia Latente o infratuberculínica

Se entiende por alergia latente o infratuberculínica aquella que existe en el organismo y que no es revelable por las pruebas tuberculínicas, aun a dosis concentradas, pero que puede revelarse mediante otras técnicas que la pongan, como quien dice, a flote.

Aunque Baldwin y Gardner—citados por Canetti (15), Vacarezza (16) y otros—fueron los primeros en notar [1921] que esta alergia de primoinfección, extinguida, se presentaba en menos tiempo del corriente después de una nueva infección, la noción exacta de la existencia de una alergia latente correspondiente a la conferida por la primoinfección la dió Henry Willis (17), en 1928, en sus experiencias en cobayos a los que inoculaba dosis de bacilo tuberculoso atenuado de la cepa R1: alrededor de los dos años algunos de estos cobayos habían perdido totalmente la alergia, reinoculándolos entonces con bacilos virulentos de la cepa H37 observó la reaparición muy temprana de la alergia, la misma que no podía ser la conferida por la reinoculación, sino la originada por la primoinfección en existencia latente, pues no era corriente observar la presencia de la alergia primaria en tan corto tiempo. Posteriormente, Abelardo Saenz y Canetti (18), del Instituto Pasteur de París, así como otros autores, confirmaron estas experiencias.

En el hombre, y con motivo de la vacunación con BCG, fue Luis Sayé (19) quien, en 1938, advirtió igual fenómeno en individuos revacunados, esto es, la aparición más temprana de la alergia que en los primovacunados; hecho que fué confirmado en 1940 por Saenz y Canetti, y en 1941 por Sayago, Arena, Degoy, Chattás y nosotros; en 1942 por Assis y Carvalho, Assis y Guedes de Pereira, Rosemberg y, más tarde, por Raúl F. Vaccarezza y otros entre 1947 y 1948, como hace notar el propio Sayé (20) en su reciente obra *La tuberculosis traqueobroncopulmonar*. Por esta razón, por haber observado el fenómeno primero Willis, experimentalmente, y después Sayé, en el hombre vacunado, es que en 1941 Carlos A. Urquijo, de Buenos Aires, propuso, para este caso de la reaparición precoz de la alergia después de una reinoculación, la designación de *fenómeno de Willis Sayé*, hecho que ha sido generalmente aceptado. No obstante, por razón de mayor justicia, Vaccarezza (21), en 1949 advirtió que este fenómeno podría llamarse de Baldwin—Willis—Sayé*.

Fue Assis, quien en 1942 sistematizó la investigación de este tipo de alergia residual llamada latente y, por él, «infratuberculínica». Utilizó para ello, por vía intradérmica, el BCG muerto por

*Por su parte, Arlindo de Assis, al respecto dice: «Rigurosamente hablando, el trabajo de Baldwin y Gardner, mencionó, apenas, fluctuaciones alérgicas. El de Willis, no mostró de hecho una pérdida de la alergia tuberculínica experimental y su reaparición rápida después de una reinfección efectuada en esa fase de analergia aparente. Por esta razón, la verdadera observación experimental de la alergia latente cabe a Willis». (Nota en la traducción al portugués del, trabajo BASES EXPERIMENTALES Y SIGNIFICADOS BIOLÓGICOS DE UN BCG—TEST POSITIVO, por Max Fonrentier y Alain Blanque—Belair. «O Hospital», vol. 48, N.º 1, Rio de Janeiro, julio de 1950, p. 2.

el calor (baño María a 60° C) a la dosis de 0,1 mg. en 0,1 de cc. de solución salina a 8,5 por 1000. Assis estudió la evolución del nódulo correspondiente a esta inoculación intradérmica con el objeto de observar la sensibilidad local del tejido, y empleó pruebas tuberculínicas concentradas en los diez primeros días, a fin de investigar la reaparición temprana de la alergia. De sus trabajos se deduce que la alergia latente o infratuberculínica, puede apreciarse, además de lo observado con la aplicación del BCG vivo, por la aplicación del BCG muerto, de tres maneras principales.

1o. Por la reacción local inmediata del nódulo correspondiente a la inoculación del BCG muerto, cuando en las primeras 48 horas se exterioriza en forma de una pápula de tipo tuberculínico.

2o. Por la reaparición de la alergia tuberculínica en breve plazo (fenómeno de Willis—Sayé), es decir, dentro de los primeros 10 días de la inoculación del BCG muerto, pues, más tarde, las pruebas tuberculínicas positivas podrían deberse a la acción del propio BCG muerto que también confiere alergia, aunque débil y fugaz.

3o. Por la activación de las pruebas tuberculínicas anteriores a la inoculación del antígeno total (BCG vivo o muerto) y debidas a esta misma inoculación.

Rosemberg, cree que estas pruebas tuberculínicas que anteriormente fueron negativas y después de la aplicación del BCG muerto [o vivo] se positivizan, no representan propiamente una "revivencia", como creen algunos autores, ya que antes no se presentaban, y propone, con mucha razón a nuestro ver, la designación de "positivización tardía"; de nuestra parte, hemos venido cono-

ciendo a este fenómeno como una simple "activación".

Asimismo, Assis al proponer el término de alergia infratuberculínica en lugar de alergia latente piensa que el primero es más propio, y que el segundo se acomoda mejor a los casos de desaparición momentánea de la alergia causada por enfermedades intercurrentes, como la coqueluche, el sarampión y, en veces, la fiebre tifoidea.

Para la mejor comprensión del fenómeno de la alergia tuberculínica y el de la alergia infratuberculínica, mediante el empleo del método de Assis para su investigación por el BCG muerto, hemos propuesto, de nuestra parte, el gráfico 1,* que establece las diferentes modalidades de lo que llamaríamos la onda de la alergia, iniciada en el organismo con la primoinfección tuberculosa (bacilo virulento) o la primovacunación con el BCG (bacilo avirulento).

En dicho esquema, la línea horizontal representa la piel; el punto negro I, la primoinfección virulenta (o la primovacunación BCG); la primera flecha, o principio de la gran curva, el periodo pre o anti-alérgico, correspondiente a la indicada primoinfección, en el que ya existe una alergia infratuberculínica (inicial); el punto negro II y la segunda flecha representan, respectivamente, la aplicación del BCG muerto y la revelación precoz de esa alergia de infección, mediante el empleo inmediato de pruebas tuberculínicas concentradas; la tercera flecha, o gran curva constituye la alergia cutánea de infección, que generalmente es de larga duración, pero con tendencia a la de-

*Por dificultades materiales de último momento, nos privamos, lamentablemente, de publicar este gráfico,—

declinación y su total desaparición a las pruebas tuberculínicas más concentradas, dando lugar a una analergia cutánea o a la alergia infratuberculínica (residual); el punto negro III y la cuarta flecha, o principio de la pequeña curva, representan, respectivamente, la aplicación del BCG muerto (o vivo, como utilizamos algunos) y la consiguiente revelación de esta alergia infratuberculínica—mediante pruebas tuberculínicas—que de ordinario tiene poca duración y tendencia a desaparecer nuevamente.

Relaciones entre alergia e inmunidad

Como vimos al principio, el fenómeno de Koch es el mejor experimento que permite comprender las modificaciones que sufre el organismo del animal después de la primoinfección tuberculosa. Pues, cuando se inocula bacilos virulentos o atenuados, o incluso muertos, a los animales de experimentación, después de un tiempo—variable con la dosis, el estado de los gérmenes de inoculación y la vía empleada—se observa la aparición de la hipersensibilidad (alergia), al mismo tiempo, al ser reinoculados por los mismos gérmenes, especialmente por los bacilos virulentos, los animales se comportan de muy distinta manera, expresando esta distinta manera la resistencia adquirida (inmunidad) conferida al animal por la primoinfección.

Fenómenos semejantes se observan en el caso de la infección del hombre: el niño nace, según todas las probabilidades, libre del bacilo tuberculoso y, por consiguiente, exento de alergia e inmunidad, y tan sólo con una resistencia natural, variable con las razas y los individuos, y dependiente después, en el curso de su vida, de múl-

tiples factores (edad, sexo, enfermedades intercurrentes, etc.). Después del nacimiento y según las circunstancias ambientales, sociales, etc., se infecta y se vuelve alérgico, hecho que se demuestra mediante la prueba tubercalínica, y al mismo tiempo adquiere una resistencia específica frente a nuevas infecciones exógenas.

Ahora bien, ¿cuales las relaciones entre estos dos fenómenos alergia e inmunidad?

Ya Calmette (22), había advertido que organismos vacunados con BCG, que reaccionaban positivamente a la tuberculina y que después de algunas semanas o meses dejaban de reaccionar, no por eso perdían «su estado de resistencia a las infecciones virulentas», con lo cual significaba que la alergia e inmunidad eran, en verdad, dos factores diferentes.

La mayor parte de las veces, sin duda, ambas pueden revelarse más o menos paralelamente—hay muchas probabilidades de que ni comienzan ni terminen precisamente juntos—, pero sus efectos sobre el organismo tienen una interpretación distinta. Ciertamente está ya demostrado que la alergia puede existir independientemente de la inmunidad, y viceversa. Los estudios de Coulaud (23), Saenz (24) y otros, con bacilos envueltos en excipientes grasos, como aceite de vaselina, han demostrado que se puede aumentar mucho la intensidad de la alergia, siendo ésta, sin embargo, fugaz; también experimentalmente la resistencia en el animal, sin llegar a constituir una inmunidad total.

Las recientes observaciones de Arlindo de Assis (25) en el hombre, mediante el empleo de BCG, han probado que se puede desensibilizarlo administrándole sucesivamente dosis determinadas de vacuna, por vía oral, y lograr una efectiva re-

sistencia a la tuberculosis en medios con fuente de contagio bacilífero.

Es evidente que cuando se administra, en dosis fraccionadas, altas cantidades de BCG a individuos hipersensibilizados por la infección, dicha hipersensibilidad disminuye progresivamente hasta su extinción (26, 27), e igual ocurre cuando se administra cantidades elevadas en una sola vez. Asimismo, cuando se administra BCG con fines vacunales, ordinariamente después de un tiempo, hay aparición de la alergia tuberculínica que al cabo de un año o más se extingue del todo, probablemente sin que desaparezca la inmunidad, como se puede inferir de las experiencias de Assis (28), Rosemberg (29), Silveira (30) y otros, con el método de la «vacunación concurrente: niños vacunados con BCG [0,60 gr., hasta el sexto mes del nacimiento), expuestos al contagio en sus hogares, llegan a perder la alergia, o no la adquieren en el curso de la vacunación, sin padecer la enfermedad; hecho este último que hablaría en favor de la alta inmunidad alcanzada por esos niños con esta técnica.

«Además dice Rich (31)—, estudios efectuados en nuestro laboratorio, confirmados por muchos investigadores, demostraron que cuando la hipersensibilidad es deliberadamente abolida por los procedimientos desensibilizantes, la resistencia a la infección persiste. En el organismo humano, por lo tanto, una prueba tuberculínica negativa, no indica que el individuo no ha sido infectado, ni tampoco que la resistencia adquirida está ausente».

Por otro lado, Canetti (32), observa que las "exaltaciones de la alergia no responden a paralelas progresiones en la inmunidad".

Sostiene Canetti (33), fuera de ello, que es "muy verosímil, aunque no puede ser demostrado con rigor, que la hipersensibilidad persiste, no sólo después de la muerte de los últimos bacilos, sino también de la desintegración de sus cadáveres y por un tiempo muy largo".

Si, como cree Canetti, la alergia tanto cutánea como de los órganos internos, puede persistir después de la muerte de los bacilos, e incluso después de la desintegración de sus cadáveres, cabe preguntar si la inmunidad persiste igualmente, con la persistencia de la hipersensibilidad y las desintegraciones de los bacilos muertos. ¿Hasta cuándo puede persistir la inmunidad en tales casos?

Además, a estar con Canetti,—que a su vez se apoya en Menckin—, la alergia tendría el papel, por medio de la inflamación que determina el bacilo, de constituir un obstáculo para la "salida de los microbios fuera del foco", pero este hecho estaría en relación con las especies y las dosis de gérmenes, pues en algunos casos la alergia, es decir la hipersensibilidad, en lugar de oponerse a la diseminación de los bacilos, la acelera. Siempre la acelera, en sentir de Myeos (34). El mismo Canetti acepta que hay probablemente otros factores que influyen en la fijación local de los bacilos. Esos otros factores serían, para nosotros, los de la inmunidad y no precisamente los de la hipersensibilidad.

En nuestro entender, Canetti (35), a veces, en el término "alergia" engloba el de "inmunidad", lo cual se presta a confusión, aunque es lógico que lo haya partiendo del punto de vista de su "definición amplia". Pues cuando expresa que "estadísticamente ya se ha demostrado—consideramos que suficientemente—el valor de la

alergia frente a la tuberculosis", creemos que se refiere más bien a la inmunidad, que acompaña a la alergia, y que naturalmente es cosa distinta. Nosotros diríamos con más propiedad, según entendemos, que lo que se ha probado es *el valor de la infección, necesaria para la existencia de la inmunidad*, revelada generalmente--no siempre--por la alergia concomitante.

Y el mismo Canetti (36) se plantea el problema de "si es la sensibilidad de la tuberculina la responsable de que los macrófagos inmunizados destruyan mejor los bacilos". "Si esto es así--prosigue--la alergia es por cierto la principal causa de la inmunidad de reinfección anti-tuberculosa". Pero él mismo dice que "este problema no ha sido resuelto con todo rigor". Estos conceptos confunden, siu embargo, la posición de Canetti, que a través de sus obras se muestra más bien conforme con el criterio que considera a la alergia y la inmunidad como dos fenómenos distintos.

Presumimos que existen ya algunos elementos de juicio muy importantes que permiten asegurar, aunque no de un modo definitivo, que la "alergia a la tuberculina" poco o nada tiene que ver con la inmunidad. Aparte de las numerosas pruebas experimentales mediante la desensibilización por la tuberculina, detalladas por Rich (37), las observaciones de Assís (38), por medio de la vacunación concurrente, así lo demuestran, al menos para la *inmunidad mixta*, que llamaríamos a la provocada en el organismo del niño por la ingestión del BCG y la indudable inhalación de bacilos virulentos, al convivir íntimamente estos seres vacunados con las fuentes de contagio bacilíferas (la madre, el padre, o ambos a la vez).

Utilidad de la investigación alérgica

De lo anteriormente expuesto se deduce que, con fines epidemiológicos y diagnósticos, la investigación de la hipersensibilidad tuberculosa mediante las pruebas tuberculínicas tiene una importancia incalculable.

En el primer caso, permite establecer el índice de infección tuberculosa de un grupo social, una colectividad determinada o un pueblo entero, facilitando, desde luego, el estudio de la tuberculosis y su mayor o menor desarrollo; hecho que, por otra parte, entra también en relación con la profilaxia de la misma enfermedad, especialmente con la profilaxia específica por medio de la vacunación con BCG.

En el segundo caso, la existencia o no de la alergia tuberculosa—naturalmente que con la debida valoración, y teniendo en cuenta la existencia de anomalías individuales—aclarará la naturaleza de una determinada afección.

Por todo ello conviene tener, a la vez que conceptos claros acerca de la interpretación de la respuesta tuberculínica, una buena práctica en la aplicación de la prueba, la misma que, en general, no ofrece peligro alguno, sobre todo cuando se la aplica con la observación de su perfecta técnica. De ahí que en la actualidad el uso de la tuberculina se halla extendido, en tisiología, a todas las colectividades, sin distinción de sexo ni edad; y cuando se trata de establecer un diagnóstico diferencial es más imprescindible aún su empleo. Pues, basta con recordar que una sombra radiológica pulmonar, por ejemplo, a la que acompaña pruebas tuberculínicas reiteradamente negativas, con toda probabilidad no corresponde a la tuberculosis. Y esto es frecuente y claro sobre

todo en los niños, en los que sombras de tipo neumónico se presentan exentas de prueba tuberculínica positiva. Por eso, Díez Fernández [39], dice, con verdad, que «en el niño el diagnóstico de una tuberculosis de cualquier tipo, sólo podrá ser hecho después de que la tuberculinorreacción haya resultado positiva, porque la imagen radiográfica más típica, no es jamás demostrativa».

Con mayor razón se empleará la tuberculina en todo programa de lucha contra la tuberculosis.

REFERENCIAS

- (1) Arnold R. Rich: *Patogenia de la tuberculosis*. Ed. Alfa, Buenos Aires, 1946, p. 298
- (2) Citado por Samuel M. Flimberg: *La alergia en la práctica general*. Espasa Calpe, Madrid, 1941, p. 10.
- (3) Arnold R. Rich: *Ibid.*, p. 302.
- (4) Georges Canetti: *La alergia tuberculosa en el hombre*. Ediciones Médicas «Argos», Buenos Aires, 1948, p. 223.
- (5) Citado por Agustín Caeiro: *La alergia tuberculosa*. «La Semana Médica», Buenos Aires, 1934. Separata, p. 4.
- (6) Arvid Wallgren: *Tratado de la tuberculosis infantil*. «El Ateneo», Buenos Aires, 1940, p. 43.
- (7) Topley y Wilson: *Bacteriología e inmunidad*. Salvat, editores, Barceloua 1942, p. 891.
- (8) Arnold R. Rich: *Ibid.*, p. 301.
- (9) Georges Canetti: *Ibid.*, p. 11.
- (10) Albert Calmette: *L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*. Masson et Cie., Cuatriame edition, 1936, Paris, p. 926.
- (11) Arlindo de Assis: *Alergia tuberculina depois da vacinacao e revacinacao com BCG por via intradérmica*. O Hospital, vol. XVIII, N.º 1, julio 1940, Rio de Janeiro. Separata, cuadro N.º 1.
- (12) Enrique Vargas Sivila: *Resultados de la vacunación intradérmica con BCG en Sucre*. «Segundo Congreso argentino de Tisiología», Malachino, Establecimiento Gráfico, Rosario, 1950, pp. 171 y 173.
- (13) Pascual R. Cervini: *Anomalías cutáneas de la alergia tuberculosa*. El Ateneo, Buenos Aires, 1940, p. 5.
- (14) Citado por Canetti: *Ibid.*
- (15) Georges Canetti: *Ibid.*, p. 90.
- (16) Raúl F. Vacarezza y Benjamín Enquin: *La virada tuberculínica, la estabilidad alérgica y la alergia latente en el adulto joven*. «Anales de la Cátedra de Pat. y Clín. de la Tub.», t. VI, N.º 2, diciembre 1944, Buenos Aires, p. 282.
- (17) Henry Stuart Willis: *Studies of immunity to tuberculosis*. «The American Review of Tuberculosis» N.º 3, marzo 1928, pp. 240—252.
- (18) Georges Canetti: *Ibid.*

(19) Luis Sayé: *La tuberculosis traqueobroncopulmonar*. Ed. Guillermo Kraft Limitada, Buenos Aires. 1950 t. II, p. 464.

(20) Luis Sayé: *Ibid.*

(21) Raúl F. Vaccarezza: *Resultados de la vacunación con BCG en la Universidad de Buenos Aires*. «Segundo Congreso Argentino de Tisiología», *ibid.*, p. 217.

(22) Albert Calmette: *Ibid.*

(23) Citado por Canetti: *Ibid.*, p. 220.

(24) Citado por Canetti: *Ibid.*

(25) Arlindo de Assis: *Tolerancia do organismo adulto do BCG*. «O Hospital», vol. XXVIII, N.º 6, diciembre 1945, Rio de Janeiro.

(26) Reginaldo Fernandes y Enrique Vargas Sivila: *Imunizacao de adultos alérgicos exposto do contagio hospitalar*. «Clínica Tisiológica», vol. 3, N.º 11, octubre-diciembre 1948, Rio de Janeiro, pp. 511—517.

(27) Enrique Vargas Sivila: *Tolerancia al BCG por adultos hiperérgicos en contacto con tuberculosos*. «Segundo Congreso Argentino de Tisiología», *ibid.*, *ibid.* pp. 372—385.

(28) Arlindo de Assis: *Vacinacao BCG concurrente*. «O Hospital», vol. XXXI, N.º 6, junio 1947, Rio de Janeiro. Separata.

(29) José Rosemberg: *Resultados ulteriores da vacinacao BCG por via degestiva em individuos tuberculino positivos*. «Clínica Tisiológica», vol. 5, N.º 16, enero—marzo 1950, Rio de Janeiro. Y otras publicaciones anteriores.

(30) José Silveira: «Arquivos do IBIT», vol. VII. Fasc. II, 1948. Citado, además, por Rosemberg.

(31) Arnold R. Rich: *Ibid.*

(32) Georges Canetti: *Ibid.*

(33) *Ibid.* p. 219.

(34) Arthur Myers: *El niño alérgico*. Traducción de Alberto Chattás.

(35) Georges Canetti: *Ibid.*

(36) *Ibid.*

(37) Arnold R. Rich: *Ibid.*

(38) Arlindo de Assis: *Vacinacao BCG concurrente*. *Ibid.*

(39) Carlos Diez Fernández: *La tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto*. Manuel Marín y G. Campo, editores, Madrid, 1935, p. 396.

Causas y Prevención de la Ceguera en Bolivia

COMENTARIO

Dr. Aniceto Sofares

Los convenios internacionales vigentes y de los que nuestro país es signatorio, y el pertenecer tácitamente Bolivia a la Asociación Pan Americana de Oftalmología, determinan la obligación perentoria de organizar la lucha contra la ceguera. Es por otra parte deber profesional de la clase médica y norma humanitaria procurar la disminución del número de ciegos.

No existe por desgracia en Bolivia ninguna organización, ni estatal ni particular que se ocupe de la prevención de la ceguera.

Preocupado por tal situación, presenté un trabajo preliminar y sobre una cifra de 10,000 pacientes de ojos que hube observado, trabajo para el Congreso Interim Pan—Americano que se efectuó en la ciudad de Sao Paulo en junio de 1955. Ulteriormente, contribuí al 5° Congreso Pan Americano de Oftalmología, efectuado en Santiago de Chile en enero del presente año, complementando mi anterior estudio y presentando una memoria sobre el asunto expresado, pero habiendo inquirido las causas de no—videncia sobre

20,000 pacientes de diversas afecciones oculares por mí observados, encontrando una cifra de 404 de ciegos, lo que da la proporción de 2,02 por ciento. Esta cifra es realmente alta en comparación con estadísticas de otros países, sobre todo si se tiene en cuenta que no es la totalidad o porcentaje en relación con la masa de la población boliviana. Hay una cantidad de ciegos recogidos en asilos o vagando por ciudades y campos que no figuran en ninguna estadística ni se conoce la causa de su desgracia.

Dada la índole de este trabajo, no he de extenderme en generalidades ni he de establecer comparaciones estadísticas con otros países. Solamente y antes de señalar las causas de ceguera en nuestro país insistiré en el hecho de que la prevención de la ceguera no es simplemente una especie de "obra de misericordia" como tampoco lo es la asistencia social al no—vidente. Se trata de un problema social importante, ya que evitar la ceguera es laborar por el mayor bienestar social; es por otra parte encarar un aspecto económico para la colectividad, ya que por lo general el ciego, no solamente es un ente improductivo sino consumidor, constituyendo como se suele decir «una carga para la sociedad» o diríase para el Estado. Y no perdamos de vista que la ceguera constituye casi siempre un factor de angustia para la persona afectada y para sus familiares.

Diversas organizaciones han procurado y buscan que los gobiernos de todos los países atiendan la organización de la profilaxis de la ceguera. El 2º Congreso Pan—Americano de Oftalmología realizado en Montevideo en diciembre de 1945, (en el que el gobierno de Bolivia tuvo un Delegado Oficial) emitió un Voto incitando a todos los gobiernos de América atiendan el problema en cuestión ya que, según el texto del mismo «la ciencia

demuestra que el 70% de los casos de ceguera son evitables, y la intervención del Estado es fundamental para alcanzar dicha finalidad». Sin embargo, ni entonces ni después se ha podido todavía obtener nada entre nosotros.

En Bolivia no solamente falta una organización oficial y las consiguientes disposiciones legales o reglamentarias para la prevención de la ceguera, considerado el problema en su totalidad. Hay algunas leyes y disposiciones gubernamentales referentes a profilaxis de ciertas enfermedades, que suelen ocasionar cegueras, (vacunación antivariolosa, lucha antivenérea, lucha antituberculosa) pero, o muy deficientemente cumplidas, o con reglamentaciones defectuosas y lo que es peor, con escasos medios para hacer realidad las medidas vigentes. La situación se agrava por la deficiencia de medios, sobre todo económicos y por la desorganización de algunos servicios.

Voy a indicar lo que la experiencia personal me demuestra en la etiología de la ceguera. Haré notar que el haber ejercido la especialidad oftalmológica en la mayoría de los departamentos de la república me permite ocuparme del asunto con conocimiento de lo que acontece en casi todo el país. Por orden de frecuencia tenemos los siguientes factores:

La *conjuntivitis gonocócica*, predominando la de los recién nacidos, da con 68 casos un porcentaje de 16,83 sobre los 404 ciegos.— La causa de esta frecuencia: la falta tan común de cuidados pre—natales, la ignorancia o la culpabilidad negligente de los progenitores, y finalmente el no existir ninguna disposición que haga obligatorio el uso del método de Credé (instilación *obligatoria* a todo recién nacido, *sin excepción*, de 1 gota de solución de nitrato argéntico a 1 %); también de coli-

rios antibióticos como de penicilina, terramicina u otros, o de sulfonamidas. La obligación debe ser inexcusable para todo médico y comadrona que asisten los partos; su uso debe enseñarse con exigencia en las Escuelas de Medicina y en los cursos de Obstetricia, y toda comadrona debería llenar ideductiblemente en su *trousseau* de trabajo la solución argéntica, cuya alteración por el tiempo o la luz debe cuidarse. El certificado prenupcial de sanidad y la enseñanza de los peligros de las enfermedades venéreas deberían constituir parte de las medidas precaucionales.

Ocupa el lugar inmediato por su frecuencia, la *viruela*, con 39 casos, o sea con una proporción de 9,65% sobre los 404 ciegos. El solo enunciado de este origen en un país donde hay una muy buena legislación para vacunar obligatoriamente y donde se cuenta con la excelente vacuna de nuestro "Instituto Médico", igual por su eficacia a las mejores del mundo, debería ser motivo de sonrojo para las autoridades sanitarias del país. Generalmente no se vacuna en los campos, y en las poblaciones solamente suele vacunarse a los niños, estando a menudo descuidada la de los adultos, salvo algunas contadas ocasiones en que temiéndose la propagación de epidemias que se inician, se vacuna a algunos de éstos. No hace muchos meses que por iniciativa de alguna institución local y a raíz de haberse presentado casos de viruela en las cercanías de esta ciudad, unos vacunadores ambulantes se dieron a vacunar en las calles a cuanto niño les caía a su alcance: los adolescentes y adultos fueron respetados y siguieron tan campantes por calles y plazas que nada les intranquilizó. Medida digna de aplauso aun en lo limitada que fué, pero que prueba la desorganización oficial, cuando ese

servicio tiene por ley personeros que deberían hacerla universal (más que el sufragio político de las multitudes) pero que no cuentan con los elementos para cumplir tal misión; acaso también a ello se añade la incuria de los funcionarios pertinentes. No hace más de 3 o 4 años que en zonas cercanas a esta ciudad hubo una pequeña epidemia variólica, de la que hice saber a la autoridad sanitaria departamental: se envió algún vacunador, que cumplió su misión con los niños; los adultos no fueron tomados en cuenta. (Barbariell)

Señalé las *explosiones en las minas* con una cifra de 38 casos: porcentaje 9,40 e indiqué el descuido habitual y la falta de una organización preventiva en los trabajos mineros; descuido habitual en el trabajador que cuando le toca el turno de salir de un trabajo agobiador se va como quien dice de escape sin cuidarse de avisar a los compañeros que entran a relevarle que en tal o cual sitio quedó una carga explosiva sin estallar. Llega el nuevo turno de operarios, y al horadar la roca provoca el estallido de la carga explosiva cuya presencia ignoraba.

La *sífilis* causa lesiones, que en mi trabajo figuran con 32 casos de ceguera, y 8 casos de sífilis asociada a otras enfermedades. Para el primer caso, porcentaje de 7,92 y con los otros 8 casos indicados, el porcentaje se eleva a 9,90.— Esta elevada cifra induce a preocuparse de la considerable difusión de la sífilis en el medio boliviano, fenómeno que en gran parte se debe incriminar a la difusión de las enfermedades venéreas durante la guerra con el Paraguay. Y este enunciado lleva naturalmente a meditar (como para la infección gonocócica) en los mismos conceptos profilácticos, en la pésima organización y peor aplicación de medidas precautelatorias, aparte bien entendido

de la frecuente deficiencia de tratamiento, del abandono de muchos pacientes, y hasta de la culpable confianza de algunos médicos que no han formado conciencia de la necesidad de perseguir al enemigo venéreo hasta reducirlo a la impotencia.....Y la propaganda y la continuidad de atención en los Dispensarios antivenéreos se hacen urgentes de realizar.

El *glaucoma* comprendiendo las formas infantiles, da 43 casos, resultando alta la proporción: muy poco más de 10 (exactamente 10,64) La causa de esta elevada cifra proviene por una parte de la gravedad tan conocida del glaucoma aun a pesar de los modernos métodos operatorios y de tratamiento, y seguramente por la frecuencia con que no se hacen diagnósticos en tiempo útil, o por la confusión relativamente frecuente hecha por médicos generales que ejercen en provincias o lugares alejados y sin facilidades de comunicación, y a menudo descuidados u olvidados en sus conocimientos oftalmológicos aprendidos en aulas y después olvidados, lo que determina errores de diagnóstico, indicando tratarse de *catarata* que deba ser operada cuando «esté madura» o sea cuando el enfermo no vea nada...o sea lo que ha *madurado* es la ceguera irreversible del glaucoma. Indudablemente que la prevención de tan grave afección, como es el glaucoma, provendrá si no precisamente de que todo médico general sepa diagnosticar glaucoma, por lo menos que sospeche esta afección y se dé cuenta de que las cegueras particularmente de viejos o personas en la edad media de la vida puedan ser debidas a glaucoma, catarata, atrofia papilar, etc., pero que cuando la visión empieza a declinar, mayormente si se acompaña de fenómenos dolorosos e irritativos como secede en la forma aguda o

«inflamatoria» indicar al paciente que busque el consejo de un especialista, sin demora, y sin esperar la famosa *maduración* de la supuesta catarata. El aprendizaje en aulas de oftalmología con la mayor amplitud posible es una necesidad ineludible y la asistencia frecuente a clínicas. Es necesario también que el profesor sepa despertar el interés oftalmológico de sus alumnos. Por otra parte, esta necesidad de dar una buena enseñanza de la especialidad se afirma si se tiene en cuenta que numerosas afecciones oculares son de diagnóstico fácil y de tratamiento a menudo eficaz; enumerarlas sería salirse demasiado del cuadro de este comentario; baste insistir en ello, y por otra parte procurar (caso especial de nuestro medio nacional) que el médico general, sobre todo el que ha de ejercer en provincias o en el campo, se halle dotado de un manual de oftalmología y de un simple oftalmoscopio, lo cual no es muy costoso. Sería deseable que las escuelas de medicina si pudieran conseguir que el gobierno nacional facilite pequeñas sumas en divisas, se interesen por hacer que los jóvenes médicos adquieran un lote completo de libros, sin grandes exigencias de las enciclopedias o tratados, pero para todo lo que el profesional que actúe en aquellas condiciones pueda estar dotado,

Mas aparte de cumplirse debidamente las medidas profilácticas anotadas en el curso de este sucinto trabajo, lo fundamental es encarar de una vez la organización oficial de la prevención de la ceguera en Bolivia. Al planteamiento del problema debe seguir la acción oficial, encargada (casi inoficioso decirlo) al Ministerio de Higiene y Salubridad, seguramente cooperado por el de Previsión Social.

Consecuente en mis actividades científicas en es-

te orden, a mi regreso del Congreso efectuado en enero del presente año en Santiago de Chile, pasé una nota, a manera de informe oficioso, al Ministerio de Higiene y Salubridad, y "El Diario" de La Paz le dedicó un breve comentario como para llamar la atención de la autoridad sanitaria superior. Merecí un atento acuse de recibo a mi nota y la promesa de colaborarme en este "noble propósito". Eso ha sido todo.

El punto de partida deberá ser la acción gubernamental creando un organismo que dotado de los recursos económicos necesarios (para empezar, no se precisará sino de alguna modesta suma) entre en funciones señaladas por un Reglamento provisional o por un Decreto gubernamental, o que proponga al Poder Central un proyecto de organización. Al Ministerio de Higiene y Salubridad le correspondería indicar qué personal constituya ese Comité o Centro. Y acá cabe hacer una aclaración: existe en el país la institución llamada antes de ahora "Patronato Nacional de Ciegos", creo que ahora se intitula "Departamento de Rehabilitación" y que funciona bajo la inteligente y abnegada dirección de María Antonieta Suárez de Taeschelr, en La Paz. Pero hay que hacer notar que ese Departamento no es propiamente una institución de prevención de la ceguera, sino un instituto de albergue y de "rehabilitación" del no vidente. Otra cosa es pues la Organización de la Prevención de la Ceguera, como institución nacional. Dadas varias circunstancias bien conocidas de nuestro medio nacional, si el Estado no toma a su cargo la iniciación de esta importante obra, la iniciativa particular nada podrá, y la buena voluntad de individuos u organizaciones particulares se ahogará en el vacío o la indiferencia; por otra parte, es de responsabilidad del Estado en-

carar este problema, que no sólo se relaciona con el bienestar de la población, sino con la defensa de la economía social y estatal.

Indudablemente la cooperación particular de hombres de buena voluntad y la de asociaciones como las universidades, Cruz Roja, Rotarios y Leones, asociaciones obreras y deportivas pueden significar valioso concurso a la obra común, tan necesaria como valor social, tanto como humanitario.

NOTA:— Legislación pertinente a profilaxis de la viruela

1.— Ley de 21 de Octubre de 1902.

2.— Decreto Reglamentario de 26 de Julio de 1909.

3.— Decreto Reglamentario de 5 de Mayo de 1939.

Ley de 21 de Octubre de 1902

Art. 1º.— La vacunación y revacunación son obligatorias para los habitantes de la República, según las condiciones determinadas en los siguientes artículos:

Art. 2º.— Los Concejos y Juntas Municipales quedan encargados del estricto cumplimiento de la presente ley y dictarán las ordenanzas respectivas, fijando las medidas compulsorias, el tiempo y forma en que ha de efectuarse, los casos de excepción que fueren atendibles, sea como medida general o a solicitud de interesados, y los demás requisitos indispensables.

Les corresponde asimismo dotar con sus fondos propios el número de vacunadores que fuere necesario, y cumplida esta condición, aplicar a los infractores de las ordenanzas, la multa de cincuenta centavos a un boliviano, por cada mes de retardación en el cumplimiento de las disposiciones establecidas.

Art. 3º., Art. 4º. (sin importancia).

Decreto Reglamentario de 26 de Julio de 1909

Art. 1º.— La vacunación y revacunación son obligatorias para todos los habitantes de la República.

Art. 3º.— En las capitales de departamento y en las de provincias, se establecerán oficinas especiales de vacunación, por las Direcciones de Sanidad Departamental, por los Concejos y Juntas Municipales, las que serán dotadas del personal correspondiente para la vacunación en la campaña constituirán comisiones especiales.

Art. 5º.— Las personas que no puedan concurrir a las oficinas públicas de vacunación, podrán ser vacunadas o revacunadas por médicos particulares, los que expedirán certificados de haberse practicado la operación a fin de que se anote en el registro de la oficina respectiva,

Art. 6º.— Las personas obligadas a la vacunación, en cuyo domicilio se hubiere producido un caso de enfermedad infecciosa, no concurrirán a las oficinas de vacunación.

Art. 9º.— En las facultades, colegios y escuelas no se aceptarán alumnos sin la previa presentación del certificado de vacunación. Igual certificado exigirán los maestros de taller y jefes de establecimientos industriales des sus dependencias.

Art. 10.— Los Jefes de los cuerpos de ejército y los directores de establecimientos de beneficencia y penales cuidarán de que sus subordinados cumplan con las ordenanzas municipales relativas a la vacunación y revacunacion obligatorias.

Art. 11º.— Las autoridades políticas, militares y eclesiásticas, en sus respectivas jurisdiccio-

nes, procurarán difundir las ventajas de la vacunación.

Art. 12º.— Impone multas pecunarias (Bs. 0,50 a 1) a los infractores de la ley y reglamento.

Art. 19º.— La Dirección General de Sanidad y los directores departamentales, las municipalidades y el Instituto Médico "Sucre" vulgarizarán por todos los medios que estén a su alcance, los conocimientos relativos a la vacunación variolosa y sus beneficios.

Decreto Reglamentario del 5 de mayo de 1939

Art. 1º.— La vacunación y revacunación antivariólica será de práctica obligatoria dentro de los tres primeros meses del año.

Art. 2º.— Para la ejecución del art. anterior habrá en cada capital de Departamento una Oficina permanente de vacunación y revacunación, bajo la dirección del Jefe de Profilaxis y Epidemiología Departamental, quien dispondrá del número suficiente de vacunadores de acuerdo a la densidad de población.

Art. 3º.— En las capitales de provincia, la oficina de vacunaciones estará a cargo de los Jefes de Sanidad provincial y sus respectivos Sanitarios, siendo obligación de ellos recorrer el distrito de su jurisdicción, para practicar las inoculaciones en el término señalado por el Art. 1º.

Art. 4º.— Todo propietario de fundo rústico tiene la obligación de hacer vacunar y revacunar a sus familiares y colonos.....El incumplimiento de la disposición anterior será multado con una suma no menor de Bs. 500.

Art. 5º.— La vacunación y revacunación antivariólica es de carácter completamente gratuito.

Art. 6º.— La vacunación y revacunación se harán extensivas aun cuando no existiera ningún brote epidémico.

Art. 7º.— Los niños recién nacidos deberán ser vacunados dentro de los primeros seis meses de edad y cada cuatro años siempre que la inoculación hubiera dado resultado positivo, y cada año si este fuera negativo. En caso de brote epidémico, cuantas veces lo indiquen las autoridades sanitarias. Los padres, tutores o cualquier persona encargada de su crianza sufrirán la multa de 50 o 100 Bs. por incumplimiento de este artículo.

Art. 9º.— La vacunación y revacunación de las clases armadas deberá ser practicada por funcionarios de la Sanidad Militar.

Art. 11º.— Sin haber sido vacunados y revacunados dentro del plazo acordado por este Reglamento, queda prohibido a toda persona: a) ejercer funciones públicas de ninguna naturaleza;- b) ser admitido en los institutos militares o cuarteles para el servicio militar;- c) matricularse en las escuelas primarias, establecimientos de enseñanza secundaria, superior, de artes u oficios o institutos similares, oficiales o particulares;- d) internarse o permanecer en asilos, patronatos, casas de ex-pósitos, etc.;- e) trabajar en compañías, Bancos, establecimientos industriales, comerciales de cualquier especie;- f) residir en hoteles, casas de pensión, hospederías o cualquier vivienda colectiva.

Art. 14.— Las infracciones a lo dispuesto en el art. 12 de este Reglamento serán penadas con la multa de 100 a 200 Bs., duplicándose la suma en caso de reincidencia.

Art. 15.— Ninguna persona podrá ingresar al país sin estar munida de su respectivo certificado de vacunación.

Art. 16.— En caso de presentación de un brote epidémico, los habitantes de la zona no podrán salir de ella sin ser vacunados o revacunados, provistos del respectivo certificado de vacunación recientemente otorgado.

Art. 17.— La viruela es enfermedad infecto contagiosa. Su denuncia dará lugar a la aplicación de las medidas que las autoridades sanitarias crean necesarias.

Significación morfológica del tejido celular perivisceral e intervisceral.

Del Dr. Julio C. Fortún

Antes de ingresar en el estudio del tema propuesto, queremos en primer término, explicar los alcances del título y luego enunciar los motivos que a él nos han inducido.

En lo relativo a lo primero, bien sabemos por todos los morfoloólogos, que los diferentes órganos de la economía se encuentran rodeados de una atmósfera de tejido celular, que de una parte le sirve de lecho protector y de otra lo separa de las vísceras de la venteridad, facilitando al mismo tiempo su movilidad.

Esta atmósfera celular, de origen mesodérmico y por lo tanto incompletamente diferenciada, es la que en su infinita gama de modalidades de presentación, haya sido la causa de las variaciones descriptivas que de ella han hecho los anatomistas. Y este hecho trae involucrado en sí las diferencias, a veces muy marcadas, que se registran en los diversos tratados dedicados a la descripción del organismo humano.

Ahora bien, tratando este asunto dentro de su aspecto meramente docente, en su faz dedicada a la enseñanza de las ciencias anatómicas, el asunto adquiere peculiar relieve para los principiantes, en quienes es urgente fijar cierto género de conceptos que les servirán de guía para la correcta ejecución de sus prácticas anatómicas, así como también al profesional dedicado a la práctica quirúrgica, orientándolo en la acertada realización de sus etapas operatorias y no se pierda en morosos detalles.

Después de lo dicho, queremos dejar establecido, como resultado de las investigaciones y observaciones que año tras año venimos realizando, que la característica esencial de este tejido intervisceral, es su infinita variabilidad y que son raros los casos donde se presenta con aspectos macroscòpicos semejantes.

Yendo de lo más sencillo y superficial, veamos como pruebas de esta aserción lo que sucede con el referido tejido en los espacios intermusculares de los diferentes segmentos orgánicos, llámense miembros o porciones de las paredes cavitarias esplácnicas. Si de los primeros se trata, bien se ve en la diaria disección de anfiteatro, en el elemental trabajo del alumno de primer año de Medicina, cómo en unos sujetos, dicha formación se presenta a modo de tabiques bien definidos, que enclaustran a un músculo dado, formándole un verdadero estuche, que a decir de algunos tratadistas, sirve para evitar la desviación de la función contráctil del músculo, con desperdicio de su energía, hecho muy discutible por otra parte, como tendremos luego oportunidad de comprobarlo. Pues bien, junto a sujetos de esta forma de constitución intermuscular, véanse otros en los que apenas si se dibuja una débil y simple hojuela celular, que se

desgarra con extraordinaria facilidad, al simple contacto de un instrumento romo.

Dentro de estos dos extremos de presentación, como una verdadera aponeurosis blanca, resistente y de aspecto nacarado en el primer caso y hasta de inaparente existencia en el segundo, existe una infinita gama de modalidades, que hacen difícil, si no imposible, una descripción uniforme y de general aceptación para todos los casos. Es este hecho, el que precisamente nos ha servido de tema para ocuparnos del asunto y poder establecer así algunos conceptos que puedan servir de base de apreciación al alumno de Anatomía o al práctico en su ejercicio quirúrgico habitual.

Las variaciones anotadas se presentan con caracteres aun más ostensibles todavía en los espacios intermusculares de las paredes ántero—laterales del abdomen y es cosa bien sabida por todos los cirujanos, cuan variables son las modalidades físicas de este tejido intermuscular. Para unos autores son verdaderas capas aponeuróticas (aponeurosis de cubierta de Testut) y para otros, simples láminas célula—vasculares, cuya función esencial es conducir a la intimidad del tejido muscular las arteriolas y capilares que han de nutrirle (fascia de Cooper de algunos cirujanos). La disparidad proviene, como bien se vé, no de la textura misma de este tejido, sino de las modalidades macroscópicas con que se presenta. Mas concretamente todo proviene del diverso grado de condensación del tejido fibro—célulo—vascular interpuesto y como consecuencia lógica, del distinto aspecto con el que se presenta a uno u otro investigador, en uno u otro sujeto de examen. Y de ahí mismo la distinta modalidad descriptiva que registran los tratados.

Pero donde el hecho que nos ocupa reviste caracteres más notorios es en el tejido celular perivisceral de las grandes cavidades. Para ello baste consultar lo que se dice del que se halla interpuesto entre la pleura parietal de una parte y la pared torácica ósteo muscular de otra.

Es a propósito de él, que tanto morfologistas como cirujanos no han llegado a establecer una fórmula concreta, que permita apreciaciones categóricas. Para muchos autores ni siquiera existe dicho tejido y en consecuencia, la práctica del llamado pneumotórax extrapleural, permite la insuflación de grandes cantidades de aire, en una cavidad en la que apenas se vislumbran pequeños islotes de tejido celular laxo. Para otros y así lo enseñan la mayoría de los clásicos, el tejido celular peripleural llega a ser tan abundante, que por su condensación da nacimiento a una verdadera nueva hoja, a la que han dado en designar con el nombre de fascia endotorácica o de tejido celular subpleural (o quizás si más propiamente supra o peripleural), cuyo estudio ha despertado interés para los tisiocirujanos de la último época, por sus relaciones con la práctica del pneumotórax extrapleural y las apicolisis.

Pero, en concordancia con los conceptos morfológicos que venimos sustentando, la fascia endotorácica ha sido diversamente interpretada. Para algunos ni siquiera existe, como ya tenemos dicho líneas atrás. Otros la consideran como una hoja verdadera, anexa a la pleura parietal, interceptando con ella el espacio virtual en el que precisamente practican las intervenciones mencionadas. Y no faltan quienes, como Rubeinstein, por ejemplo, basándose en la naturaleza histológica de la fascia, llega a la conclusión de que «prácticamente no es sino la cara externa de la

pleura parietal». Por su parte, Jorge Tajana, de la Universidad de Buenos Aires, admite su presencia permanente y en opinión suya, el espacio quirúrgico para la aplicación del pneumotórax extrapleuraleal o la apicolisis, se encuentra comprendido entre esta fascia y la cara profunda de la pared torácica, formada por el periostio costal y los músculos intercostales.

Todas estas concepciones, tan variadas como se vé, no hacen otra cosa que fortalecer aun más la tesis que venimos sosteniendo en el curso de estas apreciaciones.

En la región cervical es donde el tejido celular ofrece las más variadas disposiciones, en lo tocante a su especial contextura, al extremo de no existir dos descripciones semejantes o por lo menos parecidas, de sus porciones condensadas, designadas con el nombre genérico de aponeurosis cervicales. De ahí la expresión clásica de Malgaigne, hecha suya por todos los morfologistas modernos con las expresivas frases de que «la aponeurosis cervical es una especie de Proteo anatómico mostrándose en forma nueva a cada uno de aquellos que han tratado de describirla. Esta apreciación es perfectamente exacta y se explica por las numerosas variedades que se observa en los distintos individuos. Tan pronto es resistente y verdaderamente fibrosa, estando reducida en veces a una simple tela celulosa» (cita de Tillaux).

Si ahora pasamos a examinar lo que ocurre en el tejido celular periperitoneal o preperitoneal (pero no subperitoneal en nuestro concepto, ya que se encuentra por fuera del aparato seroso y no dentro, ni tampoco debajo de él), encontraremos las mismas divergencias de aprecia-

ción y por ende las variadas formas descriptivas que de él se hacen por los morfologistas.

Refiriéndose al de las paredes anterior y lateral, que cada día es abordado por los cirujanos, no deja de sorprender la variabilidad de su aspecto de un sujeto a otro. Lo común es encontrarlo cargado de corpúsculos grasientos, más o menos abundante, según el grado de gordura de las personas. Pero tampoco es raro verlo parcialmente condensado, constituyendo nuevas hojillas superpuestas a la parietal de la gran serosa (fascia propria) y hasta en ocasiones su aspecto membraniforme es tan evidente, que induce a confundirlo con el propio peritoneo. Cuantas veces y sin que ello importe error de técnica precisamente, el cirujano toma sus providencias con estas hojillas para abrirlas como si se tratara del mismo peritoneo, las que al ser incididas muestran por debajo una nueva lámina de iguales características, repitiéndose en veces este aspecto engañoso varias veces y sólo después de renovadas presuntas aberturas se llega a la verdadera hoja peritoneal.

En lo que respecta al tejido celular preperitoneal de la región retroumbilical, dicese en forma poco clara que en "las dos terceras partes de los individuos se encuentra *a veces*" (Testut — Jacob), una laminilla fibrosa, detrás de las formaciones que constituyen el ombligo, a la que han designado con el nombre de fascia umbilical, cuya sola presencia ha servido para clasificar las hernias umbilicales en directas, indirectas y properitoneales, según el camino que siguen con referencia a esta membrana. Séanos permitido en esta nueva oportunidad dejar constancia, que, no obstante el elevado porcentaje de presentación que se le asigna (dos terceras partes, equivalentes a un 66% más o menos), no nos ha sido dable identificarla

con las características de tanta pureza, como algunos anatomistas la describen, observándose únicamente simples condensaciones celulares de la vecindad, bajo la forma de pequeñas hojuelas, mas o menos delgadas, en medio de un magma celular indiferenciado.

Es de este último criterio Tillaux, quien en su clásico Tratado de Anatomía Topográfica, sostiene, como también lo hacía Richet, que esta fascia está muy lejos de ser constante, añadiendo que su presencia es la excepción. Según las investigaciones de M. Gauderon, citadas en la obra de referencia, faltaría 8 veces en cada 10 individuos, reduciéndose por lo tanto el porcentaje de su existencia a un escaso 20%.

Estas mismas apreciaciones concuerdan en sus líneas generales con la llamada aponeurosis umbílico prevesical, extendida desde el ombligo al suelo pelviano, que en muy raras oportunidades reviste las características morfológicas que se registran en muchos tratados sobre la materia.

Del mismo modo, una observación atenta y cuidadosa de las disposiciones que adopta el tejido celular de la cavidad pelviana, nos ha de conducir a las mismas consideraciones, reforzándonos así aun más, en el concepto que venimos sustentando a través de estas líneas. Para ello veamos cuan diferente en el modo de presentación y por consecuencia lógica de su descripción de aquellos pretendidos tabiques, paralelos al plano sagital, extendidos desde el sacro a la sínfisis púbica, que con el nombre de aponeurosis sacro—recto—génito-pubianas, forman para quienes les ha sido posible identificarlos, dos verdaderos muros fibrosos, a los que sobre todo en el sexo femenino, se les asigna tanto valor en la sustentación del útero particularmente. En este orden de hechos tam-

poco nos ha sido posible comprobar la presencia de estas formaciones aponeuróticas con todas las características que algunos autores le atribuyen. Bien es verdad, por otra parte, que el material de que disponemos para esta clase de apreciaciones, es muy reducido, circunstancia que nos inhibe de hacer conclusiones de algún valor probatorio. Todo lo más que podemos decir es que ese abundante tejido celular pericervical y que engloba la bóveda vaginal misma, reviste unas veces las características de un simple tejido celular de relleno, otras veces es un verdadero magma fibrocelular y hasta en ocasiones un inextricable conglomerado de fibras conjuntivas, donde no faltan hacecillos musculares de fibra lisa, cuyo conjunto sirve de sostén a los vasos, nervios y órganos que circulan entre las dos hojas de la base del ligamento ancho.

Aun a trueque de prolongar demasiado los ejemplos, citemos la casi teórica forma cómo Morestin describe el tejido celular subcutáneo a la región sacrocoxígea, presentándolo a la descripción como dos tabiques paramedianos, que de la cara profunda de la piel, se dirigen al plano esquelético subyacente de la región coxígea, circunscribiendo entre ambos un espacio en el que suele encontrarse una bolsa serosa. Tal disposición no la hemos podido evidenciar cuantas veces nos hemos propuesto hacerlo, concretándose el resultado de nuestros exámenes a la comprobación de fuertes bridas fibrosas, ósteo-cutáneas, a cuya existencia se debe precisamente la presencia de la parte superior del pliego interglúteo, pero nunca como un aparato tan bien diferenciado en opinión del autor citado, que incluso ha dado en llamarlo aparato suspensorio del pliegue interglúteo.

He ahí sencillamente expuestos los numero-


esos ejemplos que nos han inducido a ocuparnos de este asunto y sostener el concepto que nos hemos formado de la verdadera significación que debe darse a este tejido intervisceral o perivisceral, dadas las infinitas modalidades de su presentación. Es en nuestra modesta opinión un simple tejido de relleno, derivado del mesodermo y en vías de evolución probablemente, sin una diferenciación histológica perfecta, sin papel fisiológico bien definido y cuyas modalidades de presentación por estas mismas características varían al infinito de un individuo a otro. De ahí que los papeles que a cada uno de ellos le asignan los distintos investigadores, no guardan relación con su variable modo de presentación, ya que, no se puede, en el estricto sentido biológico, asignar una función definida a un órgano esencialmente variable en sus modos de presentación o hasta de su total ausencia.

Por otra parte y este es otro de los aspectos por el que más interés hemos tomado, es en dar al principiante que se inicia en la carrera médica, un concepto más sencillo, más fácilmente comprensible y de apreciación más rápida a todo ese conglomerado celular y hacer que de él se forme un concepto más acorde con la realidad. De este modo se le evita esas búsquedas infructuosas de dispositivos anatómicos que encajen en la modalidad descrita para el autor que le ha servido de consulta, para encaminar sus estudios o investigaciones. De la misma manera se le releva de la ejecución de trabajos de anfiteatro, sin utilidad práctica alguna, en los que, para ser consecuente con el autor de su predilección, concluye haciendo cosas verdaderamente artificiales, a las que el tejido del que nos ocupamos, se presta con sobrada facilidad.

Y si de lo quirúrgico tratamos, veremos también que estas apreciaciones morfológicas han de servir al práctico para conducir sus maniobras por los espacios mencionados, recurriendo, según las modalidades de presentación, a la sección o la simple divulsión roma, y durante los actos repositorios, a la reintegración por sutura o a la simple coaptación.

En esta forma concluimos nuestra apreciaciones, sin entrar a la investigación o al análisis de las causas determinantes de esta extraordinaria variabilidad, estudio para el que nos creemos incapaces, en nuestro reducido ambiente de investigación y lo costreñido de los medios materiales de estudio, para llegar a conclusiones categóricas ¿Cual o cuales los factores determinantes de esta infinita modalidad, cuasi individual podríamos decir?

Ya hemos citado la posibilidad de que este derivado mesodérmico, simple variante del ampliamente extendido tejido conjuntivo del organismo, esté probablemente en vías de evolución, cuya fase final es la membrana conjuntiva, Pero, cual la causa primordial para que en el organismo adulto ofrezca en su aspecto los diversos grados de su evolución. Repetimos que no nos es dable ser categóricos en la respuesta, formulando únicamente premisas propuestas para ulteriores estudios e investigaciones.



C R O N I C A

Directivas sociales

Las prescripciones del estatuto social del Instituto Médico SUCRE, establecen la renovación anual de su personal directivo, cuyas funciones deben durar un año.

En virtud de ese mandato la Directiva para el periodo 1955 - 1956, quedó integrada, por voto de la sociedad, con el siguiente personal:

Presidente	Dr. Julio C. Fortún (reelecto)
Vicepresidente	« Luis A. Briancon (reelecto)
Tesorero	« Fernando Lora B. (reelecto)
Secretario	« Mamerto Gorená N.
Vocales	« Francisco V. Caballero (reelecto)
«	« Emilio Fernández (reelecto).

Cumplido el mandato de la Directiva de referencia, el Instituto procedió a la elección de la Directiva para el periodo 1956 - 1957, la que quedó integrada con los siguientes socios:

Presidente	Dr. José Mostajo
Vicepresidente	« Fernando Lora
Tesorero	« Luis Villafani B.
Secretario	« Benigno Valda G.,

Vocales Dr. Raúl F. de Córdova y Luis A. Briancon.

cuyo cometido debe prolongarse hasta el mes de febrero del próximo año, cumpliendo en esta forma el mandato social.

II Congreso Médico Sindical Boliviano

Del 12 al 16 de septiembre de 1956

Se llevó a cabo en la ciudad de Cochabamba, bajo el lema: Por el progreso de la Medicina Boliviana. Por la defensa de la Profesión. Concentró a más de 220 profesionales, entre médicos, farmacéuticos y dentistas.

Su temario fué: Estatuto Médico Boliviano. Escalafón, Estatuto del Médico Funcionario. Problemas médicos del Seguro Social.

Retribuciones en entidades autárquicas.

Régimen Económico. Cuota Mortuoria. Asistencia Social. Actividad Médica gremial. Estatutos Orgánicos, Confederación y Federaciones.

Contribución de los afiliados

Contribuirán los afiliados con 5.000 Bs. mensuales, descomponiéndose en la siguiente forma: 1/5 para la Federación local; 1/5 para Asistencia Social; 1/5 para distribuir entre los sindicatos afiliados a la Federación; 1/5 para la Confederación; y 1/5 para cuota Mortuoria. La nó contribución durante tres meses, implica pérdida de derechos. El monto total de la cuota Mortuoria será de Dos Millones de Bolivianos. Se establecieron bases para el patrimonio de las Federaciones y para la instalación de sedes sociales.

Retribución en Instituciones Autárquicas

Los servicios profesionales en el Seguro Social, se sujetarán a la siguiente escala hora mes: Mé-

dicos 100.000 Bs; dentistas 90.000.- Bs. y Farmacéuticos 80.000 Bs.

Todos los profesionales se contrarán por intermedio de las Federaciones y la Confederación.

El trabajo será de dos horas como mínimo y seis horas como máximo. Se sobreentiende que la base económica citada, es fuera de todos los beneficios sociales establecidos por la ley de trabajo.

La escala de sueldos y horas de trabajo antes indicadas, son bases sobre las que se podrán obtener mayores ventajas.

Habrà una vacación anual de 15 días para todos los profesionales; los que trabajan en fisiología, anatomía patológica y en Rayos X y radium, tendrán vacaciones de 15 días cada 4 meses.

En el Seguro Social, se creará el Consejo de Sanidad con facultades para controlar, dirigir y organizar los servicios médicos y verificar pedidos en materiales y drogas.

Estatuto Médico Boliviano.-

Considera aspectos relacionados con la Moral Médica y Profesional é implanta un Consejo Nacional de Salud Pública para la planificación de la organización de la Sanidad Nacional y para la especialización. Establece 6 hs. de tiempo completo de trabajo y 2 hs. como mínimo. Se reajustarán sueldos por horas extras, de zona y en fronteras, sobre la base mínima de la escala antes señalada.

La condición indispensable para el ejercicio profesional de médicos, farmacéuticos y dentistas, es, el de ser confederado.

La sigla de la Confederación Médica Sindical Boliviana y Ramas Anexas es: COMSIBRAF.

Habrà un escalón adecuado por tiempo

de servicios, para promociones de cargo y obtención de los mismos.

Los profesionales confederados, sólo podrán ser suspendidos o retirados de sus cargos, previo proceso y dictamen del Comité Ejecutivo de la COMSIBRAF y de las Federaciones Locales.

En las controversias entre profesionales, dictaminará el Tribunal de Honor en última instancia después del sumario levantando por las Federaciones locales. Habrá un Registro Médico Nacional. Las Federaciones harán la calificación de antecedentes personales para la ocupación de cargos en general y de las especialidades en particular; en estas últimas, mientras las Universidades reglamenten las especializaciones y la forma de su obtención. Tres años de trabajo en servicios especializados - en ciudades carentes de Facultades de Medicina -, serán suficientes para calificarlos como especializados.

Principales recomendaciones y votos resolutivos.

Se erigirá un monumento, en el patio de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, al Maestro de la Juventud Boliviana y propugnador de la elaboración y vacunación antivariolosa obligatoria, en el país, Dr. Nicolás Ortiz.

Las Federaciones intervendrán en la visación de pedidos de importación de medicamentos, drogas y material sanitario.

La implantación del Seguro Social en las ciudades de la República, se sujetará a un plan adecuado, trazado por las respectivas Federaciones.

Se declaró el 3 de Diciembre, como Día del Médico, en homenaje al día del nacimiento del Dr. Carlos Finlay, descubridor del tercer fac-

tor en la propagación de la Fiebre Amarilla.

La Sede del Tercer Congreso Médico Sindical, será la ciudad de Santa Cruz y se efectuará en la 2ª. quincena del mes de septiembre de 1957.

Con aplauso general, se resolvió la abolición del Control Obrero en el Seguro Social.

Se dispuso que los egresados de las facultades de medicina y ramas anexas—para la obtención de sus títulos en provisión nacional—presenten el certificado de haber prestado un año de servicios en las provincias o en las minas; asimismo que se les provea del material necesario para la correcta ejecución de sus labores.

El cupo de divisas otorgadas al importador Loeffler, serán transferidas al Sindicato Farmacéutico de Sucre.

Fueron designados Beneméritos de la Confederación Médica Sindical de Bolivia, los colegas Serafín Ferreira, Carlos Arañibar Orozco y Alberto Reyes D'Avis.

Directiva de la Fed. Médica Sindical de Chuquisaca

Las actividades sindicales de médicos, farmacéuticos y dentistas, son ejecutadas y representadas por la Federación Médica Sindical de Chuquisaca (FEMSCH).

Su directiva está constituida por los colegas Dr. Emilio Fernández M, (Secretario General), Dr. Fernando Aparicio (Secretario de Organización) y Dr. Roberto Doria Medina (Secretario de Hacienda)

La mesa directiva del Sindicato Médico, constituyen los colegas Dr. Luis A. Briancon (Secretario de Gobierno), Dr. José Mostajo (Strio. de Organización) y Dr. Jaime Sánchez P. (Strio. de Actas).

El Sindicato Farmacéutico, está dirigido por los colegas Dr. Carlos Villegas (Strio. de Gobierno), Dr. Ricardo García V. (Strio. de Organización) y Dr. Luis Nogales (Strio. de Actas).

La directiva del Sindicato Odontológico, está formada por los colegas Dr. Fernando Araujo (Strio. de Gobierno), Dr. Juan J. Auza (Strio. de Organización) y Dr. Gregorio Quiroga B. (Strio. de Actas).

Nos place felicitarles por su labor profícuca en defensa de la profesión y los profesionales.

Quinto Congreso Panamericano de Oftalmología

En el mes de febrero del presente año se ha llevado a cabo en Santiago de Chile este importante certamen científico, al que concurrió nuestro consocio el Dr. Aniceto Solares, en su condición de miembro de la Sociedad Panamericana de Oftalmología, de la que es Vice Presidente para Bolivia, habiendo presentado una interesante ponencia de orden médico-social, relativa a la lucha contra la ceguera que mereció general aplauso.

Congresos psiquiátricos.-

Se reunió en Buenos Aires el Primer Congreso Argentino de Psiquiatría, del 4 al 8 de Julio del año en curso, al que concurrió nuestro consocio el Dr. Alberto Martínez, profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, especialmente invitado por el Comité organizador del Congreso.

En la misma ciudad de Buenos Aires, del 21 al 24 de octubre pasado, se llevó a cabo el Segundo Congreso Latinoamericano de Salud mental, al que también concurrió nuestro citado

consocio, en representación de nuestra Universidad.

En ambos certámenes científicos fué destacada su actuación, por lo que le hacemos llegar nuestros parabienes.

Nota necrológica.-

El 19 de julio del presente año dejó de existir en la ciudad de Tarija nuestro consocio el Dr. Jenaro Villa Echazú, que precariamente alejado de nuestras actividades sociales, por cambio de residencia, fué siempre uno de los valores más activos y consagrados a la sociedad, por su entusiasmo, dedicación y cariño a nuestro Instituto. Su prematura desaparición ha llevado el pesar a nuestra sociedad y el luto a sus familiares a quienes hacemos llegar, con estas líneas, nuestro sentimientos de condolencia.

NOMINA DE ALUMNOS TITULADOS EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, DURANTE EL AÑO 1956


MEDICINA

Julio César Pérez	Mario Sandi V.
Agustín Aramayo U.	Noemí Turner T.
Edgar Garrett A.	Góver León S.
Alberto Terrazas D.	José Morales M.
Alberto Aguirre C.	Julio Reimers S.
Alfredo Palacios C.	Alberto Salinas D.
Jaime Carrasco F.	Francisco Guzmán P.
Mario Ramírez G.	Carlos Arancibia U.

Carlos Ramirez C. René Balderas L.
Fernando Aliaga G. Eduardo Troncoso M.
Carlos Ortega V.

OBSTETRICIA

María Luisa Daleney M. Ruth Haydée Guzmán V.
Zaida Elena Vidal R. Blanca Blancourt B.
Martha Vargas V.



SOCIOS ACTIVOS DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

(Residentes en Sucre, por orden cronológico de
incorporación)

- Dr. Wálter Villafani*
- « *Gustavo Vaca Guzmán*
 - « *Aniceto Solares*
 - « *Manuel L. Tardío*
 - « *Anastasio Paravicini*
 - « *Francisco V. Caballero*
 - « *Armando Solares A.*
 - « *Gregorio Mendizábal*
 - « *Julio C. Fortún*
 - « *David Osio*
 - « *Raúl F. de Córdova*
 - « *José Aguirre T.*
 - « *Luis Adám Briancón*
 - « *Emilio Fernández M.*
 - « *Alberto Martínez*
 - « *Ricardo Bacherer*
 - « *Fernando Lora*
 - « *Luis Sauma K.*
 - « *Benigno Valda G.*
 - « *Víctor Samos A.*
 - « *Wálter Echalar Z.*
 - « *Mamerto Gorena N.*
 - « *José Mostajo*
 - « *Enrique Vargas S.*
 - « *Manuel Gantier V.*
-

SE SOLICITA CANJE

ON DEMANDE L'ECHANGE

EXCHANGE IS SOLICITED

Wir bitten um austausch publicationen

SOLICIT SE PERMUTA

NIPETAS INTERSANGON

SI SOLICITA CONTRA - CAMBIO