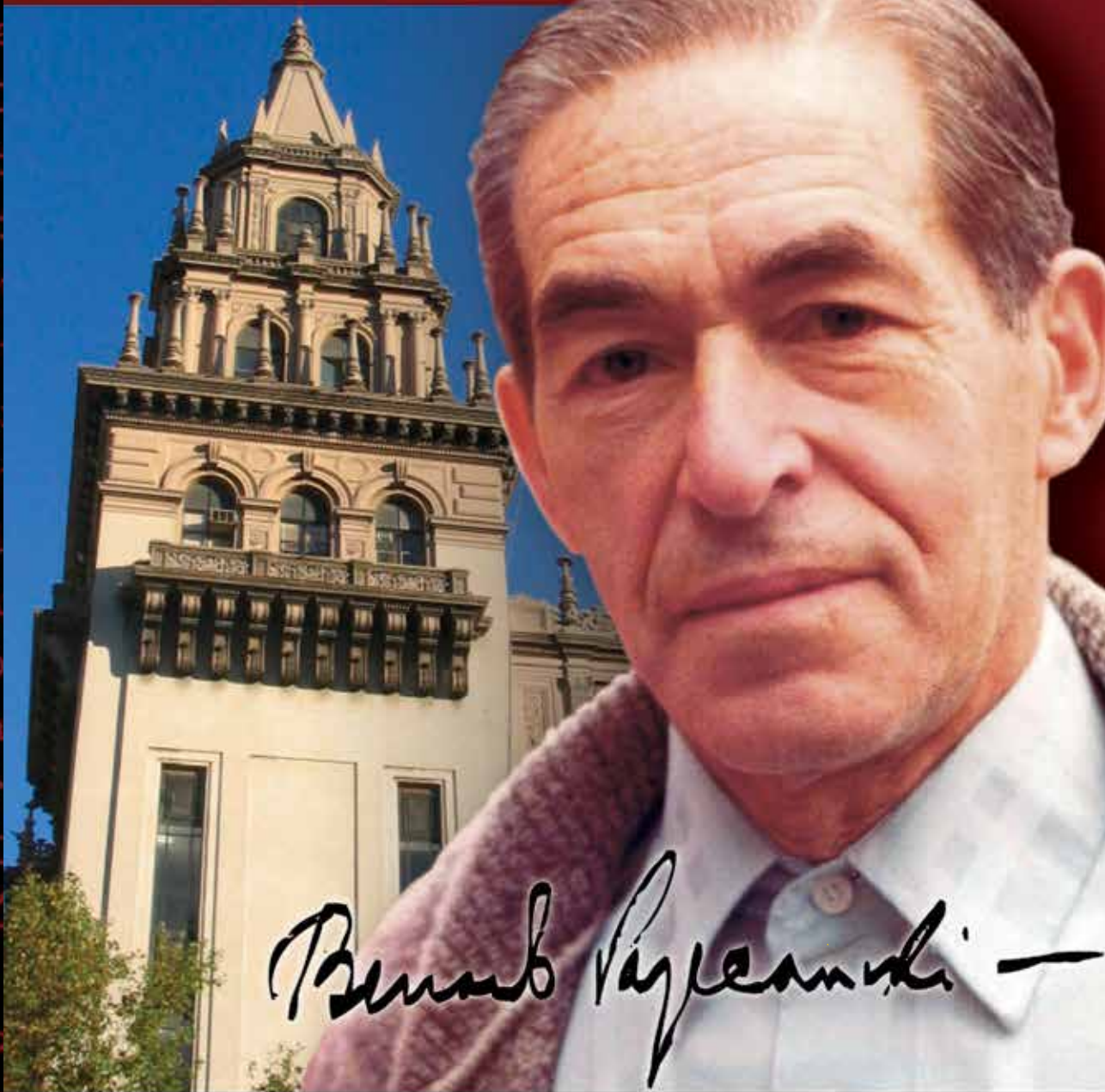


Antonio L. Turnes



**BERNARDO PORZECANSKI**  
y su lucha contra la Rabia en el Uruguay



Ediciones Granada



ANTONIO L. TURNES

BERNARDO  
PORZECANSKI

y

su lucha contra la Rabia en  
el Uruguay



Ediciones Granada

JUNIO 2014







BERNARDO PORZECANSKI  
1907-1990

*Bernardo Porzecanski* —



Ediciones Granada

ISBN 978-9974-99-517-8  
Primera edición – Junio de 2014

**BERNARDO PORZECANSKI y su lucha contra la Rabia en el Uruguay**


© Antonio L. Turnes

Contacto: Antonio L. Turnes  
alturnes@adinet.com.uy  
José Ellauri 868. Apto. 202  
C.P: 11.300  
Montevideo - Uruguay

Impreso y encuadernado en Mastergraf srl  
Gral. Pagola 1823 - CP 11800 - Tel.: 2203 4760\*  
Montevideo - Uruguay  
E-mail: mastergraf@mastergraf.com.uy  
Impreso en Uruguay - 2014

Queda hecho el depósito que ordena la ley  
Depósito Legal 364.624 - Comisión del Papel  
Edición Amparada al Decreto 218/96

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización del autor.

Diseño gráfico del libro y la tapa:  Augusto Giussi

# ÍNDICE

Agradecimiento . . . . .	9
Dedicatoria . . . . .	10
1    Introducción . . . . .	11
2    El personaje Bernardo Porzecanski (1907-1990) . . . . .	15
3    Cronología de un atropello . . . . .	41
4    Los testimonios de sus familiares . . . . .	79
5    La rabia en el Uruguay desde las Invasiones Inglesas . . . . .	89
6    La historia de la Rabia en el mundo . . . . .	99
7    Louis Pasteur . . . . .	115
8    Los primeros casos de rabia humana tratados por Pasteur . . . . .	131
9    En la segunda mitad del siglo XX un ministro cierra el Instituto Antirrábico y sumaria a su Director . . . . .	151
10   Una lidia entre dos <i>luchas</i> . . . . .	161
11   ¿Qué pasó en el Uruguay con la profilaxis de la hidatidosis? . . . . .	177
12   ¿Venganza o arbitrariedad totalitaria? . . . . .	211
13   La Rabia en el mundo de hoy: una amenaza persistente. . . . .	215
14   La Rabia y la pediatría . . . . .	241
15   Situación de la Rabia en el Uruguay, según el MSP . . . . .	249
16   Algunas repercusiones de la Rabia en los medios actuales . . . . .	259
17   Quién fue el defensor y consejero de Bernardo Porzecanski. . . . .	275
18   Los tres casos de rabia humana a partir de 1964. . . . .	287
19   Epílogo . . . . .	299
20   Anexo I . . . . .	303
21   Anexo II . . . . .	307
22   Anexo III El lisado de corazón hoy . . . . .	329
22   Anexo IV . . . . .	339
23   Anexo V . . . . .	365



## AGRADECIMIENTO

El autor agradece a:

Los hijos del Dr. Bernardo Porzecanski: Alejandro, Arturo y Walter, por su colaboración documental, comentarios y anécdotas, y a su sobrina, la Prof. Teresa Porzecanski, por sus recuerdos de familia. Todos ellos con sus testimonios hicieron posible reunir abundante información de la historia familiar y particularmente de la vida de un médico que tanto aportó en un tema de salud pública de la mayor magnitud.

La Biblioteca del SMU y en forma especial a las Licenciadas Gabriela González y Claudia Speranza; a la Biblioteca de la Facultad de Medicina en la persona de la Lic. María Amparo de los Santos, del CENDIM; y a la Lic. Leticia Zuppari Milich, del archivo digitalizado del SMU, por sus aportes documentales.

Mi apreciado amigo Ac. Aron Nowinski, por su permanente ayuda en la búsqueda de referencias bibliográficas de su nutrido Fondo Documental.

Al diseñador gráfico Augusto Giussi por su permanente colaboración, con sugerencias e iniciativas que hicieron posible esta publicación.

## DEDICATORIA

A quienes trabajan, desde los más diversos lugares (laboratorios, policlínicas y centros de epidemiología) dedicados a la preservación de la salud pública de humanos y animales, por su labor tan eficaz como silenciosa y poco reconocida.

A los profesionales de la salud, auténticos servidores públicos, portadores de un compromiso ético y social superior, que perseveran llevando adelante la razón contra los despotismos, en cualquier tiempo y lugar.

A mis compañeros de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, por su continuo estímulo en el rastreo documental de nuestro pasado.

## INTRODUCCIÓN

**E**n el año 2014 se cumplen 50 años del primero de los tres casos de rabia humana mortales en Uruguay. Puesto que tanto el hecho de esas muertes evitables como la enfermedad rabia, que constituye una zoonosis (enfermedad de los animales transmitida al hombre), pasan generalmente ignoradas, pareció ocasión digna de recordación, particularmente para un médico judío, que migró muy joven a Uruguay y fue un paladín de la lucha antirrábica. Se trata del Dr. Bernardo Porzecanski (1907-1990), que no ha sido conocido ni reivindicado por su valiosa obra ni por su injusta persecución. Fue un servidor público ejemplar, que no dejó bienes de fortuna. Sólo su ejemplo de dignidad y altruismo, en defensa de la salud pública de su país de adopción, donde formó su familia y nacieron sus hijos.

Él dirigió el Instituto Antirrábico, que en un gesto autoritario que presagiaba lo que el mismo personaje mostraría en todo su esplendor décadas después, el entonces ministro de Salud Pública Dr. (abogado) Aparicio Méndez Manfredini, dispuso en 1961 la destrucción del Instituto y un sumario al Director que duró 30 meses.

La rabia que había estado silente durante 20 años en Montevideo, y durante 15 en el País, hizo eclosión poco tiempo después, cuando en junio de 1964 se presentó un caso de rabia humana, que se conoció luego de la muerte de la paciente, una joven mujer internada en el Hospital Vilardebó, fallecida en pocos días y de la que se supo tardíamente había sido mordida por un perro. En los dos años siguientes se desató una epidemia de rabia canina y se vieron dos casos de rabia humana mortales más, esta vez en niños. Las medidas de prevención que eran clásicas y que Uruguay observaba escrupulosamente hasta la desatinada resolución ministerial, habían dejado de aplicarse, por aquella desgraciada decisión de Aparicio Méndez iniciada a comienzos de octubre de 1961 y seguida implacablemente en los meses siguientes. Pasaron algo más de dos años e hizo irrupción el primer caso de rabia fatal en humano, por haber dejado de lado las medidas de prevención y tratamiento.

Hasta entonces, los médicos y practicantes de todas las emergencias de los hospitales públicos o privados, tenían la consigna que trasmitían escrupulosamente a los pacientes que consultaban por una mordedura de perro, que debían concurrir al Instituto Antirrábico, para identificar al can mordedor, si ello era posible, y que fuera observado durante el período necesario para determinar si era o no rabioso. Lo mismo respecto de la persona, niño o adulto, que luego de la curación de las heridas, provocadas por la mordedura, debía someterse a una inmediata estricta vigilancia y eventualmente aplicarse suero y vacuna antirrábica.

En las calles de Montevideo era habitual ver unos vehículos especiales que se reconocían como la “Perrera”, que se ocupaban de capturar perros sueltos, vagabundos o dejados con descuido por sus dueños. Los llevaba a un establecimiento cercano a la Facultad de Veterinaria, y allí los observaban, eliminando a los ejemplares sanos si no eran reclamados por sus propietarios y procediendo en consecuencia con los que estuvieran padeciendo hidrofobia y los eventuales pacientes que hubieran sufrido mordeduras.

Intereses mezquinos, disfrazados de piadosos, fueron ambientando cambios, cuando en realidad había sobrados fundamentos para poner atención en las zoonosis que estaban mal controladas. En primer lugar la infestación hidática en humanos, de la cual habíamos pasado a ser el país con mayor número de casos denunciados, según los informes compilados por los organismos sanitarios internacionales. Apartando la visión focal de otra zoonosis, la rabia, en la que estábamos muy bien posicionados y éramos ejemplo en la región y el mundo.

Ese Ministro que vino para destrozar la Salud Pública, había sido introducido por la polémica en torno al Lisado de Corazón, que producía y promovía desde Rivera, su coterráneo y amigo el Q. F. Federico Díaz. Él afirmaba, y este Ministro lo vino a respaldar con todo su peso político y administrativo, que su Lisado de Corazón curaba a los pacientes con cáncer. Éstos salían de los hospitales, luego que sus familiares les revelaban la patología que realmente tenían – puesto que en aquél tiempo no se acostumbraba en la región comunicarles a los pacientes de sus diagnósticos neoplásicos – para ir a tratarse a Rivera, que se transformó – por algún tiempo – en la meca de los pacientes oncológicos. Al poco tiempo retornaban ya sin resultados eficaces y con su patología muy evolucionada, porque el Lisado era realmente un placebo. Aunque hasta hoy se fabrique y pueda adquirirse en las farmacias de todo el país, como la cura milagrosa para una serie amplia de enfermedades, desde el asma a la psoriasis, aunque ahora ya no se promueva para curar el cáncer.

El fundador de este laboratorio, según informa su sitio web actual, el “Profesor Químico Farmacéutico Federico Díaz, graduado en la Facultad de Química de la Universidad de la República Oriental del Uruguay en 1929, fue el precursor en el concepto de medicina preventiva. Científico e investigador,



trabajó denodadamente en lo que denominó el “Equilibrio Vital Biológico” y creó la “Lisado Terapia”.

En 1960, luego de 30 años de investigación científica y a partir de observaciones realizadas sobre el comportamiento animal, logró aislar y sintetizar un principio activo fundamental del Lisado de Corazón. En 1961 creó la Fundación Federico Díaz, que en 1991 se constituye en el Laboratorio Federico Díaz S.A.”<sup>1</sup> Federico Díaz falleció en 1987.

En una actitud pseudo científica, el Ministro quiso darle cierta vestidura académica al Lisado de Corazón, y por una Orden Especial de Servicios No. 2716 dispuso la creación de una Comisión Central Técnica Honoraria para estudiar y pronunciarse sobre el producto, con una integración variopinta. Sin que se les moviera un pelo, sus integrantes se pronunciaron sobre los beneficios de la *Lisadoterapia de Corazón en Cancerología*, e hicieron la publicación que en el Anexo II reproducimos en su carátula, y luce en fecha 8 de enero de 1962. Vale decir, con la mayor precipitación.

Federico Díaz no tuvo que ver sino indirectamente con el tema de este libro, por cuanto las disidencias en el Ministerio de Salud Pública sobre la autorización o no de la venta del producto de Federico Díaz, derivó en la renuncia del Ministro (médico-cirujano) Prof. Dr. Carlos V. Stajano y la asunción del Ministro (abogado) Prof. Dr. Aparicio Méndez Manfredini, un riverense amigo del Químico Farmacéutico referido. Y asunto concluido. Producto aprobado y venta libre autorizada.

En aquellos años se había producido un importante movimiento político, *el Ruralismo*, que accediendo al gobierno con su líder Benito Nardone (*Chicotazo*), estimulaba el enfrentamiento de la ciudad con el campo, con el falso dilema de *botudos y galerudos*. En un complejo movimiento que le había dado la victoria en las elecciones de 1958 al Partido Nacional (*Herre-rismo*), con los votos de los ruralistas del interior profundo. Por eso, el apoyo a un ciudadano de Rivera, que parecía ofrecer el milagro para la cura del cáncer, con su misterioso Lisado de Corazón, de fórmula secreta. Pero en realidad, se trató de una enredada historia de intereses y complicidades, que marcan una de las horas más negras en la historia de la medicina nacional. Y ponen de manifiesto un acto de auténtica mala praxis desde el Ministerio de Salud Pública, que nunca fue llamado hasta hoy a responsabilidad por los familiares de las víctimas, cuyo derecho ya prescribió hace más de treinta años.



Benito Nardone Cetrulo (1906 – 1964)

1 [http://www.laboratoriofedericodiaz.com/espanol/productos\\_lisadocapsulas.html](http://www.laboratoriofedericodiaz.com/espanol/productos_lisadocapsulas.html)  
(Consultada el 06.01.2014).

La revisión de estos hechos, de forma panorámica, cincuenta años después, nos permite: 1. Conocer la evolución histórica de la rabia, una enfermedad mortal, que se conocía desde la Antigüedad, cuando ya la mencionaban Homero, Aristóteles o Maimónides. 2. Tener acceso a textos que revelan cuándo se introdujo la rabia en el Río de la Plata, con las Invasiones Inglesas de 1807. 3. Hasta el descubrimiento por Louis Pasteur de la vacuna que por primera vez se aplicó a pacientes mordidos por canes con hidrofobia que pudieron sobrevivir. 4. También brinda una visión actualizada de lo que es hoy la lucha antirrábica, de acuerdo a los organismos sanitarios internacionales, y cómo la rabia es una virosis zoonótica que nos sigue amenazando, aunque sea tratada hoy como una “*enfermedad olvidada*”. Ampliamente difundida en el planeta, salvo en la Antártida, con diversos reservorios entre animales domésticos y salvajes, y cómo ella es combatida en los países que marchan a la vanguardia.

Uruguay está hoy amenazado nuevamente por esta terrible enfermedad, manifestada ahora de otras formas, para las cuales debemos estar preparados y alertas, haciendo un adecuado seguimiento epidemiológico y adoptando las medidas de difusión del conocimiento para que no pase desapercibida la amenaza que en cualquier momento puede provocar nuevos casos, basada en los tres enemigos principales del hombre: la ignorancia, la mentira y la ambición.

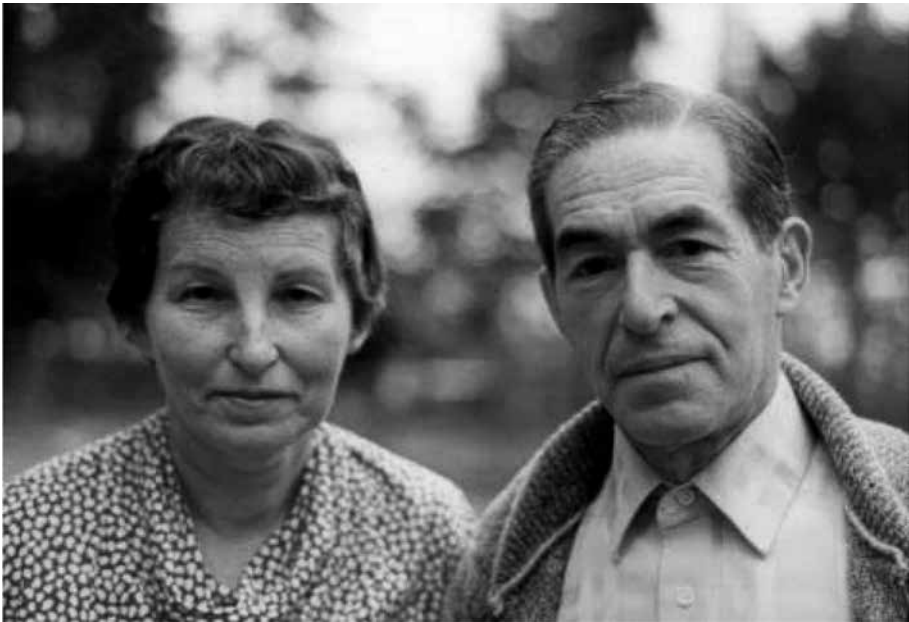
Es una oportunidad también para revisar lo que ocurrió con la Rabia en la Historia de la Medicina y en el Río de la Plata, así como para repasar lo que significó el aporte de Louis Pasteur, al experimentar la vacuna antirrábica y la aplicación de los primeros dos niños que salvaron su vida gracias a ella a mediados de 1885 en Francia.

También lo que es la lucha contra la rabia en el plano internacional, lo que hacen las organizaciones sanitarias para controlar esta enfermedad, y ver dónde estamos parados y qué nos está faltando.

Para refrescar la memoria y rendir homenaje a aquel médico judío inmigrante, que desde su trabajo comprometido sostuvo en alto el orgullo del país, de tener tan buenos resultados sanitarios para ser ejemplo de naciones, es que creímos oportuno hacer esta recopilación.

Porque no hay como ver los errores que se cometen, a nivel político, cuando se minimizan los problemas, y se actúa por intereses personales o para favorecer a los amigos o perjudicar y perseguir a los que se detesta, para extraer algunas conclusiones que permitan evitar tropezar dos veces con la misma piedra. Cosa que le sucede con frecuencia al ser humano, particularmente cuando deja en manos de incompetentes cuestiones tan importantes como la Salud Pública.

## EL PERSONAJE

BERNARDO PORZECANSKI  
(1907-1990)

Bernardo Porzecanski con su esposa Stephanie Kochmann (tomada circa 1980)

**B**ernardo Porzecanski nació en Libau, Letonia (Latvia) el 29 de octubre de 1907. Migró al Uruguay en 1925. Trabajó duro y estudió Medicina, obteniendo el título de médico cirujano el 28 de junio de 1945. Luego de una larga y meritoria carrera desarrollada en el Instituto de Higiene y al frente de la Dirección del Instituto Antirrábico, fue víctima de una lamentable

persecución en Uruguay por parte del entonces ministro de Salud Pública, el abogado Dr. Aparicio Méndez. La ignorancia y superficialidad de este Ministro, unido a sus pobres asesoramientos, llevaron a la disolución del Instituto Antirrábico, y a mantener separado del cargo mediante un sumario a su Director, el Dr. Porzecanski, durante 30 meses. Cuando se comprobó que no surgía ninguna irregularidad en su actuación, el instituto estaba desmantelado, y luego de muchas décadas libre de casos de rabia humana, el Uruguay tuvo su primera víctima, en setiembre de 1964. Bernardo Porzecanski emigró con su familia a Canadá, donde falleció el 9 de octubre de 1990.

Un hermano menor suyo, Najman o Nachman Porzecanski estudió Medicina también en nuestra Facultad, graduándose cuatro meses más tarde, el 29 de octubre de 1945.<sup>1</sup> Otro también menor, Abraham (o Abram), se graduó como Odontólogo y es padre de la Prof. Teresa Porzecanski, antropóloga, historiadora y prolífica escritora.

\* \* \*

Fueron sus padres Cusiél Porzecanski (1875?-1949) y Lina Halpern (1878-1964), que dieron origen a una familia numerosa.<sup>2</sup>



Sus padres Lina Halpern y Cusiél Porzecanski.

1 BUÑO, Washington: Egresados de la Facultad de Medicina de Montevideo (1875-abril de 1965), pág. 76.

2 <http://nw08.american.edu/~aporzeca/trees/porzecanski.htm>

Debemos recurrir al testimonio de sus familiares para conocer algunos detalles de su vida y personalidad.<sup>3 4</sup>

Teresa Porzecanski en un libro sobre mujeres judías en América Latina<sup>5</sup>, cuenta la historia de su familia. Allí nos informa que su abuelo Cusiel, padre de Bernardo, era de origen letón, en tanto que su abuela Lina era de origen lituano, ambos judíos Ashkenazies. Sus abuelos tenían una próspera panadería en Liepaja, una ciudad portuaria de Letonia. Cuando Bernardo, que era su hijo varón mayor, cursó la secundaria ellos vieron que el antisemitismo era creciente y sus hijos menores ya no podrían hacerla. La inmigración a los Estados Unidos era ya imposible; no se otorgaban más visas. Un tío materno invitó a Bernardo a viajar a Uruguay (León Halpern) y él llegó a Montevideo en 1924.<sup>6 7</sup> Trabajó en una fábrica de vidrio. Desde su llegada estimuló a sus padres para que viajara la familia entera a América, que era una tierra de promisión, y les impulsó a que vendieran su negocio para poder hacerlo. Pero la situación era difícil y finalmente un *golpe de suerte* les permitió venderlo en buenas condiciones y con el producto de ese negocio la familia viajó muy contenta hacia Uruguay en el vapor *Wurtemberg*. Vinieron Cusiel y Lina, sus hijas Berta y Frida, sus hijos Aron, Nachman y Abram, el futuro padre de Teresa, que entonces tenía 14 años cuando arribó a Montevideo. Anna, la hija mayor del matrimonio no quiso viajar porque ya estaba casada y tenía dos niños pequeños. Más tarde Anna estuvo en Montevideo de visita, pero rehusó quedarse. Ella, su esposo y sus pequeños hijos fueron asesinados por los nazis y enterrados en una fosa común, presumiblemente en los bosques cercanos a Liepaja. Abram que en su vida fue odontólogo, contaba a sus hijos, cuando eran pequeños, mostrándoles fotos, la alegría de la familia que ya a bordo del buque se veían todos sonrientes.

\* \* \*

El hijo menor de Bernardo, Walter Porzecanski (Shuki Raz) describió: *Mi papá siempre estuvo muy orgulloso de haber salvado a su familia al haber venido solo de Letonia al Uruguay (con su primo León Konichezky) en 1925. Después de un año les comunicó a sus padres que podían venir y ellos llegaron en 1926 con el resto de la familia excepto Ana [la hermana mayor], que ya se había casado. Lamentablemente esta decisión selló su vida. Refiriéndose al asesinato de su hermana por los nazis y el impacto que ello tuvo sobre sus padres, se expresó una vez que los padres no tendrían jamás que enterrar a sus hijos. En años posteriores, al visitar Israel,*

3 <http://www.porzecanski.com/Bernardo.htm>

4 <http://nw08.american.edu/~aporzeca/trees/bernardoporzecanski.htm>

5 PORZECANSKI, Teresa: *Taking Root: Narratives of jewish women in Latin American*. Ohio University Press/Swallow Press. Editado por Marjorie Agosin. Capítulo 17, pp. 218-228.

6 Ver árbol genealógico de León Halpern y su parentesco con las familias Konichezki y Sapolski en: <http://nw08.american.edu/~aporzeca/trees/halpern.htm> (Consultada el 10.10.2013).

7 Existe aquí una pequeña diferencia acerca del año de arribo a Montevideo de Bernardo Porzecanski: mientras aquí se cita el año 1924, sus hijos afirman que fue en 1925.

*Bernardo Porzecanski solía hablar con gente mayor que aparentaba ascendencia europea, preguntándoles cómo llegaron a salvarse del Holocausto.*

*De niño recuerdo que mi padre estaba siempre muy ocupado con el trabajo, pero tomaba tiempo los fines de semana para acompañarme en uno de mis pasatiempos favoritos: viajar en ómnibus al destino ida y vuelta. Una vez me introdujo al personaje de Mengele, jugamos a que un viejo en el ómnibus era el fugitivo nazi, y lo seguimos por unas cuadras. Otro día me introdujo al personaje de Sherlock Holmes, me llevó a su consultorio y me contó todo un cuento sobre una mancha de tinta y cómo el famoso detective deducía sus conclusiones. Mi papá siempre quiso visitar su ciudad natal en Letonia, pero durante la época soviética Libau era clasificada como zona militar cerrada y prohibida a turistas. Desafortunadamente no llegó a ver el fin de la Unión Soviética y la liberalización que siguió.*

*Cada fin de verano, al dejar La Paloma rumbo a Montevideo, mi papá decía que se sentía muy melancólico y que se acordaba de Libau.*

*Aparte de ser médico de familia mi papá investigaba la rabia y las algas, entre otros temas. Fue director del Instituto Antirrábico del Uruguay y fue enviado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) a Cuba de Fidel (toda una aventura en 1969) como asesor sobre el tema de rabia. Volvió con una caja de habanos los cuales repartió a sus amigos y conocidos fumadores. La caja quedó en su escritorio como caja de lápices.*

*A causa de su interés en algas, las coleccionaba en La Paloma. Se interesaba por la variedad roja de tipo helecho, de la cual producía agar.*

*Prefería las playas bravas a las mansas y denominaba su efecto “hidromasaje”.*

\* \* \*

Ha escrito Arturo Porzecanski, segundo hijo de Bernardo:

*Los consejos que me dio y que recuerdo porque me sirvieron mucho, fueron principalmente:*

1. *“La perseverancia es una virtud muy importante, especialmente para los que no somos genios – pese a que no es reconocida como tal”.*
2. *“La capacidad de jerarquizar las cosas – de distinguir lo que realmente importa de lo que no – es algo muy necesario para poder lidiar con lo complejo que es la realidad”.*
3. *“Siempre hay tiempo para dedicarse al trabajo físico o profesional, pero el estudio formal es algo a lo que uno tiene que dedicarse cuando es joven”.*
4. *“No te fijas en lo que la gente te dice, sino en la bondad o maldad que tienen en el corazón”.*

*Pese a que era un hombre pensante, curioso e inteligente – ante todo, un científico, diría yo – no era para nada arrogante y, al contrario, le tenía mucho respeto a*

*todos aquellos que trabajaban “con sus manos y no sólo con sus cerebros”, es decir, a los carpinteros, herreros, artistas, etc.*

*Por qué le gustaba tanto la Medicina como profesión para él y sus hijos: “Aparte de que uno no tiene por qué aguantar a superiores” – aunque él sufrió bajo varios de ellos en el Ministerio de Salud Pública y en la Facultad de Medicina – “y que es una profesión portátil” – y, efectivamente, se la llevó consigo del Uruguay a Canadá – “¿en qué otra profesión la gente te agradece constantemente por lo que uno hace por ellos?”*

*Por qué los gordos son como son: “Fijáte no más lo que comen y te vas a dar cuenta. Nadie nunca engordó comiendo frutas y verduras”.*

*Siempre se duchaba con agua fría “porque es lo más refrescante” – ¡y eso que teníamos agua caliente!*

*Siempre ponía la caja de cambios del auto en neutro (punto muerto) durante las bajadas, “para ahorrar nafta y ver hasta dónde llega el automóvil”.*

*Siempre reciclaba lo que podía; por ejemplo, guardaba los sobres grandes de las revistas y otras envolturas que le llegaban, y luego los cortaba en pedacitos, para tener papel donde escribir apuntes y mensajes.*

\* \* \*

Alex Porzecanski, hijo mayor de Bernardo, recuerda algunos pensamientos que su padre le inspiró.

*Para proyectos en casa o en el chalet (La Paloma), usa materiales fácilmente disponibles sin ir y comprar todo el rato. De aquí aprendí a fabricar ganchos y grampas de alambre de cobre que obtuve de cables eléctricos tirados por la gente o los obreros.*

*Todo proyecto debe ser finalizado dentro de un plazo de tiempo razonable.*

*No tengas miedo ni orgullo como para admitir cuándo tus conocimientos son menores de los de un experto, y consúltalo, antes de cometer un grave error (buen consejo para proyectos caseros, así como en el trato de pacientes en el consultorio).*

*Siempre sé cortés con los otros, respetuoso de los mayores, y espera una noche por lo menos antes de enojarte sobre algo, trata de no explotar enseguida.*

*Los pacientes son más importantes que tu vida personal.*



Su primogénito Alejandro (Alex) junto a su madre, en el año de su nacimiento, 1943.

*Trata siempre de mejorar tu vida personal año tras año.*

\* \* \*

Su esposa, Steffi Porzecanski [Stephanie Kochmann de Porzecanski], ha expresado:

*Le faltaban a mi marido cinco años de estudio para recibirse de médico cuando nos casamos.<sup>8</sup> Él tenía varios empleos pero también el deber de ayudar a sus padres y hermanos. Al recibirse nos mudamos a una vieja casa en la calle Colonia donde él instaló su consultorio. Mientras tanto le fue aprobado el pedido de una beca a Estados Unidos en Salud Pública, por un año. Entonces nos fuimos por barco a Nueva York, en un viaje de seis semanas.<sup>9</sup>*

*Bernardo sabía varios idiomas. Inglés no era uno de ellos, pero en eso yo le pude ayudar y enseñar. Sus idiomas fueron alemán, español, yiddish, algo de ruso, de francés, y de letón.*

*Bernardo estudió en Washington, DC, en Albany, N.Y., y en la ciudad de Nueva York. A la vuelta a Montevideo trajimos un auto Ford usado, al cual habíamos hecho poner un motor nuevo.*

*En Nueva York conocimos algunos parientes de los Porzecanski que habían cambiado su nombre a Frank. Fuimos a Providence, R.I., donde vivía otra rama de ellos.<sup>10</sup> Después de unos años Bernardo obtuvo otra beca, esa vez por 4 meses, donde fue al sur de los EE.UU., solo.*

*En la calle Colonia Bernardo trabajó en su consultorio unos cuantos años hasta que, con la ayuda financiera de mi papá, hicimos construir la hermosa casa con consultorio en la calle Guayabo.*

*A Bernardo le gustaba leer novelas detectivescas, especialmente del autor Len Deighton. Siendo inglés, había un surtido grande de ese autor en la biblioteca del Instituto Cultural Anglo-Uruguayo, donde yo trabajaba como jefa de biblioteca; le pude traer cantidad de lectura.*

*Durante los cinco años de estudio de Bernardo, íbamos una vez por mes al cine, eso era todo lo que nos podíamos permitir. Había un cine en la calle Rivera, no lejos de nuestro apartamento en la calle Pedro Campbell.*

\* \* \*

---

8 El 2 de mayo de 1940 es la fecha del matrimonio de Bernardo Porzecanski con Stephanie Kochmann (información de su hijo Walter Porzecanski). Pero tomando en cuenta esta referencia, él se afilió al SMU en 1934, estando en 7º año de Medicina. Se graduó el 28 de junio de 1945, y Stephanie afirma que se casaron cinco años antes de graduarse. Por lo que podría ser la fecha tentativa mediados de 1940. Su primer hijo nació en 1943.

9 Este hecho explica que pasaron 20 años, desde que arribó al País, hasta que se graduó como médico, sin duda debido al esfuerzo de sostener a sus mayores y hermanos menores, y luego contraer matrimonio y formar su propia familia.

10 Véase el árbol genealógico de la familia Porzecanski. En: <http://nw08.american.edu/~aporzeca/trees/porzecanski.htm> (Consultada el 10.10.2013).



## ЛИЕПĀЈА

Liepāja (en lituano: Liepoja; polaco: Lipawa; alemán: Libau; ruso: Либава / Libava o Лиепая / Liyepaya; yiddish: לייפאָביל / Libave), es una ciudad al oeste de Letonia, en el mar Báltico. Es la tercera ciudad más grande de Letonia y tiene el puerto más grande del Báltico, que no es afectado por el hielo en invierno (siempre exceptuando a Kaliningrado).

## ИСТОРИА



Liepāja fue fundada por un pescador curonio y su primer nombre fue Lyva en 1253. Diez años más tarde, en 1263, se le cambia el nombre por el de Libau. El nombre Liepāja se incluye en 1560. Durante todo este tiempo estuvo en control livón y polaco.

Liepāja y su región (Curlandia), pasaron en 1795 a control del Imperio ruso y, durante el siglo XIX y principios del XX, fue el mayor puerto de inmigrantes rusos hacia Estados Unidos. En 1919, cuando los bolcheviques entraron en Letonia, durante poco tiempo, el gobierno se centró en Liepāja.

En Liepaja hubo una importante manzana de judíos, unos 30.000 en 1941, por los alemanes con la colaboración de los policías y habitantes locales



Documento secreto soviético de 1951 sobre crear un puerto militar secreto en Liepāja. Este documento fue firmado por Stalin.

Liepāja, por su situación geográfica, tuvo una historia militar importante. El puerto soviético de Karosta o Karaosta es uno de los ejemplos. También otro ejemplo es que allí radica la mayor flota naval de Letonia.

Pero la ciudad también es moderna, un ejemplo es el reformado Aeropuerto Internacional de Liepāja, que, de construcción soviética, ha sido reformado en los últimos años y ahora es el tercer aeropuerto del país y uno de los dos que funcionan.



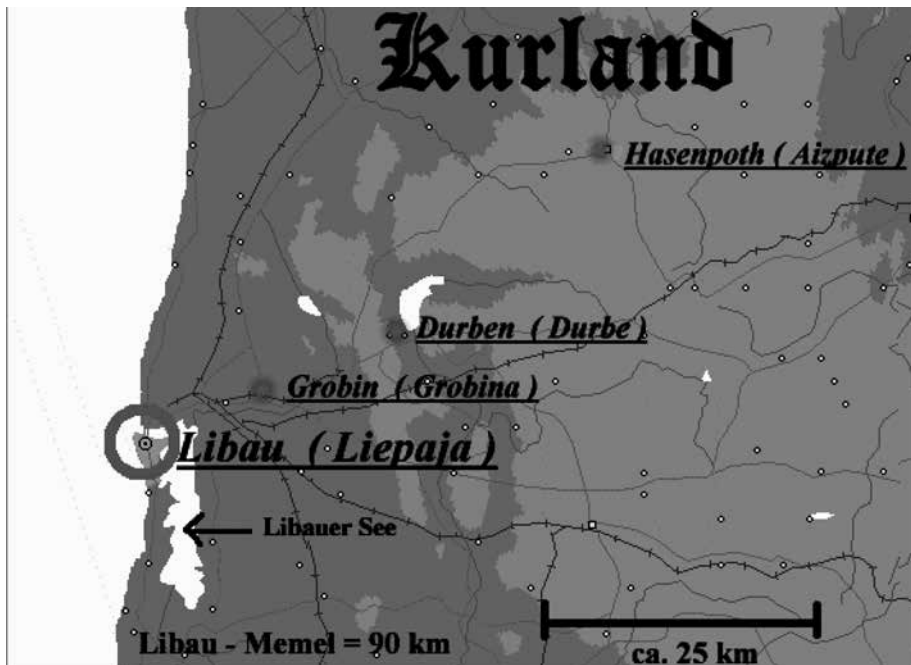
Iglesia de Santa Ana

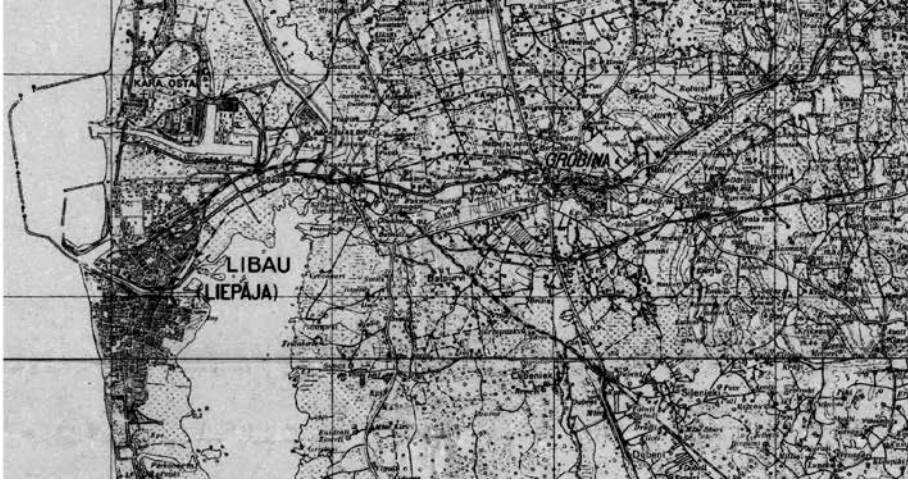
### PERSONAJES ILUSTRES

- Māris Verpakovskis, jugador de fútbol del Dínamo de Kiev.
- Rolf Kahn, padre del portero Oliver Kahn.
- Morris Halle, lingüista.
- Herberts Cukurs, aviador famoso por los grandes raids que realizó en los años 30 e involucrado directamente en el asesinato de 30.000 judíos durante el Holocausto.

\* \* \*





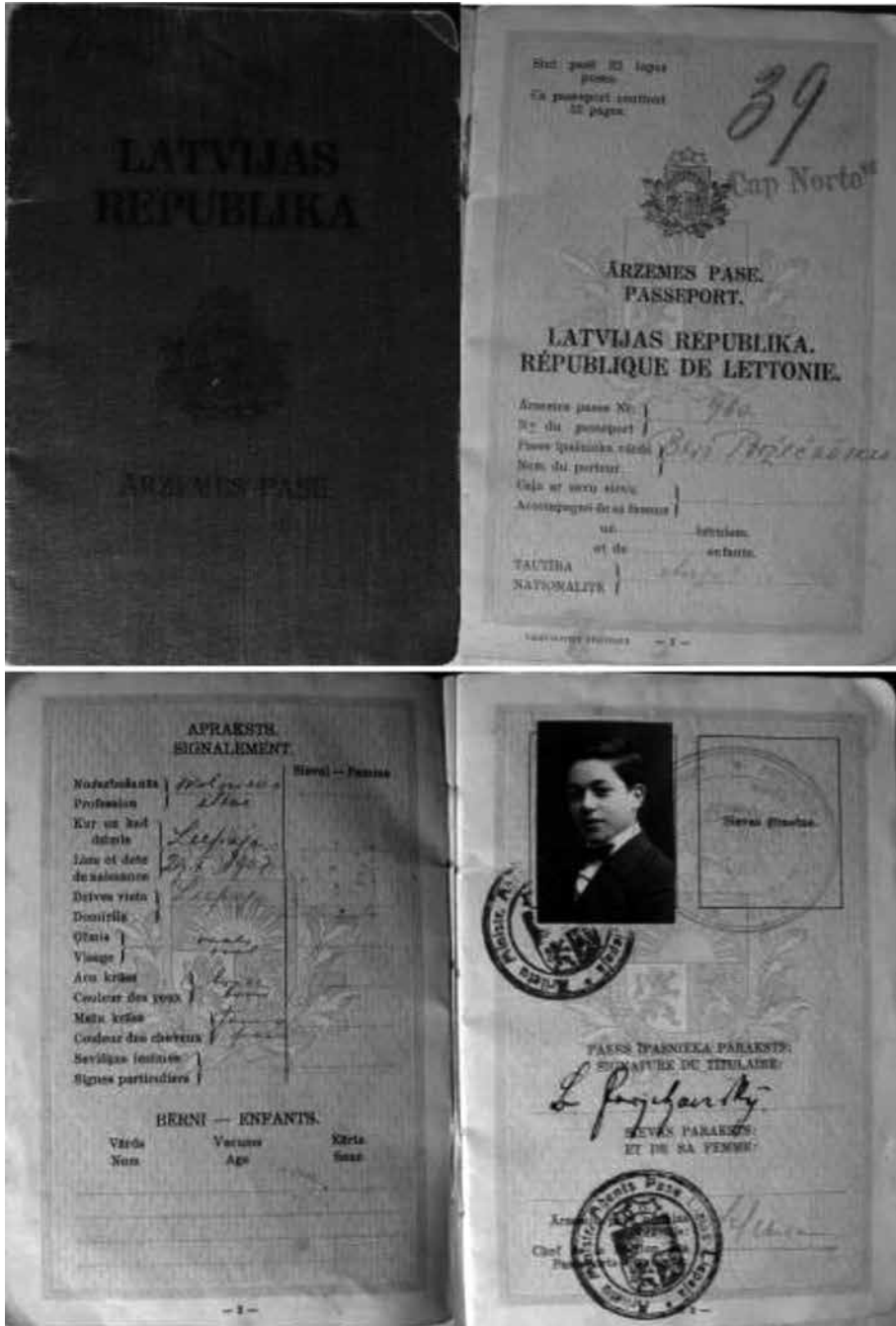


\* \* \*

Fue su tío materno León Halpern (1879?-1965) quien ayudó a Bernardo a venir a Uruguay y obtener su primer trabajo en una fábrica de la industria del vidrio. Luego Bernardo se esforzó para traer a toda su familia, con una visión clara de hacia dónde se dirigía el rumbo de Europa. Su hermana Anna (1902-1941) también visitó estas tierras, pero prefirió volver a su ciudad natal. Ella y el resto de la familia que generó (su esposo Abraham Brauman (1897-1941) y sus pequeños hijos Isak (1934-1941) y David (1937-1941), fueron víctimas de las huestes hitlerianas que presumiblemente los asesinaron en los bosques cercanos a su pueblo. León Halpern fue una figura prominente de la Comunidad Judía en el Uruguay y presidente de la Kehila.



El tío León Halpern con su hermana Lina (madre de Bernardo), Jackie Konichezki y Sheyne Halpern. Montevideo



Pasaporte letón con el que emigró al Uruguay en 1925.



Anna Porzecanski



Anna Porzecanski y su esposo Abraham Brauman, en Libau, 1928



El Dr. Porzecanski junto a una de las Unidades móviles del Instituto Antirrábico en las instalaciones de la calle José Leguizamón.



La casa de Bernardo Porzecanski, en la calle Guayabos 1684, de la ciudad de Montevideo



Su casa en el Balneario La Paloma (Dpto. de Rocha, Uruguay) donde pasaba el verano con su familia.

\* \* \*



- 2. BURROW, TRIGANT. *J. Psychol.*, 1943, 15, 109-114.
- 3. BURROW, TRIGANT, and GALT, WILLIAM. *J. gen. Psychol.*, 1945, 32, 269-288.

### Inactivation of Penicillin by Zinc Salts

HANS EISNER

*Instituto Andrómaco, Montevideo, Uruguay*

BERNARDO PORZECANSKI

*Instituto de Higiene, Facultad de Medicina de Montevideo*

The Oxford investigators and others have reported that penicillin is inactivated by contact with various heavy metals.

In connection with experiments to determine quan-

with 2  
Zinc  
7H<sub>2</sub>O,  
Proc  
sulfate  
tory r  
In t  
of nu  
aureus  
is add  
use fo  
to 1 d  
and th  
with tl

Detalle del ejemplar del 17 de mayo, 1946, de la revista Science, con un artículo de Porzecanski, en coautoría con Hans Eisner.

\* \* \*

### Personalía

In May, 1951, the Uruguayan government signaled out Dr. Bernardo Porzecanski for appointment to the important post of Director of the Institute for the Prevention of Rabies. Dr. Marcus Loeff was sent on a tour of the European capitals to study modern surgery.

LEON HALPERN

\* \* \*

### EL CONTROL DE LA RABIA EN EL URUGUAY\*

DR. BERNARDO PORZECANSKI

*Director, Instituto Antirrábico, Ministerio de Salud Pública, Uruguay*

El Uruguay está totalmente libre de rabia desde el año 1950. Es uno de los pocos países El Uruguay con una densidad de población de 15 habitantes por Km.<sup>2</sup> tiene con-

Detalle del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana con un artículo de 1957 por Bernardo Porzecanski, sobre la rabia en Uruguay, donde se lee en el primer párrafo que Uruguay está totalmente libre de rabia desde 1950.





Montevideo, 1930



Montevideo, 1932



La familia Porzecanski en Libau, 1923. De izquierda a derecha, detrás: Frida, Anna, Bernardo y Berta. Delante: Abraham, Lina, Nachman, Cusiel y Aron.



De izq. a der. Bernardo, Nachman (o Najman), Aron, Abram. Sentados a la der, los padres Lina y Cusiel (Montevideo, circa 1930).



Parados en la fila trasera de izq. a der: Rosa (esposa de Abram), Abram, Eugenia (esposa de Aron), Aron, Nachman (o Najman), Steffi (esposa de Bernardo), Bernardo. Sentados en la fila delantera de izq. a der: los padres Cusiel y Lina, Frida (hermana mayor de Bernardo) y su esposo Jaime. Tomada en el casamiento de Abram, en los años 40.



Bernardo Porzecanski con sus hermanos

## UN ARTÍCULO DE BERNARDO PORZECANSKI, SOBRE LA SITUACIÓN DE LA RABIA EN EL URUGUAY, PUBLICADO EN EL BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

En marzo de 1958 el Boletín de la Organización Panamericana de la Salud publicó un artículo de Bernardo Porzecanski que explicaba sintéticamente lo que había sido la actividad del Instituto Antirrábico en el Uruguay, sus métodos, modos de prevención, tratamiento de los afectados y los resultados alcanzados en un análisis de largo plazo.

También mostraba lo que era la famosa “perrera” que se ocupaba de capturar los perros vagabundos, al menos en Montevideo.

Esas pautas fueron las que se dejaron de lado, cuando se dismanteló el Instituto Antirrábico y se inició la persecución a través de un sumario desmesurado en su tiempo e intención a un funcionario público que hizo honor a su cargo.

Cincuenta años después, las medidas recomendadas por la OMS y la OPS respecto a la prevención y tratamiento de la rabia, son prácticamente las mismas que llevaba adelante Porzecanski, que integraba el grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud en el tema.

Años después de su restitución al cargo fue convocado por la OPS para realizar en Cuba una actividad científica destinada a transmitir los conocimientos y planes de acción llevados a cabo por él en Uruguay. Valga la referencia como demostración de la alta consideración que se tenía a nivel internacional de su calidad intelectual, profesional y humana.

Sin embargo, Uruguay no estaría realizando todas las acciones convenientes para mantener al territorio libre de rabia, y la amenaza de nuevos casos en humanos continúa presente. La Academia de Medicina Veterinaria ha realizado en 2011 presentaciones ante las Comisiones de Salud del Parlamento, sin que haya tenido el tema mayor repercusión ni en las autoridades sanitarias, ni en los medios de comunicación, exceptuando las menciones que se expresan en otro capítulo de publicaciones en escasos medios, separados tres años entre sí. (VER ANEXO V).

## EL CONTROL DE LA RABIA EN EL URUGUAY\*

DR. BERNARDO PORZECANSKI

*Director, Instituto Antirrábico, Ministerio de Salud Pública, Uruguay*

El Uruguay está totalmente libre de rabia desde el año 1950. Es uno de los pocos países del mundo, con Gran Bretaña, Países Escandinavos, Holanda, Francia y Bélgica, que han superado este problema.

Esta situación es singular por tratarse de un país cuyos vecinos inmediatos (Argentina y Brasil) sienten aún los efectos de la rabia dentro de sus fronteras, sea bajo la forma de rabia canina, de murciélagos o de otras especies de animales.

En el Uruguay, desde el punto de vista epizootológico, sólo tuvo significado la rabia canina, que existió por lo menos desde el año 1807, en que se señalaron los primeros casos en coincidencia con la llegada al país de perros, oriundos de países europeos, atacados de rabia, y no existió en ningún momento el problema de la rabia de animales silvestres, lo que puede explicarse por la configuración del territorio, que es llano, sin grandes bosques y con poca densidad de animales selváticos. En cuanto a los murciélagos, si bien existen en el Norte del país especies hematófagas (*Desmodus rotundus*) y se ejerce permanentemente control veterinario, por ser una zona ganadera, no se ha constatado hasta el presente la rabia parálitica de los bovinos ni tampoco murciélagos con infección rábica.

La excepcional y prolongada ausencia de rabia en el Uruguay, ha llamado frecuentemente la atención, por lo cual creemos de interés señalar cómo se ha encarado la lucha antirrábica y qué medidas se aplican en el Uruguay para evitar su reaparición.

Para una mejor comprensión del asunto conviene destacar algunas características geográficas del país.

\* Manuscrito recibido en octubre de 1957.

El Uruguay con una densidad de población de 15 habitantes por Km.<sup>2</sup> tiene concentrado en su capital, Montevideo, y cercanías, un millón de habitantes (el 40 % del total); esta ciudad es nuestro centro de turismo más importante, nuestro puerto principal y vía de tránsito para y del interior, y susceptible de ser controlada en sus accesos.

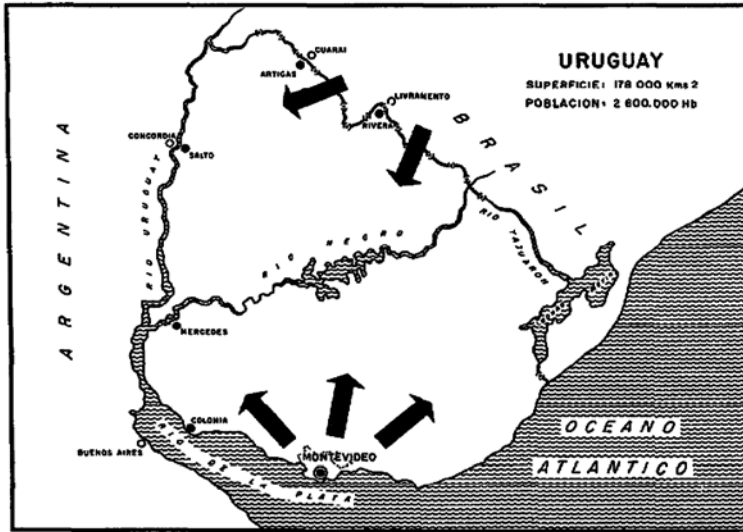
Esto explica que sea también Montevideo, juntamente con sus alrededores, la zona de mayor concentración de perros y por qué fue durante varias décadas asiento de grandes focos permanentes de rabia canina, mientras la campaña, mucho más despoblada (7 habitantes por Km.<sup>2</sup>) sólo presentaba casos esporádicos, cuyo origen era tal vez la frontera brasileña en la parte Norte o Montevideo en la parte Sur del país. Conviene también señalar que el Uruguay, situado entre dos países (Argentina y Brasil) que tienen el problema de la rabia urbana y silvestre sin resolver, presenta efectivas barreras naturales (Fig. 1) que lo protegen contra la invasión y propagación de la rabia: al Sur, en una longitud de 500 Km., el Océano Atlántico y el Río de la Plata (el único punto débil de esta barrera es Montevideo); al Oeste, el Río Uruguay y parte del Río de la Plata impiden, por su gran anchura, el pasaje incontrolado de perros en una longitud de 550 Km.; por el Este, el Río Yaguarón, la Laguna Merín y los bañados de Rocha, han resultado ser suficiente y eficaz protección.

Solamente queda como zona de fácil y libre pasaje de perros un resto de nuestra frontera con el Brasil, de una longitud de unos 400 Km., que constituye el otro lugar vulnerable a la penetración de rabia canina en el país.



Ya dentro de nuestro territorio, el Río Negro, ancho, de intensa corriente y sin puentes carreteros, divide al país (Fig. 1) éstos se encuentran en general muy dispersos, por la extensión de los establecimientos ganaderos y la gran distancia entre los poblados.

Fig. 1.—Barreras naturales de protección del Uruguay contra la invasión y propagación de la rabia canina.



en dos zonas suficientemente aisladas y con una independencia epizootiológica en lo que se refiere a la rabia canina.

*Zona Sur:* con foco central de propagación de perros y de rabia en Montevideo y sus alrededores, que ha sido combatido mediante lucha permanente contra el perro vagabundo y suelto (Fig. 2). Perseverando en esta lucha, se logró al cabo de 10 años, y a partir del año 1944, la extinción de la rabia en esta amplia región, que comprende el 65 % del territorio del país, un 80 % de su población total y toda nuestra importante zona balnearia.

*Zona Norte:* aunque mucho más vulnerable por la fácil y extensa comunicación con el Brasil, y de más difícil control por la longitud de la frontera, está mucho menos densamente poblada (promedio: 7 habitantes por Km.<sup>2</sup>), tiene menos abundancia de perros y

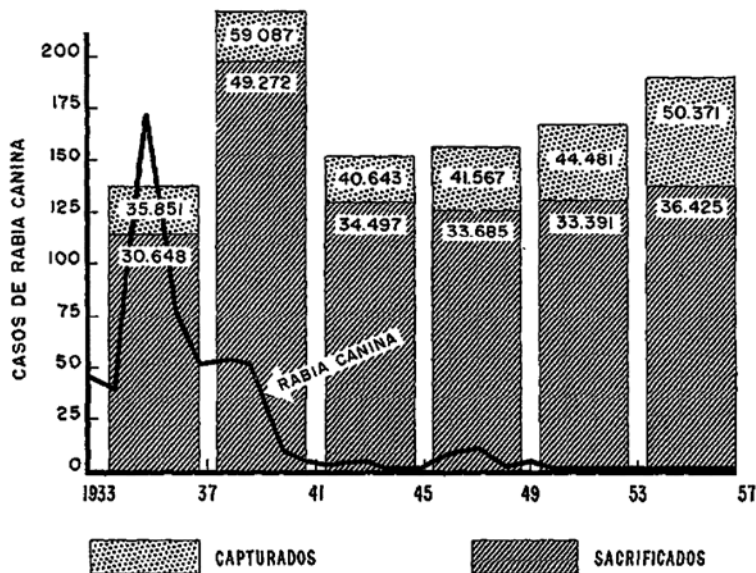
Las pocas ciudades de esta zona no sobrepasan mucho los 50.000 habitantes cada una. Con la exterminación de los focos existentes y la mayor vigilancia de la frontera, cuyos pobladores están alerta frente al peligro de la rabia, se ha logrado desde el año 1950 erradicar la rabia en esta zona ganadera de nuestro país.

#### CONSIDERACIONES

El Uruguay presenta los resultados de una victoriosa campaña antirrábica, logrados sobre todo por el control continuo, durante años, del perro suelto y vagabundo.

En el planteamiento de la lucha, se hizo siempre hincapié en concentrar las medidas contra el perro en su foco de mayor densidad y tránsito, que es Montevideo; los focos esporádicos de la campaña y ciudades del interior eran fácilmente circunscritos y ex-

FIG. 2.—Número de perros capturados y sacrificados y casos de rabia canina en el Uruguay, de 1933-1957.



terminados, sin necesidad de gran despliegue de recursos.

Montevideo y alrededores, el principal y más antiguo foco de rabia en nuestro país, requirió 10 años de esfuerzos sostenidos, y una eliminación anual promedio de 9.080 perros, para arribar al término deseado. Dos equipos de perreras\*, cada uno con un chofer y dos enlazadores, trabajaron permanentemente en este programa. Se ha logrado un satisfactorio rendimiento de los equipos, los cuales hacen una salida al amanecer y cuando regresan han capturado una cuota de 40 perros, lo que en general consiguen en 2 ó 3 horas.

Como procedimiento de captura se usa el lazo, largo o corto, que manejan a elección los dos diestros enlazadores del equipo. Los perros capturados (promedio anual: 11.333) se sacrifican a las 24 horas, excepto los recla-

\* Unidades automotrices de captura de perros.

mados por sus dueños, que no pasan del 20 % y que son vacunados antes de su devolución.

Las ciudades del interior, ninguna de ellas con más de 50.000 habitantes, no han necesitado hasta el momento servicio permanente de perreras; con visitas periódicas de un equipo procedente de la capital, cada 3 ó 4 meses, se han realizado en ellas campañas de una duración aproximada de una semana, que han bastado para el fin perseguido.

La erradicación de la rabia en el campo se logró sin esfuerzo, mediante la exterminación de focos y mayor vigilancia en la frontera.

La inmunización de perros sólo se hizo en el Uruguay en pequeña escala, limitada a perros capturados y reclamados por sus dueños (promedio anual: 1.522 perros, que actualmente se ha duplicado).

No hubo necesidad de realizar intensas campañas educativas, pero es de hacer notar que nuestra población conoce el problema de la rabia a través de la educación escolar permanente, que incluye en sus programas

FIG. 3.—Unidad automotriz de captura de perros empleada en el control de la rabia en el Uruguay.



temas como "Pasteur", "La rabia", etc. Además, el recorrido diario de las unidades automotrices de captura de perros, así como la exigencia legal, con sanción, de no dejar a los perros sueltos en la vía pública, aun los registrados, han contribuido a formar, por "penetración", conciencia colectiva de este problema y aceptación de los procedimientos aplicados.

#### RESUMEN

La experiencia del Uruguay en la lucha antirrábica canina, cuyas cifras y rendimiento se exponen, confirma la posibilidad de lograr la erradicación de la rabia mediante la lucha contra los focos y procedimientos persistentes de control y limitación de los perros sueltos, sin grandes movilizaciones de elementos y personal, y sin especiales campañas educativas ni de vacunación canina extensiva.

Sin embargo, sin el empleo de estos re-

ursos tan útiles, la erradicación de la rabia exigió muchos y continuados años de labor.

Hacemos notar que la configuración geográfica del país, su extensa protección por anchos ríos y la ausencia de rabia selvática y de murciélagos, han contribuido, sin duda, al éxito del programa de lucha antirrábica obtenido en el Uruguay.

La prosecución y ampliación del programa establecido para mantener bajo el número de perros sueltos en las ciudades y poblaciones, es una importante y necesaria medida para evitar la formación e irradiación de focos a partir de algún caso que pudiera traspasar las fronteras.

Por esto conceptuamos fundamental incorporar con carácter permanente a los planes sanitarios del país el programa de lucha contra el perro suelto, que se realiza en el Uruguay en forma dirigida y centralizada por intermedio del Ministerio de Salud Pública.



## CRONOLOGÍA DE UN ATROPELLO

**H**ay tres fechas fundamentales para acotar el tiempo en que se perpetró el atentado contra el Instituto Antirrábico y su Director el Dr. Bernardo Porzecanski. Ellas están estrechamente vinculadas con la asunción de tres ministros que se fueron sucediendo al frente del Ministerio de Salud Pública, cuando el Partido Nacional ganó las elecciones de 1958 y tuvo la mayoría del Consejo Nacional de Gobierno (Poder Ejecutivo Colegiado surgido de la reforma constitucional de 1952).

El 5 de marzo de 1959 asumió como ministro de Salud Pública el Prof. Dr. CARLOS V. STAJANO, prestigioso Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, que se resistió a promover el Lisado de Corazón como elemento curativo del cáncer. Era una personalidad de sólido prestigio personal y profesional, e integró el Gabinete ministerial como figura independiente del Partido Nacional.



De izq. a der.: Dres. Abel Chifflet, Conrado Pelfort, Julio C. García Otero, (de perfil en segundo plano Ricardo B. Yannicelli), Carlos V. Stajano, Héctor Homero Muiños y el abogado Dr. Raúl E. Baethgen (circa 1960).

Fue sucedido el 25 de abril de 1961 por el abogado y ex profesor de Derecho Administrativo de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Dr. APARICIO MÉNDEZ MANFREDINI, nacido en Rivera en 1904, que había dejado su Cátedra en 1955 por el reclamo de los estudiantes de Derecho que lo ubicaban como promotor de las ideas de Benito Mussolini y el fascismo en sus clases. Él respondía al sector del Herrerismo, cuando ya su líder el Dr. Luis Alberto de Herrera había fallecido en abril de 1959. Falleció en 1988.

El 16 de junio de 1964 Aparicio Méndez fue sucedido, luego del escándalo del primer caso de muerte de una paciente de rabia canina, por el diputado ABRAHAM FRANCISCO RODRÍGUEZ CAMUSSO (1923-2004), que había sido estudiante de Medicina de Preparatorios, y funcionario de la Caja de Jubilaciones (actual Banco de Previsión Social) y era un parlamentario joven y de oratoria encendida, perteneciente a otra fracción del Partido Nacional identificada con el maestro Daniel Fernández Crespo, pero que venía de ejercer la Presidencia de la Cámara de Diputados (Representantes). Vale decir, un hombre con “cintura política”, acompañado en la Subsecretaría por un pediatra destacado el Dr. Carlos A. Mígués Barón.

El 27 de octubre de 1961, seis meses y dos días después de asumir como Ministro Aparicio Méndez, se inicia el desmantelamiento del Instituto Antirrábico y el sumario a su Director pocos días más tarde. Esa es la fecha de la publicación en el Diario Oficial, aunque el Decreto había sido aprobado el 3 de octubre de 1961, más de tres semanas antes. Veamos cómo lo documentó el propio Dr. Bernardo Porzecanski, en un pormenorizado legajo que presentó en 1962 a las autoridades del Sindicato Médico, de cuyo archivo documental hemos rescatado estas piezas:

\* \* \*

El 12 de abril de 1962, Bernardo Porzecanski dirigió una nota al Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, Dr. José Suárez Meléndez, informándole del diferendo que mantenía con el Ministerio de Salud Pública. Dicha carta decía así:

*Señor Presidente:*

*Como es de su conocimiento, el suscrito mantiene un estado conflictual con el Ministerio de Salud Pública, a raíz de una Resolución del Ministerio, planeada y ejecutada por la División Higiene<sup>11</sup> sin la asesoría del Depto. Jurídico del Ministerio, que tuvo por efecto el desmembramiento del ex Instituto Antirrábico (transformado por la última Ley Presupuestal en “SECCIÓN ZOONOSIS” del DPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA), con separación de*

---

11 El Director de la División Higiene del MSP de la época era el Dr. Adolfo Morales Bares, graduado el 28.9.48, un auténtico burócrata que manejaba los hilos del Ministerio con astucia no exenta de maldad, y que recibía información simultáneamente de los Organismos Internacionales de Salud, en copia de todo cuanto era dirigido al Ministro. Sin duda uno de los personajes más nefastos que tuvo el MSP a lo largo de su historia.

*casi todo su personal técnico y reducción de cometidos FIJADOS EXPRESAMENTE POR Ley 9.289 que nunca fue derogada.*

*Adjunto copia de documentos (documento No. 1) en que se incluye también el recurso jerárquico hecho con asesoramiento del Dr. R. Baethgen quien me prestó esta valiosa colaboración solicitada al Sindicato Médico.*

*Probablemente a raíz de mis múltiples gestiones de protesta y frente a la futilidad de los elementos de derecho invocados por División Higiene ("el cambio de denominación del Instituto consagrado por el Presupuesto"), se me inició (buscando improbablemente nuevos elementos que justifiquen el despojo) un sumario que está en trámite y sobre cuyos detalles espero informar una vez terminado.*

*Estando en esta delicada posición, el Dr. José ARTURO LORENZO, ha creído oportuno atacarme, como también a la Institución que dirigía, por la Prensa en dos oportunidades, por lo menos.*

*Adjunto copia de las dos publicaciones que aparecen con su firma, la primera como Informe elevado al Ministro (documento No. 2).*

*En ambas hay falsedades y tergiversaciones; adjunto para demostrarlo comentario sobre los artículos (documento No. 3), el primero aparecido en "ACCIÓN" del 19.III.62. El comentario al 2º artículo, es copia de una nota algo modificada que elevé al Ministerio y en la que hago las observaciones pertinentes a las afirmaciones del Dr. Lorenzo (documento No. 5).*

*Cabe ampliar dichos comentarios, expresando que el Dr. Lorenzo se mostró extraordinariamente activo para acelerar y ejecutar el desmembramiento ilegal del ex Instituto Antirrábico, creando en el Ministerio, con informes del tenor de sus comentarios periodísticos, un ambiente hostil hacia los colegas del Instituto Antirrábico. Notas anteriores, anónimas aparecidas en la prensa y que se refieren al presumible foco de rabia en Rivera, tendientes a alarmar a la población con la falta supuesta de vacunas o sueros, sin duda, han sido inspiradas por él. Cuando se produjo la mudanza forzada del Instituto, por acción militar, él supervisó personalmente el despojo, del que fuimos víctima, ejercitando una verdadera presión y prepotencia al exigir transferencia de personal no autorizado por el Decreto, de materiales, máquina de escribir y de calcular, hasta de libros y todo lo que el Instituto en 30 años de trabajo había logrado reunir. Se mostró insensible hacia colegas que desde hace 20 años habían establecido una situación de trabajo compatible con su función en el Instituto Antirrábico, forzando la renuncia del Dr. Blixen y del Profesor Laborde y fue factor preponderante para que se instruyera el actual sumario, haciéndome cargos que en oportunidad podré levantar.*

*Por todo esto, Señor Presidente, creo que ha llegado el momento para que se estudie la faz deontológica de la intervención del Dr. Juan Arturo Lorenzo en este turbio asunto y se deslinden las responsabilidades por las falsas manifestaciones hechas en prensa y que para mí tienen una grave repercusión moral.*

*Saludo al Sr. Presidente con mi más alta consideración y estima.*

*(Firmado) Dr. Bernardo Porzecanski.-*

No hay constancia que el Dr. José Arturo Lorenzo recibiera alguna sanción ética por su actuación en este episodio.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> El Dr. José Arturo Lorenzo Porta nació el 24 de julio de 1901, se graduó en diciembre de 1943 y falleció el 22 de abril de 1983. Ejerció como laboratorista clínico y anatómo-patólogo.

\* \* \*

El mencionado Documento No. 1, anexo a la nota anteriormente transcrita era una copia de una resolución del Consejo Nacional de Gobierno, publicada en el Diario Oficial No. 16.265, del 27 de octubre de 1961, que dice así:

*Ministerio de Salud Pública: RESOLUCIÓN 44.444 del Consejo Nacional de Gobierno:*

*Se autoriza a celebrar un convenio con la Embajada de los EE. UU., destinada a promover investigaciones científicas sobre inmunidad Hidática y Parasitaria.*

*3 de oct. de 1961.-*

*Visto las gestiones realizadas por el señor Agregado Agrícola de la embajada de los EE. UU. ante el Ministerio de S.P. y el Centro de Estudios de la Hidatidosis de este organismo, Considerando, etc., etc.,*

*El Consejo Nacional de Gobierno resuelve:*

*Art. 1. Autorízase al Ministerio de Salud Pública a celebrar un convenio con la embajada de los EEUU, destinada a promover investigaciones, etc.*

*Art. 2 La dependencia de Salud Pública que desarrollará las investigaciones señaladas en el artículo anterior, será el Centro de Estudios de la Hidatidosis que dirige el Sr. Dr. Prof. Velarde Pérez Fontana.*

*Art. 3 Se destina el local que actualmente ocupa el Servicio Antirrábico ubicado en la calle Maldonado No. 1582 para sede del Centro de Estudio de la Hidatidosis y en el mismo se llevarán a cabo las investigaciones referidas. El M. de S.P., a través del Sector Suministros de la División Administración y del Sector Laboratorios de la División Higiene, suministrará los muebles, útiles, aparatos y materiales que se resultaran necesarios para el cumplimiento de dichas investigaciones, etc.*

*Art. 4 El personal técnico así como el Administrativo que integren el equipo destinado a atender esta investigación, será contratado y sus designaciones se harán a propuesta del Director del Centro de Estudios de Hidatidosis, etc., etc.*

*Art. 5 El equipo y material científico que se aporte de acuerdo a este convenio, estará exonerado de impuestos, etc., etc.*

*Art. 6 El M. de S.P. se compromete administrar los fondos que se afecten, etc.*

\* \* \*

El Documento No. 2, se transcribe:

*CARPETA 2829/275.*

*Montevideo, noviembre 3 de 1961.*

*AL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA*

*EL DIRECTOR DE LA DIVISIÓN HIGIENE:*

*Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Art. 3º. Del Decreto No. 44.444 del Poder Ejecutivo, de fecha 3 de octubre de 1961, esta Dirección ha estudiado las*



*soluciones del caso para dar su debida ubicación y orientación a los sectores técnicos administrativos del ex Instituto Antirrábico, hoy transformado en Sección Zoonosis del Departamento de Epidemiología.*

*El cambio abarca la totalidad del servicio, incluyendo en él la distribución de su personal técnico, administrativo y de servicio, para lo cual ha dispuesto lo siguiente:*

*Se traslada al DEPARTAMENTO DE LABORATORIO DE HIGIENE PÚBLICA, Rambla Tomás Berreta No. 7105, Carrasco (teléf. 50.12.13/50.12.14/50.12.15), como "Sección Rabia" dentro del Servicio de Virología:*

*EQUIPOS: todo el material, aparatos, equipos, instrumentos, reactivos y animales de laboratorio existentes en los locales de las calles Maldonado 1582 y Leguizamón No. 3552, previo inventario.*

*PERSONAL: funcionarios administrativos (a designarse), 2 médicos veterinarios (a designarse), 1 jefe de Laboratorio, 1 Ayudante de Laboratorio (vacante), 1 Ayudante de Laboratorio Dcte, (sic), 1 Ayudante 1ero. de Lab. Dcte., 1 Auxiliar 2º. de Enlace y Propaganda, 1 Encargado de Animales, 2 Chaufferes de 2º. (a designarse), 3 Enlazadores con funciones de cuidadores de animales (a designarse), 1 Sirviente (a designar).*

#### ***FUNCIONES A CUMPLIRSE DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO DE HIGIENE PÚBLICA:***

- 1º Preparación de vacuna antirrábica para uso humano.*
- 2º Preparación de vacuna antirrábica para uso animal.*
- 3º Preparación de suero antirrábico para uso terapéutico humano.*
- 4º Preparación de suero antirrábico marcado para diagnóstico precoz de la rabia por técnicas de inmunofluorescencia.*
- 5º Observación y contralor de los animales sospechosos de rabia.*
- 6º Exámenes virológicos precoces y tardíos (postmortem) de los animales sospechosos.*
- 7º Contribución al estudio de otras zoonosis.*

*SE TRASLADAN AL LOCAL DE LA CALLE LEGUIZAMÓN No. 3552 los equipos, muebles, útiles, archivos, etc., afectados a la administración, Servicio clínico y epidemiológico existentes en el local de la calle Maldonado 1582.*

*Redistribución de los siete locales aptos para las siguientes funciones:*

- 1º Exámenes clínicos humanos*
- 2º Vacunación y/o seroterapia humana*
- 3º Vacunación antitetánica humana*
- 4º Vacunación antirrábica animal*
- 5º Sector administrativo trasladado del local de la calle Maldonado*
- 6º Sector administrativo existente en la calle Leguizamón.*

*LAS PERRERAS existentes quedarán reservadas para depósito de perros vagabundos;*

*QUEDA PERFECTAMENTE ACLARADO que todas las funciones correspondientes a "Laboratorio Viroológico" (Sección Rabia), se harán en el Departamento de Laboratorio de Higiene Pública, Rambla Tomás Berreta No. 7105, Carrasco. Por lo tanto, todo material sospechoso (animales vivos o muertos) destinados al examen virológico precoz o tardío, deberá ser remitido de inmediato a dicho Departamento.*

*En el local de la calle Leguizamón quedará un Médico Veterinario (a designarse), encargado de las siguientes funciones:*

- 1º Vacunación animal;*
- 2º Supervisión de la Perrería;*
- 3º Remisión al Dpto. de Laboratorio de Higiene Pública de todo material sospechoso (vivo o muerto) que se reciba en dicho local y que esté destinado a investigaciones virológicas.*

*Todo el personal administrativo y de Servicio restante, que no está especificado en la primera parte, pasará a ocupar funciones en el local de la calle Leguizamón No. 3552.*

*PROYECTO DE RESOLUCIÓN: APRUÉBASE LO ACTUADO POR DIVISIÓN HIGIENE. VUELVA A LA MISMA PARA CONTINUAR ACTUACIONES.*

*FDO.: Dr. Alberto Bertolini*

*MONTEVIDEO, NOV. 15/61: APROBADO, APARICIO MÉNDEZ.*

Aparicio Méndez Manfredini fue un abogado y político uruguayo, Ministro de Salud Pública entre 1961 y 1964, nacido en Rivera el 24 de agosto de 1904 y fallecido en Montevideo el 27 de junio de 1988. Fue Presidente de IMPASA, una institución de asistencia médica mutual hoy absorbida por el Servicio Médico Integral (SMI) que construyó un sanatorio de importancia en Avda. Luis Alberto de Herrera 2275. Fue Presidente de facto, durante la dictadura cívico-militar (1973-1985) en el período 1976-1981. Graduado como abogado, se convirtió en especialista en Derecho Administrativo, materia de la que fue Profesor en la Facultad de Derecho de la Universidad de la República entre 1934 y 1955. Se alejó de la docencia universitaria, como consecuencia de un enfrentamiento con el gremio estudiantil, que lo acusaba de hacer en clase la apología del régimen fascista de Mussolini en Italia. Sin embargo, adquirió gran prestigio, incluso internacional, como jurista. Algunos de sus libros en este campo, como *La jerarquía*, *La teoría del órgano*, y *Sistemas orgánicos* siguen siendo utilizados a nivel académico y universitario. Militante del Partido Nacional, fue integrante de la Corte Electoral en los años 1940 y Ministro de Salud Pública durante el primer y segundo Colegiado blanco, entre 1961 y 1964. En 1971 se acercó al Movimiento Por la Patria; tras la celebración de las elecciones de noviembre de ese año, Méndez presenta un alegato de impugnación de los comicios por supuesto fraude. Disuelto el Parlamento el 27 de junio de 1973, fue nombrado por la Fuerzas Armadas miembro del Consejo de Estado, órgano con el cual el régimen militar sustituyó al Parlamento

democráticamente electo. En 1974 pasó a presidir este Cuerpo. En 1976 fue designado Presidente de la República por el Consejo de Estado (organismo tutelado por las Fuerzas Armadas), cargo que asume el 1º de septiembre, aunque el poder efectivo estaba en manos de los militares. El 19 de junio de 1977, cumpliéndose 213 años del nacimiento del héroe nacional José Artigas, Aparicio Méndez presidió la ceremonia de traslado de los restos del prócer al nuevo mausoleo en la Plaza Independencia (de Montevideo) en un polémico gesto de ensalzamiento de la figura del Prócer republicano para legitimar una dictadura militar. Durante su mandato se llevó a cabo un plebiscito, en noviembre de 1980, que buscaba modificar la Constitución para legitimar el régimen de facto, el cual fue rechazado por el electorado, permitiendo así un lento proceso de apertura democrática. El 1º de septiembre de 1981 lo reemplazó el Teniente General Gregorio Álvarez, ex jefe del Estado Mayor Conjunto (ESMACO), quien continuó ejerciendo dicho cargo hasta el 15 de febrero de 1985, en que efectuadas elecciones para autoridades democráticas (con exclusiones) transfirió el poder al Presidente de la Suprema Corte de Justicia Dr. Rafael Addiego Bruno (1923-2014). Aparicio Méndez falleció en Montevideo el 27 de junio de 1988, justamente al conmemorarse el 15º aniversario del Golpe de Estado de 1973. (Ref.: Wikipedia. [http://es.wikipedia.org/wiki/Aparicio\\_M%C3%A9ndez](http://es.wikipedia.org/wiki/Aparicio_M%C3%A9ndez))



Aparicio Méndez Manfredini (1904-1988)

Entre sus medidas más arbitrarias y atroces, como Ministro de Salud Pública, está su ingreso al cargo de Ministro para autorizar la fabricación y venta del Lisado de Corazón, fabricado por su coterráneo riverense, el Q.F. Federico Díaz, y la aparición del primer caso de rabia humana en el Uruguay, en setiembre de 1964, consecuencia del atropello contra el Dr. Bernardo Porzecanski y la disolución del Instituto Antirrábico que éste dirigía. Su talante autoritario y su desconocimiento de las normas que como Profesor de Derecho Administrativo tenía sobradas razones para conocer, le llevaron a concretar diversos atropellos contra personas muy dignas, apoyado por los burócratas y adulones que nunca faltan en la gestión de cualquier gobierno de la salud. La historia ulterior mostraría hasta dónde era capaz de llegar. En la arbitraria medida contra el Dr. Porzecanski no estuvo ajeno su connotada inclinación antisemita, concretando así un acto de persecución a un destacado profesional judío de intachable trayectoria.

\* \* \*

El Documento No. 3 era la transcripción de la Ley 9.289 del 1º de marzo de 1934, Ley Orgánica de la creación del Instituto Antirrábico. Esta Ley había sido aprobada durante la Dictadura de Gabriel Terra, con su primer ministro de Salud Pública, el Dr. Eduardo Blanco Acevedo. El mencionado Decreto-Ley fue homologado posteriormente e incorporado a la normativa vigente, y no fue derogado a texto expreso en las normas presupuestales que se invocaron para la disolución del Instituto Antirrábico. Se transcribe la norma:

*La Comisión Legislativa permanente, en ejercicio de las facultades que le confiere la Ley de 16 de noviembre de 1933,*

**DECRETA:**

*Art. 1º Créase como organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública, un Instituto encargado de la higiene y profilaxis de la rabia en todo el territorio de la República.*

*Art. 2º Compete al Instituto Antirrábico:*

- a) Preparar y aplicar la vacuna antirrábica.*
- b) Recoger y observar los animales sospechosos*
- c) Recoger y eliminar los animales encontrados en la vía y sitios públicos, en infracción de las disposiciones legales pertinentes.*
- d) Proponer al Ministerio de Salud Pública, ordenanzas sobre la higiene de la rabia.*
- e) Adoptar, previa aprobación del Ministerio de Salud Pública, medidas de carácter urgente sobre profilaxis de la rabia.*

*Art. 3º El Instituto Antirrábico se integrará con el personal del actual Servicio Antirrábico dependiente del M. de S. P., y los funcionarios de este Ministerio que se designen, etc.*

*Art. 4º El Personal dependiente de la Intendencia Municipal ocupado actualmente, etc., pasarán a depender del M. de S. P.*

*Art. 5º Elévese al duplo la actual patente de perros, etc.*

*Art. 6º Autorízase al Poder Ejecutivo para dictar todos los reglamentos pertinentes sobre existencia, número y guarda y conducción de perros, etc.*

\* \* \*

El Documento No. 4 incorporado al mencionado petitorio de Bernardo Porzecanski al SMU, transcribía su presentación ante el Ministro, en los términos siguientes:

*Anteced. 2829/275 A.*

*Nota 232-18/x/61*

*" 236 - 30/x/61*

*" 241 - 9/xi/61*

*Montevideo, 18 de diciembre de 1961*

*Sr. Ministro de Salud Pública*

*Dr. Aparicio Méndez*

*Presente*

*Sr. Ministro:*

*BERNARDO PORZECANSKI – Credencial Cívica B.F.A. 1521, domiciliado en la calle Guayabos No. 1684, al Sr. Ministro digo:*

*Que ejerzo la Dirección de la Sección Zoonosis Instituto Antirrábico. Actúo en este Instituto desde el año 1936, habiendo hecho estudios de especialización en los EE. UU. en dos oportunidades.*

*El informe de la O.M.S. sobre rabia, del 15 de agosto de 1960, me incluye entre los especialistas en esta materia.*

*II) El Instituto de cuya Dirección soy titular, es el único organismo nacional encargado, desde su fundación, hace ya cincuenta y tres años, de combatir la rabia en el país. Ha llenado exitosamente sus funciones al punto que, desde el año 1945 ha erradicado esta enfermedad. Es Uruguay, el único país de América totalmente libre de esta enfermedad.- Pero queda a cargo del Instituto la guarda de que esta erradicación no sea quebrantada.*

*Los países limítrofes – Argentina, Brasil – tienen rabia permanente dentro de sus fronteras, y esto nos obliga a una severa vigilancia. Así en el año 1956 enfrentamos un brote de rabia originado en Bella Unión [Departamento de Artigas]; posteriormente en 1958, otro, muy distante, en Centurión [Departamento de Cerro Largo].*

*Asimismo los murciélagos son trasmisores de la citada enfermedad, e importantes focos, de fácil extensión se hallan a corta distancia de nuestras fronteras con el Brasil.*

*Vale decir, que nuestra situación actual, de país exento de rabia, puede ser de pronto quebrantada; bastaría la sola entrada de un perro con rabia en incubación, principalmente en verano que es cuando afluyen más turistas y se desplazan más personas llevando perros que con más frecuencia eluden el contralor sanitario.*

*Todo obliga, por esto, a mantener en perfectas condiciones de total funcionamiento el Servicio respectivo, haciendo contacto con personas mordidas por perros mordedores y perros vagabundos, investigando y despistando cada animal mordedor, vivo o muerto, para poder proceder con la eficacia correspondiente.*

*III) El Instituto Antirrábico tiene una organización centralizada que cubre con eficacia todos los aspectos de la profilaxis de esta enfermedad. Esta organización responde a las recomendaciones de los expertos de mayor autoridad mundial, registradas en los tres informes expedidos por el Comité de Expertos sobre Rabia de la OMS (vide Seri Inf. Nec. 3er. Inf. No. 121, pág. 15), que dice textualmente: “La experiencia ha demostrado que el mejor medio de organizar eficazmente un programa de lucha contra la rabia es la creación de un servicio central”.*

*La experiencia nacional confirma esta gran directiva para la acción profiláctica. Así también lo entendió el extinto Dr. Juan J. Lussich Siri,<sup>13</sup> quien luchó tesonera y*

13 LUSSICH SIRI, Juan José, médico graduado el 30 de setiembre de 1927.

*convencidamente, hasta obtenerla, por el establecimiento de un servicio antirrábico integral.*

*IV) Siempre fue concepto compartido, sin salvedades, que haber logrado la unidad del Servicio Antirrábico es una etapa sanitaria de altos e incuestionables beneficios.*

*En todos los Servicios antirrábicos del mundo, la vacuna es preparada por el Servicio y por el personal especializado en esta particular rama. La lista de las diferentes vacunas, Servicios que la preparan y sus técnicos responsables y reconocidos, por su vinculación a esta Unidad especializada de la OMS, está consignada en un informe especial de la OMS del 15 de agosto de 1960, donde en la pág. 40, bajo el No. 103 figuramos. Debe tenerse en cuenta además que la vacuna antirrábica puede originar gravísimos riesgos a quien la recibe, si no ha sido preparada por especialistas con experiencia, ya que los factores insignificantes pueden hacer variar su eficacia y aún dejar sin atenuación suficiente virus, con riesgos de complicaciones nerviosas mismo mortales.*

*Recientemente la prensa se hizo eco de varios muertos por la aplicación de una vacuna antirrábica usada en Brasil.*

*La vacuna preparada por nosotros, durante 25 años, ha demostrado ser eficaz e inocua y ha sido usada y solicitada también del Paraguay, Ecuador y la Argentina. Sin desconocer la autoridad de los técnicos a los que se puede encomendar la preparación de la vacuna antirrábica, en todos los Institutos se considera que debe ser un especialista en rabia el técnico responsable directo de su preparación y delegar y dispensar estas funciones en otro Servicio, en nada favorece un punto tan delicado en los Programas Antirrábicos, cuya responsabilidad corresponde clásicamente al propio Director del Servicio, ya que es él que vigila la indicación de su uso y maneja, conserva, pasa y controla periódicamente y personalmente un virus tan poderoso y peligroso como el rábico.*

*V) La Ley de Presupuesto de 1960, al mudar la denominación del Instituto Antirrábico para designarlo Sección Zoonosis, más amplia y a la vez más adecuada, reconoce la importancia técnica y social de sus servicios, le adjudica nuevas funciones, jerarquiza mercedamente al personal técnico actuante, le incorpora más personal técnico y la provee de nuevos materiales. Se hace, de este modo, posible prestar la debida atención de una importante zoonosis – la hidatidosis – que era la gran postergada no obstante su notoria gravedad y extensión.*

*Y estando aplicados a planear la organización de los nuevos Servicios fuimos sorprendidos por un aviso telefónico haciéndonos saber que deberíamos abandonar el local que la Sección ocupa desde hace años hasta hacerla notoria la ubicación en el conocimiento público, hecho éste de considerable conveniencia general – y que, a la brevedad posible, debíamos trasladarnos, o al Miramar – lugar inadecuado, de molesto acceso y que requeriría grandes reformas para adaptarlo al nuevo destino, o, si no, a la Sección Veterinaria.*

*VI) Toda la estructura del Servicio cuya Jefatura ejerzo queda profundamente quebrantada con lo dispuesto por la Resolución del Consejo N. de Gobierno No. 44.444, que publicada en el Diario Oficial No. 16.265 del 27 de octubre de 1961,*

*que autoriza al Ministerio de Salud Pública a celebrar un Convenio con la Embajada, etc., y dispone, al efecto, diversas medidas relativas al personal técnico y administrativo, al local, al material (útiles, muebles, aparatos, que se usarán) para el Centro de Estudio de Hidatidosis.*

*VII) Pero los cometidos específicos del cargo del Instituto Antirrábico – Sección Zoonosis – están fijados por Ley – la ley presupuestal fijada, de 1960 – y la ley de su creación No. 9.289 del 1º de marzo de 1934 y su reglamentación y sólo el legislador puede modificarla, es obvio. (Art. 9 del Código Civil).– En tanto esto no ocurra, y ninguna razón valedera lo aconseja, rige la Ley, no la Resolución, no el Decreto.*

*Serían tan graves y deplorables las consecuencias públicas de aminorar la atención técnica del Instituto Antirrábico, que hace honor al país, al que el legislador quiso, por la propia iniciativa del P.E. acrecentarlo en su jerarquía y en su eficacia con la agregación de más cometidos, fraccionarlo ahora, desmerecerlo en su jurisdicción profiláctica y ubicarlo impropriamente.*

*Se está, es indudable, frente a un error de graves proyecciones técnicas.*

*Excusable, desde luego, porque las tareas abrumaban y desbordan a todos por sobre las mejores y más atentas aplicaciones. Se está frente al grave error de modificar el texto claro de la Ley que organiza el Servicio de que se trata y le asigna los específicos cometidos que le son pertinentes, por la vía de una Resolución administrativa, ino-cua, está claro, para modificar una disposición legislativa.*

*Tan evidente es todo ello, que cualquier desarrollo sería sobre abundante.*

**POR LO EXPUESTO AL SR. MINISTRO PIDO:**

*Se sirva tener por interpuesto el recurso de revocación y en subsidio el jerárquico ante el Consejo Nacional de Gobierno (Art. 317 de la Constitución de la República) contra la decisión de que se trata, dejándola sin efecto y declarando que está en toda su vigencia el régimen legal fijado por la Ley de Presupuesto General de la Nación de Octubre de 1960 y la Ley de Creación del Instituto Antirrábico, ya citada.*

*Sírvase el Señor Ministro proveer de conformidad.*

*Saludo al Sr. Ministro muy atentamente,*

Este recurso administrativo interpuesto por Bernardo Porzecanski, fue elaborado con la colaboración activa del abogado jefe del Sindicato Médico del Uruguay Dr. Raúl E. Baethgen, una figura señera del Foro uruguayo. En aquel tiempo por disposición estatutaria, la defensa jurídica de los afiliados al Sindicato era sólo para aquellos casos que el Comité Ejecutivo considerara justo y necesario que fueran defendidos, fundamentalmente porque atacaban aspectos esenciales del ejercicio de la profesión o involucraban aspectos éticos del afiliado. Vale decir, el respaldo jurídico implicaba un previo examen por el Comité Ejecutivo de la razón que asistía al asociado y por eso hacía su patrocinio en este tipo de acciones. Muy diferente el panorama actual, donde hay servicio jurídico accesible para la totalidad de los asociados, tanto en el fuero civil, como en el penal y administrativo, sin intervención del Comité Ejecutivo. El Dr. Porzecanski lo menciona expresamente en una nota de agradecimiento al Sindicato Médico.

\* \* \*

## BROTE DE RABIA EN EL URUGUAY

El Sindicato Médico del Uruguay, en conocimiento de la constatación fehaciente de un caso de rabia humana ocurrido días atrás en la ciudad de Montevideo, adoptó el 22 de octubre de 1964 la siguiente declaración:

### *FRENTE AL BROTE DE RABIA EN EL URUGUAY*

*Ante la confirmación técnica y sanitaria de un brote de rabia en nuestro país, el Sindicato Médico del Uruguay cree de su deber hacer la presente DECLARACIÓN:*

1. *Nuestro país estuvo exento de rabia humana durante un largo período de casi 35 años. Ello se debió a una labor sanitaria de tenaz insistencia y de correcta orientación, cuyo mérito principal radica en la labor del Instituto Antirrábico.*
2. *El Instituto Antirrábico se creó por Ley y su finalidad y funciones están perfectamente especificadas; administrativamente giró en la órbita del Ministerio de Salud Pública.*

*Con una labor técnica y administrativa ajustada, logró metodizar, a lo largo de años, el contralor de perros que hubieran mordido o hubieran resultado ellos mordidos; estandarizó la vacunación animal; logró confianza pública y permitió que muchos miles de personas supieran dónde y cómo consultar, recibiendo adecuada atención profesional. Desarrolló el Laboratorio de contralores e investigación y preparó una vacuna de alta eficacia y de escaso riesgo en su aplicación.*

3. *En el año 1962 el Ministro de Salud Pública Dr. Aparicio Méndez (abogado) llevó a cabo el desmembramiento del Instituto Antirrábico, desafortunada y desacertada medida tanto en lo legal, como en lo administrativo, como en lo técnico.*

*El desmembramiento supuso desconectar las secciones del Instituto, desajustar sus procedimientos regulares, desorientar a la población sobre a quién y a dónde dirigirse, disminuir la jerarquía de sus técnicos y hacer caer en anarquía el contralor de la rabia en nuestro medio.*

4. *El Sindicato Médico emplazó públicamente al Sr. Ministro Dr. Aparicio Méndez, destacando el desacierto de su gestión, enfatizando la trascendencia sanitaria que suponía desorganizar este Instituto y el peligro potencialmente cierto que representaba descuidar esa gestión de la autoridad pública.*

*Como en tantas otras cosas, el Ministerio y el Ministro dieron la llamada por respuesta.*

5. *Tampoco hizo lugar a la protesta del Director del Instituto Antirrábico quien se opuso a la medida imprudente del Ministro, recibiendo por ello sumario y suspensión que duró 30 meses, y retornando a su cargo muy recientemente, pero manteniéndose el Instituto desmembrado.*

6. *El brote de rabia que se hace presente en el Uruguay tiene una relación innegable con el desmantelamiento y desorganización del Instituto técnico que se había*



- creado, con el descuido y olvido de sus normas, con la insensibilidad sanitaria que se manejó la salud pública de un país rodeado de enorme frontera terrestre y países vecinos que, por su extensión y por la existencia de focos de rabia selvática, será todavía por muchísimos años un peligro potencial de fuentes de virus rábico.*
7. *El Sindicato Médico apoya firmemente la diligencia y responsabilidad con que el Ministerio de Salud Pública afronta la situación actual. Entiende, sin embargo, que le corresponde contribuir a la divulgación del peligro que la rabia representa, dando a conocer las siguientes opiniones.*
    - a. *Que la erradicación del actual brote supone intensificar al máximo las medidas en el contralor de perros y su vacunación, eliminando sin falsa piedad los animales sospechosos.*
    - b. *Que el brote de rabia no es un fenómeno que pueda considerarse de Montevideo, sino que es todo el país que ha quedado expuesto, y sería razonable y útil que en todos los Departamentos, simultáneamente, se encarara una labor sanitaria sobre contralor de la rabia.*
    - c. *Que hasta un plazo tal vez de años, no se puede hablar de la supresión del presente brote, volviendo a la situación óptima que se tenía.*
    - d. *Que en esta lucha el Ministerio de Salud Pública y su Instituto Antirrábico deben metodizar al máximo los procedimientos, hacer una divulgación profusa de las medidas que cada ciudadano debe adoptar, y requerir una colaboración de todas las autoridades nacionales en un plan coordinado.*
    - e. *Que toda persona debe ser consciente del peligro que existe y no interponer dificultades a las medidas sanitarias públicas.*
  8. *Que el Sindicato Médico del Uruguay exhorta al cuerpo médico nacional, en capital e interior, para dar su total apoyo a las medidas dispuestas por las autoridades, prestando su máxima y desinteresada colaboración. Que los médicos sean los primeros en seguir y aplicar estrictamente las medidas sanitarias dispuestas por el Ministerio de Salud Pública, cumpliendo con su metódica ejecución.*

**Montevideo, octubre 22 de 1964.**

\* \* \*

Esta Declaración que se difundió por los medios de prensa de alcance nacional, fue incluida también en la edición de la Revista **Acción Sindical**, que en su edición inmediata publicó un editorial, precediendo a la Declaración mencionada, del siguiente tenor:<sup>14 15</sup>

<sup>14</sup> *Acción Sindical* 1964; 31(98): 10

<sup>15</sup> Sindicato Médico del Uruguay. Comité Ejecutivo. Frente al brote de rabia en el Uruguay. *Acción Sindical* 1964; 31(98): 11-2

LA RABIA ANTES Y DESPUÉS DE APARICIO MÉNDEZ



Aparicio Méndez junto a Joao Havelange, presidente de FIFA, el CN Yamandú Flangini, Presidente de AUF y el Sr. Washington Cataldi.



El presidente de facto Dr. Aparicio Méndez junto al dictador argentino Tte. Gral. Jorge Rafael Videla.

Dr. (abogado) APARICIO MÉNDEZ, Ministro de Salud Pública del Uruguay (1961-1964) responsable de la aparición del primer caso de rabia humana, luego de la desintegración del Instituto Antirrábico dirigido por el Dr. Bernardo Porzecanski.

*El 29 de junio de 1962, la Asamblea del Sindicato Médico del Uruguay, enjuicia al entonces Ministro de Salud Pública, Dr. Aparicio Méndez. Entre otras cosas, se le acusa de haber desmantelado el Instituto Antirrábico, que la medida ponía en riesgo a la población y su salud y un brote de rabia podía declararse en cualquier momento. Los hechos de notoriedad respecto al asunto, han dado plena justificación a los temores manifestados en dicha Asamblea con la cual el gremio médico ha dado, una vez más, prueba de su preocupación por la salud pública y de su espíritu de lucha en la salvaguarda de la dignidad médica.*

*Mientras con caprichosa insensatez, el ex Ministro Méndez desmantelaba el Instituto Antirrábico, en Rivera aparecía un brote de rabia. Hasta entonces y durante treinta y siete años, el país no había registrado un solo caso de rabia humana, gracias, precisamente, a la celosa vigilancia del Instituto Antirrábico.*

*“La lucha exitosa contra el perro vagabundo; la compenetración lograda con el público que conocía exactamente dónde recurrir y cómo proceder frente a una morde-*

*dura; el descenso extraordinario del número de vacunados (25 personas en 1959, 18 en 1960, y ninguna en 1961); el despistaje de cada mordido, el diagnóstico precoz y, como consecuencia, la eliminación exitosa, inmediata de los tres focos de penetración de rabia que ocurriera durante nuestra actuación; esto, el número mínimo de personas vacunadas y la no existencia de rabia animal, constituyen los índices más importantes de la marcha del Servicio a mi cargo que lo enaltecen y destacan”, dice el Dr. Porzecanski en su apelación ante el sumario de que fuera objeto injustamente. Esta descripción era reveladora del alto índice sanitario de nuestro país en cuanto al problema de la rabia, antes de Aparicio Méndez.*

*Durante y después de Aparicio Méndez, perdimos la vanguardia de ser el país de América, libre de ese mal.*

*Primero Rivera. Dos años después, setiembre de 1964, fallece de rabia en Montevideo una joven que veinte días antes había sido mordida por una perra, con cría reciente. Se da la alarma, pero se carece del equipo de defensa que representaba el Instituto Antirrábico. El Dr. Porzecanski el técnico mejor dotado para dirigir la operación, recién era repuesto en su cargo, después de treinta meses de separación, corrigiéndose con ello una tremenda injusticia. En el momento de ser repuesto en el cargo de Director de la Sección Zoonosis del Instituto Antirrábico, debe darse a la tarea de enfrentar una epidemia de hidrofobia que ya había costado una vida y sometido a varias personas a un penoso tratamiento. Todas ellas desgracias, que pudieron ser evitadas o atenuadas si un ex Profesor de Derecho Administrativo, metido a Ministro de Salud Pública, hubiera tenido, al menos, la suficiente lucidez intelectual para advertir que la Salud Pública es un derecho de la población a ser asistida por el Estado a través del organismo competente configurado en el MSP y que toda su gestión querellante y propensa al favoritismo en el ámbito de su ministerio, condujo poco menos que a dejar desamparada a la población que debió proteger. Porque otra cosa no podría ocurrir desmantelando servicios (caso del I. Antirrábico) e iniciando groseras persecuciones entre el personal técnico del organismo a su cargo (caso de los doctores Germán Surraco y Leandro Rodríguez Martinicorena) poniendo en permanente zozobra servicios de fundamental importancia en el cuidado, preservación, y urgente asistencia de la población. Si a esto sumamos el truculento proceder demagógico en el asunto del lisado de corazón, tenemos la trayectoria de la gestión de un Ministro que creyó que la salud pública era un problema de Derecho Administrativo. Que no es lo mismo que gestión administrativa. Puesto que una buena medida administrativa en el ámbito de salud pública, supone la adecuación de todo el aparato administrativo tendiendo a proporcionar los recursos de la organización al orden de las exigencias técnicas que, siendo correctas en su concepción y aplicación, no son otras que aquellas que interpretan y satisfacen un estado de necesidad social. Que es todo lo contrario a lo hecho por el Dr. Aparicio Méndez durante su gestión ministerial.*

*Y lo más lamentable del caso, es que no le haya bastado su pésima gestión para agotar su propensión a cometer desaguisados. Pues con motivo del reciente brote de rabia, se prestó a hacer declaraciones públicas en el sentido de que se estaba exageran-*

*do el problema. Los médicos creemos que nunca se exagera cuando se pierde una vida humana y otras son amenazadas, pagando tributo a la torpeza y la estupidez que pudieron evitarse, con solo prestar oídos a quienes, por su preparación profesional, sabían de salud pública, aunque de Derecho Administrativo sean ignorantes.*

\* \* \*

El 13 de noviembre de 1964, Bernardo Porzecanski dirigió una nota al Director del diario *El Día*, del siguiente tenor:

*Frente a versiones difundidas por algunos órganos de la prensa escrita y/o oral, parecería que en alguna ocasión yo hubiera aparecido discrepando en parte con medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública, en la lucha antirrábica que se está desarrollando.*

*Debo manifestar que me siento consustanciado con dichas medidas ya que fueron tomadas con mi opinión y con el apoyo de una calificada Comisión de Técnicos.*

*El Ministerio de Salud Pública ha prestado su más amplia colaboración en todos los órdenes en la ejecución del programa planteado acerca del cual se ha contado con el interés directo del Sr. Ministro y de sus colaboradores cercanos que se han ocupado personalmente de facilitar los medios y seguir paso a paso la marcha de esta campaña.*

*Por otra parte, estas medidas vienen encontrando en el público cada vez mayor comprensión y apoyo.*

*El haber manifestado en alguna oportunidad que ciertas medidas serían consideradas en la Comisión de Técnicos no significa ninguna discrepancia, sino una tendencia al ajuste armónico que las circunstancias pueden reclamar.*

*Dificultades surgidas excepcionalmente en la aplicación de alguna disposición por parte de personas que discrepan con medidas que son universalmente aplicadas en una situación de emergencia, como constituye un brote de rabia, son de esperar y significan solamente una incompreensión del real alcance de estas medidas que tienden solamente a evitar que haya perros vagabundos y sueltos en las calles con el consiguiente peligro de trasmisión de una enfermedad mortal.*

*Con una educación sanitaria apropiada que se viene intensificando, esperamos obviar todo inconveniente que plantean los dueños frente a la captura de sus perros; infortunio que se puede evitar con la simple medida de tener el perro sujetado, único "sacrificio" que se le pide.*

*Dr. Bernardo Porzecanski. Director Instituto Antirrábico.*

\* \* \*

El primer Ministro de Salud Pública designado por el Partido Nacional al asumir el poder, luego de 93 años en el llano, fue el Prof. Dr. Carlos V. Stajano, destacado profesor de Clínica Quirúrgica que asumió el 5 de marzo de 1959. Fue sucedido por el abogado Aparicio Méndez, a causa del escándalo generado

por el Lisado de Corazón, el 25 de abril de 1961. Aparicio Méndez, era abogado, profesor de Derecho Administrativo, pero sobre todo riverense y amigo personal del Químico Farmacéutico Federico Díaz, que promovía su producto SJ29 (Lisado de Corazón, que todavía se comercializa en Uruguay) como un curalotodo específicamente para los pacientes con cáncer. El escándalo que produjo su actuación con motivo del brote de rabia humana registrado a mediados de 1964, determinó su reemplazo el 16 de junio de 1964 por el legislador Abraham Francisco Rodríguez Camusso, que había sido estudiante de preparatorios de Medicina y empleado de la Caja de Jubilaciones. Él fue quien concluyó al frente del Ministerio, el ciclo de gobiernos del Partido Nacional del siglo XX.

Las versiones recogidas de actores de la época, la inquietud del Ministro Aparicio Méndez por suprimir el Instituto Antirrábico surgió de una gira por diversos establecimientos de su Cartera. Preguntando cuántos años hacía que no había rabia en el Uruguay, le respondieron que varias décadas. Elemento que en su pobreza de conocimientos, le indujo a disponer la supresión de un instituto que, en apariencia, era innecesario. El Director de la División Higiene, que por ser profesional médico y salubrista debería haber impedido tamaño dislate, lejos de hacerlo, colaboró fríamente en la implementación de una “reestructura” que suprimió al Instituto, la captura de perros vagabundos, la elaboración de la vacuna antirrábica. Este fue el germen que dos años después determinó la aparición del primer caso de rabia humana mortal que se dio en 1964 y que puso término a la carrera ministerial de Aparicio Méndez, una vez expuesta a la luz pública la ligereza de su conducta. Que no estuvo ajena, de acuerdo a sus antecedentes, a cierta manifestación antisemita, aplicada en la persecución que debió sufrir el Dr. Bernardo Porzecanski.

Mientras esto sucedía en Uruguay, el Académico argentino, médico veterinario Osvaldo A. Eckell, dictaba en Buenos Aires, una conferencia en la Academia Nacional de Medicina el 4 de noviembre de 1963, donde expresaba:

### ***LA RABIA PUEDE EXTIRPARSE***

*Es perfectamente factible extirpar la rabia de un país o región, aún cuando haya rabia selvática, siempre que la misma no esté extraordinariamente difundida, si se aplican estrictamente adecuadas medidas de policía sanitaria veterinaria y se impone, cuando es necesario, la vacunación obligatoria de los perros.*

*Que la rabia se puede erradicar lo señalan los boletines de la I.I.E., que periódicamente dan una larga lista de países y regiones libres de rabia, algunos de ellos anteriormente muy infectados. Suecia no la tiene desde 1870; Inglaterra desde 1922; Nueva Zelanda jamás la ha tenido, favorecida por su carácter insular, que crea barreras naturales a la infección procedente del exterior; en Australia sólo se menciona un brote de rabia en 1867, en que rabiaron 2 perros y 1 cerdo, muriendo un niño que fue mordido por uno de los perros. En aquel país, para evitar que los perros que*

*se importan introduzcan la enfermedad, se les somete a una cuarentena rigurosa y prolongada, con sacrificio al menor síntoma sospechoso; algo análogo sucede en Gran Bretaña.*

*Entre los países indemnes, la República Oriental del Uruguay nos demuestra como, por la sola y continuada aplicación de medidas de policía sanitaria veterinaria y con una adecuada colaboración popular, se puede eliminar la rabia canina.*

*Esta pequeña Gran Nación de allende el Plata está indemne de rabia desde 1950. Para el plan de acción, se dividió al territorio en dos zonas. La del Sur, con Montevideo como foco principal de rabia canina, fue ya librada de la zoonosis en 1944, luego de 10 años de aplicar sin desmayo las reglas de policía sanitaria; seis años después desapareció también la enfermedad de la zona norte. Toda esa tarea se efectuó con solo dos equipos de perreras en vehículos automotores.*

*La eliminación de la rabia en el Uruguay ha sido facilitada, es cierto, por la configuración del país, que salvo 400 kilómetros de frontera con Brasil, está protegido por barreras naturales (océano, grandes ríos, bañados, lagunas) por la inexistencia de murciélagos Desmodus y de rabia selvática en los mamíferos terrestres, así como por la buena educación sanitaria realizada en las escuelas. Si los uruguayos han librado de rabia a su país, sin campañas espectaculares ni reglamentaciones especiales de emergencia, ¿por qué no puede hacerse lo mismo en la provincia de Buenos Aires, privilegiada en todos sus aspectos, hasta en el de su nivel de cultura popular general, y contando para hacerlo, con leyes adecuadas y municipios poderosos?*

*Si han sido brillantes los resultados obtenidos en la República Oriental del Uruguay, el análisis de lo ocurrido en muchos otros países demuestra que complementando las medidas de policía sanitaria veterinaria con la vacunación obligatoria, el éxito es más fácil y rápido.<sup>16</sup>*

Tristísima paradoja: mientras en la otra orilla ponderaban y ponían como ejemplo los brillantes resultados alcanzados en la prevención de la rabia en el Uruguay, en el país tomado como ejemplo, se destruía un trabajo tan meritorio, desde el Ministerio encargado en el Poder Ejecutivo de custodiar la salud pública.

---

16 ECKELL, Osvaldo A.: Prevención de la rabia y de sus peligros actuales y potenciales. Conferencia en la Academia Nacional de Medicina, 4 de noviembre de 1963, en sesión conjunta con la Academia Nacional de Agronomía y Veterinaria, Buenos Aires, 1963; 32 páginas; pp. 22 y 23. En: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29067/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29067/Documento_completo.pdf?sequence=1) (Consultada el 18.12.2013).



La sede del ex Instituto Antirrábico hoy transformado en el Club de Residentes de Treinta y Tres, en la calle Maldonado 1582 y Salto, de Montevideo.





La antigua Perrera de la calle José Leguizamón 3552, transformada hoy en Servicio de Atención al Mordido del MSP.

\* \* \*

El Dr. Bernardo Porzecanski, que se había afiliado al Sindicato Médico del Uruguay siendo estudiante, desde el 14 de setiembre de 1934, al cumplir 65 años pasó a residir por largos períodos en Canadá, para reunirse con su familia. Allí falleció el 9 de octubre de 1990.

*Sindicato Médico del Uruguay*  
AV. 18 DE JULIO, 1056

\$ 050

Señor Presidente:

Deseo ser inscripto como afiliado del Sindicato Médico del Uruguay.

Nombre Bernardo Porzecanski

Domicilio Cruce Perón 1303-

Presentado por Exbelky

Fecha en que se recibió de médico \_\_\_\_\_

Firma: Luis Pappean

Estudiante de fo Aceptado en la sesión de 14/IX/34  
a/R. Santo

\* \* \*

Para mejor conocer el detalle de los incidentes que se registraron con motivo del desplazamiento del Dr. Porzecanski de la Dirección del Instituto Antirrábico, y su reemplazo por otro equipo, resulta ilustrativo reproducir las cartas que se intercambiaron en el Diario *Acción*, dirigido por don Luis Batlle Berres, entre el Ministro de Salud Pública, Dr. (abogado) Aparicio Méndez, el Dr. José Arturo Lorenzo y el propio Dr. Bernardo Porzecanski. Allí se ventilaron detalles de la técnica de preparación de la vacuna, de la captura de perros vagabundos, y se dan elementos muy ricos de la historia de la Rabia en el Uruguay. Así como pueden calibrarse mejor el talante y la altura moral de los contrincantes, y la manera aviesa de cómo algunas personas, desde la oscuridad

del poder, manejan los destinos de la salud pública. Por lo cual los transcribimos íntegramente.

### DOCUMENTO No. 1

*ACCIÓN*, 28 de febrero de 1962

Recibimos y Publicamos:

Señor Director del diario “ACCIÓN”

De mi consideración:

Con fecha dos de enero próximo pasado, se publicó en el diario de su dirección en la sección “Rumores de Verdades”, un artículo según el cual, por Decreto de esta Secretaría de Estado, la vacuna antirrábica a “virus vivo”, se preparará en el futuro en el ex Hotel Miramar, motivando ello – por los peligros que entraña – gran preocupación entre la población de Carrasco.

Respecto al artículo de referencia, transcribo para su conocimiento la información producida por la Oficina competente:

“Montevideo, febrero 1 de 1962.- En el Dpto. de Laboratorios de Higiene Pública no se prepara ninguna vacuna a virus vivo atenuados para uso humano o animal. El hecho crucial de que en el propio Instituto Pasteur de París donde nació la vacuna antirrábica a virus vivo atenuados, se haya sustituido esa vacuna por otra del tipo Semple-Fermi que es una vacuna inactiva por la acción conjunta del fenol y del calor, indica claramente la conducta a la que debe atenerse este Departamento.

Por los estudios que hemos hecho de los protocolos del ex Instituto Antirrábico, nos hemos informado de que se utilizaban hasta ahora una modificación japonesa, la de Umeno-Doi, que es una vacuna inactivada por el fenol y el calor y que contiene además 60% de glicerina.

Esta Dirección supone que la información publicada por el diario “Acción” del 2 de enero de 1962, se debe posiblemente a la creencia que existe aún entre el personal técnico de alta jerarquía del ex Instituto Antirrábico de que la modificación japonesa es una vacuna a virus vivo atenuado, cosa que no puede ser posible porque ningún virus rábico sobrevive a la acción conjunta del fenol al 0.5% y del calor a 37° C., durante 65 horas.

Fdo. Dr. José Arturo Lorenzo

Director Dpto. de Laboratorios de Higiene Pública”

Agradeciendo la publicación correspondiente, lo saluda muy atentamente,

Dr. Aparicio Méndez,  
Ministro de Salud Pública.

DOCUMENTO No. 2

Montevideo, marzo 2 de 1962

Señores Dres.

Don C. Murguía y

Santos Barriere

Presente

De mi mayor consideración:

En "*ACCIÓN*" de febrero 28 aparece una contestación del Ministerio de Salud Pública a un artículo del 2 de enero publicado en ese diario sobre uso de virus vivos en los laboratorios del Miramar.

Refiere esta contestación – ver documento No. 1 – entre otros a “creencias equivocadas del personal técnico de alta jerarquía del ex Instituto Antirrábico” y a “que estas creencias hayan sido responsables de la información aparecida en el diario *‘Acción’*”.

Con este motivo deseo expresar a los Sres. Sumariantes mi intensa preocupación por esta preocupación que presenta nuevos elementos desfavorables hacia mí, en momentos en que se sustancia un sumario.

Es por esto que creo pertinente hacer llegar a los Sres. Sumariantes las siguientes puntualizaciones:

1. Que no he sido autor ni colaborador de la mencionada publicación en "*Acción*" del día 2 de enero; que no conozco su contenido, ni al autor del mismo.
2. Que en el ex Instituto Antirrábico trabajamos no con “creencias” sino con EXPERIENCIAS, las que habían demostrado que el virus rábico fijado, usado por nosotros desde el año 1898, sobrevivía y resistía la acción combinada del fenol al 0.5% y del calor a 37° C durante 72 horas. Ver también “Anales Fac. Veter.” Dic. 1937, pág. 204.
3. Que esto no es ninguna novedad y ocurre con muchos otros virus rábicos fijos, como puede leerse en el conocido texto de van Rooyen, edición 1948, pág. 861.
4. Que por estas razones es completamente incierta la generalización dada por el Sr. Director de Laboratorio de Higiene de que “...ningún virus rábico sobrevive la acción conjunta del fenol al 0.5% y del calor a 37° C durante más de 65 horas...”

Como las manifestaciones hechas públicas por el Dr. Lorenzo evidencian, a juicio del suscrito, el clima muy especial, decididamente tendencioso que se intenta fomentar en menoscabo de la integridad moral y científica del “personal de alta jerarquía del ex Instituto Antirrábico” entre el cual me incluyo, SOLICITO: que se agreguen a las actuaciones sumariales las manifestaciones del Dr. Lorenzo, así como mis puntualizaciones respectivas, a los efectos que los Sres. Sumariantes creyeran pertinentes.

Fdo.: Dr. Bernardo Porzecanski.

DOCUMENTO No. 3

"ACCIÓN", 19 de marzo 1962

UN HECHO IMPORTANTE  
LA INVESTIGACIÓN DE VIROSIS EN CARRASCO

Contestando una noticia nuestra, el Ministerio de Salud Pública nos hizo llegar una nota, que publicáramos, con un informe del que dijimos contiene inexactitudes que con la debida información contestaremos.

Las inexactitudes son de dos órdenes: administrativas y científicas y dan lugar a varias consideraciones.

El técnico firmante como Director del Departamento de Laboratorios de Higiene Pública, no tiene ese título. Es lástima que el Sr. Ministro, jerarca administrativo y técnico en esta materia no lo haya notado, porque entre otras cosas, eso está prohibido por Ley. El ÍTEM correspondiente del Presupuesto de Salud Pública especifica que el cargo que responde a ese título no existe, puesto que dice: Director de Laboratorio Central (Serología) (Al vacar Jefe de Departamento de Laboratorios (Médico). Lo que indica que recién será llenado al vacar el cargo de "Jefe de Departamento de Laboratorios", cosa que deberá hacerse de acuerdo a los reglamentos en vigor y designarse como JEFE y NO DIRECTOR.

Luego anotamos que este Ministerio que se muestra tan riguroso para otros funcionarios en sus trámites administrativos, omite publicar la opinión del jerarca Director de Higiene, como corresponde a un trámite normal.

En tercer término, el técnico firmante con anuencia del Ministro, ya que NO LO OBSERVA, hace juicio sobre un intachable técnico sometido hoy a sumario por obra y gracia de denuncias tendenciosas hechas por parte interesada en operaciones administrativas de alto nivel, como es, la eliminación del Instituto Antirrábico creado este por Ley específica, que recogió una experiencia mundial en la materia, fue modelo de eficiencia en nuestro medio por más de treinta años, habiendo eliminado la rabia del Uruguay.

Resultados de este episodio lamentable ya no apreciamos: todavía y pese a que ya se preguntó por la prensa, no se sabe qué fue lo de la rabia de Rivera, cuando antes se conocían los resultados a las pocas horas, como corresponde hacerlo a cualquier centro especializado en la materia.

En la parte técnica, que el Sr. Ministro, es claro, no tiene porqué saber, las inexactitudes del comunicado se comprueban con precisos informes que se pueden consultar en los mejores tratados de virología al alcance de nuestro medio y en las publicaciones científicas de los investigadores nacionales de jerarquía.

Dice el informe: "no se prepara ninguna vacuna a virus vivos para uso humano o animal"; el juicio normal de cualquier lector deduce que para tener

un virus muerto es preciso tenerlo vivo y para saber si está muerto, hay que someterlo a pruebas.

Además los materiales de rabia o sospechosos deben ser ahora examinados, investigados, probados en el ex Hotel Miramar, desde que dejó de existir a esos fines el Instituto Antirrábico desde noviembre 1961. Pero también los animales sospechosos por decreto deben ir al ex Hotel Miramar. Las vacunas que se preparan con virus que luego se atenúan o se matan, son un material rábico inoculado en conejos u otros animales vivos que luego se sacrifican y se manipulan. El suero antirrábico que allí debe prepararse se hace inoculando grandes cantidades de virus vivos.

Para terminar con la rabia, en esta primera serie de informes que nos aportan científicos de reconocida solvencia, diremos que la vacuna – según la opinión de van Rooyen, de Habel, entre los extranjeros expertos y del Prof. Freire Muñoz de nuestra Facultad de Veterinaria, con similares méritos – aún tiene virus vivos por varios días. Freire Muñoz dice “que sin embargo el virus al tercer día (72 horas) de estufa a 37°, fenolado al 0.5% aún se muestra rigurosamente activo y mata a los animales inoculados”, contrariando al informante del Sr. Ministro que dice que “ningún virus rábico sobrevive en esas condiciones 65 horas”. Más aún, el Dr. Freire Muñoz comprobó que el virus se mantiene vivo al quinto día (120 horas) con ese tratamiento.

Sin entrar al problema que crea al balneario [Carrasco] esta sucesiva aglomeración de materiales peligrosos de procedencia humana o animal, bacterianos o víricos que proceden de toda la República (polio, hepatitis, tifoidea, gripe, rabia, etc.). Con lo dicho se comprueba que el informe que se le proporcionó al Sr. Ministro es inexacto e incompleto y por lo mismo esas prácticas son peligrosas para la salud de la zona.

Con lo que queda en pie la inquietud del vecindario de Carrasco frente a este nuevo elemento de perjuicio para su balneario, creado por el obligatorio envío de esos materiales difusibles. También por el hecho nuevo de hacer allí la preparación de vacunas a partir de virus vivos que aunque luego se maten deberán ser controlados con virus vivos, de “prueba” que el laboratorio debe mantener a permanencia por intermedio de inoculaciones sucesivas, en serie. Por lo que la causal higiénica del rumor de verdad recogido tiene singular vigencia que aquilatada en su justo valer y teniendo en cuenta la responsabilidad del Estado y del Municipio esperamos sea eliminada rápida y definitivamente de Carrasco, primer balneario de Montevideo, en beneficio de la tranquilidad de sus vecinos y del turismo cada día más exigente de seguridad.

DOCUMENTO No. 4

“ACCIÓN”, 29 de marzo de 1962

SOBRE RABIA Y VACUNACIÓN

Sr. Director de “*Acción*”

En el número correspondiente al día 19 de marzo del Diario de su digna dirección, se hacen apreciaciones sobre mi posición ante el problema de la rabia y de la vacunación antirrábica. Ruego a Vd. se digne autorizar la publicación de las siguientes líneas aclaratorias sobre el referido tema.

Saludo al Sr. Director con mi más alta consideración:

JOSÉ ARTURO LORENZO

- 1) No existe rabia en el Uruguay por la sencilla razón de que no tiene montañas ni selvas, ni reservorios naturales incontrolables de virus rábico como son los lobos, coyotes, hienas, perros cimarrones, etc. Los escasos y pequeños focos de rabia fueron eliminados hace mucho tiempo, gracias a la labor de los Dres. Tortorella<sup>17</sup> y Lussich Siri.
- 2) Existe rabia potencial en los departamentos fronterizos. Esta rabia potencial podrá ser controlada, no cazando o vacunando unos pocos perros en Montevideo, sino haciendo una vacunación masiva de los perros urbanos y rurales de dichos departamentos. En un país donde no hay rabia y donde la hidatidosis se trasmite por el perro que se alimenta de vísceras infestadas, el Estado debe abandonar definitivamente su función ineficiente de cazador y verdugo de perros. La rabia se controla con la vacunación y la hidatidosis con la educación sanitaria del trabajador rural.
- 3) El virus de la rabia que se utiliza para la preparación de sueros y vacunas es el virus fijo de Luis Pasteur que tiene entre otras estas dos propiedades fundamentales: no confiere rabia paralizante por inoculación periférica y no provoca secreción de saliva infectante. Es un hecho enorme que parece ignorar el “asesor científico” del articulista. El virus fijo de Pasteur, correctamente controlado no es peligroso ni para el que lo manipula, ni para los que lo rodean (hombres y animales). Sólo es infectante cuando se lo inocular directamente en el cerebro, previa trepanación del cráneo.
- 4) El material anatómico sospechoso de rabia era inocente y anodino cuando se lo remitía a un laboratorio montado en condiciones precarias con equipos insuficientes y anticuados, ubicado en pleno centro de la ciudad, en un barrio densamente poblado y a pocos metros de la Universidad del Trabajo. En cambio se convierte por arte de magia en material altamente peligroso cuando se lo remite a un instituto moderno de prestigio internacional ampliamente reconocido que dispone de instalaciones e ins-

---

17 TORTORELLA, Ángel, médico veterinario.

trumental puesto constantemente al día, de personal altamente eficiente y cuyo director, además de ser experto en virología, es el único médico uruguayo que integra el Grupo Consultivo de Expertos Internacionales en Serología y Técnicas de Laboratorio de la Organización Mundial de la Salud, recientemente reelecto por tercera vez.

- 5) No existe ninguna duda de que el virus rábico fenolado al 0.5% pueda quedar infectante después de una permanencia en la estufa a 37°, 72 horas y que conserve su virulencia por varios días. Todo depende la técnica, de la preparación y del conocimiento de la cinética de la inactivación. Cuando la dispersión de la sustancia nerviosa que contiene el virus se hace por procedimientos rudimentarios como el mortero de mano, la agitación manual o mecánica con perlas de vidrio o en una licuadora que no puede funcionar cinco minutos sin que la temperatura ascienda a 50° (esto está documentado), los hechos denunciados son rigurosamente verídicos. En cambio cuando esa misma sustancia nerviosa es manipulada en institutos de renombre mundial que disponen de equipos apropiados y de técnicos que trabajan con el gradiente de inactivación a la vista, el resultado es una vacuna antirrábica correctamente inactivada.

Tres ejemplos son suficientes:

INSTITUTO PASTEUR DE PARÍS: "Fórmula general de la vacuna. La vacuna está constituida por tejido cerebral de ovino inoculado con virus rábico fijo, en agua fisiológica fenicada al 1%. Es una vacuna inactivada (La rage, serie de monografías de la OMS, 1955, pág. 77).

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, BETESHDA, Md. EEUU. Fórmula de la vacuna antirrábica que cumple las especificaciones de los requerimientos mínimos: La vacuna está constituida por virus rábico fijo al 20%, inactivado en solución fisiológica con buffer de fosfato (pH 7), fenol al 0.25% y thiomersal (merthiolate) al 1/10.000 (La rage, Serie etc. Pág. 85).

INSTITUTO VITAL BRAZIL, NITEROI, RIO DE JANEIRO: La vacuna antirrábica para uso veterinario preparada por el I.V.B. es una suspensión de cerebros virulentos de équidos inoculados con virus rábico fijo (cepa Pasteur) en solución salina isotónica, glicerolada y fenolada. Su inactivación es hecha por exposición adecuada a la temperatura de 37°.

- 6) Y para terminar, el Patrón Biológico Internacional para la vacuna antirrábica. Forma en que se facilita: ampollas de 38 mg. de suspensión liofilizada de conejo inoculado con virus fijo de la rabia e inactivada por irradiación ultravioleta. (Comité Exp. OMS, 14° Informe, 1961, pág. 28).

JOSÉ ARTURO LORENZO



## DOCUMENTO No. 5

Montevideo, abril 10 de 1962

El reciente artículo “Sobre Rabia y Vacunación” publicado por el Dr. J. A. Lorenzo en “Acción” del 29 de marzo, a pesar de todos sus títulos y la capacitación que dice el autor que posee, contiene muchas inexactitudes que creemos del caso aclarar porque son de interés público.

1. En el punto 1ero. de su exposición dice el articulista: “no existe rabia en el Uruguay por la sencilla razón de que no tiene montañas, ni selvas, ni reservorios naturales como son los lobos, hienas, perros cimarrones, etc.” Si no existe algún trabajo personal del articulista sobre influencia de montañas en la epidemiología de la rabia, que desconocemos, diremos por nuestra parte, con la opinión de una de las más conocidas autoridades en rabia, como Harold N. Johnson, que en realidad, las MONTAÑAS ACTÚAN COMO BARRERAS GEOGRÁFICAS QUE SE Oponen a la propagación de la rabia.

De manera que la ausencia de montañas constituye, como cualquiera lo comprende, un hecho QUE FAVORECE LA INTRODUCCIÓN Y PROPAGACIÓN FÁCIL DE LA RABIA EN UN PAÍS, CONTRARIAMENTE A LO QUE DICE EL ARTICULISTA.

En cuanto a SELVAS Y RESERVORIOS NATURALES: EXISTEN BASTANTES ZONAS SELVÁTICAS EN EL Uruguay y para citar algunas: las del Queguay, del Río Negro, del Cebollatí, etc.

También hay abundancia de ZORROS, ZORRINOS y MURCIÉLAGOS VAMPIROS, de tanta importancia mundialmente reconocida en la propagación de la rabia.

Llama mucho la atención que el autor cite lobos y hienas y pase por alto la fauna autóctona sudamericana, capaz de propagar y perpetuar la rabia en el Uruguay, como ocurre por ej. en el vecino Estado de Río Grande, con sus grandes focos de rabia de murciélagos a pocos kms. de nuestras tierras tan similares.

Decimos entonces en conclusión: nuestro país tiene condiciones ecológicas iguales a muchos otros donde la rabia selvática constituye un serio problema, LO QUE PARECE DESCONOCER EL ARTICULISTA.

2. El articulista pasa además por alto la importancia que tiene MUNDIALMENTE PARA CUALQUIER PAÍS, la extendida RABIA URBANA, como la que existe también muy cerca de nosotros, en las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, Livramento, Porto Alegre, Río, Asunción, etc., etc., y cuyo trasmisor, como demasiado se sabe, es el PERRO DE LA CIUDAD, COMÚN Y CORRIENTE, el cual – es obvio – abunda también en todas nuestras ciudades y pueblos.

Si en 1807 algún perro traído desde Europa, en incubación de rabia, pudo iniciar y propagar en el Uruguay esa enfermedad durante más de 100 años, actualmente, con mayor número de perros que abundan sueltos en distintas populosas y extensas barriadas, con focos más próximos y numerosos y siendo el contacto y el transporte de esos animales mucho más fácil y frecuente, el peligro resulta evidentemente mucho mayor.

3. La erradicación de nuestra rabia es atribuida por todos los que conocen esta cuestión, a una lucha antirrábica eficaz y oportuna y deben reconocerse lealmente los méritos de todos los que la realizaron, sin tratar de ocultar esos méritos, como lo hace el articulista, con ejemplos extraños de montañas, lobos y hienas.

El haber logrado exterminar la rabia, por nuestro solo esfuerzo, antecediendo en esta erradicación a todos los países que nos rodean, también a los EEUU y a la mayoría de los países del mundo que luchan por el mismo problema, ha sido una conquista sanitaria del primer orden de la que el Uruguay debe enorgullecerse.

4. Continúa diciendo el articulista: “Los escasos y pequeños focos de rabia fueron eliminados gracias a la labor de los Dres. Tortorella y Lussich Siri.”

En la Historia sobre Medicina del Uruguay, del Dr. R. Schiaffino, están referidos los episodios de conmoción pública y terror originados por la aparición y difusión de la hidrofobia.

Tras largos años de esfuerzos que datan desde hace más de 100 años, tendientes a combatir la endoezootia iniciada en el país en 1807, la lucha antirrábica insatisfactoria hasta entonces, culminaron en la creación, a principios del siglo, de un Servicio Antirrábico y en 1934, por los esfuerzos del Dr. Lussich Siri, en la oportuna organización de un Instituto Antirrábico integral.

Es justamente desde entonces, con la labor desarrollada desde ese Instituto (que el articulista se permite definir como “montado en condiciones precarias, con equipos insuficientes y anticuados”), que terminan los altibajos de la lucha; que se reducen, circunscriben y achican progresivamente los focos existentes, de tal manera que para el año 1944, Montevideo y el sur del país quedaban definitivamente libres de rabia, lográndose, pocos años después, en 1950, por primera vez en nuestra historia, la victoria final, con la erradicación total de la enfermedad de todo el país.

Decimos en conclusión: El Uruguay no tuvo, como dice el articulista, “unos escasos y pequeños focos de rabia”, sino una endoezootia rábica que duró más de 130 años, que costó horrendamente vidas humanas, que produjo infinidad de zozobras y que exigió enormes preocupaciones y grandes y continuados esfuerzos.

5. La Rabia del Uruguay fue eliminada, según sigue el articulista, “gracias a la labor de los Dres. Tortorella y Lussich Siri”.

Bien conocida es la actuación preponderante del Dr. Lussich Siri, con su empeño a favor de la unidad y centralización de la lucha antirrábica en un Instituto que hizo crear por Ley, de acuerdo a conceptos de organización recomendados por Organismos Internacionales competentes y que Lussich consideraba necesario para lograr la victoria sobre esta enfermedad. (Lamentablemente, la estructura y unidad del Instituto han sido quebrantadas por disposición jerárquica de noviembre 1961).

En cuanto al Dr. Tortorella, que el articulista cita en primer lugar, nos interesaría conocer sus trabajos sobre Rabia, porque, lo que sabemos de él, es su muy destacada actuación EN OTRA ESPECIALIDAD Y OTRO LABORATORIO bastante diferente, como lo es el de la VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS CUYA PREPARACIÓN DIRIGIÓ DURANTE MUCHOS AÑOS.

Son conocidos por todos, en cambio, los trabajos y la labor del Dr. C. FREIRE MUÑOZ quien fue destacado Catedrático y Director del Instituto Bacteriológico de la Facultad de Veterinaria y esforzado colaborador del Lussich Siri en el Instituto Antirrábico.

Fue el primero en preparar, aplicar y estudiar en nuestro país la vacuna antirrábica para uso veterinario y por su decidida intervención se consiguió de la Universidad el terreno para sede de la Sección Veterinaria del Instituto Antirrábico donde funciona ahora lo que queda del Instituto desintegrado. [Se refiere al predio de la calle José Leguizamón, al costado de la Facultad de Veterinaria].

Diremos en conclusión: la Rabia se eliminó del Uruguay, no como dice el articulista por “la labor de los Dres. Tortorella y Lussich Siri”, sino por la ejemplar obra de los Dres. Lussich Siri, Freire Muñoz<sup>18</sup> y sus colaboradores y continuadores.

6. Por otra parte, el mismo Dr. C. Freire Muñoz, ignorado completamente por el articulista, es el que estableció, hace 25 años, en un trabajo al alcance de todos, que el virus rábico usado en el Instituto Antirrábico, se muestra rigurosamente activo hasta después de una exposición de 72 horas al fenol al 0.5% a la temperatura de 37°, lo que desconoce el articulista en su publicación previa.

Dicho articulista, alertado por un comentario que se hizo público, reconoce ahora este hecho, aún cuando en reciente Informe al Sr. Ministro de Salud Pública, dado a prensa, se expresó categóricamente en términos opuestos: (“ningún virus rábico sobrevive la acción conjunta de estos factores”) y hablando en forma despectiva para técnicos que realmente trabajaron y conocen estos problemas.

18 FREIRE MUÑOZ, Carlos Elio, médico veterinario.

Esta rectificación del articulista constituye una reparación y un merecido homenaje a los trabajos y méritos del Dr. C. Freire Muñoz.

7. En el punto 2 plantea procedimientos de lucha antirrábica y antihidática.

El articulista expresa que “el Estado debe abandonar definitivamente su función ineficiente de cazador y verdugo de perros”.

Nos parece que hubiera sido más oportuno no criticar con términos que pueden ser interpretados como irrespetuosos y hasta insultantes al Ministerio que pertenece, llamando al Estado “ineficaz y verdugo de perros”.

Mejor le hubiera sido dirigirse al Grupo Consultivo de Expertos que él dice que integra por 3era. vez, o más directamente, a su propio Jerarca Director de la División Higiene, planteando así, ante quien corresponde el enfoque que propone y que está completamente en desacuerdo con lo que los Especialistas en Rabia y Expertos en Zoonosis mundialmente aconsejan.

8. En el punto 3 dice el Dr. Lorenzo: que “es un hecho enorme que parece haber ignorado el articulista de *“ACCIÓN”* las propiedades fundamentales del “virus fijo de Pasteur”.

Un hecho enorme para cualquier lector que entiende, es que el Dr. Lorenzo haya omitido estos datos en el Informe por él elevado al Ministro de Salud Pública, prefiriendo poner en duda, ante el público y el propio Ministro los trabajos de personas que sin duda entienden de rabia y se han pasado manipulando virus rábico toda una vida.

Tampoco desmiente el articulista que en el Miramar se manejan virus vivos que deben ser mantenidos y pasados en serie y que con virus más o menos adaptados o atenuados, se usan también otros, altamente virulentos, por ej., los rábicos que pueden encontrarse en perros o gatos, en materiales que deben analizarse, además de otros virus altamente peligrosos como de la polio, de la gripe, etc., y de bacterias como de la tifoidea, etc., etc., que el autor, ex profeso pasa por alto.

9. Relacionado con el Punto 4 del articulista, ignoramos alguien haya afirmado que el material infeccioso que antes se dirigía al Instituto Antirrábico fuera inocente y anodino, ni que la calle Maldonado fuera buen lugar para trabajar esos materiales.

Sin embargo, tomando en cuenta que Carrasco constituye una zona residencial, balnearia, turística de privilegio y de gran porvenir, encontramos que evidentemente resulta muy poco apropiado para manejar allí virus vivos, materiales infectantes o perros sospechosos de rabia (sin contar con las condiciones ambientales inherentes, como la recolección de basuras, funcionamiento del horno crematorio, cañerías directas al mar, etc., etc.).

10. En el citado punto el articulista se manifiesta como un Experto en Virología, pero como la Virología comprende numerosas disciplinas y diferentes virus, para cuyo dominio se requiere – como todos saben – larga dedicación y experiencia, nos asombra la tan amplia pericia que se aduce, cuando los Expertos que conocemos nosotros, son especialistas en muy pocos virus, lo que en general ya da bastante oportunidad para estudiar toda una vida, sin tener tiempo al margen para incursionar en otros temas como serología, Hidatología, epidemiología y técnicas de laboratorio.

De todas maneras existen en el Uruguay expertos en Rabia, Aftosa, Viruela, y también renombrados especialistas en hidatidosis y otras zoonosis, que consultados por el comentarista le hubieran evitado cometer los errores que comentamos.

11. En el punto 5 el articulista pretende establecer que hay una gran diferencia entre sustancia nerviosa elaborada en un Instituto con procedimientos rudimentarios y dice: “en cambio cuando esa misma sustancia nerviosa es manipulada en Institutos de renombre mundial...”

No vemos, si el autor no nos aclara, cómo influye el renombre mundial en la inactivación del virus.

Por último, cita tres ejemplos con los cuales pretende demostrar que “con equipos apropiados y técnicos que trabajan con el gradiente de inactivación a la vista” la vacuna se inactiva correctamente.

Ninguno de los tres ejemplos lo prueba, ni da el menor índice en cuánto tiempo se hace la inactivación referida.

Para terminar en el punto 6 cita correctamente el Padrón Biológico Internacional para vacuna antirrábica: No sabemos con qué objeto.

12. Por lo expuesto queda demostrado que el articulista que se atribuye títulos y pericia en múltiples temas, se ha aventurado en una serie de afirmaciones y de incongruencias que no concuerdan con la realidad de los hechos, lo que se comprende, si se tiene en cuenta que carece, como es notorio, de la imprescindible experiencia y dedicación para poder opinar científicamente en estos temas.

(Firmado) Dr. B. Porzecanski.

\* \* \*

En ocasión del brote de rabia humana en Uruguay de 1964, ante la situación de haber desarticulado el Instituto Antirrábico e interrumpido la producción nacional de vacuna para los casos sospechosos y confirmados, (a pesar de lo sostenido en Decretos y Resoluciones del MSP, de efecto nulo) debió recurrirse a la importación de vacuna de Chile, la fórmula conocida como vacuna Fuenzalida-Palacios.<sup>19</sup> Esta fue la que se intentó producir por el Dr. José Arturo Lorenzo en el Laboratorio de Higiene Pública, trasladado al ex Hotel Miramar, en Carrasco, actual sede de la Escuela Naval. Pero debió recurrirse a la ayuda inmediata de la Organización Panamericana de la Salud, para rearmar el esquema de captura de perros y la observación de los mismos, siguiendo el protocolo anterior. Tal el caos causado por la desgraciada actuación de Aparicio Méndez como autoritario ministro de Salud Pública (1961-1964).

En fecha reciente la Dra. Gabriela Willat, en nombre del Ministerio de Salud Pública, presentó un detallado informe al II Taller de Rabia, celebrado en Santiago de Chile, el 25 y 26 de setiembre de 2013, donde se aportan datos estadísticos sobre casos de rabia humana y animal, así como la existencia en diferentes regiones del Uruguay de reservorios de rabia selvática, particularmente en murciélagos hematófagos e insectívoros.<sup>20</sup>



Dr. Eduardo Fuenzalida Loyola (1911-1976), veterinario chileno que ideó una nueva preparación de la vacuna antirrábica.

\* \* \*

Para la época en que ocurrió el último caso mortal de rabia humana en Uruguay, la joven víctima fue una mujer internada por un confuso cuadro clínico en el Hospital Vilardebó (principal hospital Psiquiátrico de Montevideo), que falleció pocos días más tarde. La sospecha de los médicos fue que no se trataba de una enfermedad mental, sino de un caso de rabia humana y

19 <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v90n3p211.pdf> *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 90: (3), marzo 1981, págs. 211-217.

20 [http://www.ispch.cl/ppt\\_rabia/ppt10.pdf](http://www.ispch.cl/ppt_rabia/ppt10.pdf) (Consultada el 15.12.2013).

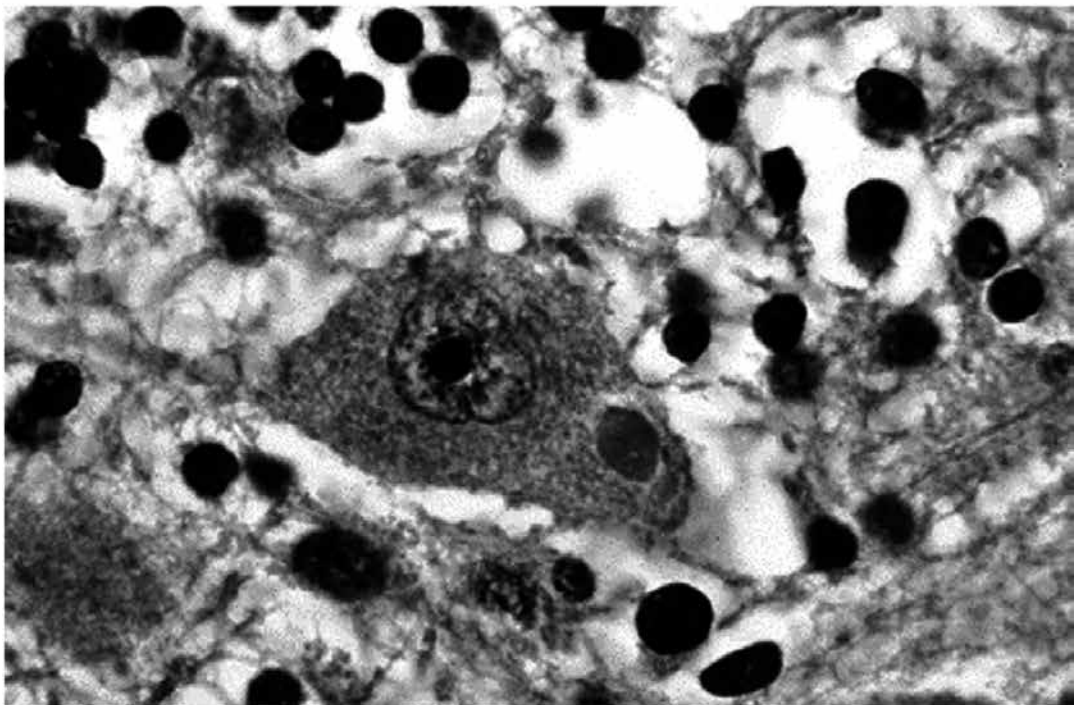
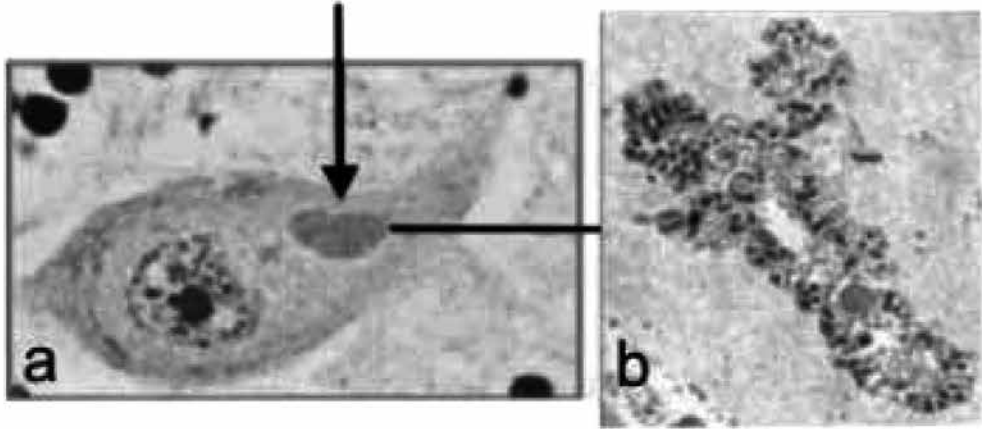
solicitaron el examen anatomopatológico de su cerebro, descubriéndose en su cerebelo los corpúsculos de Negri, característicos de la enfermedad. Adelchi Negri (1876-1912), un discípulo de Camillo Golgi (1843-1926) había hecho esta descripción en 1903.

ADELCHI NEGRI.

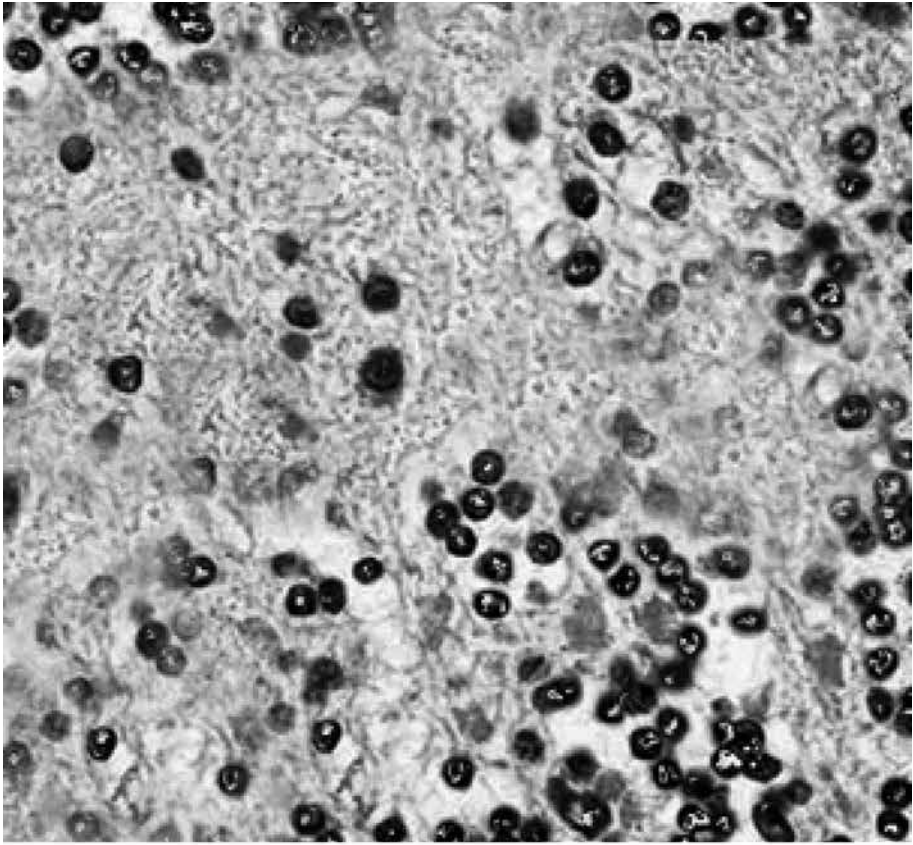


*A. Negri*

Los corpúsculos de Negri no son observados sino en el 70% a 80% de los casos de rabia.









## LOS TESTIMONIOS DE SUS FAMILIARES

Cincuenta años después de estos episodios, que resultaron trágicos para la salud pública uruguaya, el autor tomó contacto con los tres hijos de Bernardo Porzecanski. He aquí sus testimonios y algunos recuerdos.

DE ALEJANDRO PORZECANSKI, residente en Canadá, médico oftalmólogo:

*Estoy personalmente muy halagado por la misión de Ud., de sacar a relucir la vida profesional que nuestro padre ha tenido en Uruguay, antes de su emigración al Canadá, en 1973.*

*Yo soy Alejandro, el hijo mayor, y el único de los tres hermanos de seguir la carrera de médico. Voy a escribirle un sumario de nuestras actividades:*

*Me gradué en la Facultad de Medicina de Montevideo en Febrero de 1968, y trabajé como médico general en el Sindicato Médico del Uruguay [CASMU, Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay], por dos meses. En Marzo de 1968 me casé con una estudiante de Medicina en Montevideo, Ana María Acerenza (de las griferías Acerenza), y en Junio de ese año partimos del Uruguay, permanentemente, teniendo yo la idea de seguir una carrera oftalmológica.*

*Después de tomar el examen de reválida, ECFMG, conseguí un cargo de interno en Victoria Hospital, London, Ontario, y mi esposa, entró como estudianta de Medicina en el año tercero (de un curso de 4 años) en la Universidad de Western Ontario, London, Ontario.*

*Nos graduamos los dos, Ana primero, en 1970, como médica general, y yo seguí una residencia de 4 años en Oftalmología, terminando en 1973.*

*Nuestros padres se unieron a nosotros, mi madre con un título de Master in Library Science de la Universidad de Pittsburgh, y mi padre vino a revalidar a la edad de 65 años, habiendo tomado y pasado fácilmente el examen ECFMG en Montevideo.*

*En London, mi padre trabajó un año como interno y tomó el examen médico escrito que toman los recientes graduados aquí, lo pasó perfectamente, lo que lo habilitaba para ejercer medicina en cualquier lugar del país.*

*Mi madre consiguió trabajo como bibliotecaria de Northern Electric, una fábrica de aparatos de telefonía muy importante en Canadá.*

*Después que mi señora y yo, con dos hijas, nos mudamos a la costa del Pacífico, al final de 1973, a la ciudad de Powell River, en la provincia de British Columbia, nuestros padres se mudaron a la ciudad de Prince Rupert, en la costa norte del Pacífico, en la misma provincia.*

*Mi madre, como jefa de la biblioteca pública, y Bernardo, como médico general.*

*Yo establecí una práctica médico-quirúrgica de oftalmología, y Ana, una de medicina general.*

*Nuestros padres, después de unos años se mudaron de Prince Rupert a Powell River, para estar con nosotros, y construyeron un hogar al lado de nuestra casa.*

*Mi padre Bernardo, practicó medicina general en Powell River, teniendo el consultorio en el mismo edificio que mi señora y yo.*

*Se retiró finalmente a la edad de 77 años, y Steffi, su esposa, trabajó como voluntaria en varios cargos de la ciudad, entre ellos, la Mesa de Educación local, a cargo de las escuelas primarias y secundarias.*

*En 1987, nuestra familia, es decir, Ana María, mis dos hijas y un hijo nacido este último en Powell River, nos mudamos a Victoria, British Columbia, la capital de la provincia, que es donde vivimos hasta este momento.*

*Yo practiqué oftalmología full-time hasta que me jubilé parcialmente en Diciembre de 2009, y hoy día tengo consulta una vez por semana en mi casa, solamente para la Marina Canadiense, que tiene su base Pacífica en Victoria.*

*También tengo el cargo de Profesor Asociado de Oftalmología, en la Facultad de Medicina de la Universidad de British Columbia, y enseñé a los estudiantes de Medicina de segundo año.*

*Ana María practicó medicina general full-time hasta 2010, y se retiró completamente en esa fecha.*

*Mis padres: Bernardo, falleció el 9 de Octubre de 1990, en Victoria, y mi madre, Steffi, el 1ero. De Septiembre, 2010.*

\*\*\*

*En cuanto al tiempo en que Bernardo fue separado de su cargo, lo que yo recuerdo es la tristeza que eso le causó y la reivindicación que tuvo cuando lo reintegraron al cargo.*

*También recuerdo estar presente para cuando el primer caso de rabia humana fue autopsiado, todos nosotros vestidos con túnicas operatorias, con máscaras y gorros, en cuanto había que abrir el cráneo del paciente muerto y extraer muestras del material cerebral, en el cual se confirmó la presencia del virus de la rabia.*

*Otra cosa que recuerdo de su carrera en Uruguay, es que en el tiempo de la epidemia de polio, en los años 50, Bernardo estaba a cargo del Hospital Filtro, en Bulevar Artigas hacia el Cerrito de la Victoria, y doblando a la izquierda.*

*Yo recuerdo las filas de pulmotores y los pacientes en ellos, tratando de respirar con ayuda. También cuando se trajo la vacuna inyectable de Salk, gracias al doctor [Juan Carlos] Bacigalupi, jefe de vacunas del Instituto de Higiene, y nosotros siendo vacunados con ella.*<sup>21 22</sup>



El Instituto de Higiene Prof. Arnoldo Berta, de la Facultad de Medicina de Uruguay, donde trabajó en la elaboración de la vacuna antirrábica el Dr. Bernardo Porzecanski. Nótese que en esta imagen le han quitado el escudo nacional al edificio, posiblemente por alguna acción de vandalismo.

21 El Dr. Juan Carlos BACIGALUPI FERRARI, fue un médico de gran volumen (apodado *El Gordo*) (nacido en Montevideo el 26 de julio de 1907, graduado el 30 de diciembre de 1946 y fallecido el 23 de octubre de 1981, a los 74 años) especializado en Microbiología y Enfermedades Infecciosas, consagrado a la fabricación, contralor y aplicación de vacunas humanas. Fueron sus padres Carlos Bacigalupi y Josefina Ferrari, y tuvo dos hijos: Josefina Elena y Juan Carlos. Fue Becario de la OMS en EE.UU. para estudios de Epidemiología, Enfermedades transmisibles y Microbiología. De su actuación se destaca su condición de Integrante de la Comisión Municipal para aguas balnearias, con actuación destacada en Europa. Fue también Integrante y Presidente de la Comisión Municipal para el Código de Alimentos. Miembro de la Comisión Nacional para fluoración de las aguas y de la Comisión Asesora para vacunaciones del MSP; Presidente de la Sociedad Uruguaya de Patología Clínica y del V Congreso Nacional de Microbiología Latinoamericana. Asesor principal en la fabricación, contralor y aplicación de vacunas humanas. También fue Asesor de Uruguay para el Congreso Internacional de la vacuna antipoliomielítica 59-por vía oral con virus vivos [vacuna Sabin]. Recibió diversas distinciones: Premio “Holander”, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Microbiología; Director del Servicio Municipal de Laboratorio de Higiene y Microbiología; Asesor de Microbiología del MSP y en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Entre sus aficiones destacan el ajedrez, el deporte y la música de ópera, especialmente donde se destacó como cantante aficionado, apoyado por su grueso volumen. Afiliado al Rotary Club, al Silver Gate Club y al Jockey Club de Montevideo. (Tomado, con modificaciones, de *Quién es Quién en el Uruguay: 1979-1980*, Osvaldo A. Fraire, Central de Publicaciones SRL, Montevideo, 688 páginas, p.83.

22 MAÑÉ GARZÓN, Fernando: El Instituto de Higiene Experimental en su Centenario (1895-1995). Nacimiento – Pasión – Vigencia. *Rev Med Urug* 1997; 13: 59-68; p.63. En: <http://www.rmu.org.uy/revista/1997v1/art8.pdf> (Consultada el 09.01.2014).



En la Planta Baja de este edificio del Instituto de Higiene, trabajó el Dr. Bernardo Porzecanski, junto al Dr. Juan Carlos Bacigalupi.

*Espero que esto lo ayude en su biografía, en adición a la contribución de mis hermanos.*

*No recuerdo de ninguna manera que mis padres en mi presencia hayan mencionado que la separación del cargo haya tenido connotación de antisemitismo, pero veo que Ud., piensa que hay una conexión, y en retrospectiva, estoy de acuerdo.*

*No había una razón médica/científica, que yo sepa, así que el haber sido judío puede haber sido la única explicación.*

*El trabajo de mi padre de tener tres puestos para ganarse la vida:*

*De mañana, director del Instituto Antirrábico, de tarde, trabajar en Sección Vacunas, en el Instituto de Higiene, y de noche, tener consulta en casa, para el Sindicato Médico [Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, CASMU]. Recuerdo que la sala de espera en casa tenía bancos que de noche, después de la consulta, se volcaban hacia arriba, las sillas y mesa se corrían al lado, y entrábamos el auto encima de alfombras de lona, para guardarlo.*

*Mi esposa Ana me acaba de recordar que cuando mi padre Bernardo fue separado de su cargo, los médicos del Instituto Antirrábico renunciaron en protesta.*

DE ARTURO PORZECANSKI, residente en Nueva York, destacado economista

*Me apresuro en acusar recibo de su mensaje y en agradecerle por el hermoso borrador de homenaje a mi finado padre por su actuación como Director del entonces Instituto Antirrábico, texto que incluye documentos por mi nunca vistos relacionados con el desagradable episodio que tuvo lugar cuando yo tenía apenas una docena de años de edad.*

*Le he pasado su mensaje y borrador a mis dos hermanos, porque creo que el mayor de ellos, Alejandro, en particular, le podrá contestar mejor que yo sus preguntas y proporcionarle detalles de la actuación profesional de nuestro padre en Canadá, donde se desempeñó como médico por una docena de años luego de revalidar su título a la bella edad de los 65 años.*

*En cuanto a mi trayectoria, le adjunto una página autobiográfica y lo remito, para mayores detalles, a la página [http://es.wikipedia.org/wiki/Arturo\\_Porzecanski](http://es.wikipedia.org/wiki/Arturo_Porzecanski) y a los sitios abajo indicados.*

[Se transcribe lo esencial de su biografía]

**Arturo C. Porzecanski** (nacido 2 de noviembre de 1949) es un economista pionero en la aplicación del análisis económico a la evaluación de decisiones crediticias y de inversión en los llamados mercados emergentes durante su larga carrera profesional en Wall Street.

Nacido y criado en Montevideo, Uruguay, de padres europeos inmigrantes, se fue a los Estados Unidos a principios de 1968 y obtuvo su licenciatura en economía en el College (1968-1971) y luego su maestría y doctorado en economía en la Universidad de Pittsburgh (1971-1975). Luego de una pasantía como economista visitante en el Fondo Monetario Internacional (1973), y unwiki año y medio como economista investigador en el Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos en la ciudad de México (1975-76), comenzó su carrera en Wall Street como un economista internacional y analista de riesgos soberanos en la Banca Morgan (el entonces Morgan Guaranty Trust Co. of New York), uno de los antecesores del banco JP Morgan Chase (1977-1989). Después de una docena de años allí, Porzecanski pasó a ocupar el cargo de economista jefe del entonces Republic National Bank of New York (1989-1992); economista jefe para los mercados emergentes del banco de inversión Kidder, Peabody & Co. (1992-1993); economista jefe para las Américas en el banco ING Barings (1994-2000); y economista jefe para los mercados emergentes del banco ABN AMRO (2000-2005).

Durante sus 28 años en la plaza financiera, Porzecanski llevó a cabo estudios sobre la macroeconomía y macrofinanzas de los países que se solían conocer como en vías de desarrollo. Su propósito era entender y cuantificar los riesgos y oportunidades para los préstamos comerciales y las inversiones en dichos países, pero a medida que las empresas y los gobiernos de muchas de esas

naciones comenzaron a emitir acciones o bonos durante la década de los 1990s, también para mejorar las decisiones de los inversionistas institucionales en las Américas y Europa que estaban comenzando a comprar títulos financieros emitidos en los mercados emergentes mayormente de América Latina y Asia. Este trabajo conllevó visitar muchos países en forma periódica, para entrevistar a sus líderes políticos y empresariales y a otras fuentes de información; obtener y analizar las estadísticas macroeconómicas y las tendencias, especialmente antes que las primeras se comenzaran a divulgar y diseminar a través de la Internet; conversar sobre el clima de negocios y las perspectivas económicas, financieras y políticas con economistas y otros expertos en el gobierno de los Estados Unidos y en organismos internacionales; y luego formular y publicar opiniones sobre riesgos crediticios y oportunidades de préstamo e inversión, mayormente en informes semanales o quincenales emitidos por los bancos en los cuales trabajó. Sus opiniones tuvieron acogida e influencia, siendo citadas por los principales diarios, revistas y agencias de noticias alrededor del mundo, y él fue entrevistado frecuentemente por estaciones de radio y canales de televisión en los Estados Unidos, Europa y América Latina. Porzecanski fue reconocido por sus muchos logros profesionales en Wall Street, siendo nombrado “Legacy Laureate” (Legado Laureado) por su alma mater, la Universidad de Pittsburgh.

Porzecanski decidió abrir un segundo acto en su carrera profesional en 2005 al pasarse a la academia y convertirse en profesor universitario de tiempo completo en economía y finanzas internacionales, un giro lo suficientemente notorio como para ser examinado en un largo artículo de Dow Jones Newswire, porque fue parte de una transferencia generacional ya que otros de los analistas pioneros en mercados emergentes también tomaron la decisión de jubilarse anticipadamente para comenzar nuevas carreras. Luego de un semestre como profesor visitante de economía en el prestigioso Williams College durante la primavera de 2005, fue nombrado al cuerpo de profesores de la Facultad de Relaciones Internacionales (School of International Service) de la American University a partir de setiembre 2005, primero como Especialista en Finanzas Internacionales y luego, a partir de setiembre 2007, como Economista Distinguido en Residencia. Además de dedicarse a la docencia y a la investigación aplicada, Porzecanski ha realizado una serie de trabajos de consultoría para firmas legales y financieras, así como para agencias del gobierno norteamericano e instituciones multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo y Naciones Unidas. Él también fue nombrado Árbitro de la Financial Industry Regulatory Authority, una de las entidades que supervisa a las instituciones financieras de los EE.UU., e investigador Asociado Senior (No Residente) del Center for Strategic and International Studies.

Desde finales del 2005, Porzecanski ha luchado con una enfermedad muy rara llamada Síndrome de Derrame Capilar Sistémico o Systemic Capillary



Leak Syndrome (SCLS), la cual lo dejó parcialmente discapacitado y lo llevó al borde de la muerte varias veces. Él se convirtió en un paciente líder al establecer un sitio de Internet para beneficio de todos los que como él padecieran de ese mal, y sus familiares y médicos – para que pudieran comunicarse unos con los otros y comparar problemas, tratamientos e ideas. También persuadió a la institución gubernamental principal a cargo de investigaciones médicas en los EE.UU., el National Institutes of Health, a que comience a llevar a cabo una investigación biomédica básica sobre dicha enfermedad. A principios del 2009, Porzecanski fue objeto de un artículo en la sección Salud del diario *The Washington Post* por bregar de forma ejemplar y novedosa con una enfermedad rara capaz de matarlo en cualquier momento.

Porzecanski ha publicado muchos trabajos en los campos de las finanzas internacionales y los problemas económicos de América Latina, con contribuciones en libros y también en revistas académicas como *Business Economics*, *Chicago Journal of International Law*, *Ethics & International Affairs*, *International Finance*, *Journal of Banking and Finance*, *Journal of Developing Areas*, *Journal of Money, Credit and Banking*, *National Tax Journal*, y *Law & Contemporary Problems*. Su único libro académico, *Uruguay's Tupamaros: The Urban Guerrilla*, una contribución a la ciencia política sobre el grupo guerrillero más conocido del Uruguay, fue publicado en los Estados Unidos cuando Porzecanski tenía apenas 23 años y era estudiante de posgrado en economía. Ha sido miembro vitalicio del prestigioso Council on Foreign Relations, la American Economic Association, y la Latin American and Caribbean Economic Association, así como miembro del directorio de la Tinker Foundation desde 2007.

DE WALTER PORZECANSKI [Shuki Raz], hijo menor residente en Israel

*Soy el hijo menor del Dr. Bernardo Porzecanski (me cambie el apellido al inmigrar al Israel en 1981), mi hermano Arturo me hizo llegar el borrador de la obra que Ud. está preparando. Fue muy interesante para mi leer los documentos y cartas redactados por mi padre ya que los desconocía totalmente. También ignoraba que mi papa había sido “apartado” de su empleo por 30 meses.*

*Como yo nací en 1959 se podrá imaginar que teniendo 3-4 años de edad cuando todos esos eventos ocurrieron, no le podré aportar ningún detalle significativo sobre la época. Lo que me falta en su relato es el “final feliz” [happy end] – el restablecimiento del Instituto Antirrábico y de mi padre como su director, creo que hasta que se fue del Uruguay en el 73. Yo tengo buenas memorias de haber sido llevado por mi papá al local del Instituto en la calle Leguizamón, de jugar en las camionetas, del olor particular de las perreras, y (triste pensarlo) de los crematorios hacia el fondo donde se quemaban los cadáveres de los perros vagabundos que se habían matado. También recuerdo habido ser llevado por mi padre al Instituto de Higiene, donde él*

*mismo preparaba la vacuna antirrábica a base de cerebros de ratoncitos blancos que vivían en jaulitas (algo que chocó mis sensibilidades de niño). Lo que sí me acuerdo del nombre de [Adolfo] Morales habiendo sido mencionado en casa como un tipo de enemigo o némesis que le causaba muchos disgustos a mi papá, veo que Ud. menciona a este funcionario en su documento.*

*Como todas estas memorias (así como la foto que Ud. publicó de mi papá con la camioneta del Antirrábico) son de los años 60, me imagino que mi papá haya sido rehabilitado totalmente después del episodio de los 30 meses.*

*Me alegro que la página web conmemorativa a mi papá con nuestros recuerdos familiares le haya sido útil. Una anécdota que no sé si conoce es que mi papá estuvo muy involucrado con el desarrollo de una camioneta especial para atrapar perros vagabundos [la perrera]. Tenía un compartimiento especial con una puerta tipo trampa que se abría en una sola dirección (o sea hacia abajo...) y por atrás viajaba un gauchito con lazo que enlazaba a los perros, los arrastraba hacia la puerta trampa en la camioneta y... ahí caían. Por algún lado debe haber una película de 8mm demostrando la operación de la camioneta.*

*¿Me pregunto si el Instituto Antirrábico existe todavía? Y cómo se ve el local de Leguizamón 3552? Que hay allí hoy en día? [...]*

*Su borrador menciona también a otro hermano de mi papá, Najman, él inmigró a Israel en los años 60 y fue el primero que cambió su apellido de Porzecanski a Raz.*

*Yo vivo en Israel desde 1981, soy divorciado con 3 hijos (2 varones y 1 nena) de edades 24, 21 y 17.*

*Trabajo como gerente de producto en una empresa israelí llamada ECI Telecom que vende productos de telecomunicación y transmisión óptica.*

*Nuestra madre falleció en 2010 en el Canadá a los casi 91 años de edad. En la época que toda esa crisis ocurrió ella era ama de casa; después, en los años 60, ella estudió bibliotecaria y se desempeñó como bibliotecaria en jefe del Instituto Cultural Anglo Uruguayo en la calle San José; y en el Canadá también. Ella era oriunda de Alemania y llegó a Uruguay en 1939 con su familia como resultado del régimen de terror Nazi contra los judíos.*

*Mi padre no quedó "quebrado" de todo este asunto, por cierto que no me acuerdo de una persona deprimida, y siguió trabajando por muchos años. Tampoco creo que todo este episodio haya tenido que ver con la decisión de mis padres de emigrar del Uruguay muchos años después.*

Su sobrina, Teresa Porzecanski, destacada Antropóloga, Profesora de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y escritora de rica producción, comentó desde Montevideo:

*Quiero agradecerle haber rescatado la figura de mi tío Bernardo, al que quise muchísimo, casi como a mi propio papá. Me alegra que pueda hacer difundir su obra y sus esfuerzos por mejorar el estado de salud respecto de la rabia.*

*En los años 61 - 64 yo tenía apenas 15 años, terminaba el liceo y no supe lo que estaba ocurriendo a causa del antisemitismo de Aparicio Méndez, aunque vagamente recuerdo que escuché conversaciones de mi padre al respecto de "algún problema" al respecto. Pero si Ud. fue testigo de lo acontecido, es muy justo que lo dé a conocer en su publicación.*

*En Canadá, mi tío revalidó su título, le llevó dos años, ya era un hombre mayor, y después fue a trabajar en una pequeña ciudad del norte donde vivían esquimales a quien pocos médicos atendían. Con el tiempo, se mudaron más al sur, y entonces ejerció como médico general para la población común. Su esposa se desempeñó como bibliotecóloga y vivieron muchos años felices hasta su fallecimiento en 1990.*



## LA RABIA EN EL URUGUAY DESDE LAS INVASIONES INGLESAS

### ORIGEN DE LA RABIA EN EL MONTEVIDEO COLONIAL<sup>23</sup>

**E**n toda la extensión del Virreinato del Río de la Plata era desconocida la rabia hasta el final del dominio colonial. Don Félix de Azara que durante veinte años recorriera toda su extensión desde 1781 hasta fines de 1801, lo declara en una rotunda afirmación: “Ningún (perro) padece de rabia, ó hidrofobia, enfermedad desconocida en América”.<sup>24</sup> Pero él mismo señala la frecuencia con que los perros domésticos emigraban para reunirse con los perros cimarrones o salvajes, de que hay, añade, “una infinidad desde el 30° de latitud hacia el Sur”.

Diez años más tarde, ese aumento había llegado a límites tales que exigía la adopción de medidas



El Dr. Rafael Schiaffino (1881-1955)

23 SCHIAFFINO, Rafael: *Historia de la Medicina en el Uruguay, Tomo III, (1800-1828)*, Imprenta Rosgal, 1952, 714 páginas; pp. 143-152.

24 Viaje por la América Meridional, Cap. IX.

de extremado rigor, por el daño que ocasionaban en las haciendas, atacando como lobos en cuadrillas no sólo el ganado ovino sino aún el vacuno.

El ambiente estaba, pues, preparado para la difusión de la rabia, que apareció en 1807, después de las invasiones inglesas, en algunos de los canes que vinieron de Sud África o de Inglaterra en los barcos de guerra o de intercambio comercial.

Nos precisa ese origen el P. Larrañaga, quien al propio tiempo relata la extensión y el terror que persistía en la campaña todavía en 1815 con respecto a la rabia.<sup>25</sup>

Los ingleses, en efecto, se retiraron de Montevideo, de acuerdo con la Capitulación, el 9 de setiembre. Las primeras medidas severas contra los perros son del 7 de octubre, y el primer caso que describe Montúfar es de 28 de diciembre del mismo año. Todo hace creer que antes de este último tuviera noticia el Cabildo de algún caso grave, pues como veremos, declara que algunos hombres de resultas de las mordeduras “están próximos á perder la vida” y posiblemente la habrán perdido.

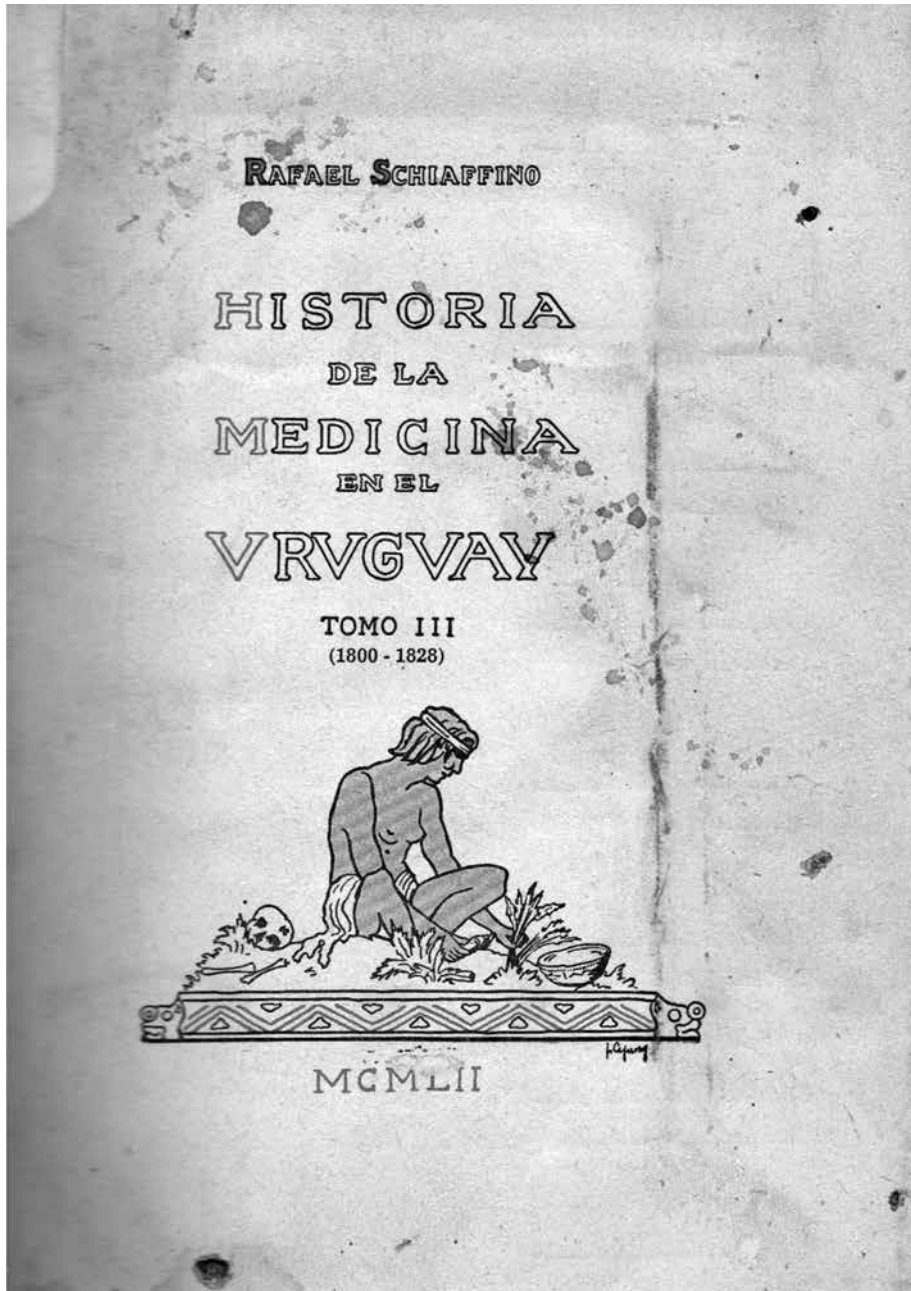
De cualquier modo la epidemia debió propagarse primero en la especie canina, para lo que tuvo tiempo sobrado en los seis meses, de estada de los ingleses en nuestro territorio.

La gravedad de la situación exigía la adopción de medidas y el Cabildo, en la sesión 5 de octubre de 1807, teniendo presente por las noticias de la campaña “de los grandísimos perjuicios que causan en ella el crecido número de perros de toda clase y de que han llegado ya al punto de acometer con notable furor a algunas personas de la estancia de su propiedad, en la de Don Miguel Zamora, y en otras muchas resultas están próximos aquellos hombres a perder la vida” solicitó el Cabildo del Gobernador que por intermedio del Comisionado General de Campaña y de los jueces de los partidos del otro lado del Yí, Río Negro, y Cordobés, aplicaran las medidas siguientes: Que cada estanciero fuera obligado a realizar matanza periódica de perros en su estancia, controlándosele la entrega mensual de un número determinado de colas de perros, de acuerdo con la extensión de su campo. De no verificarlo incurrían en multa de 20 a 5 pesos según los recursos del omiso.

La misma disposición se aplicaría a las estancias de García de Zúñiga en Illescas, Monzón, Mansavillagra y Timote, cerca del Yí, previniéndosele las disposiciones a los capataces; y del mismo modo se hacen extensivas las disposiciones a toda la campaña.

Respecto a las Chacras, Mataderos y Saladeros extramuros de Montevideo, se daba orden a los Comisionados de la Aguada y el Cordón para que previniese a los propietarios que “en cada casa no tengan sino un perro o dos, a todo más y hagan matar a los que excedan; tres entre las chacras y cuatro en los

25 Larrañaga, Obras, tomo III, págs. 50, 51 y 55.



saladeros y mataderos, debiendo tenerlos en estos últimos parajes atados precisamente durante el día para precaverse todo daño, que de lo contrario pueden ocasionar, con imposición de multa de 4 pesos al que faltare”.

Y finalmente que se ejecutara una matanza de perros que se encuentran en la ciudad, en las mismas condiciones que se habían realizado en otras ocasio-

nes, es decir exceptuando “los de casta fina, los de aguas, los de perdices y los de presa, que sirven para el resguardo de la casa, con prohibición de tenerlos sueltos o precisión en este caso de mantenerlos con bozal”.<sup>26</sup>

El Cabildo realizaba así una efectiva profilaxis de la rabia, aunque sin hacer mención de ella, aplicando los mismos procedimientos que se han continuado aplicando hasta ahora en todas partes, disminuyendo los perros en forma efectiva, e imponiendo la obligatoriedad de tenerlos atados y en los sueltos el uso del bozal.

La matanza de perros ordenada por el Cabildo se llevó a cabo de un modo efectivo, pues siete meses después escribía M. de Montúfar, Teniente de Protomédico en Montevideo a Gorman: “La matanza de los perros se ordena y encarga continuamente por este gobierno” (18 marzo 1808).

Fue Cristóbal Martín de Montúfar quien primero realizó un estudio sistemático de la rabia, dejándonos una memoria en la que transcribe las historias clínicas de los 9 casos, que estuvieron bajo su asistencia en los Hospitales Militar y de la Caridad, a fines del 1807 y principios de 1808, relación que elevara oportunamente al Protomédico Gorman.

La exposición de Montúfar sobre la rabia, es sin duda el primer trabajo documentado con los casos clínicos en el Río de la Plata y bastaría ella sola, si no conociéramos también los trabajos suyos sobre Variolización y Tétanos Infantil, para que le colocáramos en sitio de preferencia entre los médicos de la época, por su espíritu de observación, su rigor científico, sus conocimientos sólidos, y sus atinadas y prudentes observaciones, todo expuesto en estilo sencillo, evitando todas las reticencias y anfibologismos tan comunes en los médicos españoles de la época.

Refiere Montúfar que el primer enfermo mordido al que le cupo asistir en el Hospital de Caridad, entró el 28 de diciembre de 1807; era un negro de 27 años al que sometió a un tratamiento intenso a pedido del amo, puesto que él “no creía que hubiese tal veneno en la campaña”. Conviene hacer notar, como dato interesante, que mientras Montúfar no tenía conocimiento de que hubiese rabia, el amo del negro ya sabía que existía en aquella fecha, lo que por otra parte explica que no se mencionase la hidrofobia en las disposiciones terminantes del Cabildo del 5 de octubre, es decir dos y medio meses antes, aunque se hablase de gravedad en los casos de personas mordidas. El negro presentaba dos o tres heridas “pequeñas y superficiales en la parte lateral externa de las rodillas” que cuando entró llevaban tres o cuatro días de evolución, por lo que estaban casi secas. El tratamiento consistió en aplicaciones de cataplasmas de miga de pan y leche durante 6 u 8 días, y luego fricciones mercuriales comenzando por adarmes y ascendiendo hasta dracmas en las 24 horas. Las heridas cicatrizaron, y después de una cantidad regular de aplicaciones de mercurio, manifestó el organismo su saturación con ptialismo intenso.

---

26 Rev. A. A., tomo VI, pág. 375.



“El segundo de 50 años de edad, y robusto de complexión, entró a fines de Enero. Presentaba cuatro o cinco heridas pequeñas, situadas en el antebrazo y hombro izquierdos, y parte inferior del cuello; aun no creía yo la Hidrofobia – agrega Montúfar -. Cuando entró tenía tres o cuatro días de mordido. Llegó pesadoso, triste y en estado de una verdadera melancolía; su pensar era en la mordedura, y se consideraba perdido, y aún llegó a decirme que él estaba muerto”.

Es curiosa la observación de Montúfar que a fines de enero, es decir más de un mes después del primer caso, aun no creía en la existencia de la hidrofobia, y que por contraste, como en el caso anterior, el enfermo estaba dominado por el temor a ella, hasta el punto que ya se creía muerto. En el primer caso era el amo el que temía la rabia en el esclavo, aquí era el enfermo quien estaba convencido que se moría de rabia, lo que vale decir que en el ambiente existía no sólo la convicción de la enfermedad, sino aun el terror a su fatal pronóstico; en tanto que el médico, uno de los más distinguidos, no creía aún que hubiera aparecido la rabia en el país.

El tratamiento consistió en el suministro de opio en los primeros días para mitigarle aquella pasión y procurarle la tranquilidad y el sueño; con lo que el estado melancólico se mejoró en su mayor parte; luego le administró mercurio, sin que presentase síntomas no obstante haber llegado a darle 2 dracmas de mañana y 2 de tarde.

“Hacia los 30 días poco más comenzó a quejarse de algunos dolores en las partes mordidas, particularmente en el hombro y cuello, Mi falta de creencia en el mal me hizo poner poca atención a ellos.” Y aquí insiste en sus dudas por tercera vez. “Una de las cicatrices del antebrazo – agrega – se puso morada y se elevó y entonces comencé a sospechar la Hidrofobia y le dispuse baños de tina de agua de la Bahía. Dilaté y apliqué los supurantes. Como a los 40 días le aconsejé que saliese con objeto de que se le disipase alguna contracción de espíritu que aún notaba; bien que él padecía de temperamento melancólico. Lo verificó y al otro día se presentó con los síntomas de la hidrofobia confirmada. Le administré al instante opio y alcanfor a una dosis crecida en píldoras que tragaba con poca dificultad. Nada bastó y murió en su cama, arrojando con el vómito mucha espuma blanca.”

Esto es pues, el primer caso confirmado de hidrofobia descrito clínicamente en el Río de la Plata; sin embargo Montúfar no se convenció aún del todo, como vamos a ver en el tercero.

El tercer hombre, de 50 años, y de regular robustez, entró pocos días después del anterior. Herida de tres o cuatro días, en el labio superior, formando un pico de liebre. “El estado que acusaba era diametralmente opuesto al del anterior. Él despreciaba la herida: decía que no temía, porque se la había quemado con el cuchillo caliente. Quería salirse a cada instante y cuidaba muy poco o nada que se le cayese el apósito; aún me decían, que él se lo quitaba; de

suerte que llegué a concebir, que era algo falto de juicio por naturaleza.” La administración de mercurio llegó igual que el primero al ptialismo. “Yo comencé esta curación aún dudando de la hidrofobia. Mas habiendo sucedido la muerte del anterior, a la mediación de la cura, me lisonjeaba mucho el ptialismo que la advertía, y que en el otro había fallado; cuando a poco más de los 30 días comenzaron los síntomas de la Hidrofobia y entonces parecía el paciente de un juicio asentado, ya fuese porque se le había desengañado, ya por que se había disipado o mudado un estado morboso del cerebro, del que procedía la indiferencia y desprecio. No podía tragar ni líquido, ni sólido y murió aullando y revolcándose por el suelo”.

A partir del tercer caso, Montúfar se convenció de la existencia de la rabia, gracias a las dos experiencias fatales, lo mismo que de la ineficacia del tratamiento mercurial con o sin ptialismo, resolviendo entonces emplear métodos más expeditivos en el tratamiento local, que los de las cataplasmas de pan y leche. Lo realiza así en el cuarto caso entrado pocos días después del anterior. Era éste un muchacho de siete a ocho años, de buena constitución; entró a los dos días de mordido, presentando tres heridas pequeñas en el antebrazo derecho. “Con el conocimiento ya, dice, de la realidad de la hidrofobia, traté de dirigirlo de un modo más eficaz y seguro. Incindí las heridas, hasta el tejido celular que era hasta donde penetraban, y las hice supurar lo más que pude, aplicándoles los polvos de cantárida, cuando disminuía la supuración” y haciendo simultáneamente el tratamiento mercurial como a los anteriores en forma progresiva, en fricciones, en la circunferencia de la parte mordida, hasta llegar al ptialismo, suspendiéndolas entonces; agregó al mercurio, luego, dos gramos de alcanfor, tres veces al día, aumentándolo hasta doce diarios, disminuyéndolo más tarde con motivo de resistir el estómago del paciente; y para completar el bagaje terapéutico desde mediados de la cura le suministró infusión de contrayerba. “El muchacho perdió por un poco de tiempo el apetito y se me abatió alguna cosa. Las úlceras se mantuvieron abiertas unos 25 días más. Se cicatrizaron y él convalenció de las resultas del mercurio y alcanfor y permanece sano en el hospital: cuenta ya cerca de tres meses”.

Trató después cuatro atacados más y dice: “los he tratado a todos variando algún tanto este método para mayor seguridad. Les he extirpado los puntos mordidos, comprimiéndolos uno por uno con las puntas de los dedos y tirando el cutis cuanto me ha sido posible, los he cortado con las tijeras. Cuando después de esta operación he advertido que el diente había penetrado más allá del cutis, lo cual me lo hacía conocer un punto oscuro que quedaba en el centro de la herida, lo extirpaba también con el bisturí; y con este instrumento hacía toda la operación en los lugares en que el cutis permitía el pellizco, haciendo en cada lado de la herida una incisión al soslayo. Les he aplicado también el aceite bien caliente con hilas, las he seguido humedeciendo por dos o tres días, dos veces en las 24 horas y después que es curado bastante tiempo con el unguento

Basilicón, he aplicado en su lugar, cuando la supuración disminuía el unguento cáustico”. A esto unía el alcanfor, pero para evitar los trastornos gástricos no pasaba de 7 gramos; la infusión de contrayerba, siguiendo con ellas hasta los 40 días, y también el mercurio hasta el Ptalismo, suspendiéndolo entonces.

Todos salvaron de modo que si resumimos sus experiencias resulta que los tres primeros sucumbieron con el tratamiento médico solo, que en los cinco tratados por el método quirúrgico añadido no hubo ningún deceso.

Agrega dos casos más de mordidos no tratados por él que forman el total de diez: uno del hospital Militar a quien se le dio contrayerba sólo, 70 días después se le declaró la rabia y murió, y otro tratado por un curandero, quien le había puesto pólvora en las heridas, prendiéndole fuego después, con lo que según sus noticias, a los 56 días de mordido estaba sano.

A pesar de esta estadística tan favorable aparentemente, Montúfar anda con pies de plomo en las conclusiones a que arriba, las que son de una justeza admirable, demostrando una vez más su sagacidad clínica.

“Por los conocimientos que he adquirido por la lectura y esta corta práctica (al parecer nunca antes había asistido o visto atacados de rabia) creo que cuando en estos casos llega a manifestarse la Hidrofobia, hay poca o ninguna esperanza de salvar al paciente; qué para precaver este terrible período, no hay otro medio más seguro que extraer el virus hidrófobo del lugar en que se inoculó, antes que se desenvuelva y afecte todo el sistema; que no guardando este período un tiempo fijo, se debe procurar la extracción lo más pronto que se pueda; y que para lograr esto es preferible extirpar a la cauterización, lo que puede no conseguirse en el fondo de la herida.”

No hay nada que agregar a las conclusiones de Montúfar y hoy mismo no siendo posible la aplicación del método de Pasteur, habría que ceñirse estrictamente a lo que sus lecturas y corta experiencia le aconsejaban en 1808. Finalmente nos da un dato interesante y es las instrucciones que en su carácter de Teniente Protomédico en Montevideo, había dado a Dn. José Pereyra, que al mismo tiempo que salía a vacunar a la campaña, llevaba la orden de que hiciera la extirpación en los mordidos, al instante mismo o lo más pronto que se pudiera por cualquier persona que se hallare más inmediata al enfermo; cuidando de dejar en todas partes las instrucciones en los términos más sencillos e inteligibles, y naturalmente enviando en seguida a los enfermos al pueblo para continuar su curación.

Respecto del tratamiento médico agrega: “Creo que se debe fiar poco en el mercurio, ni en alguno de los otros remedios; así como no debemos esperar cura alguna de éstos, ni de ningún otro, si quisiéramos evitar la erupción variolosa, vacuna, etc.”. Sin embargo, por falta de un número de observaciones exactas para confirmar su pensamiento, declara que le ha parecido más seguro seguirlo hasta ahora, “fuera de que podía esperarse de estos u otros el que fue-

sen útiles, para facilitar o proporcionar una hidrofobia benigna, si es que la hay, cuando no puede evitarse.<sup>27</sup>

Así termina su exposición, la más sencilla, la más concisa, la más científica que nos ha dejado la escasa literatura colonial, que denotan la preparación y capacidad de Montúfar, y que explica que llegara más tarde con toda justicia a los más altos cargos profesionales en el Río de la Plata.

Dos años más tarde, a principios de enero de 1810, hacía a su vez la rabia su aparición en Buenos Aires, produciendo en el público una consternación no menor que la que produjera en Montevideo. Contribuyó a desorientar más la opinión dos artículos aparecidos en el Correo del Comercio,<sup>28</sup> en los que se hacía la crítica de los facultativos y del Gobierno por las medidas adoptadas, análogas por otra parte a las empleadas en Montevideo por el Cabildo, y las puestas en práctica por Montúfar. El Correo del Comercio atribuía el pánico de la gente a esa propaganda, suponiendo que el público se enfermaba de horror y se moría por esa causa, más o menos como se ha seguido diciendo hasta nuestros días, por la prensa, cuando aparece cualquier grave epidemia; y para fundar su opinión traía en su apoyo las autoridades del Dr. Bosquillón y del Dr. Regente, aconsejándoles a los médicos que tranquilizaran en cambio a los mordidos.

Los artículos provocaron una severa respuesta del cirujano mayor del Ejército el Dr. Justo García Valdés que apareció en la Imprenta de Expósitos y cuyo facsímil reproducimos.

La primera parte de la carta de García Valdés es de réplica a la propaganda perjudicial del Correo de Comercio. Haciéndoles ver a sus editores el perjuicio que ocasionaba “un pernicioso contraste en la opinión pública, que aunque no haya sido general, fomentando la apatía de nuestros campesinos y vulgo, han suspendido el cumplimiento que iban dando a las seguras disposiciones de la Superioridad; mirando los hombres con desprecio un mal, que aunque es curable en su principio, es de necesidad mortal, si por desgracia se comete su curación a persuasiones como VM.ds. y como el Dr. Bosquillón aconseja”. La segunda parte, es la parte técnica y comprende ocho observaciones de mordidos, atendidos en el Hospital de la Residencia de B. A.

El primero ingresó a ese Hospital el 18 de febrero y había sido mordido un mes y medio antes, muriendo el perro al día siguiente del que dice García Valdés estaba rabioso, de acuerdo con la tosca relación del paciente; no menos rápida fue la muerte de los tres siguientes, dos de ellos el mismo día de su entrada. Las otras cuatro observaciones son los tratados; el sistema empleado era menos enérgico que el de Montúfar: “Varias escarificaciones, y luego que acabó de verter la sangre, se le aplicó un cáustico, se le prescribió una dieta te-

27 Mallo, III, pág. 285.

28 El Correo del Comercio, No. 5 y 6.

\*\*\*\*\*

CARTA

ESCRITA A LOS EDITORES

DEL CORREO DE COMERCIO

DE ESTA CIUDAD,

POR EL LICENCIADO EN MEDICINA

*DON JUSTO GARCÍA Y VALDÉS.*

---

*SEÑORES EDITORES.*

**M**uy Señores míos, y de todo mi aprecio; quando asombrados con la funesta aparicion de la Hidrofobia, ó mal de rabia, en nuestro benigno y saludable Pais, llorabamos con amargura sobre los yertos cadáveres de tres infelices que en el corto tiempo de quarenta dias, han sido victima de tan mortal enfermedad; quando este Superior Gobierno expedía por momentos las mas sábias y executivas órdenes para la general matanza de perros, y demas precauciones de seguridad; observé con sorpresa, que vmds. afianzados en la memoria del Dr. Bosquillon; en los núme-

nue, se entabló el plan adecuado y se ha sostenido la supuración”. (5ª observación); los 4 curaron.

Finaliza con tres conclusiones: “I. Los perros rabiosos comunicaron el virus hidrofóbico a estos ocho individuos, siendo la saliva el verdadero conductor. II. Los cuatro primeros perecieron víctimas de su ignorancia, por no haber acudido a tiempo a curarse; tan distantes de tener horror a la Rabia que murieron sin saber que la tenían, ni que existiese en Buenos Aires tan terrible enfermedad. III. Los cuatro últimos poseídos del mayor terror luego que fueron mordidos, se le aplicaron los indicados remedios; el temor siguió muchos días, y aún no se ha disipado enteramente, pero ellos siguen disfrutando la más completa salud”.

Termina su carta con nuevas consideraciones a los editores del Correo.

Involuntariamente surge la comparación entre el trabajo de García y Valdés con el de Montúfar y del cotejo prima indudablemente el del Teniente Protomédico en Montevideo, puesto que son mejores sus descripciones clínicas, mayor número de datos interesantes, y menos gasto de literatura; en cuanto a las conclusiones, las de García Valdés son completamente aventuradas al suponer que los curados estaban inoculados y que el tratamiento que los salvó podría haber salvado a los primeros, errores sin duda de la época, pero que por lo mismo, hacen resaltar más el mérito de Montúfar, cuya factura médica está mucho más cerca de nuestra edad, y cuyas conclusiones son de una prudencia tan bien llevada, y un espíritu científico tan bien manejado, que no cae en ningún error grosero, ni aún leído a través de 125 años.



Ejemplar hembra de perro cimarrón, en el Cuartel de Blandengues (26.09.2009)

## LA HISTORIA DE LA RABIA EN EL MUNDO

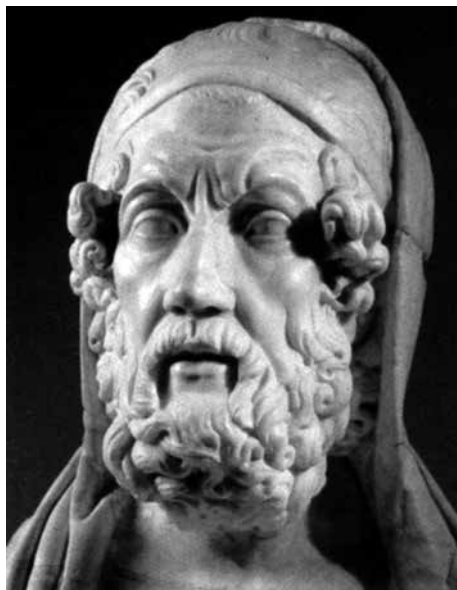
### BREVE HISTORIA DE LA RABIA

La rabia fue conocida desde la antigüedad. La palabra latina *Rabia* proviene de la palabra *Rabbas* del Sánscrito, que significa actuar con violencia.

Se daban dos interpretaciones sobre la causa de las enfermedades. Una manera, vista por los asirios, egipcios, caldeos, hebreos y otros pueblos, era de carácter mágico-religioso. La otra desarrollada por los chinos e hindúes, era vista como un desequilibrio entre los elementos que componían los organismos humanos.<sup>29</sup>

Homero en la mitología griega se refiere a la rabia en *La Ilíada*, cuando menciona que “Sirius”, la constelación perro de Orión, ejerce una influencia maligna sobre la humanidad. La estrella perro Sirio se asociaba con perros rabiosos, a través del Mediterráneo Oriental, Egipto y Roma. También describe Homero que el invencible Héctor era un perro rabioso.

Para los griegos en esa época, la diosa Artemisa era la sanadora de la



Homero (s VIII aC)

29 BAER, G. M. *Historia natural de la rabia*. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1975.

rabia y el dios Artiste, hijo de Apolo, era especial para combatir el efecto de la rabia.

Las primeras civilizaciones del Medio Oriente ya la conocían, incluyendo a los egipcios, que la mencionan en el Código de Eshunna, en el año 2300 aC, aunque otros historiadores dicen que fue descrita primero en la Mesopotamia, allá por el 1800 aC, en el Código de Hammurabi. Dos disposiciones vinculadas al tema:

*Ley 224: Si el veterinario de un buey o de un asno ha tratado de una herida grave a un buey o a un asno y lo ha curado, el dueño del buey o del asno, dará al médico por honorarios un sexto de plata ( $\frac{1}{6}$  de su precio o de siclo?).*

*Ley 225: Si ha tratado un buey o un asno y lo ha hecho morir, dará al dueño del buey o del asno un quinto de su precio.*







Código de Hammurabi, que se conserva en el museo del Louvre, París.

Aristóteles cita la rabia en animales y habla de su posible trasmisión desde el perro, pero cree refractario al hombre. Es interesante mencionar que el importante médico del Renacimiento, Jerónimo Fracastoro (1478-1553) comparte, inicialmente, lo afirmado por Aristóteles: *“los animales a causa del estado salvaje, en el cual tienen la semejanza con el perro, una vez que han sufrido el contagio, se vuelven rabiosos. Pero la naturaleza del hombre es muy lejana de aquel estado salvaje y de aquella semejanza, no poseyendo un elemento análogo que reciba en seguida el contagio. Se vuelven rabiosos todos los animales que han sido mordidos, a excepción del hombre”*. Con posterioridad *“piensa que Aristóteles quiso decir en vez de a excepción del hombre, antes del hombre”*.

Epicarmos y Demócrito llamaron a la enfermedad “lyssa”, palabra griega que significa gusano. Hasta casi mediados del siglo XVIII, se creía que la rabia

era producida por unos gusanitos que desde debajo de la lengua invadían el cerebro. Hoy se conoce la rabia como una zoonosis producida por un virus ARN, género *Lysavirus*, de la familia *Rabdoviridae*, que infecta a numerosos animales, especialmente mamíferos, domésticos y salvajes.<sup>30</sup>

Hipócrates también escribió sobre la rabia, describiendo su sintomatología. Él recomendaba como prevención para la rabia la madera de boj. En los *Tratados Hipocráticos* describió en “Aires, Aguas y Lugares” la influencia del medio ambiente en la enfermedad. Los griegos concebían los problemas de la salud como una interrelación entre el hombre y la naturaleza. Hipócrates la llama “hydrophian” y la describe como “una enfermedad terrible, en la cual la persona enferma se ve atormentada al mismo tiempo por la sed y el temor al agua”.

La primera descripción registrada de la rabia la hizo Demócrito en el 500 aC. Aristóteles, Luciano y otros, hablaron de la propagación de la rabia a través de la mordedura de perros.

Ya en la Grecia antigua era reconocida la cauterización de las heridas causadas por animales rabiosos; este tratamiento se mantuvo hasta el descubrimiento de las vacunas de Pasteur (1885).

Los romanos recibieron como legado de los griegos muchas ideas sobre salud y medicina y desarrollaron muy bien los aspectos higiénico-sanitarios. Ellos describían la capacidad infecciosa en la saliva de los perros rabiosos, lla-



Aristóteles (384-322 aC)



Aulo Cornelio Celso (del latín: Aulus Cornelius Celsus; ca. 25 a. C. - 50 d. C.)

30 LAVAL R., Enrique y LEPE I, Paulina: Una visión histórica de la rabia en Chile. *Rev Chil Infect* 2008, 25 (Supl) S2 – S7.

mando a este material infeccioso veneno, que proviene de la palabra latina *virus*, del siglo I.

La rabia ha sido una de las enfermedades cuya descripción de la historia natural se mantiene de la misma manera hasta hoy. El concepto de transmisibilidad, identificado desde un inicio a través de la saliva de los perros, y la utilización de la palabra *virus* para definir el material infeccioso, son paradigmas aceptados hasta nuestros días.

Otra causa de la rabia descrita en la antigüedad por Plinio y Ovidio es la llamada gusano de la lengua del perro. Por aquellos tiempos se cortaba el frenillo de la lengua del perro y se extirpaba un pliegue en el cual pudiera estar el gusano, teoría que permaneció hasta Pasteur (el gusano de la lengua del perro).

El tratamiento preventivo romano en el siglo I, recomendado por Celso era: Aplicación de ventosas para extraer el veneno (*virus*); cauterización por hierro caliente o sustancias cáusticas; baño con sudoración; beber vino, por considerarlo un antídoto contra varios venenos.

Otro grupo de pueblos antiguos citaban también la rabia, como los egipcios que la atribuían a la penetración de un demonio en el cuerpo, y se invocaba a San Taraba para expulsarlo. La rabia es citada en la Biblia. En China (472-221 aC) era utilizada la moxibustión, que es el equivalente de la cauterización. La Sucrutasamitá (siglo I) es el primer texto médico sobre la rabia en la India.

Durante la Edad Media el gran protector de la rabia sería San Huberto, lo que provocó discusiones entre la Sorbonne y la Iglesia Católica.



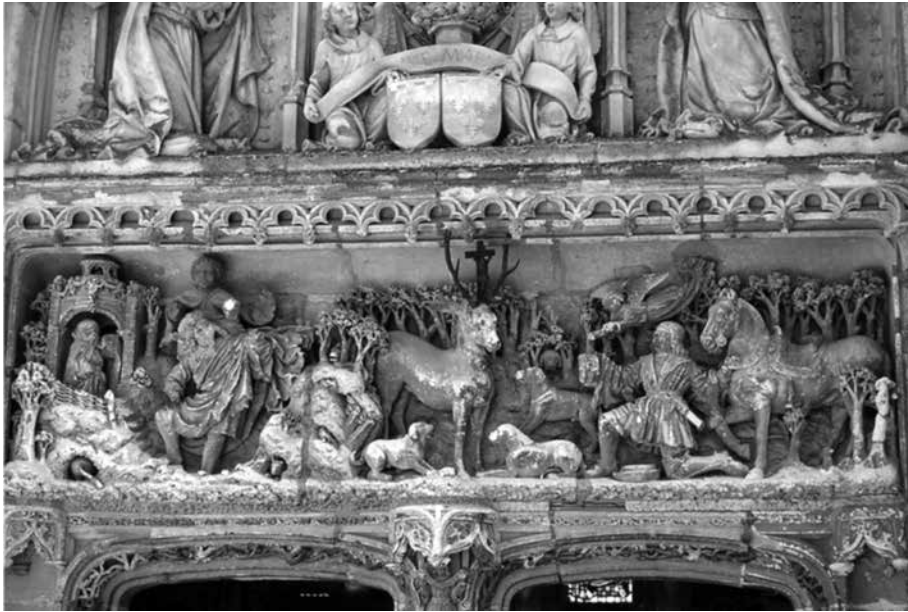
Llave de San Huberto de Ardenas. Amuleto contra la rabia, utilizado hasta fines de la Antigüedad y durante la Edad Media.



San Huberto y la aparición del venado con el crucifijo, que dio origen a la leyenda del milagro.



Con base en la protección de San Huberto, se utilizaba también la aplicación de un hierro caliente en los perros mordidos por otros rabiosos, que se llamaban las llaves de San Huberto. Como amuleto se utilizaba un anillo de hierro insertado en la pared de una de las casas principales. Los sacerdotes desprendían una partícula de hilo de la estola de San Huberto y la introducían bajo la piel de la frente de la persona mordida. Las peregrinaciones a San Huberto, en Bélgica, también eran muy utilizadas. Hasta el siglo IX la creencia en este santo era muy grande entre los campesinos.<sup>31</sup>



Alto relieve del milagro de San Huberto en el Castillo de Amboise, Francia

En 1198, Maimónides escribió en su tratado sobre Venenos y Antídotos que *“todo en la literatura contra la mordedura de un perro loco es útil, sólo cuando se aplica antes de que se desarrolle la rabia. Cuando éste es el caso, aún no he visto a nadie que haya escapado con vida”*.<sup>32</sup>

### TRATADO SOBRE VENENOS<sup>33</sup>

*El Perro Rabioso* [loco]- Los médicos han afirmado que los signos de un perro rabioso son numerosos y todos son correctos.<sup>34</sup> No hay necesidad por

31 SCHNEIDER, M.C. y SANTOS-BURGOA, C. Tratamiento contra la rabia humana: un poco de su historia. *Rev Saúde Pública*, 28 (6): 454-63, 1994.

32 LAVAL R., Enrique y LEPE I, Paulina: Una visión histórica de la rabia en Chile. *Rev Chil Infect* 2008, 25 (Supl) S2 – S7.

33 ROSNER, Fred, MD – MAIMONIDES Medical Writings. The Maimonides Research Institute, Haifa, Israel, Tomo 1, 1984 185 páginas; pp. 67-72.

34 Según los sabios del Talmud (Yoma 83b), los signos de un perro rabioso son los siguientes: su boca está abierta, su saliva gotea, aletean sus orejas, la cola cuelga entre sus muslos, y se pasea por la orilla de la calle.

lo tanto, de mencionarlos en detalle en este tratado, porque la naturaleza humana es huir instintivamente de un perro rabioso cuando se ve uno, así como se huye de un escorpión y de una víbora. Incluso los perros (sanos) huyen de un perro rabioso. Este último es siempre visto caminando solo, su camino es tortuoso, se reclina contra las paredes y no ladra. No hay duda de que la gente de todo el mundo trata de matarlo tan pronto como conocen su condición. Pero a veces sucede que él muerde antes de ser reconocida su condición o, a veces una persona es mordida en la oscuridad por un perro sin saber si era o no un perro rabioso. Todo lo que se menciona en la literatura para curar al paciente de la mordedura de un perro rabioso es solamente eficaz si se usa terapéuticamente antes de la aparición de la hidrofobia. Si se aplica la terapia después de que el paciente desarrolle miedo al agua - nunca he visto a nadie sobrevivir.<sup>35</sup>



Maimónides (Rabí Moshé ben Maimón, Córdoba, España  
1135, El Cairo, Egipto, 1204)

Una persona mordida por un perro rabioso no siempre sufre más dolor que el dolor de la mordedura de cualquier otro perro. Por el contrario, los síntomas graves que indican la rabia no comienzan a aparecer en la mayoría de los casos, hasta pasados ocho días. A veces, no aparecen hasta mucho tiempo después. Por lo tanto, cualquier persona mordida por un perro rabioso o por un perro cuya condición no se conoce debe adherirse a las reglas generales que ya he mencionado, es decir, la ligadura, la incisión, el chupar, el sangrado abundante desde el sitio afectado por medio de vasos de catar, los vómitos y los imbibiciones de la triaca. También hay que utilizar los recursos que tengan disponibles y que son específicos para la mordedura de un perro rabioso que ahora voy a mencionar en este capítulo de acuerdo a la intención de este tratado, ya sea (estos remedios) que se ingieran o por aplicación tópica.

Entre estos recursos se encuentran: *hatzatz* indio<sup>36</sup> que es el *lycium hindi*; beber un shekel de la misma todos los días con agua fría. Otro remedio es

---

Algunos dicen que también ladra sin que su voz se escuche.

35 Los sabios del Talmud ya estaban familiarizados con el síntoma cardinal de hidrophobia (Chagigah 3b). Ver también Julius Preuss' Biblical y Medicina del Talmud, Sanhedrin Press (Hebrew Publishing Co.,) New York 1978, p. 343

36 *Rhamnus infectoria*.

pulverizado y *nigella*<sup>37</sup> que es *gino* tamizada, tomar media onza de la misma en agua fría todos los días. Otro remedio es pulverizado y tamizado de genciana, tomar un shekel del mismo en agua fría todos los días. Y mejor que todos estos son quemados, pulverizado y tamizado de cangrejos de río, tomar las cenizas en agua al día, en la medida de una copita.

Entre los remedios compuestos cuya eficacia se ha probado y demostrado por Galeno y otros es la triaca contra la mordedura de un perro rabioso. Su composición es la siguiente: una parte del árbol de incienso, partes de genciana y seis partes de cenizas de cangrejos de río, pulverizar todos estos en polvo y beber dos dracmas de los mismos en el agua fría en el primer día y aumentando (la cantidad absorbida) por medio una dracma cada día para que en el noveno día se consumen seis dracmas. Después de que uno aumenta la dosis por cantidades muy pequeñas.

Otro remedio compuesto cuya eficacia se ha demostrado es la siguiente: una copita cada uno de genciana y mirra, dos dracmas de las cenizas de los cangrejos de río quemadas; consumen el polvo cada día en agua fría.

Entre los emplastos de los medicamentos simples que deben aplicarse en la mordedura de un perro rabioso tras el uso de materiales absorbentes, voy a citar los siguientes: harina de arveja amarga amasada en el vino y se aplica en forma de cataplasma. Otro remedio consiste en almendra amarga triturada con la miel hasta que esté espesa y aplicada en forma de cataplasma. Otro remedio consiste en hojas de menta frescas machacadas con sal y aplicadas en forma de cataplasma. Otro remedio es *asafetida* empapada en vino, llenar el sitio de la mordedura con ella después de ampliarlo. Otro remedio consiste en partes iguales de semillas de las nueces<sup>38</sup>, sal y cebolla, engrosadas en la miel hasta que toda la mezcla se convierte en una pasta y se aplica como un yeso en el sitio de la picadura. Uno debe utilizar cualquiera de estos remedios si está disponible.

Se debe continuar con el tratamiento de la víctima de la picadura con bebidas y emplastos por un mínimo de cuarenta días. Además, el sitio de la mordedura se debe dejar abierto; no se debe permitir que se cierre en ningún caso antes de cuarenta días<sup>39</sup>. Si tiende a cerrarse por sí mismo, uno debe abrirlo y aumentarla por medio de las mencionadas (compuestos de yeso). Se sabe que, por necesidad, las complicaciones se producen durante estos cuarenta días<sup>40</sup> de acuerdo con el temperamento individual y condición del cuerpo (de la víctima de la mordedura). En tal caso, se debe recurrir a la utilización de purga o sangría o enemas y los cambios en la dieta y los yesos. Todo esto, sin embargo, no es la intención de este tratado. Todo lo que acabo de mencionar es sólo el comienzo (del tratamiento) hasta que un médico pueda ser encontrado,

37 En árabe *shuniz*. *Nigella sativa*, comino negro. En hebreo: *ketzach* (*Eduyoth* 5:3; *Tebul Yom* 1:5; *berachoth* 40<sup>a</sup>).

38 Literalmente: corazón de la nuez.

39 Esta última frase no existe en el manuscrito árabe.

40 Si no se han producido complicaciones dentro de 40 días, no se producirán más tarde.



o quizás sea suficiente si uno no puede encontrar un médico competente<sup>41</sup> para completar el tratamiento en estas situaciones difíciles.

Por la mordedura de perros domesticados y para una mordedura humana así como para la picadura de otros seres vivos que no son venenosas, basta con frotar el sitio de la picadura en varias ocasiones con el aceite caliente hasta que el dolor disminuya. Luego se aplica al sitio de un grano de *vicia faba* que se mastica en la boca hasta que adquiere la consistencia de una pasta, aplicar una con el mismo vendaje en el sitio de la mordedura, y lo mismo (el resultado se puede lograr) con trigo masticado. Si la persona que mastica el grano o el trigo aún no ha probado la comida y si la masticación se realiza al comienzo del día y si el masticador es un niño o un joven<sup>42</sup>, la eficacia es mucho mayor.

Otro remedio consiste en cebolla triturada, mezclada con miel y aplicada en forma de cataplasma. Otro remedio es *ervun ervilia* que es *karsala*, amasada con miel y vinagre y se aplica en forma de cataplasma. Otra solución consiste en que los glóbulos de los panes sin levadura, fueran masticados y aplicados en forma de cataplasma. Cualquiera de lo anterior, si se aplica, basta.

Y saben que la más peligrosa de todas las mordeduras es la mordedura de una persona que está ayunando. Si sucediera que el mordedor tiene un mal temperamento o si fue alimentado con la mala comida, pero estaba sin embargo hambrienta, su mordedura es casi (tan peligrosa) como la picadura de un animal venenoso, particularmente si la víctima de la mordedura está llena (con la comida) y sus humores son malos y la extremidad mordida es débil. En este último caso, la gangrena puede establecerse y el peligro se incrementa. El tratamiento de estas ocurrencias raras no es la intención de este tratado.

En lo que respecta a las mordeduras ocurren comúnmente y son bien conocidas, así como para la picadura de los animales que ya hemos mencionado y que a menudo se encuentran en las ciudades y sus alrededores, lo que hemos dicho en este tratado debería ser suficiente con la ayuda de Dios sea Él Exaltado.

Ser cuidadoso, sin embargo, que usted debe tener confianza y estar familiarizado con lo que se menciona en los libros de texto relativos a las diferencias entre la mordedura de un perro rabioso y el de uno que no lo es, porque muchas personas han muerto por esta razón, como me han descrito los ancianos bajo los cuales he estudiado. Por lo tanto, usted debe saber y convencerse de que el perro que muerde no está loco, entonces ya puede curar a la víctima como he descrito anteriormente y cerrar la herida. Si la condición del perro está en duda, compórtese como si el perro estuviera rabioso. Un anciano

41 Ver *Tratado sobre el Asma*, de Maimónides (JB Lippincott, Phila., 1963) Cap. 13, donde se establece que si un médico competente no está disponible, no se debe utilizar a un médico en absoluto.

42 Se dice que la saliva de un joven y de un viejo son distintas. Para una descripción del uso de la saliva de una persona después del ayuno nocturno, consultar la discusión talmúdica (Niddah 63A) en cuanto a las siete sustancias que ayudan a identificar si una mancha es o no es de sangre.

que fue un famoso médico<sup>43</sup> me contó que una vez vio al hijo de un tejedor en el telar mordido por un perro. No había ninguna señal que indicara que el perro estaba rabioso. Como resultado, el médico dijo que se trataba de un perro domesticado y cerraron la herida después de un mes o un poco más. El niño se recuperó; luego de un tiempo transcurrido, realizó actividades como las personas sanas. Más tarde, los síntomas se hicieron evidentes, desarrolló miedo al agua y murió. Cuidado con este (tipo de situación) porque no hay analogía a la virulencia de venenos.<sup>44</sup>

El primer gran brote de rabia fue descrito en Francia en 1271, cuando una villa fue atacada por lobos rabiosos. En 1500, España estaba asolada por rabia canina, la ciudad de París en 1614 y así, casi toda la Europa central. Con el surgimiento del brote de rabia canina en la ciudad de Londres de 1752-1762, fue ordenado el sacrificio de todos los perros callejeros, que incluyó la paga de una recompensa por animal muerto, originando una masacre de estos animales. Esta práctica fue utilizada en localidades como Madrid, donde mataron 900 perros en un solo día; en Inglaterra, en 1779, no era permitido a los pobres que tuvieran perros.<sup>45</sup>

La teoría miasmática aparece al final de la Edad Media en Europa, para explicar el gran número de epidemias que la asolaban. Esta teoría, elaborada por Thomas Sydenham y otros, está basada en que la enfermedad se origina por la emanación sucia del suelo y aguas impuras.

Para la salud pública, con el Renacimiento empieza un nuevo período en la historia. Con relación a la rabia, también hubo muchos experimentos y avances en el conocimiento de la enfermedad. Con el desarrollo de la clínica, surgieron nuevas propuestas en cuanto al tratamiento de la rabia, la mayoría incluyó la



43 El Profesor Suessman Muntner (que tradujo los originales en árabe de Maimónides al hebreo, desde donde la tradujo al inglés Fred Rosner) estableció que allí refiere a Ibn Zuhr.

44 TURNES, Antonio L.: MAIMÓNIDES: el sabio sefaradí. El médico judío-español de la Edad de Oro. Ediciones Granada, 3ra. Edición, Montevideo, agosto de 2007, 374 páginas; especialmente las referencias al error médico a través de la obra de Maimónides: pp. 319-323.

45 SCHNEIDER, M.C. y SANTOS-BURGOA, C. Tratamiento contra la rabia humana: un poco de su historia. *Rev Saúde Pública*, 28 (6): 454-63, 1994.



limpieza de la herida y algún procedimiento en el lugar de la mordedura, como la aplicación del hierro caliente o productos químicos, tales como el mercurio. Para la ciencia de nuestros días, ambos procedimientos tienen sentido, pueden no estar totalmente correctos, pero la limpieza de la herida y la aplicación de un producto para impedir la entrada e instalación del virus son conocidos.

En esta época la rabia era muy común por toda Europa hasta Ucrania, ocurriendo brotes importantes en varios países. No fue sino hasta el inicio del

siglo XIX cuando la rabia canina pasó a las Américas causando brotes en varios países.

En México la referencia más antigua está en los Anales de la Santa Inquisición en 1709.<sup>46</sup>

En Estados Unidos de Norteamérica la rabia se tornó un problema muy serio entre los perros y animales silvestres, utilizando *las piedras de la rabia (piedras lunares)*. Estas piedras eran cálculos biliares de animales que eran hervidas en leche y colocadas en la herida.

### LA REVOLUCIÓN DE PASTEUR

Bouchandt, de la Facultad de Veterinaria de Lyon, hizo varias propuestas terapéuticas y fue el primero en pensar la posibilidad de inocular contra la rabia, influenciando a Pasteur. En la época de estos experimentos de Lyon, se notificaba el mayor número de perros rabiosos que se había presentado.

En 1804 algunos estudios como los de Zinke, demostraron por primera vez que la rabia podía ser transmitida a conejos y perros infectando heridas cutáneas con saliva, realizando otra contribución para los descubrimientos ulteriores de Pasteur. Antes de demostrar la posibilidad de inmunizar contra la rabia, Pasteur estableció los principios de la inoculación profiláctica en 1881 contra ántrax (carbunco) y en 1883 contra la erisipela porcina.

Muchos autores de la época se pronunciaban por la espontaneidad de las enfermedades, la rabia inclusive. Pasteur se postuló contra esta teoría, como deja ver en una de sus cartas sobre la rabia:

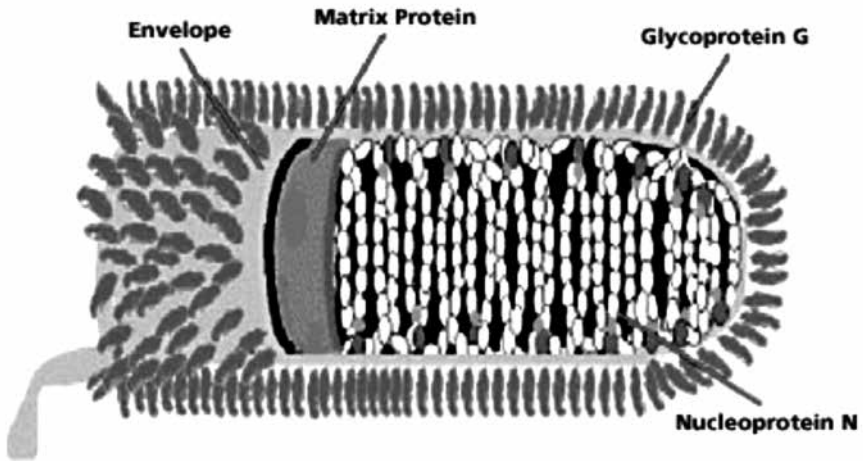
*Hasta hace poco, nuestros conocimientos sobre la rabia estaban mezclados por una cantidad de prejuicios. Se creía por ejemplo, que la rabia podía nacer espontáneamente e incluso se describían las causas ocasionales del mal. En las calles de ciertas ciudades, a menudo se colocaba a lo largo de los muros en verano, pequeños vasos de estaño llevando agua, para que los perros pudieran satisfacer su sed. Muchas personas pensaban que si se descuidaban estas precauciones, los animales estaban expuestos a contraer la rabia. No obstante, es un hecho que bajo cualquier condición fisiológica o patológica en que se coloque a un perro o cualquier otro animal, jamás se manifestará la rabia en este animal si no ha sido mordido o lamido por algún otro que tenga la rabia en el momento que se ha producido la herida; pero es preciso, dirán que ¿haya habido un primer animal con rabia? Esta es una demanda que abre simplemente la cuestión del origen de todos los casos, cuestión absolutamente fuera del dominio de las investigaciones científicas. ¿De dónde viene el primer hombre? ¿De dónde salió el primer roble? Nadie lo sabe y es inútil discutir sobre misterios parecidos (Pasteur).<sup>47</sup>*

Cuando Pasteur inició sus estudios ya se conocía bastante sobre la enfermedad, específicamente la transmisión a través de mordeduras de animales y la

46 Steele, J. H.: Historia de la Rabia. En: Rabia: epidemiología, diagnóstico, vacunación, prevención y tratamiento. Editor Baer, G.M. 1-31. *La Prensa Médica Mexicana*, México, DF, 1982.

47 RADOT, R. V. La vida de Pasteur. 3ª. ed. Buenos Aires, Juventud Argentina, 1942.

presencia de un virus en la saliva. Además, el cuadro clínico estaba bien descrito y también el período de incubación de la rabia. Debió superar numerosas dificultades técnicas hasta que logró tener éxito mediante las trepanaciones para inocular perros y conejos directamente en el cerebro. Hizo estudios experimentales al provocar la agresión de perros rabiosos a otros perros y vacunar unos y otros no, encontrando que los vacunados no morían. Lo veremos con más detalle en el próximo capítulo.



El virus de la rabia, según los conocimientos actuales.



## LOUIS PASTEUR

**N**ace el 27 de diciembre de 1822 en Dôle (Jura) y fallece el 28 de septiembre de 1895 en Mames-la-Coquette.

Fue electo Miembro de la Academia de Ciencias el 8 de diciembre de 1862 (sección de mineralogía).

Electo Secretario perpetuo para las ciencias físicas el 18 de julio de 1887. Dimitió el 4 de febrero de 1889, y recibió el título de Secretario perpetuo honorario y retuvo su sitial en la sección de mineralogía.

Electo Miembro de la Academia Francesa en 1881.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina en 1873.

Fundador en 1887 del *Instituto Pasteur* del que fue su primer director.

Antiguo alumno de la Escuela Normal Superior (1843-1846), agregado de Física en 1846, doctor en ciencias en 1848, Louis Pasteur ha sido profesor en la Facultad de Ciencias de Estrasburgo (1848), luego Profesor de Química y Decano de la Facultad de Ciencias de Lille (1854-1857). En 1857, fue nombrado administrador y director de los estudios científicos, luego director de laboratorio en la Escuela Normal Superior de París. Allí enseñó la Química Orgánica en la Facultad de Ciencias de París entre 1867 y 1875.



Louis Pasteur (1822-1895)

En 1887, fue fundado el Instituto Pasteur, que fue inaugurado en noviembre de 1888 del que fue su primer director.

Luis Pasteur consagró sus primeras investigaciones en cristalografía (1847-1856), a las disimetrías moleculares de los productos orgánicos naturales (Actas T. 26 p. 535). Sus resultados le valieron el Premio de la Sociedad de Farmacia en 1853 así como la Medalla Rumford de la Royal Society of London en 1856.

Un industrial de Lille, Émile Bigo, solicitó a Louis Pasteur consejos sobre la producción del alcohol en las barricas, lo que marcó el comienzo de sus estudios sobre la fermentación. La *Memoria sobre la fermentación llamada láctica* (1857) puede ser considerada como el origen de la microbiología (Actas T. 45 p. 913). Publicó artículos sobre diversas formas de fermentación, láctica, alcohólica, tartárica y acética y afirmó que la fermentación es debida a la reproducción de gérmenes vivos (Actas T. 45 p. 1032 y T. 52 p.344). Sus trabajos derivaron sobre los procedimientos industriales de fabricación del vinagre (Actas T. 57 p. 936 y T. 61 p. 979). En 1874, recibió la Medalla Copley de la Royal Society of London.

Napoleón III le encargó investigar sobre *los vinos y sus enfermedades* en 1863. Estos estudios desembocaron en la aclaración de los fenómenos causales y en una mejoría de la conservación y de la calidad de los vinos. Recibió en 1867 el Gran Premio de la Exposición Universal por sus trabajos sobre la fermentación del vino. Desarrolló en esta época el *procedimiento de la pasteurización*. Continuó sus *estudios sobre el vinagre y la cerveza*.

Habiendo trabajado desde 1858 sobre la generación espontánea, Louis Pasteur respondió al concurso llamado por la Academia de Ciencias en 1862: *Ensayo por experiencias bien realizadas sobre la llamada generación espontánea* y recibió el Premio Alhumbert.

Por su demostración que la vida no nacía de la nada, arruinó la teoría llamada de la generación espontánea (Actas T.50 p.303). Pero siguió siendo, durante muchos años el centro de las disputas animadas que revivieron en 1878 con motivo de la publicación, por Marcelino Berthelot, de un escrito póstumo de Claude Bernard sobre la fermentación alcohólica (Actas T.87 p.813).

Entre 1865 y 1871, Louis Pasteur se compromete a instancias de Jean-Baptiste Dumas, con la investigación de *la enfermedad del gusano de seda*, que estaba haciendo estragos en la industria de la seda en Francia (Actas T.66 p.1289). Ésta será su introducción a la biología animal. Se las arregló para demostrar que ésta era una enfermedad infecciosa y contagiosa, lo que le lleva a proponer una serie de medidas de higiene y prevención.

Por alterar el saber de su tiempo con el descubrimiento de los gérmenes y su papel, Louis Pasteur llevó naturalmente su interés a la medicina veterinaria primero, y luego a la medicina humana.

Desde 1877 a través de ingeniosos y rigurosos experimentos, Louis Pasteur identificó el *ántrax* y el *vibrión séptico* y demuestra sus efectos. Estudió el bacilo del cólera aviar y el de la erisipela porcina (Actas T.91 p.673) Fabrica



HYGIÈNE ET MÉDECINE DES DEUX SEXES



vacunas contra estas enfermedades y tales vacunaciones comenzaron con éxito en 1881 (Actas T.92 p.1378).

Mientras tanto, él está interesado en las infecciones humanas: se destaca por los estafilococos. Comenzó a estudiar la rabia y presenta su obra mediante la inoculación directa de la sustancia cerebral de un perro rabioso por trepa-

nación de un perro sano, al mismo tiempo, ante la Academia de Ciencias y la Academia de Medicina en mayo 1881 (Actas p.1259 T.92). Sin haber aislado el virus siquiera, entonces intenta obtener la virulencia atenuada por la desecación. El 6 de julio de 1885, se inocular la primera vacuna contra la rabia a un ser humano, el joven Joseph Meister y por segunda vez en octubre del mismo año, al pastorcito Jean-Baptiste Jupille, que vive no lejos de Arbois. Proporciona información actualizada sobre su labor el 26 de octubre 1885 en la Academia de Ciencias (Actas T.101 p.765).

En 1886, comunica a todos sus colegas de la Academia de Ciencias los resultados obtenidos en el tratamiento de la rabia (Actas T.102 T.103 p.459 y p.777) y propone la creación de un establecimiento para producir una vacuna contra la rabia.

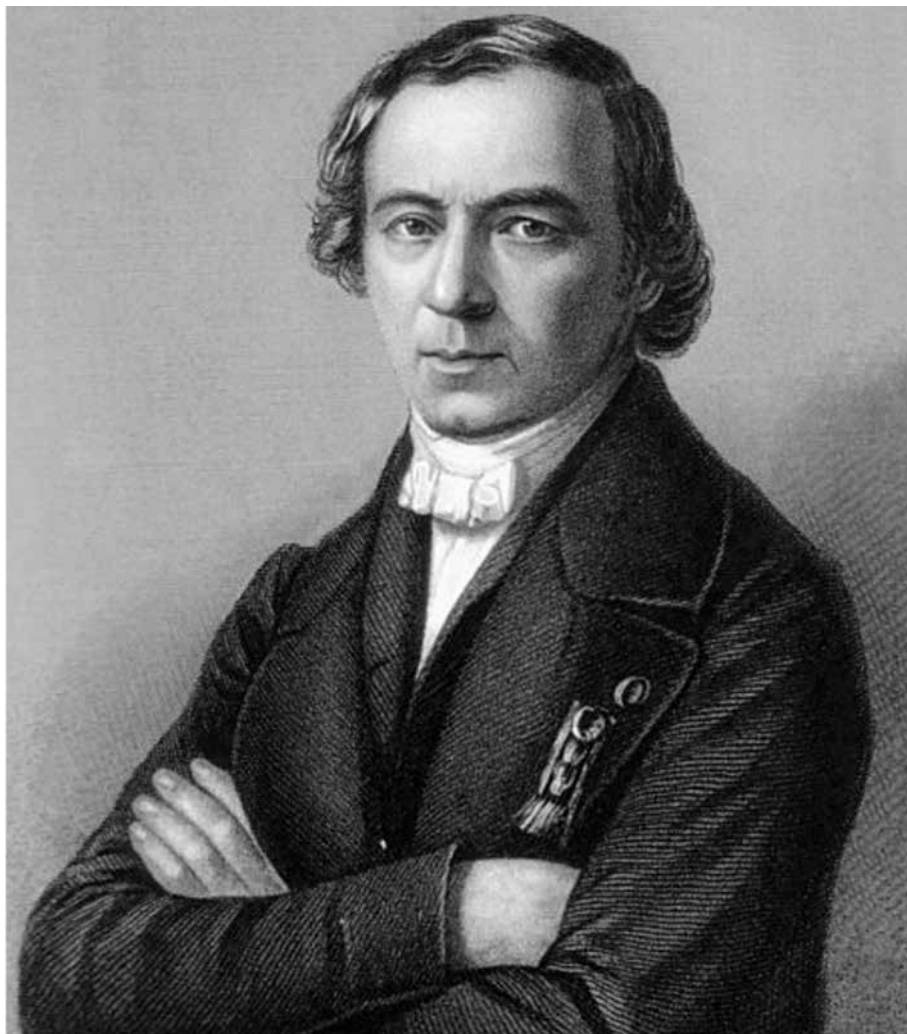
El “Jubileo de Pasteur” se celebra en París 27 de diciembre 1892.

Louis Pasteur murió 28 de septiembre 1895.

El gobierno decretó un funeral de Estado. Pasteur es enterrado en una cripta en el Institut Pasteur.



Jean-Baptiste Biot (1774-1862)



Jean Baptiste André Dumas (1800-1884)

Las numerosas investigaciones de Louis Pasteur fueron presentadas en las reuniones de la Academia de Ciencias antes de su elección a la misma, por Jean-Baptiste Biot y Jean-Baptiste Dumas, y desde su incorporación, por sí mismo. Las actas son, pues, una fuente primordial para dar a conocer el trabajo de Louis Pasteur y los debates que causaron. Louis Pasteur también usó el procedimiento de sobres cerrados en cuatro ocasiones, el 8 de mayo 1848, el 4 de febrero 1850, el 1º de abril 1850 y el 26 de julio de 1869.

Louis Pasteur fue elevado a la dignidad de la Gran Cruz de la Legión de Honor en 1881. El 8 de diciembre de 1881 es elegido miembro de la Academia Francesa de la Lengua para ocupar la vacante del fallecido Émile Littré.



ÉMILE LITTRÉ

DE A. CORBIEU

34, Rue Montpensier.

Émile Maximilien Paul Littré (1801-1881)  
Traductor de la obra completa de los Tratados Hipocráticos

Fue varias veces ganador del Premio de la Academia de Ciencias además del Premio Alhumbert (1862); recibió el Premio Montyon en Fisiología Experimental (1859), el Premio Jecker en Química (1861), una medalla conmemorativa por la totalidad de sus descubrimientos (1882) y, finalmente, el Premio Jean Reynaud (1886) por el descubrimiento de un tratamiento preventivo contra la rabia después de la mordedura. Estos premios le permitieron mantener y desarrollar sus laboratorios. Él recibió un gran número de honores extranjeros.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> [http://www.academic-sciences.fr/fondations/lp\\_bio.htm](http://www.academic-sciences.fr/fondations/lp_bio.htm) (Consultada el 04.01.2014)

Químico de formación, fue el origen de las más formidables revoluciones científicas del siglo XIX en los dominios de la biología, la agricultura, la medicina y aún la higiene, hasta la puesta a punto de la vacuna contra la rabia.



Henri Mondor (1885-1962)

Como ha dicho Henri Mondor <sup>49</sup>, de la Academia Francesa: *Louis Pasteur no ha sido ni médico ni cirujano, pero nadie ha hecho por la medicina y la cirugía más que él. Entre los hombres a quienes la ciencia y la Humanidad deben mucho, Pasteur ha sido el soberano*. <sup>50</sup>

---

49 Henri Mondor: (1885-1962) fue un médico francés, cirujano e historiador de la literatura y la medicina de Francia. Mondor fue profesor de clínica quirúrgica en París e ingresó como miembro francés de la Academia Nacional de Medicina en 1945, de la Academia Francesa en 1946 y la Academia de Ciencias en 1961. Es conocido por sus estudios sobre el cáncer rectal y el diagnóstico de urgencia [Abdomen Agudo; Toray, 1963, 1095 páginas], así como la Enfermedad de Mondor, que es una tromboflebitis de las venas superficiales de la mama y la pared anterior del tórax, denominada en su honor.

50 [www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pasteur.html](http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pasteur.html) (Consultada el 04.01.2014)



Joseph Meister, en tiempos de la primera vacunación antirrábica que le hizo aplicar Pasteur en enero de 1885.

### PASTEUR'S LATEST DISCOVERY.

Five years ago the great French chemist Louis Pasteur determined to find a remedy for hydrophobia. His discovery of a method of inoculation by which cattle and sheep were enabled to defy anthrax, or spleen fever, had led him to believe that the virus of rabies could be used in a similar way for the protection of human beings. In June, 1884, he had solved the problem so far as the inoculation of dogs was concerned, but not until October last was he able to announce that by inoculation men could be protected. That announcement was made at a meeting of the French Academy of Sciences. M. PASTEUR then had two patients under treatment. He now has more than seventy. His process is described as follows: A rabbit is inoculated with a fragment of spinal marrow taken from a rabid dog. In fifteen days the rabbit becomes mad and dies. A second rabbit is inoculated with a bit of spinal marrow taken from the first, and the inoculation is repeated until sixty rabbits have been used. With each successive inoculation the virus becomes stronger, and the period of incubation is shortened, until, in the case of the sixtieth rabbit, it is only seven days. The chemist discovered some years ago, while experimenting with the virus of fowl cholera, that it could be weakened or attenuated only by exposure to dried air. Bits of marrow from the inoculated rabbits, graded with reference to the strength of the virus and the date of extraction, are exposed to dried air in bottles. In this way M. PASTEUR procures a supply of virus graded from a specimen that is so attenuated as to be almost powerless up to a specimen that is fresh and that will cause hydrophobia in an animal in seven days. The person who has been bitten is inoculated under the skin by means of a Pravaz syringe containing sterilized fluid in which a small piece of marrow has been dis-



M. PASTEUR.  
AN INOCULATION FOR HYDROPHOBIA.—FROM "L'ILLUSTRATION."

solved. Spinal marrow containing virus of the great attenuation is first used. Virus of greater power is used in successive inoculations, until at last the most powerful is introduced. By degrees the system becomes accustomed to it, and M. PASTEUR holds that after safely undergoing the last inoculation of the series the patient is proof against hydrophobia.

The first of the chemist's patients was JOSEPH MEISTER, an Alsatian. He was bitten in July last. Eminent physicians of Paris were of the opinion that he could not escape a terrible death unless he should be saved by this process. In ten days he was inoculated thirteen times, and the virus used in the thirteenth operation was of the greatest strength. It caused the death of a rabbit in seven days, but had no effect upon MEISTER. When the discovery was made known to the Academy of Sciences the inoculation was one hundred days old, but MEISTER was in perfect health.

The length of the period of incubation in cases of hydrophobia varies greatly, ranging from twenty-five or thirty days in one year, and cases are reported in which the disease did not appear for ten or three years. In a great majority of cases, however, rabies is developed within six months. M. PASTEUR is confident that his treatment will be effective if it should be applied at any time before actual hydrophobia appears. Four children living in Algiers were bitten on August 20. The dog was mad and proved by the fact that one of them died in October of acute hydrophobia. The three who survived reached Paris on October 20, and were inoculated. They have returned to Algiers, and are said to be in good health. Owing to the varying length of the period of incubation, cautious physicians are not ready to admit at present that the assumed value of inoculation has been proved. They prefer to wait until time and numerous cases

El pediatra Jacques Joseph Grancher (1843-1907) inocula la vacuna antirrábica de Pasteur (bajo su mirada atenta) al pequeño Joseph Meister en julio de 1885

En 1885, Pasteur por primera vez trató con éxito a un niño de 9 años, Joseph Meister, muy agredido por un perro rabioso. Éste fue un gran paso en la ciencia, lograr tratar una enfermedad letal y altamente frecuente en esa época, como la rabia. La comunicación de Pasteur a la Academia de Ciencias, ya después de tener la seguridad de sus resultados sobre el tratamiento de Joseph Meister, fechada el 26 de octubre de 1885, contiene la siguiente cita:

*Joseph Meister ha escapado, por tanto, no sólo a la rabia que a las mordeduras habrían podido desarrollar, sino a aquella que le inoculé para control de la inmunidad debido al tratamiento, rabia más violenta que aquella que producen los perros callejeros. (Pasteur).*

Desde el primer tratamiento en julio de 1885, hasta octubre de 1886, Pasteur ya había tratado 2.490 personas, siendo 1.726 provenientes de Francia y Argelia y las demás de distintos países, inclusive de Rusia y los Estados Unidos. El tratamiento de Pasteur tenía una mortalidad del 1 al 2%, cuando era iniciado a tiempo. Esta mortalidad es bastante baja, recordando que existen

# Le Petit Journal

Le Petit Journal

SUPPLEMENT ILLUSTRÉ

1100 pages - CINQ centimes

## Se suicida Joseph Meister para proteger la cripta de Pasteur

Paris, 17 junio 1940. Ayer se encontró el cadáver de Joseph Meister, portero del Instituto Pasteur y guardián de su cripta.

Joseph Meister conoció por primera vez a Louis Pasteur en 1885, cuando tenía 9 años de edad.



Muchas personas acudieron a los laboratorios de la rue d'Ulm en busca de la cura para la rabia, abarrotando todas las estancias.

Cerca de 2500 personas afectadas recibieron la milagrosa vacuna en los 15 meses siguientes.

La madre de Joseph le llevó al hospital del doctor Pasteur porque había sido atacado por un perro rabioso y estaba condenado a una muerte terrible. El doctor que estaba investigando una posible cura, se decidió a probarla en el niño. Tras doce días de tratamiento y hasta diez inyecciones diarias, el niño sanó milagrosamente, dando esperanzas a los demás afectados.

Algunos de los soldados nazis que llegaron con la ocupación a París, decidieron visitar ayer el Instituto Pasteur, pero al pedirle a Joseph Meister que les dejara entrar a la cripta donde descansa el doctor desde 1895, éste prefirió cometer suicido antes que permitirles la entrada a la tumba de su salvador.

personas con deficiencia inmunológica que pueden no responder al tratamiento, además de ser en aquel momento una vacuna recién desarrollada.

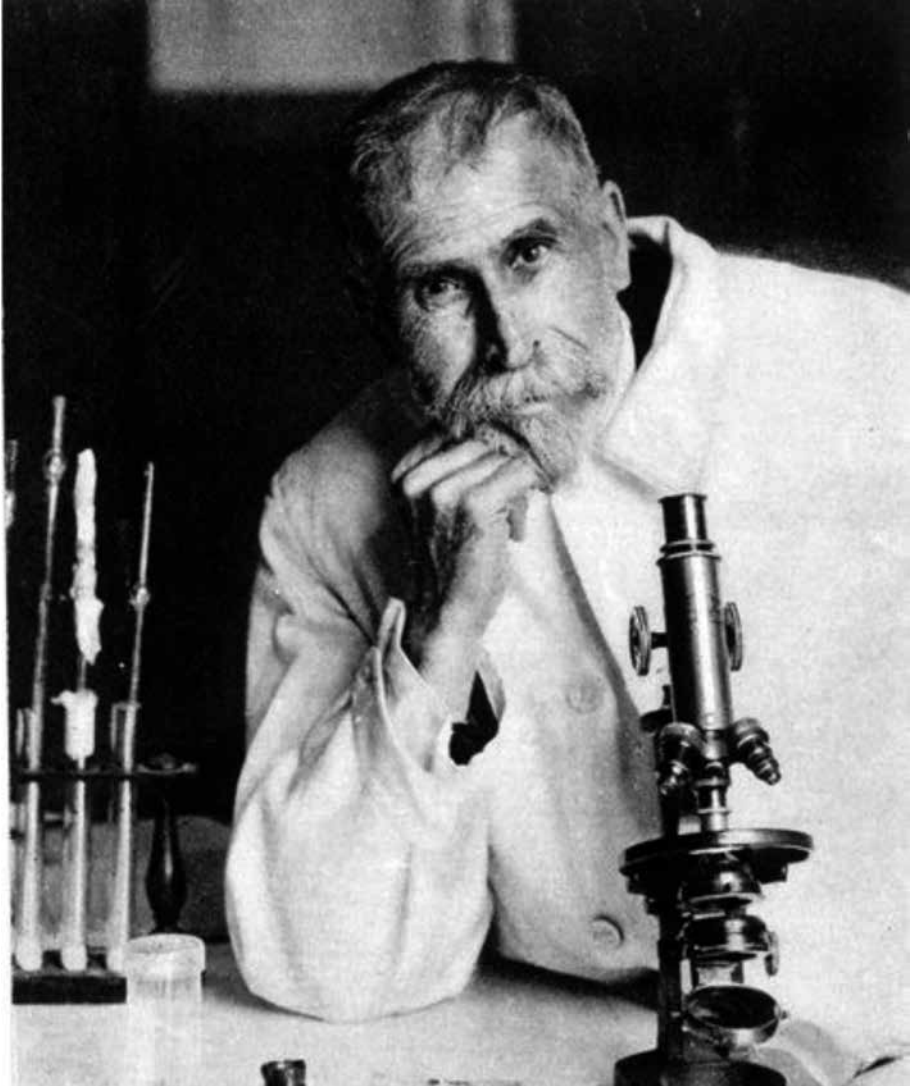
Pasteur fue el científico que hizo una revolución en la forma de tratar la rabia. El tipo de vacuna y el número de dosis ha evolucionado mucho, pero el tratamiento preventivo antirrábico a personas agredidas por animales sigue teniendo las mismas bases.

La vacuna utilizada por Pasteur era de tejido nervioso con virus vivo, fijado a través de varios pasajes en conejos. Pequeñas modificaciones fueron hechas por Roux (1887) y Calmette (1891), cuando introdujeron el uso de la glicerina para la conservación de las médulas de animales rabiosos, permitiendo el envío de vacunas para áreas distantes. Por el miedo de provocar la enfermedad en personas vacunadas, pasaron a inactivarla a través de los estudios de Fermi (1908) y después Semple (1919).

Actualmente hay vacunas existentes de dos grandes grupos: las de tejido nervioso y las de tejido no nervioso.

Las vacunas de tejido nervioso adulto tipo Fermi o Semple han sido utilizadas hasta los años 50. En los EUA se utilizó mucho la vacuna Semple para





Pierre Paul Émile Roux (1853-1933)

tratar a personas, hasta la comercialización de la vacuna de embrión de pato (DEV), en 1957.

No obstante hubo episodios tristes, como el que ocurrió por el cambio involuntario de las muestras de virus que ocasionó encefalitis rábica en el 27,3% de las personas vacunadas, en Brasil (Fortaleza) en 1960. Otro estudio histórico también, por sus efectos de alta mortalidad, fue el efectuado por Baltazar y colaboradores en Irán, utilizando la vacuna Semple y suero, en personas agredidas por lobos. El porcentaje de muerte por rabia en personas tratadas fue de 18.5%. Si tenemos presente los porcentajes logrados por Pasteur en

sus primeros tratamientos eran del 1 al 2%, sugiere que algún problema existió con la vacunación en Irán.

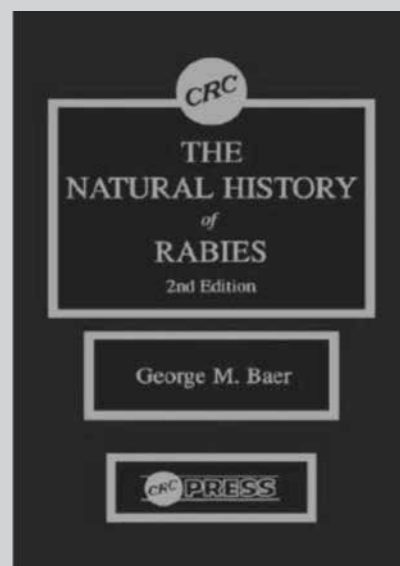
En 1954 los chilenos Fuenzalida y Palacios produjeron un nuevo tipo de vacuna hecha de cerebro de ratón lactante (CRL) que no debería contener mielina, lo que bajó mucho los accidentes. Esta vacuna es la más utilizada en América Latina, tanto para inmunizar humanos como perros. Solamente Brasil produce y distribuye anualmente 2 millones 500 mil dosis humanas y 18 millones de dosis caninas. La proporción de accidentes neurológicos, post-vacunales en personas tratadas con este tipo de vacuna en Brasil está en 1:35.000, debajo del esperado según Turner, que es de 1:8.000 tratados.

Según George Martin Baer<sup>51</sup> dice: *la vacuna CRL no es costosa y en muchos países se la considera como un producto bastante potente y barato.*



Léon Charles Albert Calmette (1863 – 1933)

El Dr. George Martin Baer (1936–2009) murió el 2 de junio, en la Ciudad de México, DF a la edad de setenta y tres años. El Dr. Baer era un eminente científico, veterinario y especialista en salud pública. Él fue responsable del desarrollo de la vacuna oral contra la rabia que llevaría a la erradicación de la rabia silvestre en Europa. En el momento de su muerte estaba trabajando en una nueva vacuna contra numerosas cepas del virus de la gripe, un proyecto que estaba especialmente ansioso por completar dado el reciente brote mundial del virus H1N1. A lo largo de su carrera profesional, el Dr. Baer actuó con una profunda creencia en el poder de la



medicina preventiva y el deseo de luchar contra la enfermedad tanto en animales como en seres humanos. Baer nació el 12 de enero de 1936, en Londres, Inglaterra. Él fue único hijo de Kathi Meyer Baer, de Berlín, y Curtis Otto Baer, de Estrasburgo, Alemania. Su madre era una musicóloga de renombre y la primera mujer en recibir un doctorado en musicología en Leipzig, Alemania, los años 1920. Su padre fue un estudiante de Filosofía de Heidegger, profesor de historia del arte en el Vassar College y un coleccionista destacado de dibujos y pinturas de maestros del siglo 18 y 19. Los Padres del Dr. Baer huyeron de la Alemania nazi a París, Francia, y luego emigraron a los Estados Unidos en 1940. Se crió en New Rochelle, Nueva York, donde se convirtió en un jinete competitivo y así comenzó su amor de toda la vida por los animales. Para sorpresa de sus padres, él no siguió una carrera en las artes, sino que eligió las ciencias. Después de graduarse de la Escuela de Westtown en Westtown, Pennsylvania, en 1952, asistió a la Universidad de Cornell, donde obtuvo una licenciatura en ciencias agrícolas en 1954 y es licenciado en medicina veterinaria en 1959. Obtuvo un Master en Salud Pública de la Universidad de Michigan en 1960. El Dr. Baer comenzó su carrera en salud pública al unirse al Servicio de Salud Pública de Nueva York, donde aprendió la práctica de la epidemiología y virología. En 1968 ingresó en el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. y, gracias al Dr. James H. Steele, su amigo y mentor, comenzó una larga y exitosa carrera en los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Georgia. Allí, se convirtió en jefe del Laboratorio de Rabia y con su equipo de científicos e investigadores desarrolló la vacuna oral para la rabia silvestre. Su experiencia en la virología de la rabia y su papel en el desarrollo de la vacuna oral contra la rabia silvestre lo ubicó como uno de los más destacados expertos internacionales en la materia. Su libro, *La Historia Natural de la Rabia*, es una referencia definitiva en el campo. Por sugerencia de sus padres, en 1959 el Dr. Baer viajó a México. Allí conoció y se enamoró de su esposa, María Olga Lara, y con el país, su gente, historia, cultura y tradiciones. Desde 1966 a 1968 fue enviado por el CDC para trabajar con el Servicio de Salud Pública de México en Palo Alto, México. Sobre la base de su formación y por trabajar en estrecha colaboración con un grupo de científicos y veterinarios mexicanos jóvenes, ayudó a



Dr. George M. Baer (1936-2009)

maestros del siglo 18 y 19. Los Padres del Dr. Baer huyeron de la Alemania nazi a París, Francia, y luego emigraron a los Estados Unidos en 1940. Se crió en New Rochelle, Nueva York, donde se convirtió en un jinete competitivo y así comenzó su amor de toda la vida por los animales. Para sorpresa de sus padres, él no siguió una carrera en las artes, sino que eligió las ciencias. Después de graduarse de la Escuela de Westtown en Westtown, Pennsylvania, en 1952, asistió a la Universidad de Cornell, donde obtuvo una licenciatura en ciencias agrícolas en 1954 y es licenciado en medicina veterinaria en 1959. Obtuvo un Master en Salud Pública de la Universidad de Michigan en 1960. El Dr. Baer comenzó su carrera en salud pública al unirse al Servicio de Salud Pública de Nueva York, donde aprendió la práctica de la epidemiología y virología. En 1968 ingresó en el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. y, gracias al Dr. James H. Steele, su amigo y mentor, comenzó una larga y exitosa carrera en los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Georgia. Allí, se convirtió en jefe del Laboratorio de Rabia y con su equipo de científicos e investigadores desarrolló la vacuna oral para la rabia silvestre. Su experiencia en la virología de la rabia y su papel en el desarrollo de la vacuna oral contra la rabia silvestre lo ubicó como uno de los más destacados expertos internacionales en la materia. Su libro, *La Historia Natural de la Rabia*, es una referencia definitiva en el campo. Por sugerencia de sus padres, en 1959 el Dr. Baer viajó a México. Allí conoció y se enamoró de su esposa, María Olga Lara, y con el país, su gente, historia, cultura y tradiciones. Desde 1966 a 1968 fue enviado por el CDC para trabajar con el Servicio de Salud Pública de México en Palo Alto, México. Sobre la base de su formación y por trabajar en estrecha colaboración con un grupo de científicos y veterinarios mexicanos jóvenes, ayudó a

sentar las bases para los programas de salud pública de México contra la rabia. Además de sus idiomas nativos inglés y alemán, el Dr. Baer hablaba español con fluidez, y amaba a los idiomas, la literatura, el arte y la música. También era un alpinista ávido. Al Dr. Baer le sobreviven su esposa de 49 años, María Olga Baer, tres hijas, Katherine Baer, economista, de Washington, DC, Alexandra Baer, escultora y artista de New Paltz, Nueva York, e Isabella Baer, una cantante de ópera, de la Ciudad de México, y cuatro nietas. Los servicios fúnebres se celebraron en la ciudad de México en la Iglesia de Santa Rosa de Lima el 4 de junio de 2009. Publicado en *The Washington Post* el 14 de junio 2009. En: <http://www.legacy.com/obituaries/washingtonpost/obituary.aspx?n=George-Baer&pid=128387715#sthash.7BAe4v8U.dpuf> (Consultada el 30.12.2013).

Las vacunas de tejidos no nerviosos fueron desarrolladas procurando la no ocurrencia de accidentes post-vacunales. Los primeros estudios fueron el crecimiento de virus fijo en embrión de pollo desarrollados por Koprowski y Cox en 1948. Ellos crearon vacunas tipo Flury LEP y Flury HEP en embrión de pollo, que son vacunas de virus vivo atenuado utilizadas para perro y ganado, respectivamente. La vacuna LEP ha sido utilizada en varios países por ejemplo los EUA e Israel entre los años 1953 y 1968, la vacuna HEP es todavía utilizada, pero no es muy segura para cachorros, gatos, y ganado. Ambas son todavía producidas para ser utilizadas en animales silvestres con algunas modificaciones.

Powell y colaboradores, en 1950, desarrollaron la vacuna inactivada para uso humano hecha en embrión de pato. Produce muy poca actividad encefalítica, pero el elevado contenido de tejido embrionario conduce con frecuencia a reacciones alérgicas menores a los diversos antígenos.

La vacunación original de Pasteur fue empleada por última vez en el Instituto Pasteur de Francia en 1953, siendo utilizada durante 68 años. Según Clark y colaboradores, sugieren que las vacunas contra la rabia tardaron tanto en presentar mejoras significativas debido a dos factores: el primero, la imposibilidad de hacer estudios experimentales de nuevos tipos de vacuna en el hombre después de una exposición; y el otro, por la profunda y tradicional aceptación de los venerables métodos de tratamiento, fundados en los descubrimientos de Pasteur y sus contemporáneos.

Las vacunas de cultivo celular empezaron en los años 60, primeramente a nivel experimental con los estudios de Kissling y col.

Las vacunas de cultivo celular de célula diploide humana (HDCV), descrita por primera vez por Wiktor, han sido muy utilizadas para la profilaxis humana post-exposición a partir de los años 70. Según Baer menciona esta vacuna es sumamente potente y aún después de la administración de millones de dosis de vacuna, las reacciones adversas han sido sumamente raras.

La OMS ha recomendado la aplicación de 5 dosis para la post-exposición administrada en los días 0, 3, 7, 14 y 30. No recomienda más el uso de vacunas de tejido cerebral, que es la utilizada en la mayor parte de los países de América Latina.

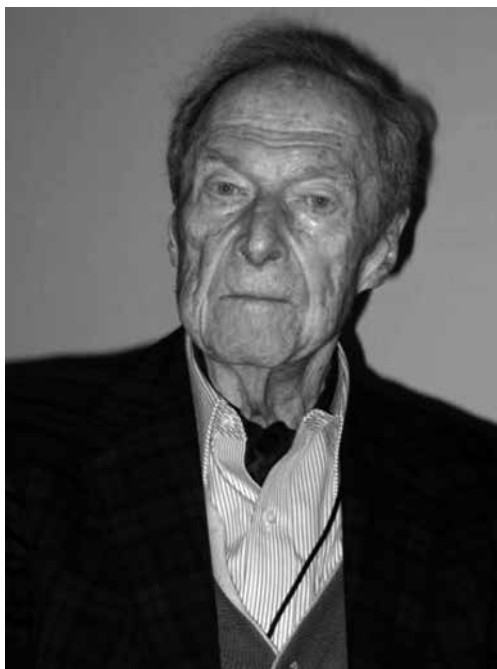
Los méritos de esta vacuna de cultivo celular son importantes, pero tienen un inconveniente muy grande, que es el costo. Esta vacuna puede llegar a costar US\$ 80 la dosis, con un costo de US\$ 400 por un tratamiento completo. Para Brasil el costo se estima en aproximadamente 20 veces más que la producida del cerebro de ratón lactante que viene siendo utilizada.

Otros tipos de vacuna de cultivo celular han sido desarrollados, principalmente con el objetivo de bajar los costos. La vacuna purificada de células VERO tiene aproximadamente la mitad de precio de la diploide humana.

La vacuna es el tratamiento preventivo. Pero los primeros estudios de utilización de inmunización pasiva contra la rabia datan de 1890. Desde esa fecha hasta los estudios de Koprowski y col., eran experimentales en animales y algunos pocos en el hombre, como los de Shortt (1935) y Proca (1937). El suero antirrábico humano dio origen a una serie de estudios bajo los auspicios del Comité de Expertos sobre Rabia de la OMS. Uno de los más conocidos ha sido en Irán, cuando un lobo rabioso entró en una aldea y mordió a 29 personas. Se aplicó suero a las víctimas y se logró una disminución considerable en el porcentaje de mortalidad en las personas tratadas.

La aplicación de suero se da en los casos graves (mordeduras múltiples, profundas o en cabeza y manos), cuando el período de incubación puede ser muy corto; de esta forma, la inmunoglobulina actuaría antes que la vacuna para presentar títulos protectores.

La aplicación del suero conjuntamente con la vacuna para el tratamiento preventivo contra la rabia empezó a ser recomendado por el Comité de Expertos de la OMS a partir de 1973 y sigue siendo recomendado hasta hoy.



Hilary Koprowski (Varsovia, Polonia, 5 de diciembre de 1916 - Filadelfia, EE.UU, 11 de abril de 2013)

En Brasil, por ejemplo, donde se trata gratuitamente a 180.000 personas por año agredidas por animales, a 18.000 personas se deben tratar con suero más vacuna.<sup>52</sup>

Esta es una de las ENFERMEDADES OLVIDADAS, que pueden dar problemas como ha ocurrido con otras de la misma categoría.

---

52 Schneider, M. C. y Santos-Burgoa, C. Tratamiento contra la rabia humana: un poco de su historia. *Rev Saúde Pública*, 28 (6): 454-63, 1994. En: [www.scielo.br/pdf/rsp/v28n6/10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n6/10.pdf) (consultada el 10.01.2014).

## LOS PRIMEROS CASOS DE RABIA HUMANA TRATADOS POR PASTEUR

### LOS PRIMEROS CASOS DE RABIA HUMANA CURADOS POR PASTEUR <sup>53</sup>

**E**l 2 de mayo de 1885, el director del hospital Necker avisa por telegrama a Pasteur de que han ingresado en el servicio del doctor Rigal a un hombre de sesenta y un años; sospechan que pueda tener la rabia pues el paciente, al que había mordido un perro algún tiempo atrás, presenta síntomas de hidrofobia. Pasteur va ese mismo día al hospital. Interroga, antes que nada, al portero, que le cuenta que el enfermo ingresó, la víspera, en un estado de gran agitación. Luego, en compañía del doctor Rigal, va a ver al enfermo y examina las heridas. Están cicatrizadas pues hace ya algún tiempo del accidente. El pronóstico, por tanto, está lo suficientemente confirmado para intentar vacunarlo: “Se le inocular por entre las costillas, del lado derecho, una jeringuilla de Pravaz con bulbo de conejo desleído”, anota Pasteur en su libreta. Se trata de la sustancia cerebral de un conejo inoculado el 14 de abril anterior con un virus atenuado.

Con una sola inyección no basta; Pasteur piensa poner otra esa misma noche, y otras cuantas más en los días siguientes. Pero no todo transcurre como él lo ha dispuesto: “El 2 de mayo, a las 10 de la noche, el director, que ha consultado con la Asistencia Pública, se opone a cualquier otra inoculación porque el doctor Rigal no se halla presente; por tanto no he podido inyectar el tratamiento ni el 2, ni el 3, ni el 4 de mayo.”

El 8 de mayo, como el paciente se encuentra bien, se le permite abandonar el hospital. Pasteur no se desinteresa del caso, pero los servicios administrativos del hospital Necker no parecen muy dispuestos a colaborar: “Le he escrito al

---

<sup>53</sup> DEBRÉ, Patrice: Louis Pasteur: una biografía. Ediciones Debate pensamiento. Madrid, 1995. 590 páginas; pp.: 482-493.

doctor Rigal para que redacte un informe para el Consejo. Me contesta que no piensa hacer el informe que le pido.” Dos semanas después, según anota en su libreta, Pasteur vuelve a la carga y pide informaciones: ¿sigue bien el enfermo? Al parecer, no recibe respuesta, ¡servidumbres del secreto médico profesional!, y Pasteur nunca volverá a saber nada del asunto.

Otro caso se presenta y aparta su mente del anterior. El 8 de junio, Pasteur va a Laribosière a ver a un guardabarreras de la Compañía del Este que lleva hospitalizado cuatro días: lo ha mordido en la mano un perro rabioso cuando estaba trabajando en una vía férrea. Pero es demasiado tarde. Cuando llega Pasteur el enfermo está agonizando; muere al cabo de unas horas, “demasiado deprisa para que le pueda aplicar el tratamiento”, podemos leer en la libreta.

El 22 de junio es desde Saint-Denis desde donde le indican que acaba de ingresar una niña en el hospital: “Niñita encantadora de unos diez años; la ha mordido en el labio superior su perrito hace seis semanas (pero no se sabe el día) cuando estaba intentando sacarlo de debajo de la cama.” A Pasteur lo avisan en el transcurso de la mañana y llega a Saint-Denis por la tarde. La niña lleva dos días quejándose de dolores de cabeza; su caso parece alarmante. El lugar del mordisco agrava las cosas. De acuerdo con el médico que la trata, el doctor Leroy, Pasteur decide intervenir: “Por sugerencia mía, el doctor Leroy le inyecta bajo la epidermis, debajo de las costillas inferiores, una jeringuilla de Pravaz de médula desleída en caldo, conservada desde el 15 de junio, de un conejo de transmisión (inoculado hace siete días).” Al día siguiente, Pasteur acude a ver a la niña lo antes que puede. “Voy a ver a la niña con Adrien Loir a las 10. Fallece a las 10 y media de la mañana. Los síntomas de emisiones continuas de flemas se precipitaron mucho.”

Pasteur ha perdido, pero quiere saber por qué. Se le hace la autopsia a la niña el 24 de junio. Manda a Loir para que recoja el bulbo raquídeo, y con él prepara inyecciones para realizar una serie de tests en animales: dos cobayas, dos conejos y un mono. El 11 de julio han muerto las dos cobayas, sólo un conejo presenta síntomas, el estado del mono es normal. Una semana después, el conejo enfermo ha muerto y en el otro se presentan los primeros síntomas de rabia. El 31 de agosto sólo el estado de salud del mono sigue siendo satisfactorio. La conclusión se impone: A Pasteur lo avisaron demasiado tarde y no pudo hacer nada para impedir que el virus alcanzara el cerebro de la niña.

Antes incluso de haber concluido con estas observaciones, Pasteur vuelve a probar la vacuna. El **6 de julio de 1885** se presentan tres personas en su casa, dos adultos y un niño. A uno de los adultos, Théodore Vone, tendero de ultramarinos en Meissengott, un pueblo cerca de Villé, en Alsacia, lo ha mordido la víspera en el antebrazo su perro, y él lo ha matado a continuación. Su herida, de hecho, carece de gravedad: no se trata de una herida abierta, pues la manga de la chaqueta ha amortiguado la mordedura. Pero el perro del tendero había atacado antes a un niño de nueve años, **Joseph Meister**, hijo de un panadero



del vecino pueblo de Steige. Este niño y su madre son los otros dos visitantes que acuden a pedir ayuda a Pasteur.

Éste examina inmediatamente al niño y apunta acto seguido en su libreta: “Profundas mordeduras en el dedo corazón de la mano derecha, en los muslos y en la pierna, del mismo perro rabioso que le destrozó los pantalones, lo tiró al suelo y se lo habría comido a no ser por un albañil que golpeó al perro con dos barras de hierro.” Pasteur cuenta hasta catorce heridas de alarmante gravedad. Resulta evidente que el niño está amenazado de rabia. Al mismo tiempo, las circunstancias presentan un aspecto favorable en cierto modo: por una parte, las mordeduras son muy recientes, lo que debería aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento; por otra, Joseph Meister y su madre han acudido directamente a casa de Pasteur y, es, por tanto, posible no hospitalizar al niño y tratarlo de forma privada, con el fin de mejorar las condiciones de prescripción y control del tratamiento.

Todos estos motivos hacen que la decisión de Pasteur sea especialmente delicada. Por ello, antes de pronunciarse, desea mantener una entrevista con médicos en los que confía plenamente. Recurre a uno de sus colegas de la Academia de Medicina, Alfred Vulpian, y a un joven médico, jefe del servicio de pediatría del Hospital Infantil (Hôpital des Enfants-Malades), Joseph Grancher. Vulpian es uno de los médicos más respetados de su tiempo, lo que no le impide



Edme-Félix-Alfred VULPIAN (1826-1887)



Jacques-Joseph GRANCHER (1843-1907)



mantenerse muy al día en las investigaciones de Pasteur, ya que es miembro de la Comisión para la Rabia, creada por el Gobierno a instancias de éste, para controlar y valorar las investigaciones en marcha sobre la enfermedad. Vulpian opina que el caso es lo suficientemente serio como para probar la vacuna. En cuanto a Grancher, su opinión es doblemente importante porque a sus excelentes conocimientos de microbiología suma su especialización en pediatría; él también le aconseja a Pasteur que administre el tratamiento antirrábico. Es una suerte, pues Pasteur necesita un médico para poner la inyección, a la que Roux se opone tajantemente, hasta tal punto que incluso se niega, más adelante, a firmar los protocolos de investigación.

Esa misma noche, la del 6 de julio, Vulpian y Grancher van, junto con Pasteur, a ver a Joseph Meister, al que han alojado, junto con su madre, en una habitación del colegio Rollin. Examinan atentamente las mordeduras, cuántas son y qué profundidad tienen, y este examen los hace corroborarse en su opinión: si no se intenta nada, la rabia se declarará y el niño estará perdido.

Pesando los pros y los contras, pensando en lo que le espera al niño, Pasteur se adhiere a las opiniones de ambos médicos: inocular a Joseph Meister.

“Por lo tanto, el 6 de julio, a las ocho de la noche, transcurridas sesenta horas desde las mordeduras del 4 de julio, en presencia de los doctores Vulpian y Grancher, se le inocular al niño, bajo un pliegue de la piel del hipocondrio derecho, media jeringuilla de Pravaz de una médula de conejo muerto de la

rabia el 21 de junio, y conservada desde entonces, es decir quince días, en un frasco con aire seco.” Pasteur explica a continuación en su informe que la primera médula inoculada es la más antigua: lleva puesta a secar catorce días en un frasco de doble abertura. Pero el tratamiento exige nuevas inoculaciones en los días siguientes: hay que inyectar, a intervalos regulares, médula rábica cada vez menos atenuada, y, para ello, hay que tener al niño en observación. Afortunadamente, el colegio Rollin no es un lugar excesivamente austero. Merced a los experimentos de Pasteur se ha convertido en una especie de granja donde el campesinito encuentra gallinas y conejos que le resultan familiares. Joseph se entretiene incluso jugando con los ratones blancos. “Todo va bien – le escribe Pasteur a su yerno el 11 de julio -. El niño duerme bien, come bien y las inoculaciones se reabsorben de la noche a la mañana sin dejar ni rastro. [...] Si durante las tres semanas que vienen el niño sigue bien, tendré la seguridad de que el experimento va a ser un éxito. En cualquier caso, mandaré al niño a Meissengott, cerca de Schlestadt, el 1 de agosto, para que se reúna con su madre, y mantendré un sistema de observación a través de esas buenas gentes.”



Pasteur y el pequeño Joseph Meister

Sin embargo, según las inoculaciones van siendo más virulentas, Pasteur va estando más preocupado. Hablando de la última inyección, una médula rábica de un solo día, que hay que ponerle el 16 de junio [julio], Marie Pasteur les escribe a sus hijos: “Queridos hijos, vuestro padre ha vuelto a pasar mala

noche. No acaba de hacerse a la idea de realizar la última prueba con este niño. Y sin embargo ya no queda más remedio que llevarla a cabo. El chiquillo sigue bien.”

Aquel día, a las once de la mañana, Pasteur manda que le inoculen a Joseph Meister la médula rábica más virulenta, la de un perro, reforzada por una gran cantidad de transvases de conejo en conejo. Lo habitual es que, tras una inoculación así, la rabia aparezca el séptimo día. Pero en el presente caso se trata sólo de un control que tiene que demostrar que la vacunación ha resultado efectiva. El tratamiento ha durado, por tanto, diez días y a Meister se le han hecho trece inoculaciones.

Antes incluso de obtener la definitiva confirmación del éxito, Pasteur sale de París el 18 o el 19 de julio, dejando a Joseph al cuidado del doctor Grancher. Cuesta creer que se vaya con esa rapidez. O Pasteur no puede ya más de cansancio o tiene en sí mismo una ilimitada confianza.

En cualquier caso, el 21 de julio, Joseph Meister, al que han llevado a las afueras de París para que se distraiga, le escribe una breve carta a Arbois: “Querido señor Pasteur: estoi vien y duermo vien y tengo mucha ambre. Me lo e pasado muy vien en el campo. Me a dado pena bolber a Paris.” Hasta el 27 de julio no regresa Joseph a Alsacia. Su estado de salud sigue siendo bueno. Pasteur ya está completamente tranquilo.

Ha vencido a la rabia, y para él nada tiene mayor importancia. Por lo tanto, cuando, a finales del mes de agosto, Léon Say le sugiere que se presente como candidato a la diputación, Pasteur rechaza la oferta sin sentir frustración alguna por ello: “Quizá caería en esa tentación si pensara que no podía ya trabajar mucho en el laboratorio. Espero que todavía seré capaz de llevar a cabo algunas investigaciones y, en cuanto regrese a París, empezaré a organizar un servicio contra la rabia que me va a tener muy ocupado. Poseo un método muy perfeccionado de profilaxis de este terrible mal, tan seguro para las personas como para los perros, del que podrá beneficiarse antes que nadie su departamento, que tiene que pasar por tantas pruebas cada año por culpa de dicha enfermedad.” Y, por vez primera, añade la siguiente confianza: “Antes de salir para el Jura, me atreví a tratar a un pobre niño de nueve años que me trajo su madre desde Alsacia, donde un perro, el 4 de julio pasado, lo había tirado al suelo y mordido en ambos muslos, en ambas piernas y en la mano, en condiciones tales que la rabia habría sido inevitable. En estos momentos su salud sigue siendo buena.”

El propio tono de esta declaración indica a la perfección la extremada prudencia de Pasteur: ha tardado en revelar la hazaña. Sólo ha informado en el acto a pocas personas y de mucha confianza. Será, precisamente, una indiscreción de Léon Say la que permitirá que el *Diario de debates* sea el primero en difundir la noticia: ¡Pasteur ha curado a Joseph Meister, que está ya para toda la vida protegido de la rabia!

Inmediatamente, antes de que Pasteur tenga tiempo de comunicarle sus resultados a la Academia de Ciencias y a la de Medicina, su victoria rebasa los límites del mundo científico y se convierte en una revancha patriótica. Pues los Meister son alsacianos y, por lo tanto, súbditos alemanes desde 1871. Pero quien ha salvado al niño ha sido Pasteur y no un compatriota de Koch... Por una carta que Pasteur le envía a Joseph el 27 de noviembre de 1885 sabemos, por otra parte, que se han llevado a cabo investigaciones que pretendían minimizar el acontecimiento: “Me he dado perfecta cuenta de que las autoridades alemanas han realizado una investigación muy minuciosa acerca de tu accidente del 4 de julio pasado. He creído comprender también que han tenido la pretensión de pensar que el perro que te mordió no estaba rabioso, pues así, con esas dudas, se puede empañar la importancia de los estudios que me han permitido atreverme a utilizar contigo, y por vez primera desde que el mundo es mundo, un tratamiento que impide la aparición de la rabia. En todas partes hay envidiosos, y los científicos alemanes, sobre todo algunos, lo están de los científicos franceses, que les pasan por delante en la búsqueda de la verdad.”

Pasteur sigue, por tanto, carteándose con el niño y se dirige siempre a él en ese tono tan peculiar en el que mezcla un paternal afecto con temas de la profesión. También le manda una foto suya dedicada y sellos de correos para que le conteste... A partir de 1885, Pasteur se interesa por la educación de Joseph Meister y se preocupará por su salud y su porvenir hasta el punto de abrirle una cartilla de ahorros para sus gastos. La familia Meister acepta estos detalles con agrado, e incluso los propicia: le piden a Pasteur que intervenga para encontrarle un trabajo a Meister padre, y, luego, llegado el momento, al hijo. Quieren escapar de la tutela alemana. Pasteur hace cuanto está en su mano. ¡Mucho más adelante, Joseph se convertirá en portero del Instituto Pasteur!

### Jean-Baptiste y Louise

Nada más volver Pasteur a París, a principios del otoño de 1885, tiene que enfrentarse a otro caso de rabia. La víctima es, en esta ocasión, un pastor de quince años, Jean-Baptiste Jupille, que vive no lejos de Arbois, en Villers-Farlay, en el Jura.

Un perro vagabundo con las fauces llenas de espuma había atacado a seis pastorcillos que estaban cuidando sus rebaños de ovejas en un prado. Para permitir a sus compañeros que huyeran, Jupille, el de más edad, se abalanzó hacia el perro, con el látigo en ristre. El animal lo mordió en la mano derecha, pero el adolescente consiguió derribarlo y librarse de él. Le enrolló la correa del látigo en el hocico antes de darle un golpe en la cabeza con el zueco y ahogarlo en un riachuelo vecino.

El perro está muerto y bien muerto, pero la autopsia confirma que estaba rabioso. Y Jupille tiene varias mordeduras profundas. Hay que intervenir sin perder tiempo.

Pierre-Joseph Perrot, alcalde de Villers-Farlay, conoce algo a Pasteur. Le escribe en el acto. Pasteur responde a vuelta de correo: recuerda cómo acaba de salvar a Joseph Meister y declara que está dispuesto a hacer lo mismo por Jean-Baptiste Jupille. Para que todo quede bien claro, añade todas las precisiones necesarias:

*“Las mordeduras de Jupille son del 14 de los corrientes. Usted recibirá esta carta el 18. El niño llegará el 20 por la mañana o el 19 por la noche. Las mordeduras serán ya de seis días; las de Meister sólo eran de sesenta horas y mis experimentos no me permiten saber aún con qué plazo cuento, a partir del momento del mordisco, para comenzar el tratamiento. Le diré, no obstante, que he conseguido que resistieran a la rabia perros cuyas mordeduras eran de seis y de ocho días. El niño debería quedarse aquí diez o doce días, quince como mucho. Como lo más probable es que no tenga dinero, lo alojaré en una habitación del laboratorio. Lo atenderemos y podrá ir y venir sin tener que guardar cama. Lo único que le haremos será ponerle una inyección rápida, que no le dolerá más que si pinchara con un alfiler. Bastará con que el municipio pague el viaje de ida y vuelta. Ya le pagué todos los gastos de que antes he hablado a Meister. También es cierto que lo hago porque se trata de mis primeras pruebas.”*

Nada más llegar a París, instalan a Jupille en la calle de Vauquelin, en el anexo del laboratorio de la calle de Ulm. También esta vez alcanza el tratamiento un éxito indudable. A finales de octubre, Jupille no sólo está fuera de peligro, sino que puede volver a sus montañas del Jura con una cartilla de ahorros en el bolsillo, en la que el Instituto de Francia ingresará la nada despreciable cantidad de mil francos, pues, en la Academia, Pasteur ha abogado por que se le conceda el premio Montyon al mérito, al joven pastor, para recompensarlo por su heroico comportamiento.

Por todas estas circunstancias, la curación de Jupille destaca en la prensa mucho más que la de Meister. Cierto es que el niño de Alsacia curó durante las vacaciones de verano, lo que, desde luego, le restó fama. Jupille, en cambio, se hace célebre enseguida. Por todas partes se cuentan su aventura y el tratamiento que le han aplicado. Se alaban su valor y su abnegación. E, incluso, el escultor Truffaut realiza en su honor un grupo de bronce que, más adelante, colocaron en el jardín del Instituto Pasteur, donde, por cierto, Jupille residió como portero (¡él también!). Luciendo muy ufano su elegante uniforme, se convirtió en el ojito derecho de los visitantes y de los periodistas... ¡Qué duda cabe de que fue el personaje más fotografiado de la calle de Dutot!

Pero, como es lógico, donde más revueltas andan las aguas por el atrevimiento y los éxitos de Pasteur es en los ambientes científicos. El 26 de octubre de 1885, Pasteur da cuenta oficialmente ante la Academia de Ciencias del tratamiento aplicado a Joseph Meister y a Jean-Baptiste Jupille. Apenas

ha terminado de hablar, Vulpian pide la palabra: “¡La rabia, esta enfermedad terrible contra la que todos los intentos terapéuticos habían fracasado hasta ahora, tiene cura por fin! El señor Pasteur no ha tenido más precursor que él mismo en esta vía y, siguiendo durante años los pasos de una ininterrumpida serie de investigaciones, ha conseguido crear un método mediante el cual está demostrado que se puede evitar la rabia en el hombre recién mordido por un perro rabioso. Y digo que está demostrado porque, por lo que he visto en el laboratorio del señor Pasteur, no dudo de que este tratamiento tendrá éxito en todas las ocasiones en que se pongan en práctica todos sus pasos pocos días después de la mordedura rábica.”

Los afortunados intentos que Pasteur acaba de realizar justifican este entusiasmo, que, no obstante, es prematuro. Se ha admitido, se ha asentado con excesiva rapidez la victoria sobre la rabia porque a estos dos primeros casos oficiales no se los ha sometido a un auténtico control. Y de esta forma se desbaratan la legendaria prudencia y la obsesiva rigurosidad de Pasteur: no puede negarse a organizar un servicio que trate la rabia en el propio laboratorio de la calle de Ulm. Desde cualquier punto se acude allí en cuanto aparece en algún sitio un perro rabioso. A principios de diciembre de 1885 ya se han culminado, o están en marcha, ochenta tratamientos.

Joseph Grancher tiene a su cargo las inoculaciones, mientras que Eugène Viala se ocupa de las preparaciones de médula rábica, bajo la vigilancia suprema de Pasteur. Se preparan las médulas en una habitacioncita con temperatura constante, donde se alinean frascos de dos aberturas cerrados con tapones de guata. En cada frasco está colgada de un hilo una médula rábica de conejo. Cuando llega el momento, Viala corta en pedacitos con unas tijeras estas médulas más o menos envejecidas y que la potasa ha secado, luego, mete los trozos en frascos etiquetados día a día. Para preparar el inoculado, introduce con una pipeta unas gotas de caldo de buey antes de triturar la médula y de mezclarlo todo. Las dosis de vacuna que corresponden a cada enfermo se aíslan en una serie de recipientes de vidrio que se tapan con un papel para protegerlos del polvo. Cada operación, cada probeta, cada médula los comprueba minuciosamente Pasteur, que siempre permanece al lado de Grancher cuando éste inyecta.

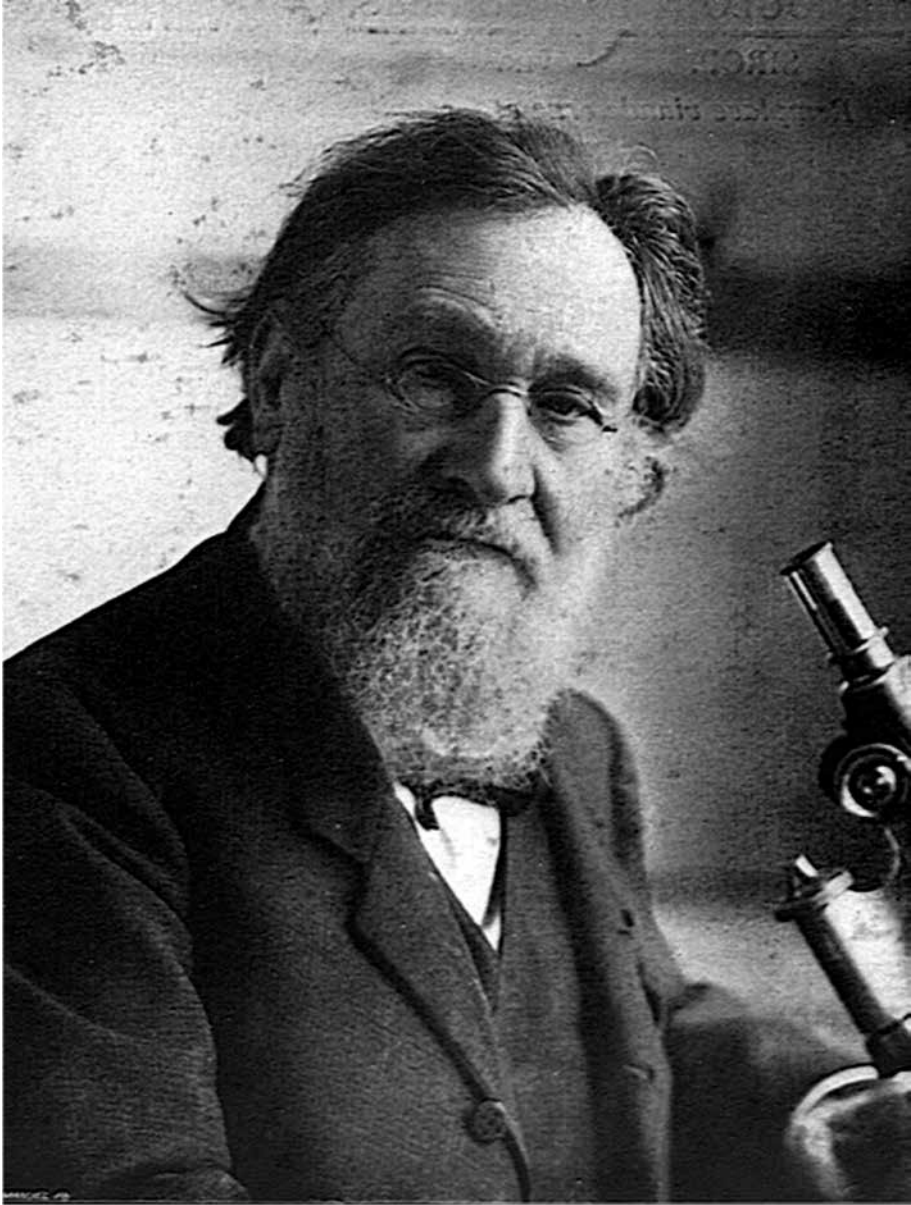
Es el maestro el que responde a las preguntas de los pacientes, pero con frecuencia les aconseja que se dirijan directamente a Grancher, pues afirma no entender gran cosa de medicina: “Yo soy químico, hago experimentos e intento comprender lo que significan...” Puede suponerse el asombro de las familias ante este hombre medio paralítico, de cabello blanco, que, calzada la nariz con unos lentes y tocada la cabeza con un gorro, proclama que él es químico y le asegura a todo el que quiera escucharlo que no es médico y que lo único que sabe es hacer experimentos. Huraño y modesto a un tiempo, Pasteur consigue,



sin embargo, ahuyentar la angustia de todos aquellos que acuden, traídos por la rabia, a la calle de Ulm, buscando supuestos milagros.

Pero lo que no hace Pasteur son milagros e, incluso, tendrá un tremendo fracaso con Louise Pelletier. A esta niña de diez años la ha mordido en la cabeza un perro el 3 de octubre, pero sus padres no la llevan a la calle de Ulm hasta el 9 de noviembre, después de treinta y siete días. Las heridas no se le han cerrado y le supuran. Pasteur vacila, pues el tiempo transcurrido es tanto que el caso parece desesperado. En interés de la ciencia debería negarse a tratar a la niña: sabe que corre al fracaso, y que ello llevará agua al molino de sus detractores, pero ante la insistencia de los padres, ante los sufrimientos de la niña, acaba por ceder.





Élie METCHNIKOFF (1845-1916)

La primera inyección se pone, pues, el 9 de noviembre. El tratamiento concluye el 16. Tres días después, el 19, la niña sufre espasmos convulsivos. Pronto deja de poder tragar. Acude Grancher, que no sabe qué intentar, pero ya no se puede hacer nada. Louise fallece el 6 de diciembre, el mismo día del sepelio de Bouley, uno de los más fieles apoyos de Pasteur en la Academia de Ciencias. Terrible día para el científico, que entierra a un amigo y ve morir a una niña...

Por mucho que Pasteur sepa que este fracaso no invalida su tratamiento, teme el partido que pueda sacar de él la prensa. Le recomienda por escrito a su yerno que sea muy discreto: “Cualquier publicidad puede acarrear los mayores inconvenientes. De las ochenta personas ya tratadas o en tratamiento, muchas podrían asustarse al enterarse de la muerte de Louise Pelletier. Sólo pueden andarse con disertaciones los que no saben qué espanto causa el temor a esta enfermedad. Sólo yo puedo hablar de todas las circunstancias relacionadas con mis enfermos y dar explicaciones concretas que a ellos se refieran.”

No obstante, los adversarios de Pasteur intentan sacarle partido a la tragedia. Pero no consiguen destruir en realidad la confianza generalizada. Y hubieran callado del todo si hubieran podido leer la carta que el padre de Louise Pelletier le envió a Vallery-Radot tras haber leído su *Vida de Pasteur*: “De entre los grandes hombres cuya vida he podido conocer, ninguno me parece más grande. No se me ocurre ninguno que hubiera sido capaz, como él lo fue en el caso de nuestra Louise, de sacrificar largos años de trabajo, de poner en peligro una reputación científica universal y de encaminarse a sabiendas hacia un doloroso fracaso, sólo por humanidad.”

Sin embargo, en el mismo momento en que sucumbe Louise Pelletier, la noticia del triunfo está cruzando los mares. Hasta el momento, las investigaciones de Pasteur sólo las conocían allende el Atlántico unos pocos especialistas. Pero, en diciembre de 1885, se difunde la noticia de que a cuatro niños americanos, hijos de trabajadores del puerto de Newark, cerca de Nueva York, los acaba de morder un perro rabioso. Le preguntan a Pasteur por cable si puede tratar a esos niños. Acepta con la condición de que las víctimas puedan embarcar en el acto rumbo a Francia. El *New York Herald Tribune* tiene que organizar una suscripción para pagar el viaje, pero los cuatro americanitos llegan a tiempo a París y se salvan. Durante varias semanas, su aventura ocupa las primeras páginas de todos los diarios americanos. Para Pasteur y sus teorías, ello supone una publicidad inesperada e inigualable.

En marzo de 1886, será Rusia quien recurra a Pasteur. En la región de Smolensk, un lobo rabioso ha ido sembrando el terror a su paso antes de que lo mataran a hachazos. Se cuentan diecinueve víctimas, cuyas heridas son particularmente espantosas. A una de ellas, un pope, lo atacó el lobo cuando se dirigía a la iglesia y le arrancó el labio superior y la mejilla derecha; a otra, le destrozó la cara con los colmillos. En el acto, los desdichados parten hacia París, donde llegan en un estado desastroso. Cinco están tan graves que tienen que llevarlos urgentemente al Hôtel-Dieu. En vista de la gravedad de las heridas y del tiempo transcurrido, Pasteur decide hacerles inoculaciones dobles: por la mañana y por la noche. Durante el tratamiento, estos mujics envueltos en sus amplias hopalandas de piel y con la cabeza y los brazos vendados resultan un curioso espectáculo mientras hacen cola para que los inoculen por

turno... Ninguno habla francés. Tres mueren antes de concluir el tratamiento, pero los otros dieciséis vuelven a su patria poco después.

Al enterarse de semejante éxito, el príncipe Alejandro de Oldenbourg decide fundar en San Petersburgo un laboratorio antirrábico donde se pueda vacunar según los métodos de Pasteur. Será Adrien Loir quien se ponga en camino hacia San Petersburgo el 14 de julio de 1886, con una jaula en la que lleva dos conejos rabiosos, mientras el general Boulanger, ministro de la Guerra, caracolea en los Campos Elíseos montado en su caballo negro...

Y de esta forma el tratamiento antirrábico se va extendiendo progresivamente por toda Rusia. De forma muy particular en Odesa, donde un genial biólogo, Élie Metchnikoff, vicedirector del laboratorio antirrábico, aplica la técnica de desecación de cerebros de conejo y se convierte en uno de los más fervientes partidarios de Pasteur. A no mucho tardar, empiezan a hacerse vacunaciones en Londres, en Viena, en Jena, en Varsovia...

A la calle de Ulm acuden desde todos los rincones. Grancher no da abasto. Pasteur contrata entonces a dos jóvenes catedráticos de la Facultad de Medicina, André Chantemesse, alumno de Charcot, y Albert Charrin. Un cirujano, amigo también de Grancher, Octave Terrillon, acude para dirigir el servicio quirúrgico de urgencias y curar las heridas de las personas que sufren mordeduras. Poco a poco, el laboratorio de la Escuela Normal se va pareciendo cada vez más a una Corte de los Milagros.

“De mil doscientos treinta y cinco franceses, de Francia y de Argelia, tratados preventivamente contra la rabia en mi laboratorio —afirma Pasteur en agosto de 1886—, el tratamiento sólo fracasó en tres casos. Desafío a cualquiera a que desmienta estos hechos y estas aseveraciones.”



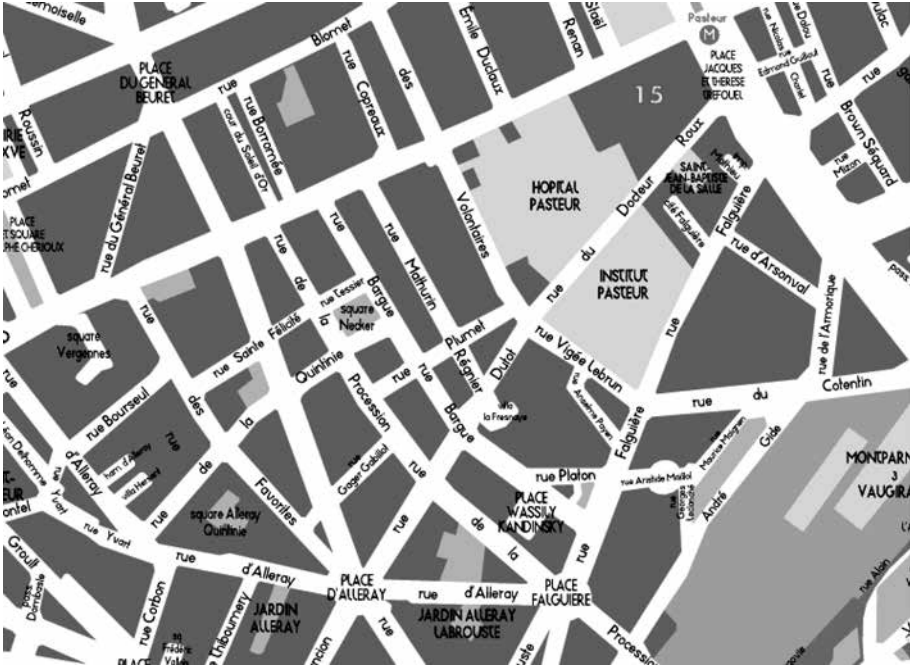


La École Normale Supérieure se fundó en París en 1794, durante la Revolución Francesa, para capacitar a los futuros docentes de la nación de acuerdo con el espíritu crítico y secular de la nueva República. En 1847, la École Normale Supérieure se trasladó a su ubicación actual en la rue d'Ulm, en la Montagne Sainte-Geneviève, cerca de la Sorbona y del Collège de France.

Louis Pasteur (1822 - 1895), ilustre erudito, administrador y director de estudios científicos para la ENS era la autoridad y la disciplina encarnada. Desde su llegada en 1857, él propuso regularmente reformas que creyó que eran indispensables. Modernizó los laboratorios y creó, en 1864, los Annales Científicos de la ENS, una publicación de alto nivel que garantiza la nueva influencia de la ENS en el hogar y en el extranjero. Allí realizó durante muchos años sus experiencias de laboratorio que concluyeron con la prueba de la vacuna antirrábica en 1885.



Institut Pasteur, Paris



*Desmodus rotundus*



El Palacio de la Sífilis, devenido en sede del Ministerio de Salud Pública, en Montevideo, Uruguay, obra del Arq. Juan Veltroni.





Por esta puerta entró muchas veces el Dr. Bernardo Porzecanski llevando sus proyectos y buscando la solución a su diferendo con el MSP. En el balcón del 2º piso tuvo su despacho el Ministro infame que terminó su carrera política como presidente de facto.



## EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX UN MINISTRO CIERRA EL INSTITUTO ANTIRRÁBICO Y SUMARIA A SU DIRECTOR

Cuando a fines de abril de 1961 Aparicio Méndez Manfredini se hizo cargo del Ministerio de Salud Pública, le llamó la atención que existiera un Instituto Antirrábico, siendo que hacía décadas que en Uruguay no había casos de rabia animal ni humana, según le informaron. En lugar de tomar esta información en sentido positivo, un halago para el País por su excelente política llevada hasta el momento en materia de prevención y tratamiento de los afectados, dedujo que el Instituto era innecesario y por tanto debía clausurarse, asignándole al Laboratorio Central las funciones que este Instituto Antirrábico poseía.

Sin duda no actuó él solo, en materia de la que era absolutamente ignorante. El Director de la División Higiene del MSP que debía asesorarlo no lo hizo adecuadamente, o sencillamente se desentendió del asunto, asumiendo una actitud de “obediencia debida”. Nada de extrañar en un personaje oscuro que reunía todas las características para obtener el premio al mayor burócrata del Estado.

El Dr. José Arturo Lorenzo, que no tenía antecedentes en la materia, por más que fuera médico dedicado al laboratorio clínico y la anatomía patológica, se sintió de pronto encumbrado a una nueva jerarquía, para liderar algo de lo que era desconocedor absoluto, como surge de sus afirmaciones publicadas en la prensa de la época y que aquí se han reproducido.

Pero además había otras *razones ocultas*.

Desconociendo la ineficiencia del Centro de Estudio y Prevención de la Hidatidosis, pero privilegiando la amistad con el Dr. Velarde Pérez Fontana, el Ministro no sólo le asignó la sede del Instituto Antirrábico a Velarde Pérez,

para sus supuestos estudios e investigaciones, y además lo premió con la publicación de varios libros de su autoría, llegando a prologarlos.

Velarde Pérez, además de Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil, era un bibliófilo destacado, poseedor de una nutrida biblioteca de autores clásicos de la historia de la Medicina, y un estudioso de la obra de Andreas Vesalius. Durante 38 años acumuló libros y referencias sobre este ilustre anatomista que revolucionó la historia de la Anatomía y preparó un libro, de gran formato, que era una reproducción comentada de la obra de aquel insigne autor, titulada *Andreas Vesalius Bruxellensis y su época*. Dicho libro le fue editado por el Ministerio de Salud Pública en la Imprenta Nacional, bajo el subtítulo de “Publicaciones de la Biblioteca de Salud Pública”.

La edición de 512 páginas en formato de 26 x 34 cms, cuenta con un Proemio escrito por el mismísimo Aparicio Méndez, de 4 páginas, que transcribimos:

*No se justificaría este prólogo, que acaso postergue en algunos minutos el contacto del lector con tan magnífico libro, si no fuera necesario, precisamente por la desacostumbrada dimensión de la obra y la densidad de su contenido, presentar y situar al autor. Esto, que en su medio y en muchos centros científicos prestigiosos parecerá innecesario, adquiere justificación si consideramos que estas páginas están llamadas a llegar a los más apartados rincones de la tierra donde se hace ciencia y, en el tiempo, a mantener la permanente atención de los estudiosos como fuente de consulta.*

*Sorprende, desde el primer momento en que se inicia la lectura, el vasto conocimiento que revela el autor, el dominio de las ricas y agitadas corrientes ideológicas que sacudieron al mundo pensante de la época que analiza y la perspectiva histórica que permite enlazar la vida de los grandes centros culturales de aquel período. Ninguna de las vetas que enriquecieron el caudal científico de la Edad Media y el Renacimiento dejan de anotarse en su análisis, desde las que tuvieron dimensión capital hasta las secundarias que afloraron por un tiempo y siguieron luego el curso en espera de su momento histórico; los hombres, con su obra a cuestas, los choques de temperamentos y tradiciones, la vida oficial e íntima de las grandes Universidades, todo desfila en un orden admirable en las páginas de este trabajo que debe leerse por etapas, como se hacen las jornadas difíciles, deteniendo el paso a menudo para restaurar las fuerzas que se agotan.*

*Y en el centro de este escenario se mantiene con un invariable grado de interés la figura gigantesca de Vesalio, que ahora, desembarazada de lo que es accidental, parece elevarse dominando su tiempo. El autor rehízo el itinerario del ilustre personaje, estudiando, viviendo, con las diferencias que marcan los años, los distintos ambientes que él frecuentó; visitando los centros que lo vieron padecer el tormento de su creación y, muchas, muchísimas veces, recorriendo con su mirada las mismas páginas que leyó Vesalio y, acaso, en algún momento fue transportado en un trance científico a los instantes que, sumados, constituyen la existencia de aquel genio.*

*La bibliografía acumulada, las horas arrancadas a largas y duras consultas de bibliotecas seculares a través de sus peregrinaciones científicas, representan un consumo de energía intelectual, una persistencia en el esfuerzo, que solo pueden ser posibles en medios de avanzadísima cultura y realizados por hombres que se sustraen a la vorágine de la vida para actuar en el apartado gabinete que les señala como única senda la de un propósito específico. Y sin embargo, el Profesor Velarde Pérez Fontana Cirujano del Hospital Maciel de Montevideo ha podido amasar esa cultura excepcional y concretar ésta, como otras obras vastísimas que están próximas a llegar a la imprenta, sin renunciar a la lucha cotidiana, actuando en la profesión y en la cátedra con una tensión espiritual que le ha trazado perfiles inconfundibles en nuestro medio. Trataremos de explicar este raro fenómeno, situando al autor, que tuvo la suerte de venir al mundo en circunstancias que se conjugaron para imprimir ese sentido a su destino. Nació y pasó su niñez en Nueva Palmira (Puerto de las Higuieritas y Fondeadero de San Lázaro, señalado en la historia desde 1527) frente a la confluencia del Paraná y el Uruguay, donde su abuelo, don Felipe Fontana, estableció al promediar el siglo pasado un emporio que fue uno de los últimos trasplantes materiales y espirituales de las Repúblicas Italianas de Génova y Venecia al Río de la Plata. En aquel ambiente de amplitud porteña se fundó en 1869 la Sociedad Amigos de la Educación Popular, movimiento coincidente con el de José Pedro Varela de Montevideo que organizó la instrucción primaria en nuestro país. La biblioteca que lleva el nombre de uno de los co-reformadores de la Instrucción Primaria, Jacinto Laguna, y de la Logia Isis, fueron las dos primeras de carácter popular establecidas en el Interior del país. Recuerda que a los 11 años su padre lo llevó en un "Pailebot" al Puerto del Sauce y de ahí a la Colonia Piamontesa donde funcionaba un colegio custodiado por el Consistorio de la Iglesia Valdense: LUX LUCENT IN TENEBRIS. Su permanencia de seis años en el Colegio Valdense, señaló su suerte, porque en el seno de aquella Institución que era un oasis, como la Colonia Suiza, en la vida económica y social del país, formaría su personalidad moral e intelectual. Allí, en el estudio de la Biblia, latín, francés, alemán e inglés, junto con los cursos universitarios, dentro de un ambiente europeo dirigido por maestros disciplinados y de cultura humanista abrió su espíritu a la luz. De ese Colegio nombra con cariño a sus maestros Juan Pedro Gonnet, a Enrique Revel, "el hombre más santo que conocí en mi vida azarosa" – me dice en una carta –; el pastor don Daniel Armand Ugón, "de luengas barbas bíblicas", a Anita Armand Ugón, a Enrique Pons y Luis Jourdán. De esas Colonias y de ese Colegio, con tales maestros, el país ha recibido el regalo de grandes hombres incorporados a distintos órdenes de actividades. Ya en la Capital se recibió de médico en nuestra Facultad haciendo de la Anatomía su disciplina favorita, en cuyo estudio y enseñanza se identificó con el Profesor Ernesto Quintela y con Lorenzo Mérola, su primer alumno y asistente. En 1925 obtuvo el título de Profesor Agregado de Cirugía de la Facultad de Medicina y al año siguiente una beca de la Fundación Mayo (Rochester, Min-*

nesota, U.S.A.). En la clínica Mayo, luego de visitar los Centros más importantes de América del Norte, estudió Patología bajo la dirección de William Carpenter; Mac Carty y la supervisión de Donald C. Balfour. En su visita a Boston se sintió deslumbrado por la fascinante apostura de Harvey Cushing. “El 30 de abril – me refirió con entusiasmo juvenil, – después de una larga intervención requirió nuestra presencia y tras un interrogatorio sobre el nivel cultural de nuestro país me preguntó si conocía a Vesalio y a Seruet. Ahí comenzó mi interés por el estudio, – continuó, – que originó en mi un estado de espíritu que me acompaña desde entonces y constituyó un acontecimiento que siempre figuró en la vanguardia de mi vida intelectual”. Viajó más tarde a Europa donde al pie de la montaña de Santa Genoveva (Rue des Écoles No. 33) vivió con Rogelio Risso escudriñando los secretos del viejo París universitario y asombrándose en los Museos y las Bibliotecas que la culta Francia atesoró para luego entregar al mundo. Don Pío del Río Hortega y don Américo Castro le mostraron el viejo Madrid de los Asturias [Austrias] y lo guiaron en el mundo infinito de las Bibliotecas españolas. De vuelta a su patria es designado Catedrático de Patología Quirúrgica y más tarde Profesor de Anatomía Topográfica y Operaciones de la Facultad de Medicina en el Decanato del Profesor Alfredo Navarro para recibir luego de manos de otro de los grandes de la medicina y cultura nacionales, el Profesor Eduardo Blanco Acevedo, la Dirección del Centro de Estudios y Profilaxis de la Hidatidosos [Hidatidosis]. Fundaría más tarde, en la primavera de 1941, en la ciudad de Colonia, (Uruguay) la Asociación Internacional de Hidatidología, para recibir en el Congreso Internacional de Hidatidosis de Madrid, en 1954, el título de Presidente Perpetuo de la Asociación Internacional. Desde que Cushing despertó con la varita mágica de su personalidad el interés por Vesalio, Velarde Pérez Fontana lo incorporó al cúmulo de sus preocupaciones y casi día tras día le prestó un poco de atención, acumulando datos, recurriendo a todas las fuentes, adquiriendo raros y costosos libro[s] sobre el tema y ordenando las ideas que ahora cristalizan en esta obra monumental. Hay en las páginas que siguen, pues, condensados 38 años de trabajo científico que despiertan la admiración y que deben considerarse un ejemplo notable de persistencia, sacrificio y capacidad, – lo repetimos – muy pocas veces visto.

El siglo XVI recogió y dio a su vez una cantidad jamás igualada de valores cumbres en todos los órdenes del conocimiento. El autor en ningún momento pierde la línea de referencia necesaria para mantener en su exacto sitio la figura de Vesalio dentro de ese grandioso conjunto. El que intentara la difícil tarea de indizar los nombres de las grandes figuras científicas y artísticas que se mencionan en este libro, seguramente, por más vasta que fuera su cultura, quedaría anonadado ante su número y su valor. Nunca, en efecto, – insistimos, – la historia recogió hombres dotados de tantas aptitudes ni se dejó tanto para la posteridad. En ese momento único se movió Vesalio y ahí lo estudia, agotando el tema.

*La obra formalmente ofrece tres aspectos fundamentales: el estudio de la época, la personalidad y la obra de Vesalio, la presentación gráfica de la misma y el análisis de los criptogramas.*

*El primer aspecto, desde luego capital y probablemente imposible de superar, no alcanza a quitarle importancia al aporte gráfico. Véanse, para señalar notas salientes, los frontispicios de la Fábrica, examínense rápidamente los personajes en ellos dibujados y piénsese que el autor, después de cuatro siglos de su publicación, ha individualizado a los personajes y se tendrá una idea de lo que representa este esfuerzo como obra de investigación y como prueba de conocimiento de la época. Y es interesante anotar que en esos grabados estaban identificados hasta entonces únicamente Vesalio y Colombo, figurando como discutido Falopio.*

*Lo mismo puede decirse de los estudios criptográficos. El desentrañamiento o desglose de las sombras para poner de manifiesto las figuras soslayadas entre los personajes de la escena, disimulados en la penumbra, fue una tarea de observación continuada y depurada que obligó a someterlos a la autocrítica a través del análisis de la historia de cada personaje con relación al ambiente. Este esfuerzo en un tema tan alejado de la preocupación de nuestros contemporáneos nos pone frente a un mundo prácticamente desconocido para quienes tienen la suerte de vivir en una era de libertad y en un medio en los que se puede pensar, escribir y dibujar todo lo que el espíritu alberga.*

*Para terminar, señalamos la originalidad del autor al sintetizar lo que en una obra común sería una bibliografía, con el nombre de Vesalianos, en capítulo final, los nombres de Instituciones, Escuelas y hombres que siguieron la luz de la gran figura.*

*Es para mí sin otros títulos que el mero accidente de ocupar el Ministerio de Salud Pública de mi patria, y la amistad con el autor, un gran honor presentar esta obra y este maestro. La literatura uruguaya en su expresión cultural general y específicamente en la médica, recibe con este libro un aporte muy difícil de superar. Con Vesalio el nombre del Uruguay y el prestigio de su Universidad ocuparán un lugar señaladísimo en todas las grandes bibliotecas que ennoblecen la ciencia médica.*

Aparicio Méndez.<sup>54</sup>

Hay un párrafo en la obra de Velarde Pérez, que tal vez podría identificar al Ministro y a sí mismo:

*Vesalio fue un flamenco orgulloso, pagado de sí mismo, que todos los enemigos que se procuró los debió a su indiferencia por los demás su "docta ignorancia" de los trabajos de sus contemporáneos y su desprecio. Era un flemático que nunca habló mal de nadie pero que explotó a todo el mundo y fue sembrando odios por su indiferencia. Sólo alabó a sus conciudadanos S. Calcar, a Bomberg y a N. Stopius y a algún otro cuando necesitó sus favores pero menospreció a todos los demás.*<sup>55</sup> El narcisismo de

<sup>54</sup> Aparicio Méndez lo firma, pero salvo el último párrafo parece difícil que haya salido de su pluma el resto del Proemio.

<sup>55</sup> PÉREZ FONTANA, Velarde: op cit. p. 283.



LOS HERMANOS PÉREZ FONTANA: SENTADOS Hispano, Palmira, Velarde; de pie: Vicente, Sagunto, Daoiz, Ataulfo y Medulio (circa 1969).

ambos personajes era una de sus características esenciales. ¡¡¡Hay que ver la opinión de quién era que sabía más de hidatidosis en el Uruguay!!!, como se consigna en un documento reseñado en este trabajo.

Para apreciar la personalidad de este autor tan alabado por el Ministro, vale señalar que el libro no tiene colofón que indique la fecha de su impresión, pero sí en cambio un recuadro con la advertencia:

#### *Erratas*

*Hay en el texto muchos errores tipográficos, de puntuación y de composición que los entendidos disimularán y que será pasto para los trasladantes, correctores y críticos atramentosos que no tienen vela.*

*El autor.*

El libro es muy rico en la información que provee, de una manera desordenada como eran todas las exposiciones de Velarde Pérez, yéndose por las ramas permanentemente. Y por supuesto, plagado de erratas de la primera a la última página. De ahí que la advertencia final, viene a ser un pedido de perdón al lector por tanto desatino y desprolijidad, al comunicar tema tan importante.

Extraña circunstancia ésta de que el propio Ministro de Salud Pública promoviera la publicación de una obra (en realidad fueron cinco tomos, el de Vesalio y cuatro más) tan fuera de los intereses generales de su propia compe-



tencia ministerial, cuando dejó de lado otras muchas, que por no ser los autores de su amistad, no tuvieron la fortuna de ver la luz de la imprenta.

La amistad con el autor y el mero accidente de ocupar el Ministerio de Salud Pública de su patria, le permitió a este Ministro editar, por la misma vía, vale decir, a expensas del Estado, vía Imprenta Nacional, los cuatro tomos de la Historia de la Medicina en el Uruguay, del mismo autor. Velarde Pérez pensaba hacer una obra de mucha mayor extensión, pero aparentemente la caída de su amigo el Ministro, hizo declinar su estrella editora.

La amistad podría ser personal o de otro orden. Eso quedará en el más oscuro misterio. ¿Sería la simpatía con alguien oriundo del interior, como él? ¿Pertenería a alguna institución secreta que desconocemos que los hubiera vinculado? No hay respuesta a la vista. Pero sin duda, debe haber intervenido la intermediación del hermano de Velarde, el Prof. Dr. Sagunto Pérez Fontana, también antiguo Profesor de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y autor de textos aún recurridos sobre las Sociedades Anónimas, Concordatos y demás, que utilizan abogados y escribanos.<sup>56</sup> Y asimismo hermano de un marino y estudioso destacado, el Capitán de Navío Hispano Pérez Fontana.<sup>57</sup> No

56 El Dr. Sagunto Felipe PÉREZ FONTANA, fue abogado, especialista en Derecho Comercial, nacido el 17.2.1903. Fueron sus padres Vicente A. Pérez y Ana Manuelita Fontana. Su Esposa: Elsa Prando Bauzá. *Su actuación*: Profesor de Derecho Comercial (2 cátedras) en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales (1938-76). Consejero de la Facultad de Derecho (1949-53, 1957-68); Decano Interino en varias oportunidades. Delegado de la Facultad de Derecho a: Congreso de Facultades de Derecho Latinoamericanas (Lima, 1961, Santiago 1963, Montevideo, 1965); Jornadas de Derecho Comparado Chileno-Uruguayo (Montevideo 1958, Santiago 1960, Montevideo 1961, Santiago 1963); de Derecho Franco-Latinoamericano (Montevideo, 1948); sobre Proyección Jurídica Institucional del Desarrollo (Arica 1960); Rioplatense para la unificación de la Legislación (Buenos Aires, 1956); sobre Problemas del Desarrollo con la Técnica y el Derecho (Buenos Aires, 1960); de Derecho Comparado Rioplatense (Santa Fe, 1960). Integró Delegación Uruguaya a la VII Conferencia de la International Bar Association (Montevideo 1951, Buenos Aires 1957). *Actualmente es Profesor Jubilado*: Asesor de Establecimientos del Cerro S.A.; Encargado por el Ministerio de Justicia para la Reforma del Código Comercial. *Miembro* Correspondiente del Instituto de Derecho Comparado, México; del Instituto Argentino de Derecho Comercial; del Instituto Internacional de Estudio y Documentación en materia de concurrencia comercial (Bruselas); de la Academia Nacional de Economía. *Distinciones*: Comendador de la Orden del Mérito de Chile; Medaglia di Bronzo Ricordo de la R. I. Italiana. Aficiones preferentes: la docencia; el estudio del Derecho; Historia, Música y Literatura. *Quién es Quién*, Montevideo, 1979-80, p. 270.

57 El Capitán de Navío Hispano Vicente PÉREZ FONTANA, de profesión Marino Militar, Especializado en Cuerpo General, nacido en Nueva Palmira (Dpto. Colonia) el 15 de agosto de 1904. *Sus Padres*: Vicente Antonio Pérez y Ana Manuela Fontana. Esposa: Lilia Garrasino. Hijos Álvaro y Graciela. *Estudios y cursos*: Meteorología (Facultad de Ciencias, Madrid, y Servicio Meteorológico de España; Oceanografía, en el Instituto Español de Oceanografía. *Actuación*: Oficial del Servicio Oceanográfico (1936) y Jefe Inspector Interino. Dirigió la Primera Campaña Oceanográfica del Río de la Plata (1937-38) con el buque "Aspirante". Gerente General del SOYP (Servicio Oceanográfico y de Pesca) (1945). Inspector de Cursos y Escuelas en Marina de Guerra Uruguay (1950). Director del Servicio de Meteorología (1956). Sub Secretario del Ministerio de Defensa Nacional (1959-65). Asesor Técnico del Directorio de ANCAP (1972) para estudios y compra de la Boya Petrolera. Profesor de Geografía Marítima (Escuela Naval); de Logística (Escuela de Guerra Naval); Profesor fundador del Instituto de Profesores Artigas (IPA) formador de los profesores de Enseñanza Secundaria; Profesor de Geografía, Física y Asesor en Ciencias (IPA); Profesor de Cosmografía y Ciencias Geográficas (Enseñanza Secundaria). Miembro Interventor del Consejo de Enseñanza Secundaria durante el último tramo de la Presidencia de Jorge Pacheco Areco (1967-1971) presidido por Armando Acosta y Lara Díaz e integrado además por Antonio Escanellas, Simodosio Morales y Luis Beltrán, mientras que UTU pasó a ser dirigida por Enrique Penadés, Efraín

es de extrañar que existiera conocimiento y trato frecuente entre este último y Aparicio Méndez, puesto que Hispano Pérez Fontana fue Subsecretario de Defensa Nacional en el mismo período que integró Aparicio Méndez el Gabinete ministerial.

Que Aparicio Méndez era un hombre arbitrario y despótico, además de anti-universitario, puede verificarse con un gesto de sanción a otro médico. En este caso contra un médico pediatra de guardia del Hospital Pereira Rossell, el Dr. Leandro Rodríguez Martinicorena. Quien también fue sumariado en mayo de 1964 por haber reclamado en buenos términos al personal de servicio que le sirvieran la cena en el hospital a los Practicantes Internos que estando de guardia no habían podido hacerlo en hora por encontrarse ayudando en sala de operaciones en intervenciones de urgencia. Ese gesto motivó una inmediata conferencia de prensa del Sindicato Médico y un paro médico nacional de protesta.

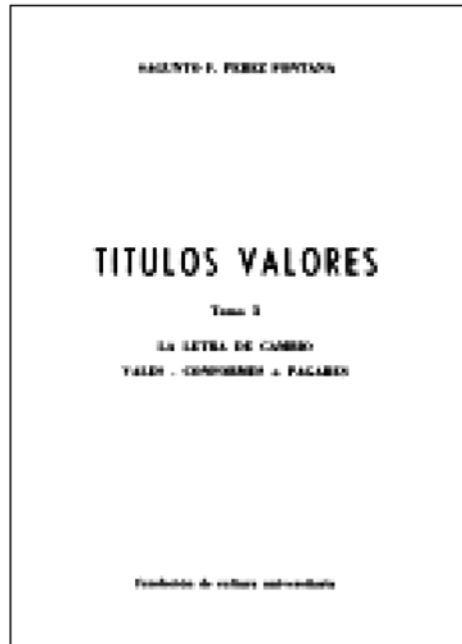
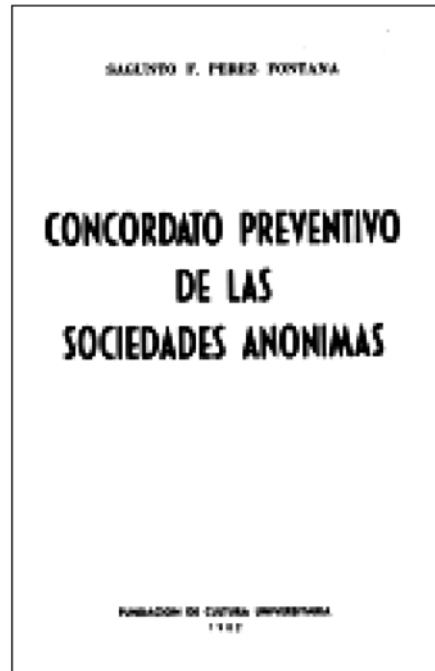
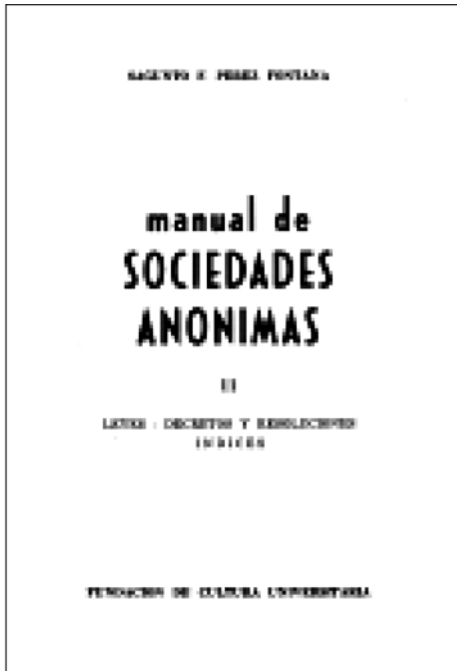
Todavía el 3 de marzo de 2000 (casi cuarenta años después) el flamante ministro de Salud Pública Cr. Horacio Fernández Ameglio prometió que todos los ascensos e ingresos a la cartera serán provistos mediante concursos, eliminando así la característica de “club político” que el ministerio poseía hasta el presente. Los dos antecesores del novel secretario de Estado quincista pertenecían al Foro Batllista: Raúl Bustos y Alfredo Solari.<sup>58</sup> El “pecado original” venía desde la creación por la sanción del Decreto-Ley 9.202 del 12 de enero de 1934, firmado por Terra y Blanco Acevedo. Si bien el texto disponía que los cargos de todos los escalafones serían provistos por riguroso concurso, el primer gesto de Blanco Acevedo fue dejar de lado el concurso fallado realizado por el MSP para médicos de la Asistencia Pública, entrando a 18 “carneros” digitados por el Ministro. Esto forma parte de la historia del Sindicato Médico, puesto que los desplazados fueron los ganadores del primer concurso para médicos de urgencia que realizó el Centro de Asistencia del SMU en 1936, entre cuyos triunfadores hubo al menos cuatro futuros profesores de la Facultad de Medicina: Hermógenes Álvarez, Juan José Crottogini, Óscar Bermúdez y Ricardo B. Yannicelli.<sup>59</sup>

---

Rebollo y Juan Ángel Parrillo. El 13 de junio de 1971 el Parlamento sancionó la ley N° 13.791 que puso fin a la intervención de la enseñanza media y designó para Secundaria un Consejo Interino presidido por Walter Schettini. Miembro fundador del IUDEG (Instituto Uruguayo de Estudios Geopolíticos). Delegado Uruguayo en importantes Congresos internacionales, entre otros: Conferencia Regional de FAO, en Montevideo, 1950; II Sesión de la Organización Meteorológica Mundial (OMM), Washington DC, 1957; Comisión Mixta para el levantamiento integral del Río de la Plata (1965). Autor de la 1ª. Carta Meteorológica del Uruguay (1935) y de la 1ª. Carta de Pesca de América del Sur (1945), con referencia a la zona de merluza. Actualmente es: Retirado militar. Escribe sobre Futurología. *Distinciones*: Caballero de la Orden del Cruzeiro do Sul (Brasil); Comendador de la Encomienda de la Orden de Isabel la Católica (España). Afiliado al Rotary Club; Club Naval; Silver Gate. *Quién es Quién, 1979-80, p. 270.*

58 Diario *La República* del 3 de marzo de 2000: En: <http://www.lr21.com.uy/politica/4404-msp-fin-al-club-politico-y-reestructura-del-fnr> (Consultada el 3.01.2014).

59 TURNES, Antonio L.: Ricardo B. Yannicelli (1906-1998). En: [http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/yannicelli\\_alt.pdf](http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/yannicelli_alt.pdf) (Consultada el 03.01.2014).



Una vieja anécdota de su época de Presidente de IMPASA, relataba que Aparicio Méndez cayó enfermo y pidió médico de urgencia a domicilio. Fue un médico que lo interrogó y examinó, y terminó haciéndole un tacto rectal. Incómodo y desconfiado del accionar profesional, volvió a llamar en otro hora-

rio al servicio de urgencia, para que le enviaran otro médico. Llegó el segundo médico y procedió de manera igual que el primero, paso a paso. Cuando terminó Aparicio le dijo al médico que ahora lo dejaba tranquilo, porque le había hecho lo mismo que el primero, que finalizó con el tacto rectal, y él creía que se lo habían hecho porque era el Presidente de la Institución, y una maniobra innecesaria. Este segundo médico fue el Dr. Narciso Olarreaga, de quien conocí la anécdota, quien se despachó en términos que son de imaginar, para quienes conocieran la personalidad frontal de este destacado médico salteño y distinguido docente de Clínica Médica, sobre si el ilustre paciente pensaba que tenía una anatomía tan importante como para ser explorada de gusto.

## UNA LIDIA ENTRE DOS *LUCHAS*

**E**ntre los documentos hallados en el legajo del SMU del Dr. Bernardo Porzecanski, encontramos un antecedente valioso: una serie de actuaciones para alertar a las autoridades sanitarias sobre las deficiencias de la lucha Anti-Hidática en el Uruguay. Estos planteos fueron realizados por distinguidos médicos y veterinarios uruguayos, de destacada trayectoria académica. La alarma surgió a través de las cifras estadísticas de casos notificados por la OPS para 1955, donde confrontando la evolución en un decenio (1946-1955) mientras que Argentina disminuía progresivamente el número de casos denunciados, en Uruguay había registrado un salto muy importante. Con lo cual nuestro país pasaba a ser el primero en el número de casos denunciados por quiste hidático en humanos. Lo cual dio lugar a una serie de planteos a diversos niveles.

Una de esas actuaciones documentadas, fue la presentación al Sindicato Médico de la inquietud, llevada por distinguidos veterinarios junto al Dr. Bernardo Porzecanski.

Otra fue la constitución de una Comisión Nacional de Lucha contra la Hidatidosis, integrada por Resolución No. 15.023 del Consejo Nacional de Gobierno, integrada por destacadas personalidades de médicos y veterinarios, incluyendo a los profesores de Parasitología de las Facultades de Medicina y de Veterinaria.

Esta Comisión elevó un Anteproyecto de Ley sobre Organización de la Lucha Antihidática en el Uruguay con fecha 29 de febrero de 1959 con una larga y minuciosa exposición de motivos, señalando las falencias de la prevención contra esta zoonosis, y las repercusiones que tuvieron los discursos de algunos ministros, ante los asistentes a Exposiciones Rurales. En el caso narrado en esos textos, surge una misteriosa vacuna antihidática, que habrían desarrollado los Dres. Velarde Pérez Fontana y Carlos Pérez del Castillo y que promovían como alternativa a la intervención quirúrgica.

Esto suscitó una controversia sobre la validez científica de este supuesto descubrimiento, con pintorescas anécdotas que surgen de la negativa del Dr. Pérez Fontana a revelar los detalles de la experimentación que respaldaba su novedosa vacuna. Pero sin duda estos hechos y personajes influyeron en las afirmaciones del Ministro de Ganadería y Agricultura de la época, que prescindiendo del asesoramiento de sus Servicios Especializados, se hizo eco de afirmaciones de sus amigos interesados en desarrollar la vacuna. Había incluso avances de un Laboratorio interesado en hacer una fuerte inversión para la época, a objeto de producir y distribuir la tal vacuna.

Estas declaraciones, vistos los componentes éticos y deontológicos que podían acarrear, fueron realizadas como información confidencial al Comité Ejecutivo, integrado entre otros por los Dres. Rodolfo Tiscornia, Carlos A. Gómez Haedo y Muzio S. Marella, que formularon preguntas a los visitantes: Dres. Bernardo Porzecanski (médico), José R. Monti Grané, veterinario Asesor del Ministerio de Ganadería y Agricultura y con la Maestría de Salubrista por la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, el Dr. Carlos Di Landro, médico veterinario.<sup>60</sup>

\* \* \*

Allí se expusieron los antecedentes generados desde la Ley No. 9.852 de 5 de agosto de 1939, que creó en el ámbito del MSP un Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, que estaría integrada por dos delegados del MSP, dos delegados del MGA, un delegado de la Facultad de Medicina, uno de la Facultad de Veterinaria, y uno de los productores rurales, representando a la Asociación Rural y a la Federación Rural. Este Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis dependía en la línea funcional de la División Higiene del MSP.

Para reglamentar la referida Ley No. 9.852 se pidió asesoramiento al Ministerio de Salud Pública. Según informó Porzecanski: *Deseamos informar al Sindicato Médico de los antecedentes en torno a lo que la Prensa ha descrito como "Descubrimiento de dos sabios uruguayos", los Dres. Velarde Pérez Fontana y [Carlos] Pérez del Castillo. Uds. deben saber que por la Ley No. 9.852 del 5 de agosto de 1939, se creó en el ámbito del Ministerio de Salud Pública un Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis. Este Centro, dice el Art. 1, estará integrado por:*

- *Dos delegados del Ministerio de Salud Pública*
- *Dos delegados del Ministerio de Ganadería y Agricultura;*

---

<sup>60</sup> Declaraciones y Actuaciones en torno a una Vacuna Antihidática Profiláctica. Confidencial. Información proporcionada al Sindicato Médico del Uruguay por los Dres. Bernardo Porzecanski, Carlos Di Landro y José R. Monti. Montevideo, 13 de noviembre de 1958. (Del legajo personal del Dr. Bernardo Porzecanski en el SMU). Documento de 8 páginas, tamaño oficio, dactilografiado a un espacio, digitalizado. (Consultado el 30 de agosto de 2013). Hay algunas líneas que no es posible leer por el pliegue de algunas páginas al momento de digitalizarse.

- *Un delegado de la Facultad de Medicina;*
- *Un delegado de la Facultad de Veterinaria;*
- *Un delegado de los productores rurales, representando a la Asociación Rural y a la Federación Rural.*

*Todos los organismos sanitarios de los mencionados Ministerios están obligados a prestar colaboración a este Centro y trabajar con él, sometiendo a él todo lo que sea Profilaxis de la Hidatidosis.*

*Este Centro de E. y Profilaxis de la Hidatidosis depende en la línea funcional de la División Higiene del MSP.*

*Para reglamentar la referida Ley No. 9.852 se pidió asesoramiento al Ministerio de Salud Pública. Parece que en el Ministerio venía funcionando un Laboratorio de Investigación Experimental sobre Hidatidosis cuyo jefe era el Dr. Velarde Pérez Fontana; ignoramos datos sobre fecha de creación de este Laboratorio, de cómo el Dr. Velarde Pérez Fontana llegó a ser jefe del mismo, etc. Para la Reglamentación de la Ley sobre el Centro – y en adelante no confundan Laboratorio con Centro –, la oficina del Ministerio consultó al Dr. Velarde Pérez Fontana. Esta Oficina Jurídica evacúa la consulta y propone una reglamentación de la Ley en la que, uno de los Delegados del MSP sería el Presidente del Centro y miembro nato, recayendo esa designación en el Jefe del Laboratorio Experimental para la Hidatidosis. De esta manera el Dr. Velarde Pérez Fontana es “jefe de sí mismo”; nunca se sabe cuando habla cómo lo hace, si como Jefe del Laboratorio o en su calidad de Presidente del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis. De las actuaciones de la Comisión del Centro podría consultarse al Dr. J. J. Osimani que fue Delegado de la Facultad en ella, por varios años. No sabemos qué campañas y planes ha hecho esta Comisión. Se han editado unos Archivos Internacionales de Hidatidología, preparados por la División Científica del Ministerio de Salud Pública, que se dicen bajo los auspicios del Centro... aunque su virtual Director y Redactor es el Dr. Velarde. Como Presidente de la Comisión del Centro de Hidatidosis se ha vinculado internacionalmente ante todos los organismos sanitarios por el problema de Hidatidosis.*

*Bien; este Centro y su Comisión hacían largos años, largos años que estaba desintegrada; no se hacía nada en materia de profilaxis de Hidatidosis.*

*Y que el “quiste hidático” es un problema sanitario de primer orden en nuestro país, lo dicen estas cifras divulgadas por la OFICINA SANITARIA PANAMERI-*



*CANA*, en su volumen de Publicaciones Científicas No. 37, aparecido en febrero de 1958, sobre: “Casos notificados de Enfermedades de Declaración Obligatoria en las Américas”.

Con respecto al QUISTE HIDÁTICO, dice:

	1946	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Argentina	580	685	640	480	373	306	208	195	274	202
Uruguay	25	25	15	14	26	56	61	50	55	335

*Es decir que el Uruguay ha pasado a ser el país con mayor número de casos!... Las cifras bajas de años anteriores no nos dicen nada; seguramente se denunciaban mal o no se notificaban correctamente. En la Argentina habría que pensar o que la campaña de profilaxis es muy buena o no se están notificando bien, porque dada su población deberían estar encima del Uruguay. Pero las cifras son esas.*

*El conocimiento de esta realidad nos ha despertado intensas preocupaciones. La ha despertado también en los colegas sanitaristas veterinarios, por ejemplo en el Dr. José R. Monti, Asesor del Ministerio de Ganadería y Agricultura, que ha hecho el Curso de Sanitarista en la Escuela de Chile.*

*Pues bien, el año pasado el Dr. Monti, visto que nada se hacía para divulgar conceptos sobre profilaxis del Quiste Hidático en medios rurales, pensó utilizar el Boletín Informativo del Ministerio de Ganadería y Agricultura. Allí publicó unos artículos con fines fundamentales de divulgación. En ellos se afirmaba que el Quiste Hidático era una enfermedad importante ya que la única solución para esta afección era la operación, con sus conocidos riesgos para actos de esta naturaleza.*

*Inmediatamente –como es su norma por otra parte– el Dr. Velarde Pérez Fontana saca una rectificación en el diario “El Plata” el 16 de enero de 1957, contra el artículo “Debe combatirse la hidatidosis”, ... alegando que no había que ser absoluto, que la operación no era el único tratamiento del Q. Hidático, que existía el tratamiento biológico del mismo; que “con antígeno concentrado se evitan muchas intervenciones quirúrgicas y que cuando no queda otro recurso que operar disminuye los riesgos de la operación”.*

*Ante esta réplica el Director del Boletín realizó un Expedientillo del asunto, con fecha 17/I/57, resolviendo elevar a conocimiento del Ministro los antecedentes del artículo publicado, la réplica del Dr. Velarde y antecedentes de publicaciones del mismo Dr. Velarde en las que dice: “la única solución al quiste hidático es operar, en manos de un cirujano experimentado”. – Este Expedientillo terminaba que hasta que*



*no se dictaran las normas para Difusión, Profilaxis y Peligros del Quiste Hidático, el Boletín Informativo cerraba toda publicación al respecto. Y así ha sucedido, desde enero de 1957 hasta la fecha.*

*¿Quién debía dictar esas normas? ¿El Ministerio de Ganadería y Agricultura? No; la Comisión del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis. La Comisión repito que estaba desintegrada; era comisión de uno, del “Miembro nato” y “Presidente nato”; la misma que sin tomar ninguna medida había permitido que se llegara al nivel sanitario que nos denuncian las cifras leídas antes.*

*El Expedientillo tiene otras constancias, sobre la eficacia o no de la profilaxis con bromhidrato de arecolina (recomendado por la F.A.O.) y al parecer puesto en duda por el articulista refutante.*

*En conclusión, que nada se hacía y nada se hizo; todo quedó a la espera que se estructure la propaganda. Se silenció así una fuente de divulgación sanitaria.*

*Es una particularidad personal del Dr. Velarde Pérez Fontana afirmar algunas cosas en ambientes legos y afirmar otras en medios científicos.*

*Tengo aquí el último número del Boletín de la Asociación Internacional de Hidatidología (con sede en la Argentina), de la que es Secretario el Dr. Alfredo Ferro; corresponde al Año 5, número 2, de junio de 1958.*

*Se publican las Actas, Trabajos y Comentarios de las Jornadas de Hidatidosis de Córdoba, realizadas en Córdoba del 11 al 18 de agosto de 1957. En ella hay un trabajo sobre “Terapéutica Biológica de la Hidatidosis”; en comentarios del punto el Dr. Ferro afirma que se mantienen las conclusiones del Congreso de Madrid del año 1954, en el sentido de que el uso de los antígenos actúa desensibilizando, y afirma “debe insistirse que su aplicación no demore la operación quirúrgica, la que debe ser lo más precoz posible”. De manera que nadie afirmó allí que con antígeno concentrado se evitan muchas operaciones.*

*Llama la atención también el hecho que en esas Jornadas el Dr. Velarde, que estaba presente, no hablara nada de su “vacuna antihidática profiláctica”. Ni una palabra; ni una mención sobre este trabajo que sería formidable si se comprobara científicamente.*

*Conviene que adviertan que en el tema de Hidatidosis hay dos cosas parecidas, pero no iguales: Una es una “vacuna de antígenos”, tratamiento biológico, largamente ensayado, con resultados que nunca se han confirmado como rotundos; en nuestro medio ocupó al Dr. Graña durante algunos años. Otra es la “vacuna” contra la infestación parasitaria que podría proteger al perro, a los animales que hacen “quiste hidático”; sería una vacuna antihidática profiláctica.*

*Finalmente, este mismo Boletín de la Asoc. Intern. de Hidatidología publica un trabajo del Dr. Velarde Pérez Fontana sobre “Nuevos conceptos de Epidemiología y Profilaxis de la Hidatidosis”, en donde sostiene que los vehículos mecánicos que transportan los huevos de tenia equinococcus al hombre son las cucarachas, los ratones y otros insectos o animales de este tipo. Pero dice en el trabajo... “El perro es la figura*

*central de donde irradia la infestación hidática” ... “aunque el mecanismo de infestación es otro...”*

*No vamos a discutir el “mecanismo” de infestación afirmado que no sea posible, pero nos interesa destacar que la VERDADERA PROFILAXIS tiene que centrarse sobre el PERRO para erradicar esta zoonosis.*

*Así están o estaban las cosas. Uds. tienen los elementos panorámicos. Por un lado una Lucha anti-hidática totalmente ineficiente y decaída; una Comisión del Centro de E. y Profilaxis que no existía.*

*Debemos decir que el Ministro [de Salud Pública Dr. Federico] García Capurro pretendió reanimar esta Comisión; como entendió que ella era ineficiente, propuso que se creara una Comisión Bi-Ministerial (del Ministerio de Ganadería y Agricultura y del Ministerio de Salud Pública) para dar impulso a la lucha antihidática; esta iniciativa naufragó por la oposición del Dr. Velarde Pérez Fontana que protestó que un Decreto del Poder Ejecutivo no podía “desconocer” la existencia legal de una Comisión (la del Centro) creada por la Ley No. 9.852.*

*Cuando subió el Dr. [Julio César] Estrella [ministro de Salud Pública y cuñado del Presidente Luis Batlle Berres, entonces integrante del Consejo Nacional de Gobierno que también presidió] preparó un proyecto en el que se aspiraba a revisar la Ley del año 39, creando una Comisión para estudiar y proyectar las modificaciones a la misma. Salió así un proyecto que a nuestro juicio era complicado y algo irreal. Pero no pasó de proyecto.*

*Sigue vigente la Ley No. 9.852 y su Decreto Reglamentario.*

*Finalmente, entramos en una 4ª. etapa de esta larga vicisitud de la Comisión de ese Centro. El año pasado se renovó el interés del Dr. Velarde en que los Ministerios y Facultades integraran la Comisión. Lo logró y pasaron a formarla él como Miembro nato, el Prof. Domingo Prat como el otro Delegado del MSP; los Dres. Veterinarios Carlos Di Landro y Ricardo Gerona San Julián, por el Ministerio de Ganadería y Agricultura; el Dr. Bonifacio Urioste por la Facultad de Medicina... e ignoro el Miembro de la Facultad de Veterinaria y el de las instituciones rurales.*

*Después el Dr. Di Landro les referirá cómo ha trabajado la flamante Comisión del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis.*

*Antes de terminar deseo narrar el episodio de Tacuarembó. A raíz de las Jornadas de Medicina Rural que realizó el Sindicato Médico, donde se discutió el tema de la Profilaxis de la Hidatidosis, se ambientó entre varias personas el deseo de afrontar la realidad sanitaria del Quiste Hidático y empezar a hacer algo positivo. Empezamos por realizar un movimiento de difusión, constante, persistente; y así se logró interesar a varios diarios para que prestaran su colaboración. Ya se ha realizado algo. Personalmente pienso que este “gran despliegue” que nos ofrece ahora el Dr. Velarde Pérez es para apagar este pequeño movimiento que habíamos iniciado varios interesados en el tema de profilaxis. Este movimiento no es propaganda: No se citan nombres, se hace impersonalmente.*

*Uds. recuerdan que en [el semanario] "Marcha" se publicó un comentario sanitario del Dr. Barsabás Ríos sobre el Quiste Hidático en Tacuarembó; el comentario de este muy buen artículo lo acaba de hacer "Acción Sindical", No. 88.*

*Nosotros le escribimos al Dr. Barsabás Ríos invitándole a realizar algo; sabíamos que existía en Tacuarembó otro Veterinario activo, interesado en el problema. Así combinamos que a raíz de la Exposición Rural que se hacía allí en octubre se concurriría desde Montevideo, en Delegación, y promover en el ambiente el asunto de la lucha contra la hidatidosis.*

*Concurrimos el Dr. [Guillermo] Lockhart [médico veterinario], Presidente de la Agrupación Universitaria del Uruguay, el Dr. Di Landro, el Dr. Monti y yo. Hicimos reuniones en el Liceo, en el Instituto Normal, en el Club; preparamos material local, tomamos perros de los barrios y de los estancieros que concurrían a la Exposición Rural, los purgamos y encontramos que TODOS – absolutamente todos – estaban PARASITADOS con tenia equinococcus. Ese material lo mostramos en las charlas.*

*El domingo se realizaba la Exposición Rural; a ella concurren estancieros y productores rurales. El Secretario de la Asociación Rural de Tacuarembó es un pariente del Dr. Barsabás Ríos; se ha interesado y comprendido el problema. En el discurso que pronunció marcó severamente el Ministro Sr. Aparicio la enormidad de no hacer nada contra la Hidatidosis: que es una plaga que se ha descuidado, que eso gravita sobre la salud del hombre de campo y su familia. Coincidió con varios niños operados últimamente y con una muerte de un hombre joven que murió por rotura de un quiste hidático de corazón. De manera que el ambiente estaba psicológicamente preparado para oír e interesarse. Porque de otra manera es muy difícil agrupar a los hombres de campo y es muy difícil obtener su amplia colaboración para tareas largas, perseverantes; no niegan su apoyo pero viven sus problemas propios.*

*Y cuando contesta el Ministro de Ganadería y Agricultura, ante el asombro de todos, nos dice: "No se preocupen. Está todo resuelto. En el país hay una vacuna. Dos sabios uruguayos han descubierto una nueva vacuna que resuelve el problema de la hidatidosis".*

*Voy a leerles lo que dice el Boletín Informativo No. 375 de fecha 30 de octubre, que transcribe su discurso; lo mismo dijo en la Exposición de Minas.*

*"Se ha llegado a determinar científicamente en materia de hidatidosis que no es el perro el principal vector, no es el principal elemento de contagio. Se están alimentando diariamente perros con quistes hidáticos sin lograr la infestación".*

*Ustedes pueden imaginarse cómo nos quedamos todos nosotros!... Y eso en la primera ocasión que lográbamos que el tema se llevara a consideración de los productores.*

*Sabemos, lo supimos luego, que el Ministro habló sin asesoramiento de nadie; dispone del Asesor del Ministerio, Dr. Gerona San Julián, persona activa, que participa de nuestras ideas. Estuvo durante este tiempo apartado de sus tareas por motivo de una operación.*

*No se sabe cómo el Dr. Velarde Pérez se acercó hasta el Ministro y le asesoró en los aspectos que el Ministro luego propagó.*

*Dr. DI LANDRO.- Por referencias sabemos que los interesados en el problema le asesoraron. Cuando decimos interesados lo hacemos en buen sentido. Al visitar el Laboratorio Norte tuvieron oportunidad de hablarle de este problema. El día que el Ministro realizó esa visita se me llamó a mi Oficina para que le acompañara, pero ya me había retirado. Luego de la visita al laboratorio Norte no se nos llamó, no digo a mí, sino a los diversos Asesores que podía recurrir en su Ministerio.*

*Al parecer los títulos de los informantes, Dres. Velarde Pérez y Pérez del Castillo, impresionaron al Ministro como suficiente garantía; eso es la base de sus datos y expresiones en las reuniones de Minas y Tacuarembó.*

*La Sociedad de Medicina Veterinaria tomó posición en el asunto y esta noche sale su remitido a la Prensa. Leo el que salió en "El Diario" el que salió algo cortado por razones de espacio, supongo. Hacíamos referencia concreta al lugar y hecho.*

*"Ante una manifestación del Ministro de Ganadería y Agricultura pronunciada en ocasión de una Exposición Ganadera, con respecto al problema de la Hidatidosis, la SOCIEDAD DE MEDICINA VETERINARIA, puntualiza:*

- 1. Contrariamente a lo afirmado por dicho Secretario de Estado, el perro es considerado hasta el momento como el principal vector de la hidatidosis.*
- 2. Deplora profundamente que pese a contar para su consulta con un destacado Cuerpo Médico Veterinario, como el que comprende los cuadros de la Dirección de Ganadería, se hagan públicas afirmaciones tan reñidas con la verdad científica, llevando confusión a la masa productora rural.*
- 3. La discusión entre técnicos e investigadores debe preceder a toda publicidad en temas de tanta trascendencia sanitaria y social, por lo cual reivindica para el fuero universitario y profesional tales cometidos."*

*Dr. TISCORNIA: ¿Qué hay de cierto en lo de la "vacuna antihidática"? ¿Qué Institutos, Cátedras o investigadores la han comprobado? ¿Qué protocolos experimentales se han presentado?*

*Dr. PORZECANSKI: NADA; nadie sabe nada.*

*VET. DR. DI LANDRO: Nosotros formamos la Delegación del Ministerio de Ganadería y Agricultura, el Dr. Gerona San Julián y yo, ante la Comisión del Centro de E. y P. de la Hidatidosis; el Dr. Piñón como Delegado de la Ftad. De Veterinaria; los otros Delegados fueron ya mencionados por el Dr. Porzecanski. El Vet. Dr. Sapriza representa la Asociación y la Federación Rural.*

*Esta Comisión se integró hace algún tiempo. La preside el Dr. Velarde Pérez, como Uds. saben.*

*Desde casi el momento en que nos constituimos nos ha estado amenazando con una "charla" sobre la "vacuna". Al principio nos dijo que había una "vacuna" que había inventado él, no citaba para nada al Dr. Pérez del Castillo. Desde que nos integramos nos quiso embarcar en un Plan de Lucha Anti-hidática para todo el país en base a "su vacuna". Qué era la*

*vacuna, dónde la había preparado, dónde la había ensayado, qué protocolos experimentales la refrendaban, eso era y es un misterio.*

*La Comisión le dijo que no podía prohibir una vacuna que no sabíamos lo que era; que no era serio hacer un Plan de Lucha en base a una vacuna que desconocemos. A eso replicó que era una cosa casi terminada y en vías de darse a publicidad. Tan es así que en las Jornadas de Medicina Rural, cuando se discutió este asunto del Quiste Hidático, el Dr. Longino Guasque mencionó la “vacuna” que existiría; de manera que ya había tenido cierto eco en medios extra-Comisión; esto es lógico y se comprende. El Dr. Guasque citó que esta vacuna sería, según lo oído, para ovinos; me permití aclararle que yo le había oído al Dr. Velarde Pérez que la “vacuna” era para aplicar en perros.*

*Ahora ya habla de vacunar ovinos; en otro momento pretendió que servía para vacunar bovinos. En una de esas publicaciones sensacionalistas que ahora se han difundido habla que tiene 15 cepas distintas que está experimentando. En nuestra opinión no hay NINGUNA BASE REAL, EXPERIMENTALMENTE COMPROBADA, para estar saliendo a la Prensa con estos conceptos.*

*En el seno de la Comisión el Prof. Domingo Prat le solicitó que nos efectuara una exposición acerca de lo que es “su vacuna”; le contestó que sí, que lo haría en cualquier momento..., pero nunca lo hizo. Adviertan que esta es la Comisión Nacional (por Ley nacional) encargada de preparar planes de Lucha Anti-hidática; sería elemental que un descubrimiento de esta trascendencia se comunicara inmediatamente a ella.*

*Otra cosa que agregó el Prof. Prat: “desearía que esa vacuna se sometiera a una Junta de personas que tengan autoridad suficiente en materia de inmunología para que nos puedan asesorar”. Y ahí fue que el Dr. Velarde Pérez le contestó: “¡Quién va a saber más hidatidosis que yo en el país! Y menos del cuerpo médico!... Aceptaría someter la vacuna a algunos Veterinarios que me merecen confianza... Pero del cuerpo médico no hay nadie que sepa más hidatidosis que yo!...”*

*El Prof. Prat se sintió molesto y le puntualizó algunas cosas, dejando luego de concurrir a la Comisión del Centro; los demás nos llamamos; en ese tren no se salía adelante.*

*La misma posición la adoptó ahora con motivo del Symposium.*

*Antes les diré que la Comisión entró en un largo interregno en que no se reunía. Viendo que nada marchaba un día me le acerco y le dije: “Mire Dr. Velarde Pérez, este es el camino que Ud. tiene para experimentar su vacuna. En la Dirección de Ganadería existe un Reglamento por el cual todo medicamento de uso veterinario que salga a la faz comercial tiene que pasar por contralores del Laboratorio de Biología Animal de esta Dirección. Le llevé el Reglamento que es bastante severo. Me lo agradeció y se lo guardó”.*

*Al poco tiempo aparece la novedad del Symposium. Convoca la Comisión del Centro a una reunión y nos anuncia que haría un Symposium para presentar su vacuna, que invitaría a grandes figuras internacionales, y que las invitaciones la haría él en su calidad de Presidente de la Comisión.*

*La Comisión entendió que debía ser una cosa amplia, que debería invitarse del país a las Facultades y Cátedras. A eso nos contestó: “No, no... Esto es un Symposium, no un Congreso para venir a discutir. Acá se viene, esto se pone a consideración y nada más!...” Nosotros insistimos, con el Delegado de la Facultad de Veterinaria Dr. Piñón de que se debían invitar personalidades e Instituciones nacionales. A eso nos contestó: “Yo invitaría al Dr. Blanco Acevedo, ... y nada más!”*

*Nosotros no seguimos discutiendo. Hicimos gestiones ante el Asesor del Ministerio de Ganadería y Agricultura para que en el Decreto del Poder Ejecutivo en que se destinan*



El Dr. Muzio S. Marella con el Dr. Barrett Díaz Pose, recibiendo una distinción.

*fondos para este Symposium y se reglamenta su integración, se declararan miembros natos de este evento a diez instituciones nacionales: Cátedras de Parasitología, de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Veterinaria, Sociedad de Biología, Instituto de Ciencias Biológicas, Instituto de Higiene, Laboratorio de Biología Animal, Sociedad de Medicina Veterinaria, etc... Diez instituciones que den suficientes garantías a estas reuniones que se piensan hacer u organizar.*

*El Decreto del Poder Ejecutivo saldría esta noche, según sabemos, se destinan \$ 20.000 para tal Symposium y tengo la esperanza que esto haya sido reglamentado en las condiciones sugeridas.*

*Al puntualizar por qué solicitamos esas inclusiones, informamos y alertamos a la Asesoría Técnica del Ministerio de Ganadería y Agricultura sobre las cosas que podía haber ocultas en todo este movimiento poco formal, poco garantizado.*

*Es bueno que se diga y sepa; en el reportaje que hizo el diario "El Día" el Laboratorio comercial Norte habla de que se precisarían 100 mil dólares para un equipamiento del mismo para lanzar producida comercialmente la famosa "vacuna". Debajo de todo esto se mueven intereses que no son propiamente los científicos y pro-filácticos puros.*

*Dr. MARELLA: ¿Y quién patrocina ese Symposium? ¿Cómo se elevó al Ministerio esa gestión?*

*Dr. DI LANDRO: Aparece una iniciativa que propicia el Ministerio de Ganadería y Agricultura. Uds. deben saber, la prensa se hizo eco a enormes titulares, que*

*el Ministro Sr. [Joaquín] Aparicio<sup>61</sup>, al volver de la Exposición Rural comentada informó oficialmente del asunto al Consejo Nacional de Gobierno. Todos los Consejeros, en su gran mayoría, se hicieron eco y lenguas “del descubrimiento de dos sabios uruguayos”. Para la divulgación de tan trascendente nueva científica y sanitaria, se salió pidiendo recursos para convocar una reunión internacional para presentar la novedad de esta “vacuna”.*

*Tengo esperanza de que el Decreto, si sale esta noche, haya contemplado incluir entre instituciones asistentes oficialmente al mismo a las Facultades, Cátedras y laboratorios experimentales oficiales que nosotros creemos deben estar presentes.*

*Dr. MARELLA: Como procedimiento de presentación internacional es realmente “sui generis”. No logramos entender bien quién y dónde es el lugar de ensayo de esa “vacuna”. ¿Es el Laboratorio Experimental de Hidatidología del Ministerio de Salud Pública? No lo parece. Si así fuera debería haber notificado informe a la Comisión del Centro de Estudio y Profilaxis y a la División Higiene; supongo que ésta, previa las formalidades y contralores del caso, lo elevaría al Ministro correspondiente a su jurisdicción, el de Salud Pública. Por las vinculaciones internacionales de este Ministerio debería someterse tal asunto a la Oficina Sanitaria Panamericana, por la enorme trascendencia mundial del punto.*

*Como no parece ser este el origen, ese camino no se recorre.*

*¿Es en el Laboratorio comercial “Norte” que se ha creado y ensayado esa “vacuna”? Algunas cosas parecen así exigirlo suponer. Uno esperaría que este Laboratorio se apoyara oficialmente en los Institutos, Facultades y Cátedras para respaldar y comprobar su experimentación; nada hay de ello.*

*Uno esperaría también que si el “inventor” es el Presidente de la Comisión del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, lo hubiera presentado al mismo, detalladamente informado. No lo ha hecho.*

*Por razones puramente “amistosas” se ha interesado a un Ministro (el de Ganadería y Agricultura) y éste propicia ante el Gobierno una conferencia internacional, sin prueba experimental de lo que se va a presentar.*

*No entiendo tampoco lo de Simposio; este tipo de reunión es para confrontar experiencias de varios investigadores sobre un tema o punto común sobre el que se viene trabajando. ¿Quién en el mundo ha trabajado con esta “vacuna”? Que yo sepa nadie, de manera que será simplemente una Conferencia informativa, pero nunca un Simposio. Y una Conferencia informativa cuya seriedad parece muy restringida por la falta de datos científicos controlados sobre la “vacuna profiláctica” que se dice poseer.*

*Además, llama la atención que el Dr. Velarde Pérez Fontana, tan vinculado a la Sociedad Internacional de Hidatidología no se haya apresurado a comunicar a la misma la novedad de su “vacuna”. Incluso creo que es o ha sido Presidente de su Comité de Dirección; llama la atención que no haya buscado que sea esa Sociedad*

61 Se refiere al Ministro de Ganadería y Agricultura Joaquín Aparicio, que ejerció el cargo sucediendo al Dr. Amílcar Vasconcellos, entre los años 1957-1959, en el tramo final del Consejo Nacional de Gobierno 1955-59, que fuera encabezado por el Sr. Luis Batlle Berres. Véase: [http://es.wikipedia.org/wiki/Consejo\\_Nacional\\_de\\_Gobierno\\_1955-1959](http://es.wikipedia.org/wiki/Consejo_Nacional_de_Gobierno_1955-1959) (Consultada el 31.12.2013).

*Internacional la que convoque a una reunión internacional para presentar tan trascendente hallazgo.*

*¿Desde cuándo el Dr. Pérez del Castillo está vinculado al Dr. Velarde Pérez Fontana? ¿Trabajan juntos?*

*Dr. DI LANDRO: Ignoro desde cuánto tiempo; pero están trabajando juntos.*

*Tengo algunas anécdotas sabrosas, ... sorprendentes.*

*Cuando hacíamos investigación de Tenia Equinococcus en materias fecales de perros, en el trabajo para el Plan Piloto que se ensayó en el Departamento de Río Negro (Fray Bentos), habíamos adoptado una técnica de lavado e investigación para las muestras de materias fecales que nos enviaban del interior. Nada del otro mundo, nada para ser considerado una verdadera novedad, sino un simple aspecto práctico.*

*Enterados de esto, concurrí a mi Laboratorio el Dr. [médico Carlos] Pérez del Castillo acompañado de un veterinario que trabajaba (o trabaja) con él sobre esta "vacuna anti-hidática profiláctica", con ánimo de ver cómo procedíamos nosotros en el contralor de las muestras.*

*Me presentaron muestras de materias fecales que examiné en su presencia. Les interrogué: "¿Cómo obtuvieron Uds. estas muestras de materias fecales?" Y me respondieron: "Normales, se recogieron y se trajeron". A lo que respondí: "¿Cómo, no dieron bromhidrato de arecolina para obtener expulsión de las materias fecales?" Y la sorprendente respuesta fue: "No; ¿y si nos mataba todas las tenias del perro?" Mi comentario fue: "Pero caramba, ... no entiendo, SI DESGRACIADAMENTE EL BROMHIDRATO ES TENÍFUGO Y NO TENICIDA".*

*Es elemental, básicamente elemental, que quien investiga en materia de Hidatidosis conozca esto.*

*PERO NO PARA EN ESTO LA ANÉCDOTA. Como no obtuvimos muestras positivas en las materias que me trajeron, me pidieron para ver materias infestadas si tenía.*

*Les dije: "no, no hay; pero tengo algunas – tenía abí en frascos de formol". Y les alcancé varios frascos.*

*Y el comentario que se hizo fue éste: "¿ASÍ QUE SE VE A SIMPLE VISTA LA TENIA?" Confieso que me quedé helado, sin respuesta!... Porque sería disculpable en quien no hace la especialidad, que no trabaja en Laboratorio sobre este problema.*

*Es por eso que mantengo mis dudas – mis serias dudas – sobre esa afirmación de que estén alimentando perros con quiste hidático y que no se parasitan. A lo mejor se han basado en el simple hecho de muestras negativas POR MALA EXTRACCIÓN. Uds. juzguen si tengo o no derecho a declararme profundamente sorprendido cuando uno lee la difusión de que se ensaya una vacuna antihidática profiláctica.*

*Dr. PORZECANSKI: En todos las interview que han realizado no dicen que hayan hecho prueba experimental y presenten protocolos de autopsia de animales vacunados, infestados y controlados, frente a muestras testigos no protegidas. Por supuesto que no; no dicen una palabra de esto. Ellos dicen que "los animales aumentaron de peso", "que mejoraron el rendimiento en lana"... Todos sabemos que dando aureomicina*



*a aves y porcinos también aumentan de peso, no porque inmunice ni evite tal o cual enfermedad, sino que son estimulantes biológicos metabólicos que se traducen en este aumento ponderal y cuyos mecanismos están en estudio experimental.*

*Dr. DI LANDRO: Esta afirmación debe estar en relación con el nanismo hidático; claro está que la afirmación es por conclusión por inversa: Si evitamos el quiste hidático es lógico que aumente el peso, la lana, etc... Todo eso es materia opinable. No conozco ningún fundamento, ni experimental, ni teórico ni práctico sobre esta "vacuna".*

*Dr. MONTI: Ese aumento de peso y lana se refiere a una muestra ovina totalmente seleccionada, como son los ovinos del Ing. Agrónomo Sr. Juan Pedro Gallinal. Recién comienzan las experiencias y ya han deducido cálculos económicos de ello, sobre lana y carne. Es evidente que van a toda prisa, adelantándose a los hechos.*



Mosaico encontrado en Pompeya que ya precavía: Cuidado con el perro.

*Dr. PORZECANSKI: Nosotros de-seábamos informar al Sindicato Médico de estas cosas que, naturalmente, no pueden ser llevadas a la prensa. Lo del Ministro de Ganadería y Agricultura es grave; contradice la divisa internacional de la Sociedad Internacional de Hidatidología: "CAVE CANEM", "Cuidese del perro!" En un país con la tremenda infestación hidática es tremendamente trágico. SANITARIAMENTE ES DEPLORABLE, impide los esfuerzos que se puedan intentar, crea escepticismo público, contribuye a confusiones y desorienta.*

*Y la otra cosa es la afirmación de los Dres. Pérez Fontana y Pérez del Castillo de haber descubierto una vacuna que resuelve todo: Pero no la muestran, no la sujetan a comprobación y hay derecho a suponer que no hay tal.*

*Dr. MONTI: Uds. Pueden imaginarse la reacción popular y de nuestros oyentes, conocido lo que dijera el Sr. Ministro; hasta pocas horas antes les estábamos hablando del contralor y erradicación del Quiste Hidático. Contra lo afirmado el Ministro anuncia "el perro no es culpable de nada". Ignoro las vidas que costará esta afirmación, pero hay derecho a suponer que significará una cuota-parte dentro de las vidas que se pierden por quiste hidático en el país por culpa de falta de educación sanitaria, de planes serios para la erradicación, por falta de lucha organizada, permanente y constante.*

*Dr. DI LANDRO: También llama la atención que en los reportajes que se han hecho a propósito de la divulgación de la "vacuna", al tomar conocimiento oficial el Consejo Nacional de Gobierno, lleva muchas veces la palabra el Gerente del Laboratorio "Norte", un Sr. Delfante; opina, y es el que opina más en cuanto a producción y demás.*

*Y para que vean cómo estas cosas tienen su importancia, un colega que está al frente de un Laboratorio industrial, acaba de recibir un pedido de 20 mil vacunas de estas anunciadas... Es natural que el público y los productores creen que esto sea una solución al pavoroso problema del quiste hidático.*

*Dr. GÓMEZ HAEDO: Hay un aspecto que considero grave: Es el compromiso del prestigio técnico y científico que se hace del Uruguay. Porque que dos investigadores afirmen tal cosa y se equivoquen, eso ha pasado, pasará y seguirá pasando; eso es a cuenta personal de los interesados.*



Dr. Carlos A. Gómez Haedo



Dr. Rodolfo Tiscornia

*Pero que arrastren a un país, oficialmente a sus autoridades, a decir y divulgar cosas NO PROBADAS, técnicamente irreprochables, ESO ES ALARMANTE POR LA AFECTACIÓN DEL PRESTIGIO INTERNACIONAL CIENTÍFICO DEL URUGUAY.*

*Dr. DI LANDRO: Exactamente; pero ya ven, los Consejeros Nacionales se deshicieron en elogios a “estos dos sabios uruguayos”; solamente un Consejero hizo reparos bien fundados, diciendo “si esto pasó la etapa de experimentación y está garantizado merece que se apoye”.*

*Dr. GÓMEZ HAEDO: Esto merecería un pronunciamiento urgente del Sindicato Médico, obligando a que los organismos oficiales exijan la prueba cierta de la anunciada “vacuna”, antes de tolerarse que se cite a una Conferencia Internacional para presentarla. ¡Eso sería un reverendo papelón científico!... Inadmis-*

*ble a esta altura del Siglo para un país con decoro científico internacional.*

*Dr. MONTI: Nosotros nos preguntamos la expectativa enorme que tal anuncio, divulgado por la Prensa, debe haber provocado en Argentina, Nueva Zelandia, Australia, Brasil, Colombia, etc., ... países fuertemente parasitados por la Tenia Equinococcus y con problema de “quistes hidáticos”.*

*Dr. TISCORNIA: Evidentemente el problema es grave; exigiría que se reclame seriedad científica. Hay que interesar a las Facultades, de Medicina y Veterinaria, para que se interesen en el problema.*

*Dr. GÓMEZ HAEDO: Habría que realizar un verdadero movimiento universitario y científico en contra de este “Symposio”. Que dos personas hagan un papelón internacional, no me preocupa; pero que lo haga el Uruguay por culpa de dos personas, y que nosotros permanezcamos cruzados de brazos, ... eso no lo puedo aceptar!...*

*(Se cambian diversas ideas).*

*(Se retiran los Dres. Porzecanski, J. R. Monti y C. Di Landro.- El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico agradece la información presentada).-*

13/XI/58  
Montevideo – Uruguay”



## ¿QUÉ PASÓ EN EL URUGUAY CON LA PROFILAXIS DE LA HIDATIDOSIS?

Según surge de la documentación que luego se referirá, el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, fue creado por decreto de Gabriel Terra y Eduardo Blanco Acevedo en 1934, de cuya dirección se encargó al Dr. Velarde Pérez Fontana. En 1939 se promulga la Ley 9.852 que legitima al Centro referido encargándole la coordinación de actividades de diversos organismos y entidades científicas para lograr una mayor efectividad en la lucha anti-hidática. Dicha Comisión Honoraria estuvo integrada por dos delegados de cada uno de los Ministerios de Salud Pública y de Ganadería y Agricultura, uno por la Facultad de Medicina, uno por la Facultad de Veterinaria y un delegado de los ganaderos, continuando a su frente como presidente el Dr. Velarde Pérez Fontana.<sup>62</sup>

No obstante, la característica autocrática de Velarde Pérez no le permitió trabajar en armonía con los restantes integrantes, y en los hechos se redujo a un organismo unipersonal, del que fueron desvinculándose todos los delegados mencionados, comenzando por el Prof. Dr. Domingo Prat, antiguo profesor de Clínica Quirúrgica y uno de los primeros integrantes del Servicio de Urgencia del Hospital Maciel desde febrero de 1912, de amplia actuación en materia de cirugía de la hidatidosis y del mayor reconocimiento a nivel nacional.

En los hechos los buenos propósitos que se tuvo al crear el Centro quedaron circunscritos a la publicación de los *Archivos Internacionales de Hidatidología*, la organización de y la participación en reuniones internacionales, y la publicación de un libro de amplia distribución escolar “Cachito y Rigoletto”, realizado por Velarde Pérez Fontana con el periodista Antonio Soto (“Boy”).<sup>63</sup>

---

62 TURNES, Antonio L.: La hidatidosis como problema de salud pública: una mirada histórica. XXIII Congreso Mundial de Hidatidología, Diciembre de 2009, Colonia del Sacramento, Uruguay. 142 páginas; pp. 50.

63 TURNES, Antonio L. op. cit., p. 53.

El propio Prof. Domingo Prat, en 1947, ante el 1er. Congreso Internacional de Hidatidología realizado en Durazno, decía: *El Centro de Educación y Prevención de la Hidatidosis a pesar de su actividad no ha podido tener resultados destacables ni dignos de mención.*

Estaba fuera de toda duda la capacidad técnica y la solvencia moral del Prof. Dr. Velarde Pérez Fontana, pero fracasó el trabajo colectivo y en los hechos se tradujo en la ineficacia de la labor del Centro en cuanto a la profilaxis de la enfermedad en seres humanos como también en la educación de los productores rurales, como se verá luego.

Veinte años después de la creación del Centro, Uruguay era el país con más enfermos registrados de hidatidosis de las Américas, lo que constituía una prueba irrefutable de la falla incurrida.

El 23 de agosto de 1960 se entregó a un Memorandum, que daba cuenta que las actividades de aquel Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis creado en 1939 y cuyas alternativas ya vimos antes, no funcionaba adecuadamente. En efecto, los datos aportados por prestigiosos médicos daban cuenta del creciente número de pacientes operados, en particular en el interior del país. Vale decir, que en materia de prevención, se había perdido demasiado tiempo. Sin duda hubo mucho desarrollo de actividad internacional, se editaron los *Archivos Internacionales de Hidatidología*, se acudió a diversos foros internacionales. Pero en el país, las cifras cantaban la ineficiencia de la prevención. Eso era un testarudo dato proporcionado por la realidad. Personalidades destacadas de la Medicina y la Veterinaria promovieron un cambio generando una Comisión Nacional de Lucha contra la Hidatidosis. De eso trata este

## MEMORANDUM DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA HIDATIDOSIS

La Comisión Nacional de Lucha contra la Hidatidosis fue creada a raíz de una Resolución del Consejo Nacional de Gobierno del 2 de diciembre de 1958 (Decreto 38.020), por iniciativa del entonces Ministro de Salud Pública Dr. Washington Isola. Su mandato y funciones fueron luego prorrogados, por el Consejo de Gobierno el 19 de marzo de 1959 (Decreto 39.054), a propuesta del actual titular de la cartera de Salud Pública Dr. Carlos Stajano. Es conveniente destacar los siguientes párrafos del Decreto de creación que se refieren al cometido del organismo "... estructurar y someter a la aprobación del Ministerio de Salud Pública el estudio y planeamiento de una campaña de información pública y organización de la lucha contra la hidatidosis".

Sólo considerando que la profilaxis del quiste hidático había fracasado hasta el momento en el Uruguay, podía explicarse la creación del organismo que integramos, ya que existía, desde muchos años atrás, una Comisión Hono-

raria encargada, exactamente, de los mismos cometidos y presidida, en forma vitalicia, por el Dr. Velarde Pérez-Fontana.

Tal concepto de fracaso no surgía solamente de una impresión de la gran mayoría de médicos y veterinarios, la cual había llegado hasta las altas esferas de gobierno, sino que se fundaba, también en datos numéricos sumamente demostrativos: entre 1/3 y 2/3 de los vacunos faenados en el país se comprobaban atacados de hidatidosis; entre los ovinos la proporción llegaba a más de la mitad de los animales faenados; 21 a 27% de los perros que se examinaron en el interior del país albergaban la tenia en su intestino y por tanto diseminaban huevos del parásito que irían a infestar al hombre y al ganado. La infestación humana no disminuía en el país. Esta situación, nada halagadora para nuestro adelanto sanitario, había trascendido, incluso fuera de fronteras, como lo atestigua la Publicación científica No. 37, 1958, de la Oficina Sanitaria Panamericana. En ella el Uruguay figura en primer lugar en la estadística, con 335 casos humanos declarados de Hidatidosis (en 1955), contra 202 de la Argentina, que ocupa el 2º lugar, y que es tradicionalmente conocida por su alta morbilidad hidática.

Si aceptamos una designación que, aunque honrosa, significaba para nosotros una seria responsabilidad y una prolongada interferencia con nuestra labor diaria, fue: 1º) porque creíamos que, al ser apoyados por quienes nos habían designado, podía hacerse algo más efectivo para abatir en el país las altas cifras de morbilidad hidática humana y animal; 2º) porque también estábamos convencidos de que, hasta el momento, la lucha anti-hidática nacional había sido inoperante; 3º) porque considerábamos que, por lo menos parte del fracaso, debía atribuirse a una equivocada orientación del organismo encargado de la misma.

De acuerdo con el criterio expuesto, la Comisión creía (y sigue creyéndolo así) que era además necesaria una renovación de personas en el comando de la lucha antihidática. Las direcciones vitalicias en esta clase de organizaciones (aún encomendadas a personas prestigiosas como en este caso) sólo pueden tener un justificativo: la eficiencia, demostrada por los resultados obtenidos a través de un plazo razonable, lo que precisamente no ocurría con dicha organización anti-hidática. En consecuencia la Comisión designó, como Presidente al Prof. Rodolfo V. Talice, Catedrático de Parasitología de la Facultad de Medicina y como Secretario al Prof. Manuel Rodríguez González, Catedrático de Parasitología en la Facultad de Veterinaria.

Después de asistir a la primera reunión, el Director del Centro de Estudios y Profilaxis de la Hidatidosis que integraba también esta Comisión, se desvinculó completamente de ella, no concurriendo más a ninguna de las restantes y negándole todo apoyo. Esta actitud fue, naturalmente, lamentado por tratarse de quien se trataba, pero la Comisión continuó su obra con el mismo ritmo intenso con que la había iniciado.

En el curso de las deliberaciones hubo unánime acuerdo en el sentido que no se podía planear una organización para la lucha anti-hidática con probabilidades de éxito, si no se modificaba sustancialmente la Ley 9.852. Queremos dejar constancia que en este punto tanto el anterior Ministro de Salud Pública, Dr. Isola, como el actual, Dr. Stajano, estaban de acuerdo con nosotros.

Por eso, durante 9 meses esta Comisión trabajó sin cesar en la redacción de un Anteproyecto de Ley, solicitando y obteniendo el asesoramiento de prestigiosos juristas (Dres. Justino Jiménez de Aréchaga y Raúl Moretti) y contadores (Contador Raúl Ibarra-San Martín) e inclusive analizando el mismo en sesiones conjuntas con el Dr. Stajano. El Anteproyecto fue devuelto a la Comisión, en una ocasión, previo informe de la Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud Pública y luego, con las correcciones del caso, el 15 de setiembre de 1959, fue elevado al señor Ministro el Anteproyecto definitivo, destinado a sustituir a la vigente Ley 9.852.

En la nota que acompañaba al citado Anteproyecto de Ley y a la correspondiente Exposición de Motivos, la Comisión solicitaba una entrevista con el entonces Presidente del Consejo Nacional de Gobierno, Dr. Martín Echegoyen; era nuestro deseo aclarar ante el Sr. Presidente del Consejo de Gobierno que esta Comisión era la primera en reconocer el impulso que significó en su época la Ley 9.852 para la lucha anti-hidática, pero que varios elementos de juicio indicaban que era actualmente insuficiente para lograr sus fines.

A pesar de la importancia que por una serie de circunstancias tenía esa entrevista para el éxito de nuestras gestiones, ella puede concretarse recién ahora.

Por otro lado, en una reciente conversación con el Sr. Ministro de Salud Pública, esta Comisión se ha informado de que es propósito del Sr. Ministro lograr la aprobación de dicho Anteproyecto; esto no solamente constituye una satisfacción para quienes han dedicado largos meses de labor a su redacción sino que demuestra que las autoridades sanitarias están convencidas de que el quiste hidático es un flagelo nacional, contra el cual, mediante una lucha firme y bien orientada podrá lograrse una real victoria.

(Firmado) Edin Raúl Castro [Veterinario], Jorge Deambrosis [Veterinario], Carlos Di Landro [Veterinario], Ricardo Gerona San Julián [Veterinario], Juan José Osimani [Médico], Mario Pareja Piñeyro [Médico], Bernardo Porzecanski [Médico], Napoleón Pradines [Brasil; Veterinario], Pablo Recarte [Médico], Barsabás Ríos [Médico], Manuel Rodríguez-González [Veterinario] (Secretario), José L. Sapriza [Veterinario], Rodolfo V. Talice [Médico] (Presidente).

Montevideo, Agosto 23 de 1960.



## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS para el Anteproyecto de Ley sobre Organización de la Lucha Antihidática en el Uruguay

Elevada el 23.II.59 por la Comisión Nacional de Lucha contra la Hidatidosis; Resolución No. 15.023 del Consejo Nacional de Gobierno.

**INTRODUCCIÓN:** La hidatidosis constituye un problema de enorme significación sanitaria, social y económica para el Uruguay, que causa derroches de vidas humanas, pérdidas de salud y energías, a veces permanentes, con todo su cortejo de dolores, quebrantos económicos y angustias y por otra parte perjuicios económicos millonarios para el país, por concepto de decomiso de vísceras comerciables, por disminución cuantitativa y cualitativa de lana, carne y leche, por pérdida de jornales, asistencia médico-quirúrgica, hospitalización, etc.

**LA HIDATIDOSIS COMO GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA:** se estima (VER P. Recarte, Almanaque del Banco de Seguros, 1959, pág. 147 y sig.) (C. Fabini, Diario de Sesiones Cámara de Senadores, 16.X.1957) que en el Uruguay el número de infestados supere a 120 por cada 100.000 personas; que no menos de 600 se atienden anualmente en nuestros hospitales y sanatorios por hidatidosis y más de 50 por año pagan tributo a esta enfermedad con su vida. En la ciudad de Tacuarembó por ej., fueron intervenidos por un solo cirujano (Dr. Barsabás Ríos, comunicación personal) durante el año 1958 sesenta casos de quistes hidáticos, algunos de localizaciones múltiples y de suma gravedad. En investigaciones radio-fotográficas y biológicas realizadas en ciertas zonas de nuestra campaña (P. Recarte, *ibidem*; Barsabás Ríos) se encontró una infestación impresionante de 573 por 100.000 habitantes, es decir, un enfermo hidático por cada 174 habitantes. La tasa de infestación y de casos nuevos anuales denuncian la tremenda magnitud de esta grave zoonosis que afecta todas las edades, principalmente de un sector de nuestra población que constituye un fuerte puntal de la economía nacional, como lo es la familia rural, repercutiendo en el promedio de su vida, su salud, su trabajo y bienestar, con todas las consecuencias socio-económicas que esto implica.

**SOMOS EL PAÍS MÁS INFESTADO:** a fin de comparar el problema de la hidatidosis entre los países más afectados en el mundo, damos a continuación su ordenación por grado decreciente de infestación (P. Recarte, *ibidem*):

URUGUAY	<b>24 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>
CHIPRE	<b>13 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>
GRECIA	<b>11 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>
CHILE	<b>10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>
ARGENTINA	<b>5,5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>
ESPAÑA	<b>3,5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes</b>

Este cuadro nos dice que al Uruguay le corresponde el triste privilegio de ser hoy el país más afectado de hidatidosis en el mundo, como ya se viene insistiendo en el extranjero, en detrimento de nuestro prestigio.

A este propósito el Prof. M. Maccas de Athenas expresa en el Congreso Mundial de Quiste Hidático, Argelia, mayo 1951: "... en el último análisis los países más castigados por la enfermedad son la Isla de Chipre y Grecia y en América el Uruguay parece reivindicar la prerrogativa de ser el país del mundo más infestado por la hidatidosis..." (Arch. Internac. de Hidat. Vol. XII, pág. 70).

Y así también en la Publicación Científica No. 37 de febrero 1958 de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre Casos Notificados de Enfermedad de Declaración Obligatoria en las Américas, pág. 41, el Uruguay figura en el primer lugar con 335 casos de hidatidosis declarados en 1955, contra 202 de la Argentina que figura en 2º lugar y ya es conocida por su intensa infestación hidática.

**CON LAS DE OTRAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES:** el cuadro de nuestra evolución sanitaria se ha caracterizado por una rápida y acentuada disminución de enfermedades infecciosas, tales como la tuberculosis, la sífilis, la difteria, etc., cuyas curvas generales de morbilidad han venido descendiendo regularmente.

En el caso de la hidatidosis, muy por el contrario, hay una continuada persistencia con franca tendencia al ascenso, lo que contrasta en el cuadro general sanitario del país. La tuberculosis pulmonar ha disminuido en los últimos 10 años 5 veces su mortalidad; la sífilis 8 veces; la difteria prácticamente ha desaparecido; la tifoidea y las enterocolitis también han disminuido su mortalidad. En este panorama sanitario en franca declinación de las enfermedades transmisibles, debemos pues hacer una excepción: la hidatidosis.

En 1929 ingresaban a nuestros servicios hospitalarios 35 enfermos de hidatidosis por mes y actualmente, desde hace años, ingresan aproximadamente 60-70 casos mensuales (H. Risso Sierra, Cámara de Representantes, 7 set. 1955).

**TAMBIÉN NUESTROS PERROS PRESENTAN UN ALTO ÍNDICE DE INFESTACIÓN:** este índice, de mucha importancia para valorar la infestación hidática humana y animal de un país, de acuerdo a los estudios realizados por los Prof. Carballo-Pou y Rodríguez-González, sería un 27%, índice muy elevado, si se recuerda que en Islandia, en el siglo pasado, cuando su población sufría una infestación hidática muy intensa, el índice de infestación de los perros era cerca del 28%, es decir el mismo que acusan los perros en las zonas rurales en nuestro país.

**LA HIDATIDOSIS COMO PROBLEMA DE SALUD ANIMAL:** la hidatidosis animal es importante, porque además de ser la fuente de infestación del huésped común, que es el perro y que se constituye en reservorio, causa pérdidas económicas considerables al interferir con el estado de salud de los animales afectados.

Por sus localizaciones en órganos vitales (hígado, pulmón, riñón, etc.) que destruye gradualmente, afecta progresivamente la salud del animal, determina también en los ovinos, bovinos y suínos menor resistencia biológica, lo que supone mayor mortalidad, menor fertilidad, mayor receptividad a otras enfermedades y disminución en la producción de lana, carne y leche.

Los efectos sobre la salud, si bien inicialmente no son espectaculares y se manifiestan en forma generalmente inaparente y poco aparatosa, lo que explica la desaprensión con que se mira en el campo, no por eso deja de ser factor de importancia en la depreciación del animal afectado y de su rendimiento económico inferior. A través de estadísticas parciales que se han hecho en Frigoríficos y Mataderos Nacionales, se puede estimar, dando valores moderados, que el 45% de los vacunos y más del 65% de los lanares del país, están infestados.

**PROBLEMAS ECONÓMICOS CAUSADOS POR LA HIDATIDOSIS:** fuera del irreparable perjuicio que representan las pérdidas de vidas humanas, de valor incalculable, perfectamente evitable desde el punto de vista sanitario en el caso de la hidatidosis, la enfermedad causa pérdidas anuales millonarias por concepto solamente de pérdidas de días de trabajo, gastos asistenciales e ingentes daños de orden pecuario.

**Pérdidas de vidas:** se registran anualmente unos 50 casos de fallecimientos por quiste hidático en el Uruguay. Es seguro que cierto número de casos escapa al registro, por razones diversas (muertes por complicaciones, muertes bruscas, muerte por accidente). Estas pérdidas son tanto más significativas en un país de poca población rural ya que afectan individuos de cualquier edad, pero principalmente a sectores de mayor productividad.

**Gastos por hospitalización:** los enfermos por quistes hidáticos ocupan casi el 2% de las "camas generales" para hospitalización existentes en el país (H. Risso Sienna, *ibídem*). El costo total de la internación, asistencia, intervención, exámenes y transfusiones sobrepasa los dos millones de pesos anuales.

**Pérdidas de días de trabajo:** las pérdidas de días de trabajo por causa de la enfermedad hidática pueden estimarse en más de 50.000 días por año. La cantidad de dinero por concepto de días perdidos y las eventuales incapacidades resultantes, significan perjuicios que sobrepasan los dos millones de pesos. Si existiese un Seguro de Hidatidosis, se necesitarían varios millones de pesos anuales para financiarlo (P. Recarte, *ibídem*.)

**Pérdidas económicas en la explotación pecuaria:** la apreciación de este renglón es difícil por la falta de suficientes estudios estadísticos. Sin embargo se ha estimado que existe una disminución de 200 gramos de lana per cápita, lo que en un total de 15 millones de lanares infestados daría una merma de más de tres millones de kg. de lana, equivalente a más de 11 millones de pesos anuales. A esta suma habría que agregar las pérdidas anuales por concepto de decomiso de hígados y otras vísceras comerciables, lo que asciende a una suma que sobrepasa los dos millones de pesos.

Cabría agregar las pérdidas por disminución de carne que experimentan los animales afectados de hidatidosis, así como su inferiorización general, lo que aquí no valoramos.

**LA HIDATIDOSIS ES UNA ENFERMEDAD EVITABLE, A TRAVÉS DE MEDIDAS QUE HAN SIDO EXPERIMENTADAS CON TODO ÉXITO:** Conceptos epidemiológicos sobre la hidatidosis, perfectamente conocidos y universalmente aceptados, afirman que esta zoonosis es evitable y puede ser eliminada totalmente en su reservorio animal y eliminarse por consiguiente su peligro para el hombre. Ver Publicación Científica No. 35 de la OMS (junio 1958), "Informe técnico No. 40 OMS/FAO de Expertos en las Zoonosis".

Certifica lo dicho el ejemplo de Islandia que a pesar de haber sido durante mucho tiempo el país más infestado del mundo, actualmente está libre de hidatidosis, después de una lucha organizada que se basó en las medidas profilácticas conocidas contra el ciclo hidático: intensa educación pública, difundida a todos los sectores del país, con colaboración permanente de escuelas, servicios sociales e instituciones públicas y privadas; saneamiento de mataderos, con inspección veterinaria de las carnes, limitación del número de perros y su tratamiento antihelmíntico por lo menos una vez al año.

En hoja separada "Objetivos y Plan para la Lucha Antihidática en el Uruguay", destacamos los diversos aspectos que debe tener un plan de lucha antihidática en el Uruguay que son estas mismas medidas plenamente experimentadas y recomendadas por la OMS y FAO, adaptadas a nuestro ambiente y nuestras instituciones, con un esbozo como para poder ser llevados a la práctica. La posibilidad de realizar este programa y de lograr los objetivos señalados, depende fundamentalmente de que exista una ley que permita su aplicación en nuestro medio, lo que hasta ahora no se ha hecho.

**NECESIDAD DE UNA NUEVA LEY:** Salud Pública inició la profilaxis de la hidatidosis en 1939 cuando creó por Ley 9.852, del 5 de agosto de ese año, el "Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis".

No obstante este y otros esfuerzos posteriores (designación de Comisiones, Convenios realizados con los países fronterizos sobre lucha antihidática), la profilaxis de la hidatidosis en nuestro medio quedó evidentemente todavía en la etapa primaria y la endemia hidática continúa azotando la salud rural. Analizando los resultados logrados, confrontando el estado actual sanitario con un enfoque de las necesidades reales de una total campaña, basada en medidas que se enumeran sucintamente en hoja adjunta y que recomiendan la OMS y FAO, surge de inmediato la insuficiencia de esa Ley.

Por otra parte la enorme difusión de la hidatidosis que se evidencia a base de 20 años de su vigencia, por los elevados índices de infestación humana y animal en nuestro país, indican claramente la necesidad de otra ley con fundamental cambio de orientación hacia una lucha que no descuide ninguno de los

aspectos y métodos que han demostrado ser eficaces por su erradicación, con directivas, técnicas y normas de un completo programa.

**OBJETIVOS BÁSICOS DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE LUCHA ANTIHIDÁTICA QUE SE PRESENTA:** el anteproyecto de Ley adjunto ha sido estructurado con el fin primordial de poder llevar a la práctica el objetivo básico que se enuncia en su Art. 1ero.:

“Declárase plaga nacional la hidatidosis humana y animal y será obligatoria la lucha necesaria para erradicarla en todo el territorio de la República.”

El Art. 2º: “Los propietarios o tenedores de perros a cualquier título están obligados a mantenerlos libres de infestación...” complementa el primer artículo, al establecer así que la lucha antihidática necesaria será realizada no solamente por la Comisión Nacional de Lucha que se crea u otras Instituciones del Estado, sino también por toda la población involucrada, sin cuya colaboración y activa intervención no podría concebirse el logro de los objetivos fundamentales.

**ASPECTOS BÁSICOS HASTA EL MOMENTO DESCUIDADOS, HAN SIDO CONTEMPLADOS EN EL ANTEPROYECTO DE LEY QUE SE PRESENTA:** para alcanzar su objetivo básico, el Anteproyecto de Ley prevé la creación de un organismo honorario, nacional y amplio cuyas funciones y cometidos específicos.

Establece también recursos para hacer posible la realización de los programas y darles la continuidad necesaria.

Analizaremos brevemente algunos aspectos salientes del Anteproyecto de Ley:

**ORGANISMO RESPONSABLE** (Art. 7, 8, 9, y 10); con la experiencia adquirida en la aplicación de la Ley 9.852 y como son muchas las instituciones que deben intervenir o ser atraídas a la Lucha antihidática, se ha establecido un organismo director amplio, el que dependerá directamente del Ministro de Salud Pública. Se ha procurado lograr una parte ejecutiva rotativa, con el fin de promover mayor intercambio y renovación de ideas y tácticas. Se han tomado providencias que cualquier Institución o particular pueda intervenir cuando su aporte se crea beneficioso.

**COMETIDOS:** Se han incluido todos los que se necesitan para llegar a la finalidad expresada: dirección, organización, planificación, realización, coordinación, administración. Se ha evitado abarcar cometidos que pertenecen a otras Instituciones, estableciendo en su lugar la necesaria colaboración.

La educación y las relaciones públicas (Art. 6 inc. d), la realización de encuestas y estadísticas (Art. 6, inc. b) ocupan un destacado lugar. Fiscalización, Inspección y Sanciones, si bien se establecen (Art. 3, 18, 19 y 20) no son de su exclusividad y podrán ser aplicadas por organismos que ya actúan en estos aspectos (Instituto Antirrábico frente a transgresiones con perros; Dirección

de Ganadería frente a transgresiones en materia de higiene de matanza). Colaboración y coordinación han sido contempladas al máximo (Art. 6 inc. h; Art. 8; Art. 11; Art. 22; Art. 23).

**LABORATORIO:** se han incluido entre los cometidos específicos la realización de investigaciones científicas necesarias (Art. 6 inc. c) para el programa de profilaxis, por ej. diagnóstico de infestación hidática, experimentación de tenicidas, etc.

Con el objeto de suprimir conflictos jurisdiccionales que han perturbado durante años la lucha antihidática en el Uruguay, se considera fundamental un cambio de denominación del actual laboratorio que en el Presupuesto General de Sueldos y Gastos, ejercicio 1953, figura como “Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis”, en el Item 10.60, por el de “Laboratorio de la Hidatidosis”, el que pasará a depender de la Comisión creada por esta Ley (Art. 11). Sus funciones generales quedan definidas en el Art. 12 del Anteproyecto.

**MOTIVACIONES ECONÓMICAS:** se considera muy importante el establecimiento de estímulos económicos para los establecimientos libres de hidatidosis, iniciativa ampliamente discutida y aprobada en Jornadas Médico-Veterinarias del país y que se estima como de mucho valor.

El Anteproyecto de referencia contempla su creación en el Art. 17.

**ASISTENCIA MÉDICO-SOCIAL DEL ENFERMO HIDÁTICO:** por afectar esta enfermedad sobre todo la población rural, alejada muchas veces de Centros Asistenciales especializados, podría ser necesario establecer en el Interior de la República Dispensarios Antihidáticos que cumplirían además amplia función profiláctica.

El Anteproyecto prevé la posibilidad de tales creaciones por su Art. 21, tomando en cuenta que campañas totales como las que se encaran, solo pueden ser bien desarrolladas por medio de una subdivisión y descentralización, adecuadas a la importancia del problema en cada lugar.

**FISCALIZACIÓN DE PERROS EN CAMPAÑA:** sin lesionar cometidos específicos del Instituto Antirrábico, se ha encontrado una fórmula que permite encarar con su colaboración el difícil problema del control numérico y sanitario del perro en campaña (Art. 6, inc. h y Art. 22).

**PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y SANCIONES:** a pesar de que el programa va ser sobre todo de información, educación y prevención se establecen procedimientos impositivos y sanciones de acuerdo a situaciones especiales que puedan surgir (Art. 18, 19 y 20).

**RECURSOS Y PRESUPUESTO:** compete al Ministerio de Hacienda establecer definitivamente al respecto. La Comisión Redactora sugiere por medio de los Art. 14 y 16 del Anteproyecto, la importancia de disponer de un fondo suficiente y amplio que asegure la estabilidad y continuidad de los programas. Aspira que se cree un Fondo Permanente para asegurar su acción al margen de las fluctuaciones en las disposiciones de Salud Pública.

Por otra parte se prevé expresamente por el Art. 14 una disminución de los gastos a medida que se avance en el logro de los fines del programa.

Creemos que con la aprobación del Anteproyecto de Ley elevado, se dará en nuestro país la posibilidad de aplicar, por primera vez, [...SE INTERRUPE EL DOCUMENTO].

\* \* \*

Visto a través del tiempo, el proyecto de reforma a la Lucha Antihidática, cuyo Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis creado en 1939, estaba motivado por una ineficacia total respecto de algunos aspectos fundamentales. En 20 años de existencia, había realizado muy importantes vínculos internacionales, incluyendo los *Archivos Internacionales de Hidatidosis*, la creación de la Asociación Internacional de Hidatidología, y conjuntando una rica serie de experiencias de diferentes países y autores que habían trabajado en forma desconectada sobre el tema. Esto en el aspecto científico.

En el aspecto educativo y preventivo, sin embargo, se había desarrollado poco o nada.

En lo educativo la publicación del libro “Cachito y Rigoletto”, que tanta trascendencia tuvo en la década del 40 en las escuelas de todo el país, había agotado su efecto, por la carencia de una sostenida promoción del texto y de las acciones sugeridas.

En lo preventivo, era evidente, dado el crecimiento aparente de las cifras de denuncia de casos, que lo realizado era ampliamente ineficiente por cuanto el número de casos registrados no hizo más que crecer, transformándonos en el primer país en América que presentaba el mayor índice de infestación hidática.

Si tomamos en espejo la acción del Instituto Antirrábico, podemos apreciar que el panorama era diametralmente opuesto. Se había consagrado a una actividad sin cuartel para luchar contra la rabia animal y humana, a través de medidas sencillas: la captura de perros vagabundos y el sacrificio de los no reclamados, y el examen y seguimiento permanente de los pacientes mordidos por animales, a través de la Clínica que controlaba a estos afectados, y a los que se referían niños y adultos desde todos los hospitales y centros asistenciales públicos y privados del país.

Era orgullo del país, como surge de las publicaciones internacionales mencionadas en otro capítulo, estar libre de casos de rabia animal y humana desde 1944 en Montevideo y desde 1950 en todo el territorio de la República. Su accionar se tomaba internacionalmente como ejemplo.

Mientras que el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis se fue enquistando en la conducción de una sola persona, de características difíciles en su trato, como es público y notorio, que con los años se fue constituyendo o

creyendo ser la máxima autoridad en el conocimiento de la patología, sin duda producto de las alteraciones biológicas propias de la edad, derivó en intentos frustráneos de invención de una “vacuna” profiláctica que se mantuvo en el mayor secreto y de escasa o nula base científica, como lo demostraron los estudios realizados y publicados en la revista chilena.

Lejos de abrirse y avanzar en el panorama de una sociedad pujante en cuanto al desarrollo de las profesiones vinculadas a la actividad agropecuaria y veterinaria, se mantuvo al Centro abroquelado en la defensa de los aspectos médicos, donde su Director había descrito una técnica que lleva su nombre, para una intervención quirúrgica concreta, que consiste en reseca el quiste hidático con la adventicia en las localizaciones pulmonares (Técnica de Velarde Pérez Fontana).

A tal punto se tornó imposible la relación con esta figura, que se fueron retirando y dejándolo en soledad, al frente de un organismo creado por Ley que el Ministerio de Salud Pública tampoco se encargó de encauzar debidamente, debido a cuestiones de respeto científico en otros campos, y al carácter irascible de quien se trataba, generador de múltiples conflictos en diversos frentes, universitarios y asistenciales.

Resultaron de este modo enfrentadas las legítimas preocupaciones de los médicos veterinarios, los parasitólogos y los salubristas independientes del Ministerio de Salud Pública, al ver que el prestigio del país se deterioraba en materia de profilaxis de la hidatidosis. Contrastada esta situación con un ánimo de venganza política que llevaron a la destrucción y desmantelamiento del Instituto Antirrábico, que tanto prestigio había dado en lo internacional, pero con muy bajo perfil, a diferencia de la Lucha Antihidática. Que se materializó al cesar en su cargo el Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Carlos V. Stajano, un profesor de Clínica Quirúrgica de sobrados méritos. Al ser sustituido por el abogado Dr. Aparicio Méndez, rápidamente se despojó mediante un artero sumario al Dr. Bernardo Porzecanski de su Instituto Antirrábico, desarticulando la organización sencilla y eficiente que había dirigido por muchos años, y otorgándole la planta física del Instituto Antirrábico para la Lucha Anti-Hidática al Dr. Velarde Pérez Fontana.

En tanto que las medidas preventivas sobre la Rabia dejaron de hacerse eficaces, poniendo en manos de una persona inexperta en el tema al frente de las acciones, que mediante una re-estructura administrativa, se encargó del Laboratorio de Higiene Pública absorbiendo en el papel de un decreto, la ímproba labor de Lucha contra la Rabia. El resultado fue desastroso, poco tiempo después. Cesó la captura de perros vagabundos, y desde luego el control de las personas mordidas. Cesó la producción nacional de vacuna antirrábica, a pretexto de emplear técnicas más modernas, que no estaban implementadas en el país, y para lo cual era necesario formar recursos humanos y realizar la curva de aprendizaje. Debió importarse vacuna antirrábica de la hermana República de Chile (la vacuna Fuenzalida) por falta de capacidad de producción de acuerdo al nuevo personaje encargo de la tarea localmente. Todas estas causas



sumadas condujeron rápidamente a un brote de rabia canina y humana, con efectos trágicos. Que provocaron la caída del Ministro Aparicio Méndez, pero que a la vez supusieron el pedido de auxilio a la Organización Panamericana de la Salud para rearmar lo destruido. Esa nueva actividad estaría en manos del salubrista Dr. Leonel Pérez Moreira, que se hizo cargo de la campaña antirrábica, desplazando por disposición ministerial, al Dr. José Arturo Lorenzo, que poco o nada tenía para aportar en este desastre sanitario, del cual fue uno de los cómplices.

No hace falta señalar la total incapacidad del Director de la División Higiene del Ministerio de Salud Pública, el Dr. Adolfo Morales, que aunque se caracterizó siempre por no hacer nada, en este caso dejó hacer todo lo que era contrario a la lógica y a elementales normas epidemiológicas y de contralor de esta zoonosis. Un burócrata perfecto, apoltronado en un despacho del Palacio de la Sífilis (destino primero del edificio central del Ministerio de Salud Pública) que sólo sabía de expedientes y de viajar sistemáticamente al exterior para representar al país en los foros sanitarios internacionales. Como se ve sin ningún provecho.<sup>64</sup>

El Gobierno de la República, en manos de un Consejo Nacional de Gobierno que debía atender múltiples frentes, particularmente la crisis económica que llevó a la Reforma Cambiaria y Monetaria impuesta desde 1959, las inundaciones de abril del mismo año que significaron grandes desplazamientos de poblaciones en el Centro del País con amenaza de destrucción de la principal represa hidroeléctrica de la época, la del Rincón del Bonete denominada más tarde “Dr. Gabriel Terra”, y los enfrentamientos continuos no ya entre la mayoría gobernante y la minoría opositora, sino entre los propios integrantes de las fracciones de la mayoría (el herrerismo y ruralismo ganadores de las elecciones de 1958 que gobernó desde 1959 a 1963)<sup>65</sup> contra el sector blanco independiente que ganó la elección siguiente, dentro del lema Partido Nacional, encabezado por la Unión Blanca Democrática (UBD) que hizo alternar la conducción cada año por un blanco independiente seguido de un herrero.<sup>66</sup>

64 TURNES, Antonio L.: El Ministerio de Salud Pública: A 75 años de su fundación. Comentarios, datos y reflexiones. En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/msp-75a.pdf> (Consultada el 01.01.2014).

65 De acuerdo con lo establecido en la Constitución de 1952, el Consejo Nacional de Gobierno por el período 1959-1963 estaba integrado por nueve Consejeros: una mayoría blanca de seis Consejeros pertenecientes al Herrerismo-Ruralismo: Martín Ricardo Echegoyen, Benito Nardone (famoso comentarista radial de CX 4 Radio Rural, conocido por el apodo de “Chicotazo”), Eduardo Víctor Haedo, Faustino Harrison (Escribano de Florida), Justo M. Alonso (ex Profesor de Otorrinolaringología y especialista de trascendencia internacional por su Tratado de la especialidad) y Pedro Zabalza Arrospide (Abogado y Escribano de Minas); y tres más por la minoría colorada, dos de ellos pertenecientes a la Lista 15: Manuel Rodríguez Correa (Ingeniero) (quien falleció en 1961, siendo sustituido en el cargo por Héctor Grauert) y Ledo Arroyo Torres (Escribano), y uno por la Lista 14, César Batlle Pacheco (hijo de don José Batlle y Ordóñez, periodista de “El Día” y Presidente de la Asociación Uruguaya de Fútbol.

Los cuatro primeros presidieron sucesivamente el Cuerpo.

66 El Consejo Nacional de Gobierno del período 1963-1967 estuvo integrado por una mayoría blanca de seis Consejeros pertenecientes a la Unión Blanca Democrática: Daniel Fernández Crespo (maestro de profesión) (quien fallece en 1964, siendo sustituido por Alfredo Puig Spangenberg), Luis Giannattasio (Ingeniero Civil) (el mismo fallece en 1965, siendo sustituido por Alejandro Zorrilla de San Martín),

El Ministerio de Salud Pública fue con el curso de los años, la principal fuente de colocación de empleados públicos dentro de la Administración Central y por tanto el alimento electoral de los partidos de turno en el gobierno, para obtener votos a cambio de trabajo, una modalidad tradicional uruguaya que aún se mantiene inquebrantable. Los recortes presupuestales que pueden recibir otras reparticiones, siempre han respetado al MSP, que por razones de la salud pública (invocadas) ha conseguido zafar de las restricciones de ingresos nuevos de personal. Llegó a tener (en esa época) más de 17.000 funcionarios en todo el país. Para la época en que ocurrieron estos sucesos su organización estaba basada en un Ministro, un Subsecretario y cuatro Directores de División: Administración, Técnica, Higiene y Asistencia. De todas ellas la primera se ocupaba de la infraestructura, mantenimiento de hospitales y edificios y control de personal; la segunda del registro de las profesiones de salud y de la policía sanitaria; la tercera de las funciones de prevención y cuarta, la más numerosa y que asorbía más del 90% del presupuesto, asegurar el funcionamiento de la red hospitalaria de todo el país. Desde la Rendición de Cuentas de 1987 (más de 20 años después) se generaría una estructura diferenciada, como organismo desconcentrado (ASSE) que se haría cargo, con cierto grado de autonomía, de la administración de la red de establecimientos sanitarios. La Reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007) dispuso que estas competencias pasaran como organismo descentralizado a ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

Como prueba de lo mencionado arriba, en cuanto a la venganza, disfrazada de re-estructura, valga la transcripción que había hecho el propio Dr. Bernardo Porzecanski, entre los documentos que entregara al SMU oportunamente. Nos referimos al cambio de destino del Instituto Antirrábico para el Centro de Estudios de la Hidatidosis (que hasta deja de mencionar su nombre correcto, tal la desprolijidad de las actuaciones de un Profesor de Derecho Administrativo a cargo del Ministerio de Salud):

El mencionado Documento No. 1, anexo a la nota anteriormente transcrita era una copia de una resolución del Consejo Nacional de Gobierno, publicada en el Diario Oficial No. 16.265, del 27 de octubre de 1961, que dice así:

*Ministerio de Salud Pública: RESOLUCIÓN 44.444 del Consejo Nacional de Gobierno:*

---

Washington Beltrán Mullin (Abogado y periodista, además de parlamentario, hijo de Washington Beltrán Barbat, uno de los fundadores del diario "El País", muerto en 1920 en un duelo con don José Batlle y Ordóñez), Alberto Heber Usher (productor rural de Florida, parlamentario), Carlos María Penadés (abogado, periodista y parlamentario) y Héctor Lorenzo y Losada (legislador); y tres más por la minoría colorada, dos de ellos pertenecientes a la Lista 15: Alberto Abdala (abogado, periodista y parlamentario) (en sustitución del renunciante Luis Batlle Beres) y Amílcar Vasconcellos (abogado, periodista y parlamentario), y uno por la Unión Colorada y Batllista, Óscar Gestido (General del Ejército, deportista en su juventud, Aviador).

Presidieron sucesivamente el cuerpo: Daniel Fernández Crespo, Luis Giannattasio, Washington Beltrán Mullin y Alberto Heber Usher (conocido como "Titito" Heber).

*Se autoriza a celebrar un convenio con la Embajada de los EE. UU., destinada a promover investigaciones científicas sobre inmunidad Hidática y Parasitaria.*

*3 de oct. de 1961.-*

*Visto las gestiones realizadas por el señor Agregado Agrícola de la embajada de los EE. UU. ante el Ministerio de S.P. y el Centro de Estudios de la Hidatidosis de este organismo,*

*Considerando, etc., etc.,*

*El Consejo Nacional de Gobierno resuelve:*

*Art. 1. Autorízase al M. de S.P. a celebrar un convenio con la embajada de los EEUU, destinado a promover investigaciones, etc.*

*Art. 2 La dependencia de S.P. que desarrollará las investigaciones señaladas en el art. anterior, será el Centro de Estudios de la Hidatidosis que dirige el Sr. Dr. Prof. Velarde Pérez Fontana.*

*Art. 3 Se destina el local que actualmente ocupa el Servicio Antirrábico ubicado en la calle Maldonado No. 1582 para sede del Centro de Estudio de la Hidatidosis y en el mismo se llevarán a cabo las investigaciones referidas. El M. de S.P., a través del Sector Suministros de la División Administración y del Sector Laboratorios de la División Higiene, suministrará los muebles, útiles, aparatos y materiales que se resultaran necesarios para el cumplimiento de dichas investigaciones, etc.*

*Art. 4 El personal técnico así como el administrativo que integren el equipo destinado a atender esta investigación, será contratado y sus designaciones se harán a propuesta del Director del Centro de Estudios de Hidatidosis, etc., etc.*

*Art. 5 El equipo y material científico que se aporte de acuerdo a este convenio, estará exonerado de impuestos, etc., etc.*

*Art. 6 El M. de S.P. se compromete administrar los fondos que se afecten, etc.*

\* \* \*

Hay una tendencia generalizada a creer que el Ministerio de Salud Pública debe ser ejercido por médicos, por cuanto éstos se atribuyen los conocimientos específicos para tan importante Cartera.

Sin embargo esto no es así. Han existido grandes ministros, de actuación ejemplar, que fueron médicos destacados. Han existido también ministros ejemplares que fueron no médicos: abogados, contadores o sin profesión. Lo que el Ministerio de Salud requiere es un buen Administrador de los cuantiosos recursos que dispone, y un gabinete de asesores calificados que puedan ayudarle en el diseño de las políticas y la implementación de las resoluciones.

En los 80 años del MSP ha evolucionado mucho su estructura, tomando en consideración con lentitud y sin toda la eficacia que sería deseable, las recomendaciones del viejo informe del Dr. John A. Hall, realizadas a mediados de la década de 1950, que criticaba la centralización en la figura del Ministro de las potestades para adoptar desde las más importantes resoluciones, hasta las más baladíes.

También la Administración Pública se ha dado en estas décadas herramientas nuevas para el procesamiento de algunos actos administrativos, para asegurar que los mismos estuvieran ajustados a Derecho y no fueran meras arbitrariedades del jerarca. Así el Decreto 500/91 dispone una prolija normativa para la realización de investigaciones administrativas y sumarios, que no existía en la época del sumario incoado al Dr. Bernardo Porzecanski. Por este Decreto se establecen los límites temporales para la separación del cargo de un funcionario sumariado, que no puede exceder de los 6 meses, si es o no con retención del 50% de haberes, y ello luego de haberse practicado una investigación administrativa con el fin de individualizar a los responsables de posibles irregularidades que deban ser eventualmente sancionadas. En una palabra, este decreto muy utilizado desde hace veinte años, pretende brindar las garantías del debido proceso. Someter a un profesional prestigioso nacional e internacionalmente como el Dr. Bernardo Porzecanski a la violencia moral de estar sumariado, cuando esto se consideraba ya como una sanción en sí misma, y no como un proceso de investigación de responsabilidad en supuestos actos irregulares, ha sido una manifestación del autoritarismo del peor cuño, que marcó una época. Pero sobre todo marcó la conducta de algunos individuos, que si se analiza su historial, terminaron siendo títeres de una dictadura militar, que ha dejado una honda huella de atropellos de todo tipo a los derechos humanos, así como tropelías en lo administrativo y en irregularidades de todo tipo que desde luego no fueron nunca debidamente investigadas por la Democracia.

El Dr. Porzecanski pudo haber hecho a su vez una reclamación mediante un juicio civil contra el Estado, por el resarcimiento del daño moral que estos hechos le provocaron, más allá del daño que en sí mismos provocaron a la salud pública de la población. Pero su talante pacífico y tolerante no lo impulsó en esa dirección, y se consideró totalmente resarcido con que un sumario que llevó 30 meses, cinco veces más de lo que hoy se admite como máximo, resultara en una absolución de cargos.

Debe destacarse el apoyo recibido del Sindicato Médico del Uruguay en la instancia, particularmente en lo atinente a la defensa jurídica realizada por el Dr. Raúl E. Baethgen, destacado abogado jefe del Sindicato y un maestro en el terreno de la ética profesional.

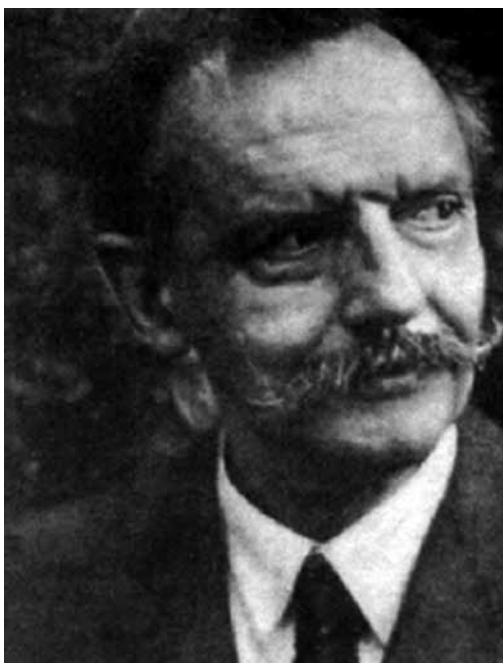
Seguramente, dejando de lado los intereses bastardos de quienes prohíjan determinadas acciones de la Administración, las inclinaciones ideológicas totalitarias de algunos personajes que a lo largo de su vida dan prueba in-

contrastable de sus verdaderos propósitos e inclinaciones, no cabe duda que estamos en esta controversia entre dos *luchas*: una Lucha contra la Hidatidosis o la Lucha contra la Rabia, en lo que Carlos Vaz Ferreira (1872-1958) llamó ya en 1910, en su *Lógica Viva*, Falacias o Errores de Falsa Oposición. Veamos algunas páginas de este Maestro de Conferencias, el mayor filósofo del siglo XX de nuestro país, que seguramente ninguno de los actores haya tomado en consideración ni en su vida ni a la hora de tomar decisiones de interés público indudable.

### CARLOS VAZ FERREIRA (1872-1958) Y SU *LÓGICA VIVA*<sup>67</sup>

Para la primera edición de su *Lógica Viva*, en 1910, Carlos Vaz Ferreira escribía en el Prólogo:

*Tengo en proyecto un libro que sería positivamente útil si pudiera escribirlo algún día, y si en la realización se aproximara siquiera al ideal que concibo. Sería un estudio de la manera cómo los hombres piensan, discuten, aciertan o se equivocan – sobre todo, de las maneras como se equivocan; pero de hecho: un análisis de las confusiones más comunes, de los paralogismos más frecuentes en la práctica, tales como son, no tales como serían si los procesos psicológicos fueran superponibles a sus esquemas verbales. No una Lógica, entonces, sino una Psico-Lógica... Sencillamente,*



Carlos Vaz Ferreira (1872-1958)

*un libro (que sería, si se quiere, la segunda parte de cualquier tratado de lógica de los comunes), con muchos ejemplos, tomados no sólo de la ciencia sino de la vida corriente, de las discusiones diarias; destinado, no a demostrar o a aplicar ninguna doctrina sistemática, sino sólo al fin positivamente práctico de que una persona cualquiera, después de haber leído ese libro, fuera algo más capaz que antes de razonar bien, por una parte, y más capaz, por otra, de evitar algunos errores o confusiones que antes no hubiera evitado, o hubiera evitado con menos facilidad.*

67 VAZ FERREIRA, Carlos: *Lógica Viva*. Estudio preliminar por Jorge Liberati. Texto al cuidado de Sara Vaz Ferreira. Editorial Técnica, Montevideo, 1983. 252 páginas; pp.: 3-5; 7-8.

*Tal como lo concibo, el libro no necesitaría tener composición sistemática. Más: en realidad, lo considero indefinido; o, mejor, lo que concibo no es un libro, sino un tipo de libros que podrían escribirse en número indefinido, porque su materia es inagotable, y siempre serían útiles. En cuanto a mi proyecto personal, se me complica más todavía, porque algunos de los análisis, ejemplos, reglas, etc., corresponderían más bien a una obra didáctica o utilizable para lectores de cultura ordinaria, en tanto que otros, más sutiles y profundos, estarían destinados a un público especial; y no sé bien si convendría escribir dos obras: una para estudiantes y para el público no especialista, y otra para especialistas, o bien si lo mejor sería acumular todo el material en una sola obra penetrable, de la cual cada uno sacaría lo más que pudiera.*

*He aquí algunos títulos de los que podrían servir para agrupar (sin demasiada estrictez) el material de un libro de esta clase:*

*Paralogismos comunes; sus manifestaciones, sus causas; circunstancias que hay que tener presentes, o hábitos mentales que conviene contraer, para evitarlos (la esquemalogía de las falacias está casi acabada por la obra de los lógicos; pero no su psicología).*

*Ejemplos de malos razonamientos (tomados de la realidad); su análisis. Muchos de esos malos razonamientos, serían utilizables didácticamente, como ejercicios (en distintos grados de la enseñanza), señalándose al estudiante la tarea de analizarlos.*

*Estudio lógico y psico-lógico de discusiones tomadas de la realidad (es aplicable la misma observación anterior).*

*Estudio de la lógica habitual de ciertos profesionales (Diderot hablaba de “idiotismos morales”, en los profesionales de las diversas artes, estos serían los idiotismos lógicos).*

*Observaciones de orden teórico concernientes a las relaciones de la psicología y la lógica, del pensamiento y el lenguaje, etc., destinadas a corregir los conceptos falsos que el esquematismo de la lógica ha originado. Esto es algo que hoy, flota en el ambiente. Quizá se está efectuando actualmente (y no la sentimos, porque estamos en ella) la revolución o evolución más grande en la historia intelectual humana; más trascendental que cualquier transformación científica o artística, porque se trata de algo aún más nuevo y más general que todo eso: del cambio en el modo de pensar de la humanidad, por independizarse ésta de las palabras. Se habría confundido mucho el lenguaje con el pensamiento: se habrían aplicado a éste, propiedades y relaciones de aquél. Varios pensadores contemporáneos – nombraré a Bergson, James – son los que tienen una parte personal más grande en este movimiento. Pero él es ambiente: yo presiento algún gran descubrimiento práctico, que nos enseñará procedimientos para pensar mejor. De todos modos, entretanto, esta clase de análisis debe ser hoy tarea de preferencia, así como el establecimiento, aunque sea parcial y hasta provisional, de todas las consecuencias prácticas que esos análisis permiten fundar útilmente.*

*Monografías lógicas de algunas cuestiones reales en debate.*

*Prefiero no continuar, porque la clasificación ya de por sí desnaturaliza la lógica viva. No sé si las otras obras especulativas que he emprendido, y mi vida de acción,*

*me dejarán alguna vez el tiempo y la serenidad necesarios para escribir tal libro, ni si soy realmente capaz de escribirlo. Tal vez el carácter no sistemático de él, su fin práctico de pura utilidad, me permitirán ir publicando, fragmentariamente y sin orden predeterminado, algunos de los apuntes que continuamente preparo, dándoles, al efecto, provisionalmente, un mínimum de forma. Pueden ser útiles; y pueden determinar a algún otro a escribir obras análogas a la que proyecto: yo lo desearía, e invito a ello, muy sinceramente, a los pensadores.*

*Pero, por otra parte, he pensado también que, para la enseñanza, sería bastante útil publicar aparte algunas de esas observaciones, eligiéndolas entre aquellas cuya aplicación práctica sea mayor, y que puedan ser expuestas en el plano didáctico. Para poder hacerlo (ya que en mis condiciones actuales no dispongo del tiempo necesario para escribir libros), di, en el curso de Lógica de 1909, en la "Sección de Enseñanza Secundaria" de la Universidad, varias lecciones, cuya versión taquigráfica forma el presente libro.*

## ERRORES DE FALSA OPOSICIÓN

Una de las mayores adquisiciones del pensamiento se realizaría cuando los hombres comprendieran – no sólo comprendieran, sino *sintieran* – que *una gran parte de las teorías, opiniones, observaciones, etc., que se tratan como opuestas, no lo son*. Es una de las falacias<sup>68</sup> más comunes, y por la cual se gasta en pura pérdida la mayor parte del trabajo pensante de la humanidad, la que consiste en *tomar por contradictorio lo que no es contradictorio*; en crear falsos dilemas, falsas oposiciones. Dentro de esa falacia, la muy común que consiste en *tomar lo complementario por contradictorio*, no es más que un caso particular de ella, pero un caso prácticamente muy importante.

Empecemos por algunos ejemplos, simples, a veces hasta groseros, tomados, como todos los otros, de la realidad, y que servirán para comprender la naturaleza del paralogismo.

De un discurso:

La unión entre los pueblos no la forman hoy día la comunidad de la lengua, de la religión y de las tradiciones, sino que surge de la comunidad de las almas en un ideal de progreso, de libertad y de simpatías recíprocas.

He aquí un párrafo como tantos que se leen naturalmente todos los días, sin que nada de ellos, a primera vista, nos llame la atención, contiene, sin embargo (si se lo toma literalmente), una falacia grosera, falacia de falsa oposición. *La unión entre los pueblos, no la forman la comunidad de la lengua, de la religión*

---

68 (Notas del prologuista): Los términos "falacia", "sofisma" y "paralogismo" son usados, en general, indistintamente por los autores. El término "paralogismo" parece ser la denominación del error que se comete involuntariamente. En *Un paralogismo de actualidad* Vaz dice que "el número de casos en que (el error) es consciente y claro, es mucho menor que el de aquellos en que se produce vaga y confusamente". Quizá por eso prefiera el término "paralogismo". En todos los casos se trata de un razonamiento incorrecto, pero que tiene la apariencia de ser correcto. (Pág. 44).

*y de las tradiciones, sino que surge...*, etcétera. Para el que escribió, y para el que lee desprevenido, hay *oposición* entre esas cosas: si la unión entre los pueblos es formada por la comunidad de la lengua, de la religión y de las tradiciones, no será formada por los ideales de progreso, de libertad, etc., y si es formada por los ideales de progreso y de libertad, como afirma el autor, entonces no será formada por la comunidad de la lengua, de la religión y de las tradiciones – como si hubiera oposición. Se crea así un falso dilema.

En realidad, la unión de las naciones es formada, o podría ser formada, por todas esas cosas juntas, en proporciones diversas: podrán entrar todos esos elementos, en proporciones variadas; podrán entrar solamente algunos de ellos; pero no hay oposición entre unos y otros. Es un mal razonamiento.

De otro discurso:

La energía yanqui, el alma yanqui, no es la obra de los Washingtons ni Lincolns, sino de los Vanderbilts, Morgans y Rockefellers; la energía argentina, el alma argentina, no es la obra de los Rivadavias, Sarmientos ni Mitres, sino la de los Lozanos, Pereiras, Oliveras Fages, Cobos y demás grandes y nobles señores de la agricultura.

Prescindiendo del concepto mismo, en cuanto rebaja hasta anularlo el papel de los estadistas y políticos, y en cuanto hace completamente buena la acción de esos industriales más o menos millonarios; prescindiendo del concepto mismo, este *sino* es absolutamente paralogístico: indica y hace pensar en una oposición que no existe. Parece que, para el autor, haya que elegir: o fueron los políticos y los hombres de estado, o fueron los industriales y los millonarios; si fueron los primeros, no fueron los segundos; si fueron los segundos, no fueron los primeros.

En realidad, la grandeza de los pueblos puede deberse en parte a la política y en parte a la industria; la de los Estados Unidos, puede deber una parte a sus políticos y otra parte a sus industriales y capitalistas. El sofisma es, como en el caso anterior, el de falsa oposición.

(...)



\* \* \*

Y la confirmación de la falta de valor de la “vacuna” promovida por el Dr. Velarde Pérez Fontana, vino de allende la cordillera, en un informe del *BOLETÍN CHILENO DE PARASITOLOGÍA* Vol. XIX – Enero-marzo de 1964, pág. 7 y sig.

**ACTIVIDAD INMUNOGÉNICA DE UN PRODUCTO  
BIOLÓGICOENSAYADO COMO VACUNA CONTRA LA  
HIDATIDOSIS OVINA**

**VÍCTOR NAYA Y BENJAMÍN D. BLOOD**

**CENTRO PANAMERICANO DE ZONOSIS, OFICINA SANITARIA  
PANAMERICANA,  
AZUL, ARGENTINA**

(Copia del original)

**RESUMEN:** Se estudia la capacidad inmunogenética de un producto propuesto como vacuna contra la hidatidosis ovina. Se trata de una fracción de líquido hidatídico, rico en proteínas, separada por descongelación.

En el ensayo se usaron 118 corderos de 3 a 6 meses, 59 de los cuales se vacunaron con el producto en estudio y el resto se dejó como testigo, sin vacunar. Cuarenta y cinco días después de aplicada la última inoculación, cada uno de los animales “vacunados” y testigos fue infectado realmente con 30 a 100 huevos maduros de *E. granulosus*, provenientes de proglótides grávidas frescas. Cuatro meses más tarde, se comenzó el sacrificio por lotes escalonados, incluyendo en cada ocasión un igual número de corderos “vacunados” y testigos. Los últimos animales se sacrificaron 21 meses después de la infección.

El examen histopatológico reveló un número igual de lesiones específicas de hidatidosis, tanto en los grupos “vacunados” como “testigos”, por lo que se deduce que el producto ensayado no confirió protección alguna contra la infección hidática, bajo las condiciones experimentales empleadas. Tampoco se demostraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al aumento de peso y rendimiento de lana.

Agradecimiento: Los autores agradecen al Dr. Velarde Pérez Fontana la preparación y el suministro del antígeno empleado en esta experiencia. Igualmente expresan su reconocimiento a la Comisión Coordinadora Argentina para el Centro Panamericano de Zoonosis; al personal de la Cátedra de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, especialmente al Dr. Allan Murray por haber efectuado el estudio histopatológico de todas las muestras.

# XXIII Congreso Mundial de HIDATIDOLOGÍA A.I.H.

XXIII International Congress of Hydatidology

7er Curso Internacional de Formación de Promotores de Salud en Zoonosis (C.N.Z. - M.S.P.)  
XXVI Jornadas Argentinas de Hidatidología  
VI Reunión del Proyecto Subregional Cono Sur, Hidatidosis (OP5): 9 de diciembre

10 al 12 de  
diciembre, 2009

Colonia del  
Sacramento,  
URUGUAY

COLONIA

## TEMARIO ///

- Epidemiología de la Esquistocosis Gástrica y Alveolar
- Vigilancia y control de la Esquistocosis Gástrica
- El rol de la Atención Primaria de Salud
- Diagnóstico y control de la Esquistocosis Gástrica en hospedadores definitivos
- Avances en el diagnóstico de la Esquistocosis Gástrica en humanos
- Tratamiento de la Esquistocosis Gástrica
- Avances de la tecnología en el tratamiento de la Esquistocosis Gástrica
- Avances en la investigación helminológica
- Aspectos sociales, económicos y legales de la enfermedad

INFO ///

[congresoah2009@gmail.com](mailto:congresoah2009@gmail.com)  
<http://congresoah2009.blogspot.com>

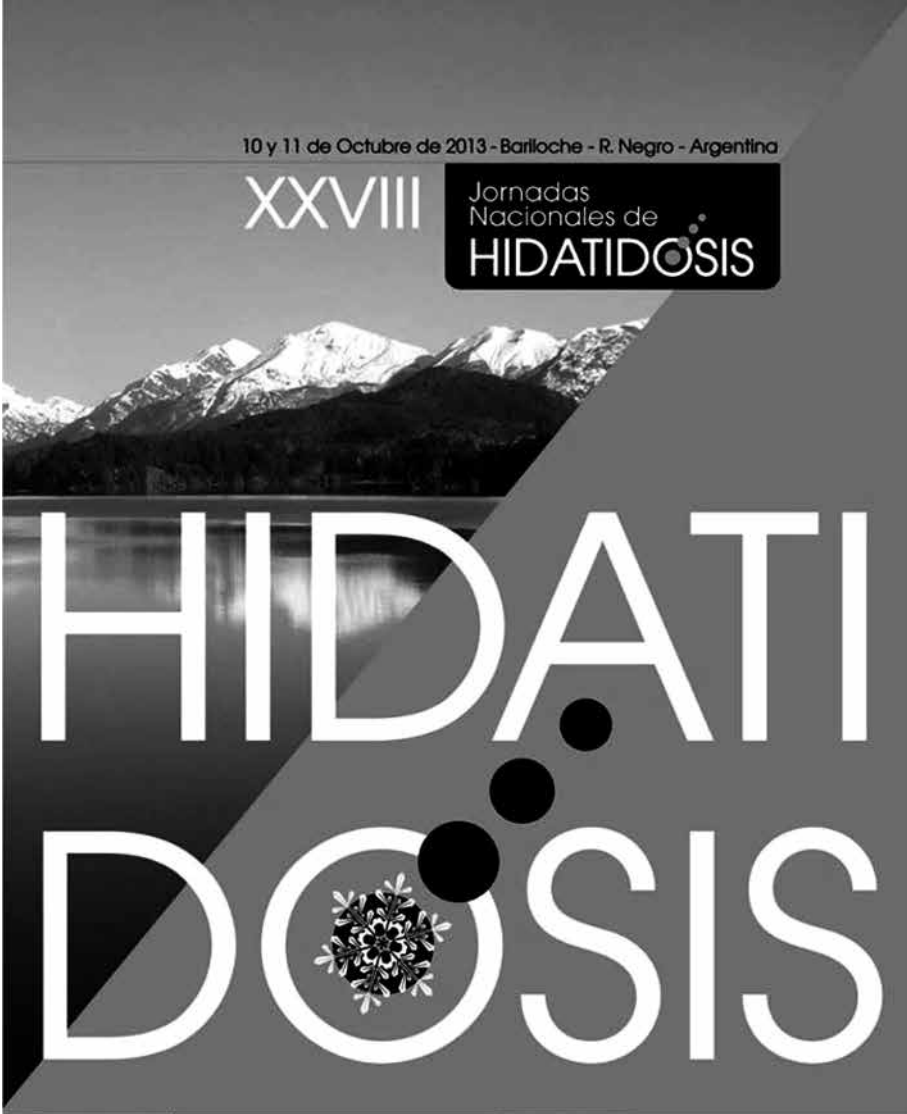
2009 2010 2011

Organización Panamericana de la Salud



10 y 11 de Octubre de 2013 - Bariloche - R. Negro - Argentina


XXVIII Jornadas Nacionales de **HIDATIDOSIS**





# HIDATI DOSIS


Organizan:


Auspician:


 Asociación Internacional de Hidatidología Filial Argentina


 Ministerio de Salud PROVINCIA DE RÍO NEGRO

 Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

 CFI CONSEJO FEDERAL DE HIDATIDOLOGÍA

 Legislatura de Río Negro

 Gobierno de Río Negro Subsecretaría de Planificación Secretaría de Estado General

 OSUTHGRA



**Campaña  
oficial de  
vacunación  
antirrábica e  
identificación.**



## Se hace saber.

A todos los propietarios de perros, gatos y hurones, que la campaña oficial de vacunación e identificación animal 2012 organizada por la Comunidad de Madrid les facilita el cumplimiento de la obligación "de vacunar contra la rabia a todos los perros y la obligación de identificar adecuadamente a todos los perros y gatos. Además facilita la vacunación e identificación de los hurones". También, los propietarios de perros recibirán información sobre la prevención de la hidatidosis y podrán adquirir las pastillas para la desparasitación de su perro durante todo el año.

En Torrelotones, la campaña tendrá lugar:

**Días: 4,5,6,7 y 8 de Junio.**

**Hora: de 10:00h a 14.30h.**

**Lugar: Av. de Torrelotones, 9 (antigua concejalía de educación)**

Vacunación e identificación individual mediante "microchip" 24 €.

Vacunación en animales ya identificados 10 €.

Suministro de pastillas contra hidatidosis 5 €.

Torrelotones  
es  
eres  
somos  
**educación**

EDUCACIÓN OFICIAL DE TORRELOTONES

Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid

Más información  
[www.torrelotones.es](http://www.torrelotones.es)

Ayuntamiento de Torrelotones

¿Alguna vez el lector uruguayo vio alguna comunicación similar a estos dos ejemplos de arriba, referidos a la rabia, como se han diseñado hermosas piezas para el combate a la hidatidosis?

Esto pautta claramente cómo estamos en relación a los que van adelante en materia de prevención.

Terminemos con la falacia de falsa oposición. Hagamos campaña también contra la rabia animal y humana.

## LA RABIA PARALÍTICA BOVINA

El estimado amigo Dr. José Fernando Dora, Representante de OPS/OMS en Uruguay entre los años 2000 y 2010, por su condición de médico veterinario riograndense tuvo ocasión de conducir una investigación sobre la rabia paralítica bovina en el Departamento de Rivera en el año 2007. Testimonio más que elocuente que el virus de la rabia circula en nuestro país, y puede traernos problemas serios de salud pública en cualquier momento. De ahí que el alerta no sea mera cuestión de recuerdo histórico, sino una presencia vibrante y dolorosamente frecuente. Si bajamos la guardia. Una tesis consultada de un autor mexicano, arroja buena luz sobre lo que es esta variedad de la rabia que afecta a los animales de la pecuaria.<sup>69</sup>



El Dr. José Fernando Dora (izq) junto al Dr. Alfredo Toledo Ivaldo (der) Presidente del SMU y el escritor Milton Fornero, asesor de Prensa y Relaciones Públicas del SMU, durante la celebración del 87º aniversario del SMU, el 11 de agosto de 2007.

A continuación reproducimos, en forma facsimilar, un artículo publicado por destacados veterinarios que describe el brote de rabia paralítica bovina en Rivera en el año 2007.<sup>70</sup>

69 PARRA-NAVARRO, Eligio: Universidad Autónoma de Nayarit (México): Rabia paralítica en Bovinos. Tesis para optar por el título de médico veterinario. 1995. En: <http://exlibris.uan.edu.mx/tesis1/veterinaria/VET025234.pdf> (Consultada el 06.01.2014).

70 En: [http://www.planagropecuario.org.uy/publicaciones/revista/R125/R\\_125\\_40.pdf](http://www.planagropecuario.org.uy/publicaciones/revista/R125/R_125_40.pdf) (Consultada el 16.12.2013).

## Consideraciones generales sobre la rabia paralítica en Uruguay

Dr. Luis Eduardo Dias<sup>1</sup>  
Dr. Edgardo Vitale<sup>2</sup>

### Introducción

La rabia como enfermedad, ausente en nuestro país desde el año 1968, fue siempre diagnosticada ligada al ciclo urbano relacionada con el perro y eventualmente el gato. En octubre del año 2007, se la diagnosticó por primera vez en Uruguay en su forma paralítica en el Paraje Rincón de Diniz del Departamento de Rivera. En esa oportunidad, se vieron afectados bovinos y equinos de varios establecimientos de la zona. La transmisión de la enfermedad a estos animales fue a través de mordeduras de murciélagos hematófagos infectados por el virus rábico.

1. Médico Veterinario. Asesor Técnico de la DGSG/MGAP

2. Médico Veterinario. Asesor Técnico de la DGSG/MGAP Prof. Adj. Área Epidemiología. Fac. Veterinaria

El propósito del presente reporte es informar sobre algunos aspectos generales de la enfermedad con el objetivo de contribuir al conocimiento de la misma para una mejor vigilancia epidemiológica en la actual fase de control y eventual erradicación.

### Consideraciones generales

El virus rábico afecta a todas las especies de mamíferos como los bovinos, equinos, caprinos, ovinos y porcinos, entre otras, así como también al hombre por ser una zoonosis, siendo mortal en el 100% de los casos.

La rabia es una enfermedad aguda del Sistema Nervioso Central y se considera como una de las más graves zoonosis para la Salud Pública, por su drástica evolución a la muerte y por el elevado costo social y económico.

El virus de la Rabia pertenece a la Familia *Rhabdoviridae*, Género *Lyssavirus*; con 7 genotipos conocidos. La rabia bovina es causada por el mismo virus que ocasiona la rabia en los perros y otros animales. Sin embargo, hay poca conexión entre la rabia canina y la rabia bovina, ya que existe mucha diferencia en la ecología del virus cuando se encuentra en distintos tipos de huéspedes.

El virus es sensible a los solventes lipídicos como los detergentes, poco resistente a los ácidos y álcalis fuertes. Los agentes físicos como: la luz ultravioleta, el calor, la luz y las condiciones ambientales como la desecación y la luminosidad, lo inactivan rápidamente. Entre los desinfectantes más comunes indicados para destruir al virus se encuentran el hipoclorito de sodio al 2%, el formol al 10%, el ácido



*Desmodus rotundus*

sulfúrico al 2%, el fenol, la creolina 1% y el ácido clorhídrico al 5%.

Para la desinfección del medio ambiente se indica el bicarbonato de sodio al 1% o 2%, por que inactiva el virus en forma rápida.

El virus pierde su infecciosidad a temperaturas de 80°C en 2 minutos y frente a la luz solar en 14 días a 30°C. La putrefacción destruye al virus lentamente en un plazo de 14 días.

### Principal fuente de infección en la Rabia Paralítica

El principal reservorio de la rabia paralítica en los herbívoros, es el murciélago hematófago infectado, que en nuestro país ha sido hasta el presente el vampiro *Desmodus rotundus* (ver fotografía n° 1). Los anteriores reportes de bovinos afectados en nuestro país, fueron debidos a mordeduras de perros infectados de rabia, correspondiendo a lo que suele denominarse "ciclo urbano".

Por el contrario, el comportamiento epidemiológico, del "ciclo silvestre de la rabia," comienza al ser mordido un herbívoro (bovino, equino, ovino, caprino) por un murciélago infectado por el virus. *Los herbívoros actúan como huéspedes accidentales y terminales del virus de la rabia, comportándose como centinelas de la existencia del virus.* El virus en ellos, tiene bajísima o nula probabilidad de transmitirse a diferencia de lo que sucede con otros huéspedes como los perros, gatos, zorros, zorrillos y monos, ya que la infección con saliva a través de una mordedura es la principal vía de transmisión.

Los murciélagos hematófagos, *Desmodus rotundus*, y especialmente las hembras, necesitan un ambiente con una humedad de 80% y altas temperaturas en su hábitat (grutas, taperas, árboles huecos, represas, puentes, etc.). De no conseguirse estas condiciones ambientales, se favorece su migración ya que son altamente dependientes del agua y por ello siguen normalmente cursos de ríos o arroyos. Por lo general viven de 15 a 16 años. En la colonia de vampiros siempre hay un macho dominante quien permite solamente convivir a las hembras con sus crías hasta la madurez sexual. Una vez alcanzada ésta, los machos son desalojados por el macho dominante formando colonias satélites. Normalmente algunos vampiros visitan las colonias vecinas y sus colonias son visitadas por miembros (especialmente hembras) de otras. Este comportamiento da lugar a una comunicación indirecta de casi todas las colonias de vampiros en forma de cadena o red lo que favorece la difusión del virus.

El radio de vuelo no excede los 12-15 Km., mientras que, los vampiros machos que son desalojados de las cavernas por los machos dominantes, pueden llegar a volar hasta 100 Km. El murciélago que se infecta muere en 5 días, pero es importante señalar que al 3er día de infectado, al estar afectado su sistema nervioso central por el virus, hace que se mueva sin control, pudiendo migrar a otra colonia, generando la difusión del problema.



Vampiro encontrado muerto en una tapera de la zona afectada de Rivera y del cual se aisló en el laboratorio oficial DILAVE, el virus de la rabia.

La rabia se transmite mediante la saliva de los animales infectados. La infección se produce principalmente a través de las heridas por mordedura, o por entrada de saliva infectada en las heridas abiertas o mucosas, como la de la boca, la cavidad nasal o los ojos. También se ha documentado la infección por inhalación del virus, por ejemplo, en el entorno de una cueva de murciélagos densamente poblada.

El virus permanece en el punto de entrada, durante un periodo de tiempo antes de difundirse a través de los nervios hasta el cerebro y cerebelo. Una vez en el cerebro, el virus se multiplica rápidamente y se manifiestan los signos clínicos. Del cerebro, el virus pasa a las glándulas salivales y otros órganos a través de los nervios.

#### **Período de Incubación y signos clínicos**

El período de incubación de la enfermedad (tiempo que transcurre entre que el animal se infecta y comienza a mostrar los síntomas) puede ser largo de hasta seis meses. La rabia tiene una letalidad del 100 %, es decir que todos los animales que se enferman, mueren. El período de tiempo antes de que aparezcan los signos clínicos en un animal infec-

tado puede variar dependiendo de la cepa viral y del punto de entrada. Cuanto más cerca del cerebro se encuentre el punto de entrada del virus más corto será el período de incubación. Es importante saber que la enfermedad puede ser transmitida a otros animales y a los humanos vía saliva de un animal infectado, antes de que éste presente los signos clínicos.

Al ser la rabia una enfermedad mortal y una zoonosis, se considera fundamental que el diagnóstico presuntivo de la misma -medidas de bioseguridad mediante- sea realizado por un veterinario, a través de la anamnesis, del estudio epidemiológico, de la sintomatología clínica y los hallazgos de necropsia.

Se deberá considerar como un dato importante, si el animal o el rodeo afectado presentan mordeduras de vampiros, antiguas y/o recientes, así como las medidas sanitarias adoptadas en el establecimiento (vacunaciones, baños, etc.).

Para el estudio epidemiológico se llevará registro de todas las especies animales del establecimiento, cantidades, categorías, tipo de producción, número de enfermos y muertos. Asimismo, se debe considerar el tipo de

**BIENESTAR Y SALUD ANIMAL**

producción predominante en la zona, la topografía, la geología y la hidrografía, que puede proveer de refugio al vampiro transmisor de la rabia.

Los **signos clínicos** predominantes son:

- Tristeza – pérdida del apetito;
- Baba abundante y tienen dificultad para deglutir;
- Se apartan de los otros animales;
- Caminar incierto y mirada ansiosa;
- Presentan parálisis, principalmente en las patas traseras (ver fotografía nº 2)
- Dificultad en defecar y orinar;
- Presentan movimientos de pedaleo;
- No consigue levantarse más y finalmente muere;
- La muerte ocurre en 4 a 6 días después de los primeros síntomas.

En las necropsias se ha observado constantemente una repleción de vejiga sin hematuria, así como estasis de contenido del intestino grueso.

Se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades con cuadros nerviosos similares que pueden llegar a confundir. La confirmación de la enfermedad sólo se efectúa por diagnóstico de laboratorio sobre el material seleccionado y enviado adecuadamente por el profesional (cerebro, cerebelo y médula espinal).

### **Estrategia para el control de la rabia herbívora**

Ante una sospecha de rabia paralítica, es fundamental comunicarlo a su veterinario de confianza y/o reportarlo a los servicios veterinarios oficiales del lugar en el menor tiempo posible, posibilitando con ello coordinar las acciones a desarrollar y tener la destimulación o la confirmación con participación del laboratorio oficial.

El comunicar un foco oportunamente, permite tomar las medidas sanitarias para su control y eventual erradicación. Además permite a la Autoridad Sanitaria realizar las coordinaciones necesarias con instituciones u organismos directamente ligados al problema como lo son el MSP, gobierno departamental y las



Bovino con síntomas nerviosos. Parálisis de las patas que le hacen imposible mantenerse de pie.

organizaciones internacionales (OIE, CVP, OMS/OPS).

Frente a la situación acaecida en el Rincón de Diniz, se estableció un Comité Operativo de Emergencia (COE) con sede de los Servicios Ganaderos del MGAP, quien elaboró un *Plan de Acción* para el control del problema. En esa primera oportunidad se contó con el invaluable apoyo de las autoridades sanitarias del Ministerio de Agricultura de la República Federativa de Brasil y de la Secretaría del Estado de Río Grande del Sur.

La estrategia del plan de acción hasta el momento se desarrolla en tres líneas de trabajo fundamentales:

1. "Vigilancia epidemiológica" de cuadros compatibles con la enfermedad, de animales mordidos por especies y de los refugios de vampiros registrados.
2. "Vacunación" focal y perifocal de bovinos y equinos por el MGAP y vacunación de personas y animales de compañía como los perros y gatos por funcionarios del MSP en esas zonas.
3. "Control de murciélagos hematófagos", realizando una despoblación de los mismos en las zonas focales, eliminando la principal fuente de virus, que es el vampiro infectado

### **1. Vigilancia epidemiológica**

Una activa vigilancia epidemiológica, involucra la investigación por parte del Servicio de todos los focos, con protocolización en formulario epidemiológico y su ingreso al Sistema de Información en Salud Animal (SISA). La elaboración de mapas con la ubicación de los focos en forma georeferenciada (GPS), muestra el grado de difusión de la enfermedad en el tiempo y espacio. El registro de cantidad de animales mordidos por predios, dentro de las zonas focales y de vigilancia, permite hacer un seguimiento de la dirección de la enfermedad, así como el análisis de los datos de una base que contenga las poblaciones de animales susceptibles, las poblaciones de murciélagos hematófagos y de otros posibles reservorios (zorros, zorrillos, etc.). En la vigilancia de la enfermedad debemos tener presente la topografía e hidrografía de la zona. Donde se realizó el primer diagnóstico de rabia paralítica en octubre de 2007, la actividad agropecuaria predominante es de tipo silvo-pastoril (montes de eucaliptos y pinos con ganado a pastoreo) con la formación de taperas, que resultan unos nuevos hábitats para las colonias de murciélagos hematófagos.



## 2. Vacunación

Tuvo inicio el 03 de noviembre de 2007 y considerando la disponibilidad de vacunas se estableció la estrategia de la vacunación de las especies domésticas de importancia económica en un radio de 20 Km de donde habían aparecido los casos. La vacunación se realizó bajo control oficial por funcionarios del MGAP y de la Comisión de Zoonosis en todos los bovinos y equinos existentes dentro de las zonas delimitadas. La vacunación de los caninos estuvo a cargo de los funcionarios del MSP.

Los equipos son liderados por un veterinario quien además de ser el responsable de la vacunación (verificando el mantenimiento de la cadena de frío de la vacuna hasta el lugar de aplicación, controla los equipos e instrumental de vacunación, verifica la operativa, elabora las actas de vacunación, controla la cobertura obtenida, registra las fechas y cantidad de animales vacunados). Realiza la lectura de mordidas en los animales susceptibles e informa y asesora al productor sobre la enfermedad.

Las vacunas utilizadas son a virus inactivado, producidas por laboratorios registrados y habilitados por el MGAP

Las vacunas deben siempre ser mantenidas refrigeradas entre 2°C y 8°C hasta su aplicación. La dosis depende del laboratorio elaborador siendo generalmente de 2 cc, aplicándose por vía s/c o im.; Se deben revacunar los animales a los 30 días de la primera dosis, para lograr la inmunidad.

Los terneros nacidos, luego de la vacunación serán vacunados a los tres meses de edad, considerando que la inmunidad llega promedialmente al año.

## 3. Control de Vampiros

En la rabia paralítica es prioritario realizar el control de los murciélagos hematófagos, debiendo bajar sus poblaciones en las zonas afectadas, mediante la captura y tratamiento de los mismos con drogas vampiricidas en base a anticoagulantes (Warfarina).

Como tarea preliminar para establecer el control se deben identificar las colonias, con referenciamiento por GPS, para poder realizar su monitoreo por lo menos una vez al año. Todos los operarios deben estar entrenados e inmunizados contra la rabia. Deben disponer de los equipos apropiados de bioseguridad para la captura y tratamiento de

los murciélagos hematófagos (redes de niebla para la captura y vampiricidas, máscaras, cascos, linternas, guantes de cuero, botas de goma, carpas completas, etc.), desinfectantes.

## Métodos de Captura y Tratamiento Vampiricida

*Método selectivo directo:* Consiste en la captura del vampiro y su tratamiento (en la cueva, corral con ganado) untándolo con el vampiricida y largándolo nuevamente ya que un vampiro tratado, tendrá contacto por lo menos con 20 murciélagos hematófagos, cifra que se incrementa notoriamente si es una hembra la tratada ya que siempre es aceptada en la colonia. La base de esta acción está en que el murciélago al lamerse ingiere el anticoagulante y muere por hemorragia.

*Método indirecto:* Consiste en la aplicación del vampiricida directamente en las mordeduras o en el dorso del animal mordido.

*Como criterio general los vampiros encontrados muertos deben ser enviados al laboratorio oficial, así como alguno de los capturados; aunque en este último caso lo más importante es soltarlo.*

## LA RABIA PARALÍTICA

Se atribuye a Gerard van Swieten vincular la rabia paralítica<sup>71</sup> en herbívoros con la picadura de vampiros, durante su larga estadía como Médico de la Corte de Viena, bajo María Teresa.

Van Swieten era discípulo de Hermann Boerhaave (31 de diciembre de 1668-23 de septiembre de 1738) fue un médico, botánico y humanista neerlandés. Boerhaave tiene un carácter único en la historia de la ciencia ya que, aunque realizó escasos descubrimientos, tuvo una inmensa influencia en tres ramas del saber: química, botánica y medicina.



Enrique Fajarnés y Tur (1858-1934)

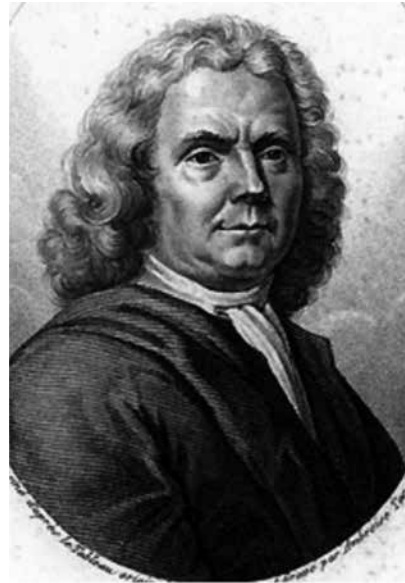
71 FAJARNÉS y TUR, Enrique: Epizootia de Hidrofobia en la Ciudad de Palma en 1744. *Revista Balear de Ciencias Médicas*: Año XVI, Núm. 29, 20 octubre 1900: 249-256, y Núm. 30, 30 octubre 1900: 277-280. (Consultada el 17.05.2014).

También es considerado una de las figuras más notables de la medicina europea, y ocupó diversas cátedras en la Universidad de Leiden. Su doctrina intenta combinar las concepciones clásicas con las teorías patológicas aparecidas en el siglo XVII. Destacan sus *Aforismos para conocer y curar las enfermedades según las doctrinas médicas* (1709), obra traducida a varios idiomas.

Gerard van Swieten, un médico holandés (1700-1772), discípulo de Hermann Boerhaave, y nacido en Leiden, llegó en 1745 a Viena para ser el médico personal de la emperatriz María Teresa de Austria. Desde ese lugar implantó una transformación en el servicio sanitario austríaco y en la educación médica, introduciendo la primera formación por experimentación y la observación en clínica médica en su país. Contrató médicos para los hospitales y las provincias.

Con Swieten se cerró una época de enseñanza libresca en la Universidad de Viena y se inauguraba otra presidida por la *nova scientia* que él había conocido en Leiden junto a Boerhaave. Consistía ésta en una medicina basada en la observación y la experimentación. Para ello hacía falta una reforma en profundidad y grandes sumas de dinero que sólo el Estado podía aportar.

Swieten nació en Leyden el 7 de mayo de 1700. Estudió en Löwen y en Leiden, donde fue discípulo de Boerhaave. Se doctoró en 1725 con el trabajo *Diss. de arteriae fabrica et efficacia in corpore humano*. En 1736



Hermann Boerhaave (1668-1738)

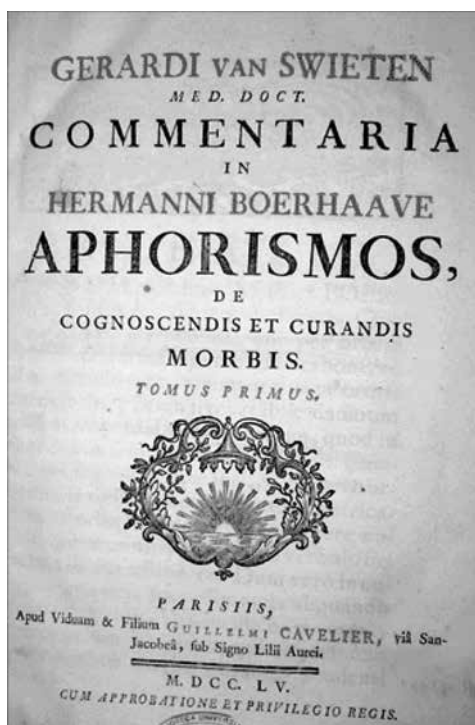


Gerard van Swieten (1700-1772)

obtuvo la categoría de “Privatdozen” de *Institutiones medicae*.

En 1740 subía al trono María Teresa quien, casi de forma inmediata, vio la necesidad de reformar la Universidad de Viena, que estaba encerrada en sus privilegios y se encontraba en una situación de estancamiento. Su hermana María Ana enfermó y llamaron a Swieten, que por entonces ya era un médico conocido. No logró salvar la vida de la Archiduquesa, pero ganó la confianza de la Emperatriz, que le llamó a Viena y lo nombró su médico personal. Swieten aceptó el ofrecimiento y llegó a la ciudad en 1745.

Durante años Swieten había estado junto a su maestro Boerhaave. Sin embargo, era católico y no se le permitía ejercer la cátedra. Cuando Boerhaave murió se fue de la Universidad porque era imposible sucederle, a pesar de que los estudiantes se amotinaron a su favor. Se dedicó a completar la obra de su maestro y, de forma especial, a explicar sus aforismos. Podía hacerlo perfectamente porque le conocía muy bien y guardaba gran cantidad de notas y datos que había obtenido de la clínica. Hubiera seguido así en Leiden de no ser por la Emperatriz. Swieten tendría la posibilidad de desarrollar su enorme capacidad de organización ya que aquélla le encomendó la reforma de la Universidad. Confió en él y le dio completa libertad.



Quando llegó a Viena fue nombrado director de la Biblioteca de la corte, lugar que eligió para impartir sus conferencias. Éstas trataron, sobre todo, de fisiología. Para ello se ayudaba de las preparaciones anatómicas que reunió durante años. El segundo año se ocupó de la enfermedad, es decir, de la patología, y finalmente, de la materia médica. Fue formando así un núcleo de discípulos, como Lorenz Gasser y Melchior Stoerck. A los cuatro años preparó un plan para crear una facultad de medicina moderna y para reformar la de Viena. Lo primero era fácil, pero lo segundo suponía una serie de dificultades que derivaban de la tradición y de los viejos privilegios. En 1749 presentó su proyecto a la Emperatriz y tres semanas después se convertía en ley. Uno de los aspectos más importantes era que la universidad dependía del estado y era el monarca el que

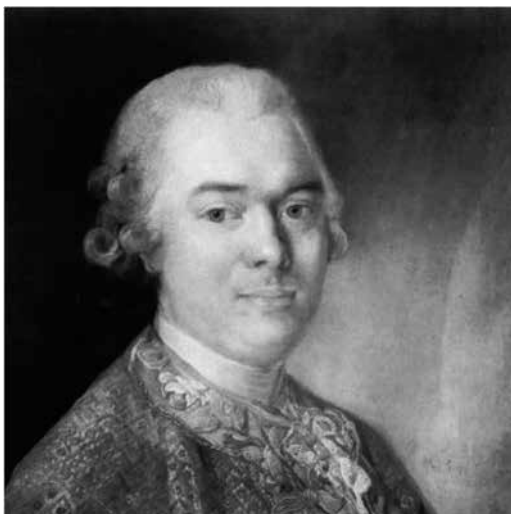
nombraba los profesores y atendía sus honorarios. El decano pasaba a ocupar un segundo plano y sería sólo un representante del Gobierno cuyas funciones eran presidir los exámenes, la promoción de nuevos graduados y las visitas a las farmacias, entre otras tareas. Para poder ejercer la medicina había que examinarse en Viena, lo que capacitaba para la práctica en todos los países dependientes de la corona. Swieten fue nombrado director y presidente de la Facultad.

Swieten tuvo que enfrentarse a muchos problemas y protestas, pero se vio favorecido por el hecho de que en otros países el estado absolutista había recortado el poder de las universidades. Se organizó un jardín botánico, así como un laboratorio químico, que dirigió el holandés Nicolaus Joseph Jacquin (1727-1817). Según Erna Lesky, su química, de espíritu boerhaaviano, fue de gran utilidad para la minería y la siderurgia de la Escuela de Minas de Schmnit, por un lado, y para el desarrollo de la farmacia, junto con la botánica, por el otro. Swieten también concedió importancia a la enseñanza de la anatomía, nombrando como responsable a Lorenz Gasser. Para la docencia de la cirugía nombró a Jaus y a Leber. Johann Nepomuk von Crantz (1722-1799) ocupó el puesto que dejó Stoerck –medicina teórica– al morir de forma prematura, y también se le encargó la enseñanza de la obstetricia. Para esto último, Swieten lo mandó a París para que se especializara en dicha disciplina junto a André Levret (1703-1780). A la cátedra de clínica quiso darle especial relieve y para ello llamó a un antiguo compañero de Leiden, Anton de Haen, que llegó en 1754. Se pusieron a su disposición seis camas en el Hospital para hombres y seis para mujeres. La clínica seguía el modelo de Leiden. En 1576 levantó el edificio de la Universidad, lo que hoy es la Academia de Ciencias.

Antes de la reforma los médicos, para doctorarse, se iban a otra ciudad o país; ahora la situación se había invertido. Swieten también se encargó de contratar a los médicos para los hospitales y para las provincias, que a partir de entonces se tomarían en serio la atención de la población; el estado absolutista creía que era su misión. En 1775 se creó una Farmacopea para todo el Imperio y se prohibía la práctica de charlatanes y curanderos.



Estas reformas influyeron en todos los territorios dominados por los Habsburgo. A principios de los años cincuenta comenzó la reorganización de las Facultades de Praga y Friburgo. Siguió después la Facultad lombarda de Pavía. Se creó después la Universidad de Pazmay, en Tyrnau. En esos momentos, italianos, checos, alemanes, eslovacos y húngaros estudiaban la mejor medicina que existía en la Europa de aquella época.



Gottfried van Swieten (1733-1803)

La reforma traspasó los límites de la enseñanza y la asistencia. En su papel de protomédico del Imperio austríaco, Swieten también desarrolló importantes cambios en el campo de la prevención. Mejoró la situación de los pacientes afectados por enfermedades venéreas y en 1769 liberalizó la postura frente a las enfermedades de este tipo. En vez de tratamientos torturantes a base de baños de vapor y ungüentos de mercurio en el Hospital de San Marcos, ideó el tratamiento con el licor que lleva su nombre (Licor de Swieten), una disolución alcohólica sublimada. En el terreno de las enfermedades mentales logró que se liberara de sus jaulas a los locos y que se dejara de azotarlos. Mejoró asimismo la enseñanza de las comadronas y creó un Orfanato en 1742 para la educación de los huérfanos. También reforzó mucho los aspectos sanitarios y las cuarentenas para protegerse de las epidemias de peste. Sin embargo, rechazó la vacunación contra la viruela, hasta que no contrajo la enfermedad la Emperatriz María Teresa en 1767.

Swieten se ocupó personalmente de la censura desplazando a los jesuitas que hasta entonces eran los únicos que se dedicaban a ejercerla. Sabemos que se levantaba a las cinco y media de la mañana. Una hora después iba a la corte. Sobre las ocho o las nueve se encerraba en su gabinete. Almorzaba a las dos. Sobre las tres visitaba gratuitamente durante una hora. Trabajaba después hasta las siete, hora en que se dirigía de nuevo a la corte. Cenaba a las nueve y se retiraba a las diez y media. Muy pocas veces cambiaba este esquema de vida.

Swieten sabía varias lenguas. Era rígido y muy generoso con los pobres. Destinó siempre un fondo para estudiantes con talento. Murió el 18 de junio de 1772.<sup>72</sup>

72 Fresquet, José L.: Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia-CSIC). Marzo, 2006. Ref.: <http://www.historiadelamedicina.org/swieten.html> (Consultada el 18.05.2014)

Su hijo del Barón Gottfried van Swieten (nació el 29 de octubre de 1733 en Leiden y murió el 29 de marzo de 1803 en Viena) fue un aristócrata neerlandés, al servicio del Imperio austríaco. Es recordado hoy en día sobre todo por su amistad, colaboración y mecenazgo con varios grandes compositores de música clásica, incluyendo a Joseph Haydn, Wolfgang Amadeus Mozart, y Ludwig van Beethoven.

Era un gran admirador de Haendel y Bach y poseía una amplia biblioteca de partituras de los dos maestros. En esa biblioteca descubrió Mozart las obras de Bach. Escribió, por ejemplo, el texto para *La Creación* de Joseph Haydn, basándose en el Génesis, el Libro de los Salmos y *El paraíso perdido* de John Milton.<sup>73</sup>

---

73 Ref.: [http://es.wikipedia.org/wiki/Gottfried\\_Van\\_Swieten](http://es.wikipedia.org/wiki/Gottfried_Van_Swieten) (Consultada el 18.05.2014).

## ¿VENGANZA O ARBITRARIEDAD TOTALITARIA?

**D**e la investigación documental realizada, queda claro que hubo cuestiones de índole personal, interés de favorecer y encumbrar a algún amigo, en desmedro de otro, al que, vaya dicho de paso, se le tenía en entredicho por su condición de médico judío, y además por haber alcanzado relevancia internacional en su campaña realizada, en forma silenciosa, contra la rabia, con gran efectividad, a lo largo de muchas décadas.

Podemos preguntarnos si se trató de una venganza, por las actividades en las que Bernardo Porzecanski se involucró, con otro prestigioso conjunto de médicos veterinarios y médicos, alarmados por la ineficacia de las actividades del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, que tan mal estaba dejando al Uruguay en el concierto de las naciones. Esas fueron las actuaciones que dieron comienzo en 1959 y que fueron antes documentadas, finalizando con la presentación de un proyecto de ley para la creación de una Comisión Honoraria para la Lucha contra la Hidatidosis. Que por supuesto vio la primera luz en 1965, cuando ya se había retirado del Ministerio Aparicio Méndez.

No podemos saber el papel que le cupo a Velarde Pérez Fontana en este asunto, y tal vez no haya tenido ninguno, más que el querer ser favorecido frente a las justas críticas, por un Ministro amigo.

En todo caso nos queda la legítima duda si se trató de una persecución por ser judío y exitoso, por aquello que el mismo Velarde Pérez escribió, de la *INVIDIA MEDICORUM PESSIMA*. Claro que él la refirió a Vesalio: *“No es el conocimiento lo que se envidia porque amenudo [sic] los opositores no tienen suficiente capacidad para juzgarlo y además el juicio y la estima son artículos personalísimos. Lo que se envidia es la popularidad. INVIDIA MALA SED MEDICORUM PESSIMA. La popularidad y la embriaguez espiritual de Vesalio (FRETA ANNI) provocó la ira de los mayores. El celo de los consagrados.”*<sup>74</sup>

---

74 PÉREZ FONTANA, Velarde: Andreas Vesalius Bruxelensis y su época: pág. 211.

Sin duda alguna, en este relevamiento documental aparecen aspectos desconocidos de las relaciones entre estos tres actores, que definieron la balanza en detrimento de Porzecanski, para enaltecer los méritos de Velarde Pérez Fontana.<sup>75</sup> Hombre de personalidad peculiar, aparte de sus cuantiosa sapiencia en materia anatómica, histórica, bibliográfica e hidatidológica. Que dio proyección internacional al Uruguay en este campo. Pero que no deja de asombrar por la multiplicidad de anécdotas que se han difundido de su actuación en la Facultad de Medicina, con cuyas autoridades siempre tuvo pésima relación.

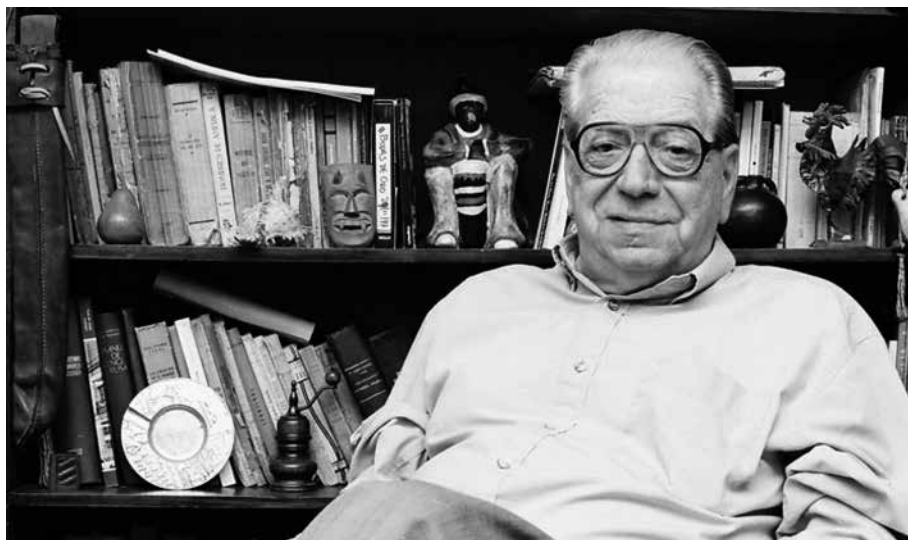
En una entrevista que le hiciera la periodista y arquitecta Silvia Scarlato al Prof. Dr. Kempis Vidal Beretervide<sup>76</sup>, para el Libro *Fuera de Consulta*,<sup>77</sup> le refirió alguna anécdota de su época de Practicante Interno en el Hospital Maciel, donde Velarde Pérez era Cirujano de *Bureau*, como se llamaba al Cirujano que supervisaba todos los enfermos de los Hospitales de Montevideo, con un auto con chofer, que salía de la sede del MSP y diagnosticaba u operaba a los pacientes que se iban presentando. Dijo Kempis Vidal: *“Un personaje que recuerdo por su peculiaridad es la figura de Velarde Pérez Fontana. Era un brillante cirujano pero yo diría que displicente con los enfermos. A él le interesaba operar – operaba con una pericia increíble – pero luego se despreocupaba bastante de seguir al enfermo, en*

75 El Dr. Velarde PÉREZ FONTANA fue médico cirujano, residente en Montevideo. Nacido en Nueva Palmira (Dpto. de Colonia) fueron sus padres Vicente A. Pérez, español y Ana Manuela Fontana, uruguaya, de origen italiano. Casado con doña María del Carmen Gochicoa. *Estudios*: Secundarios en el Liceo de Colonia Valdense. Bachillerato en la Universidad de Montevideo (1914). Estudios Superiores en la Facultad de Medicina de Montevideo (egresando el 21 de diciembre de 1920). *Actuación*: Interno de la Asistencia Pública Nacional (1918). Médico Cirujano del Servicio de Primeros Auxilios en Asistencia Externa (1921). Cirujano titular de la misma Institución, desde 1926. Ingresó al Instituto de Anatomía Normal, de la Facultad de Medicina de Montevideo (1917). Ayudante (1917-21). Asistente (1921-25). Profesor Agregado de Cirugía (1925). Jefe de Clínica Ginecológica del Profesor Enrique Pouey (1921-24). Profesor de Patología Quirúrgica (1931-37). Profesor de Anatomía y Fisiología de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Montevideo desde 1931. En la actualidad Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Agregado Científico a la Legación del Uruguay en los Estados Unidos de Norte América (1926). Ingresó a la “Mayo Foundation” (Rochester, Minn.), (1926-27). Comisionado por la Asistencia Pública para el estudio de organización de Hospitales y Servicios Quirúrgicos (1926), integrando desde entonces varias comisiones de orden científico-social-económico, dentro de la Institución (Ministerio de Salud Pública). Director del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis del Ministerio de Salud Pública, desde 1934. Editor de los *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro. Miembro de la Sociedad de Anatomía Normal y Patológica de Buenos Aires. Miembro de la Sociedad Argentina de Cirujanos y de la Alumni Association of The Mayo Foundation. Su bibliografía cuenta con más de ciento cincuenta títulos de Anatomía Normal y Patológica, Cirugía, Medicina y temas de carácter histórico y social. Tomado de *Quién es Quién*, Uruguay, 1942, Editor: Enrique Faltisek, Libros del Plata, Montevideo, 354 páginas; p. 232. Debe consignarse que la publicación así denominada era por suscripción de quienes en ella querían aparecer, quienes debían proporcionar sus datos más relevantes. Desde luego, la vida del Dr. Velarde Pérez Fontana es mucho más rica, en lo profesional, científico y universitario, para lo cual debe consultarse: Velarde Pérez Fontana (1897-1975) por Ricardo Rodríguez Pereyra, en *Médicos Uruguayos Ejemplares*, Volumen II, 1989, p. 363-370. En: [http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares\\_ii/art\\_52\\_perezfontana.pdf](http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_52_perezfontana.pdf) (Consultada el 10.01.2014).

76 TURNES, Antonio L.: Kempis Vidal Beretervide (1922-2009). Neurólogo, Investigador y Farmacólogo que culminó como Profesor de Farmacodinamia y Terapéutica. En: *Rev Med Urug* 2010; 26:187-194. Véase: <http://www.rmu.org.uy/revista/2010v3/art10.pdf> (Consultada el 07.01.2013).

77 SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta IV. Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina. Ediciones de la Banda Oriental y Sindicato Médico del Uruguay, año 2000, págs. 151-152.





Kempis Vidal Beretervide (1922-2009)

*una actitud poco humana. Era rival de Pedro Larghero y era un hombre que además de aparentemente serlo, se hacía el loco. Le cuento algunas anécdotas. En una oportunidad, había escrito un folleto para alertar y prevenir sobre las enfermedades que podían provocar las moscas. Entonces un día, como se había empezado a insistir mucho en este asunto de combatir las moscas, decidió escribir otro libro a favor de las moscas (risas). Otra vez, nosotros lo llamamos para operar desde la guardia y cuando fue al hospital le dijimos que había un muchacho para ser operado de apendicitis, entonces cuando lo vio nos dijo, “no, los “pardos” no tienen apendicitis”. Enseguida preguntó qué otro caso había y le dijimos que había una muchacha con un embarazo ectópico que estaba sangrando mucho, entonces nos dijo: “dénle una Aspirina”. Cuando ya se iba, se dio media vuelta en la puerta y nos dijo: “están sorprendidos ¿no? Bueno, ustedes saben lo que tienen que hacer, no lo que yo les dije! Lo que pasa es que me estoy ejercitando para enseñar al revés” (risas). Porque resulta que los estudiantes no querían que fuera reelecto Prof. de Cirugía [Infantil] porque era demasiado exigente con los alumnos, entonces, en venganza, él decía que iba a empezar a enseñar al revés para vengarse así de los estudiantes (más risas). Podría seguir contándole curiosidades de este hombre tan peculiar, pero bueno, creo que fueron suficientes (risas).”*

Hay múltiples referencias asimismo de su erudición y de sus charlas con don José Iraola, otro Jefe de Servicio del Hospital Maciel, en las Salas que correspondían al MSP y no eran servicios de la Facultad de Medicina, con quien sostenía coloquios a propósito de temas de historia o literatura, como contaron Guaymirán Ríos Bruno, Pedro Etcheverría Prieto y Daniel Mautone Baras.<sup>78</sup>

<sup>78</sup> TURNES, Antonio L.: *El Chumbo* Ríos: Ética, Coraje y Humanidad. (Guaymirán Ríos Bruno) (1928-2004): Ediciones Granada, 2013, pp.: 37, 75, 89, 90, 199, 366.



## LA RABIA EN EL MUNDO DE HOY: UNA AMENAZA PERSISTENTE

**E**n la publicación EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES <sup>79</sup>, de la Organización Panamericana de la Salud y la American Public Health Association edición de 2011, se informa:

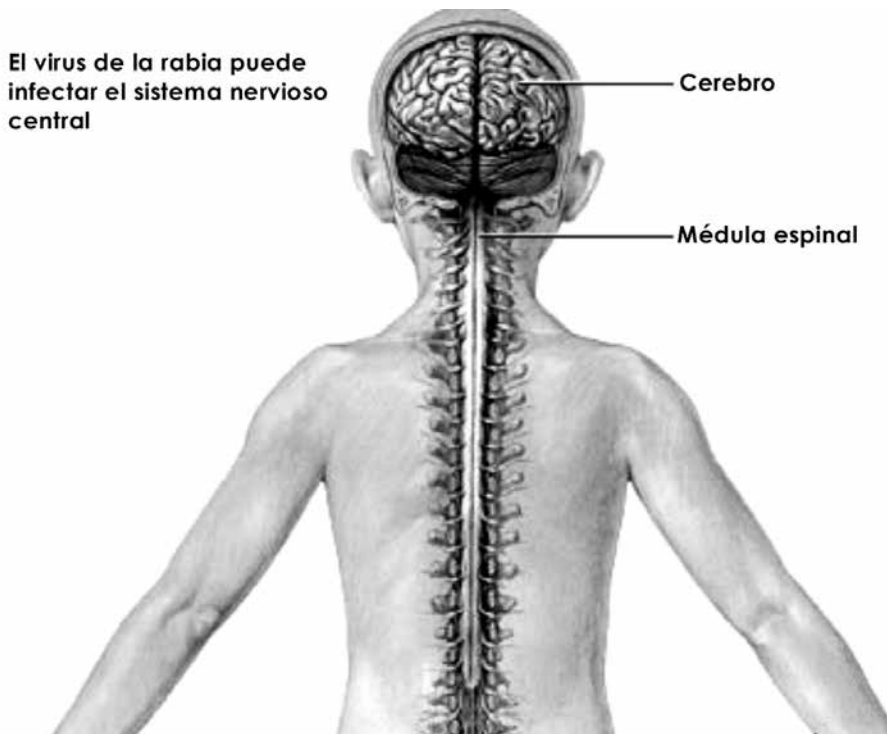
RABIA (Hidrofobia) - CIE – 9 071; CIE – 10 A82

1. DESCRIPCIÓN.- La rabia es una infección vírica aguda que causa una encefalomiелitis vírica progresiva casi siempre mortal. La transmisión suele realizarse a través de la saliva por la mordedura de un animal infectado; los perros son los principales transmisores de la rabia a los seres humanos. El inicio suele estar precedido por sensación de angustia, cefalea, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas (parestias) en el lugar de la mordedura del animal. Son síntomas frecuentes la excitabilidad, la aerofobia y la hidrofobia, a menudo con espasmos de los músculos deglutorios; después se presentan delirio con convulsiones ocasionales. Estos síntomas clásicos de rabia furiosa se observan en las dos terceras partes de los casos, mientras que los restantes presentan parálisis de los músculos de los miembros y de los músculos respiratorios con disminución de la conciencia. Los espasmos fóbicos pueden estar ausentes en la forma paralítica. Al cabo de una o dos semanas sobrevienen el coma y la muerte, principalmente por insuficiencia cardíaca.

2. El diagnóstico se confirma mediante tinción del tejido cerebral por inmunofluorescencia con anticuerpos específicos, o por aislamiento del virus en ratones o en cultivos celulares. Antes de que sobrevenga la muerte, el diagnóstico puede hacerse mediante tinción por inmunofluorescencia con anticuerpos específicos de antígenos víricos en cortes congelados de piel, obtenida de la línea de implantación del cabello en la nuca, por detección de anticuerpos

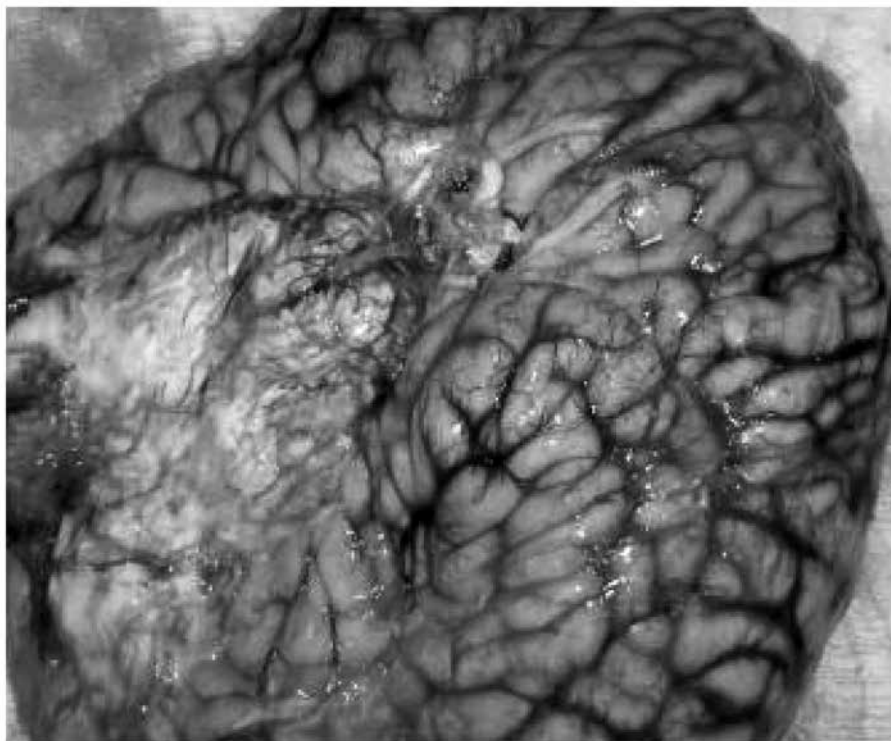
---

<sup>79</sup> EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. Publicación Científica y Técnica No. 635 de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. David L. Heymann, Editor. Decimonovena edición. Informe oficial de la American Public Health Association 865 páginas. Consagra a la Rabia pp 608-620.



víricos en el suero y el líquido cefalorraquídeo, y por amplificación específica de los ácidos nucleicos víricos en la saliva o en muestras de biopsia cutánea mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa. El diagnóstico serológico se basa en pruebas de neutralización en cultivos celulares o en ratones. La excreción del virus en las secreciones corporales es intermitente, y es preciso repetir los estudios moleculares si los resultados iniciales fueron negativos.

3. AGENTES INFECCIOSOS.- Virus del género *Lyssavirus*, como el virus de la rabia, de la familia Rhabdoviridae. Todos los miembros de este género guardan relación antigénica, pero el empleo de anticuerpos monoclonales y la definición de la secuencia de los nucleótidos permiten demostrar diferencias según la especie animal o la zona geográfica de la cual provino el virus. Los lisavirus de África (Mokola y Duvenhage) y Eurasia (lisavirus de los murciélagos europeos) se han asociado a encefalitis mortal. Un virus del género *Lyssavirus*, identificado originalmente en 1996 en algunas especies de zorros voladores y murciélagos de Australia, se relacionó con dos defunciones por rabia en seres humanos. Estos virus, denominados “lisavirus de los murciélagos australianos”, guardan una relación muy estrecha con el virus clásico de la rabia, pero no son idénticos a él. Algunas enfermedades presuntamente debidas al virus de la rabia, pero producidas por otros lisavirus, pueden diagnosticarse mediante la prueba convencional de inmunofluorescencia en el tejido cerebral



o mediante las pruebas indicadas para realizar antes de la muerte. Otros lisavirus (por ej., virus de Aravan, virus de Irkut, virus de Khujand, virus de los murciélagos de Lagos y virus de los murciélagos del Cáucaso occidental) han sido reconocidos como agentes causales de la rabia en los mamíferos, pero hasta la fecha no se han identificado en las infecciones de los seres humanos.

4. DISTRIBUCIÓN.- Mundial. Se calcula que en todo el mundo se producen anualmente más de 10 millones de exposiciones en seres humanos y 55.000 defunciones por rabia, casi todas en los países en desarrollo, en particular en Asia (31.000 defunciones) y África (24.000 defunciones). La mayoría de las muertes de seres humanos son secundarias a mordeduras de perros en las cuales no se brindó una profilaxis adecuada después de la exposición, o no se contaba con ella. En América Latina, un programa regional de control de la rabia en perros, coordinado por la OPS desde 1983, ha logrado una reducción de casi 95% en el número de defunciones de personas; en 2007 se notificaron solo 26 casos, 46% de los cuales se produjeron después del contacto con murciélagos hematófagos. Durante los 12 últimos años, pese a la reducción del número de casos en seres humanos registrada en varios países asiáticos (en particular en Tailandia), se ha observado un aumento drástico en China (donde desde 1996 el número de defunciones por rabia ha aumentado continuamente, llegando a 3.300 en 2006) y en Viet Nam. Los países de Europa occidental, central y oriental, incluida Rusia, notifican anualmente menos de 50 defunciones por

rabia. En Estados Unidos, entre el año 2000 y el 2007, 20 de las 25 defunciones por rabia fueron por infecciones contraídas dentro del país. De estas últimas, casi todas fueron transmitidas por murciélagos, según demostró el análisis de las variantes víricas. La rabia puede manifestarse en formas atípicas, y el personal médico que no esté familiarizado con la enfermedad puede diagnosticarla erróneamente, lo que contribuye a que esta enfermedad se notifique insuficientemente en todo el mundo.

La rabia es una enfermedad zoonótica que se asocia principalmente a la mordedura de mamíferos infectados. Dada la distribución mundial de la rabia de los murciélagos, son pocas las zonas que realmente están exentas de rabia autóctona en la población animal; entre otras se encuentran algunas islas del Pacífico occidental y zonas del Caribe. Los perros transmiten la rabia en la mayoría de los países en desarrollo, mientras que en muchos países industrializados la rabia es una enfermedad de los carnívoros salvajes, con transmisión esporádica de la infección a los animales domésticos. En Canadá y Estados Unidos, la vacunación oral de carnívoros salvajes en libertad ha permitido controlar la rabia en grandes zonas, a través de la distribución de cebo que contenía la vacuna. En el año 2000, muchos países europeos occidentales también habían eliminado satisfactoriamente la rabia de los zorros mediante la vacunación oral.

5. RESERVORIOS: Todos los mamíferos son susceptibles. Entre los reservorios y los vectores importantes se encuentran cánidos salvajes y domésticos, como perros, zorros, coyotes, lobos y chacales, también mofetas, mapaches, perros mapache, mangostas y otros carnívoros comunes, como los gatos en América del Norte. En los países en desarrollo, el perro sigue siendo el reservorio principal. En México, América Central y del Sur hay vampiros y murciélagos frugívoros e insectívoros infectados; en Canadá, Estados Unidos y Eurasia hay murciélagos insectívoros infectados. En África y Australia, intervienen en la transmisión diversas especies de murciélagos frugívoros [que se alimentan de frutas] e insectívoros infectados. Es muy raro que contraigan la infección muchos otros mamíferos, como conejos, zarigüeyas, ardillas comunes y listadas, ratas, ratones y zarigüeyas <sup>80</sup>.

6. MODOS DE TRANSMISIÓN.- La forma más frecuente de exposición es a través de la saliva del animal rabioso, impregnada de virus, que se introduce por una mordedura o rasguño (y muy rara vez por una lesión reciente en la piel o a través de las mucosas intactas). La transmisión de persona a persona es teóricamente posible, pero es rara y nunca se ha comprobado de manera fidedigna. En América del Norte, Asia y Europa se han notificado varios casos de transmisión de la rabia por trasplante de córnea, de órganos macizos y de vasos sanguíneos obtenidos de personas que murieron de una afección no

80 **zarigüeya.** (Del port. brasileño *çarigüeia*). 1. f. Mamífero marsupial de tamaño mediano o pequeño y aspecto que recuerda a la rata. Las extremidades tienen cinco dedos y las de atrás el pulgar oponible; la cola es prensil, lisa y desnuda. Es mamífero nocturno y omnívoro, que hace nido en los árboles y su preñez dura trece días. (Diccionario de la RAE, 22ª. Edición, 2001).

diagnosticada del sistema nervioso central. Se ha apuntado a la diseminación aérea en una caverna con gran infestación de murciélagos y se ha demostrado en condiciones de laboratorio, pero es muy esporádica. En América Latina es común la transmisión de los vampiros infectados a los animales domésticos. Los murciélagos insectívoros o frugívoros rabiosos pueden transmitir la enfermedad a los animales terrestres, sean silvestres o domésticos.

7. PERÍODO DE INCUBACIÓN.- Es muy variable, pero suele ser de tres a ocho semanas; en casos muy raros, puede ser de apenas unos cuantos días a incluso varios años. El período de incubación se prolonga más o menos según la gravedad de la herida, la ubicación de ésta en relación con la inervación y la distancia relativa del encéfalo, de la cantidad y la cepa de virus introducido, de la protección conferida por la ropa y de otros factores.

8. PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD.- Solo se conocen con seguridad los períodos definidos de transmisibilidad de huéspedes animales en el caso de los perros, gatos y hurones domésticos: suelen ser de tres a siete días antes de que aparezcan los signos clínicos (rara vez más de cuatro días) y durante todo el curso de la enfermedad. Se han observado períodos de excreción más prolongados antes de la fase sintomática (14 días) con ciertas variantes del virus de la rabia canina en infecciones experimentales, pero son una excepción. La excreción en otros animales es muy variable; por ejemplo, en un estudio, los murciélagos excretaron los virus durante 12 días antes de que se manifestara la enfermedad, mientras que en otro, las mofetas excretaron virus al menos durante ocho días antes de comenzar los síntomas clínicos.

Debe consignarse, a propósito del período útil para actuar luego de la exposición al virus, que la velocidad de progresión del mismo está determinada por diferentes estudios. El virus se desplaza en el interior de los axones de los nervios a una velocidad de 0,127 a 0,381 m por día, mediante transporte axónico retrógrado. Puede llevar días a semanas antes que alcance las neuronas motoras de la médula espinal.\* Otros autores son más precisos aún: El viaje desde los nervios periféricos hasta el sistema nervioso central se lleva a cabo a una velocidad constante entre 8-20 mm/Día; por tanto, el tiempo requerido está influenciado por la distancia entre el sitio de inoculación y el Sistema Nervioso Central.\*\* De allí que se reputen de mayor gravedad y peor pronóstico las lesiones en la cabeza y el cuello, o los miembros superiores, que las de los miembros inferiores, que se dan a diferentes edades. Los niños pequeños generalmente reciben heridas de la primera localización, en tanto los adultos reciben de las dos últimas.

\* Shors, Teri: Virus: Estudio molecular con orientación Clínica. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2009, p. 362.

\*\* Velasco, Víctor Hugo, Arellano Maric, Maria Paola, Salazar Fuentes, Jorge: Rabia humana. A propósito de un caso. *Rev Bol Ped.* v.43 n.2 La Paz jun. 2004. En: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752004000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752004000200008&script=sci_arttext) (Consultada el 16.12.2013).

9. SUSCEPTIBILIDAD.- Todos los mamíferos son susceptibles en diverso grado, en lo cual puede influir la variante del virus así como ciertas características del huésped (edad, estado de salud, nutrición, etcétera). Los seres humanos son más resistentes a la infección que otras especies de animales; por ejemplo, un estudio realizado en la República Islámica de Irán demostró que, de los individuos que fueron mordidos por animales con rabia demostrada y no recibieron tratamiento, aproximadamente 40% presentaron la enfermedad.

#### 10. MÉTODOS DE CONTROL

*A. Medidas preventivas:* muchas medidas preventivas pueden dirigirse a los principales animales huéspedes que transmiten la rabia a los seres humanos. Tales medidas forman parte de un programa integral de control de esta enfermedad.

1) En los países enzoóticos, registrar, expedir licencias y vacunar a todos los perros con dueño y a otras mascotas, siempre que sea posible; controlar a los animales vagabundos y sin dueño. Educar a los dueños de mascotas y a la población sobre la importancia de las responsabilidades de la comunidad local (por ej., llevar a las mascotas con correa en las zonas congestionadas, mientras estén fuera del domicilio del dueño; no recoger ni tocar animales de especie alguna, silvestres o domésticos, que muestren un comportamiento extraño o estén enfermos; informar a las autoridades pertinentes, como la policía o el departamento local de salud, acerca de los animales que hayan mordido a una persona o a otro animal; si fuera posible, aislar a tales animales y observarlos como medida preventiva, y recordar que los animales silvestres deben apreciarse en la naturaleza y no tenerlos como mascotas). En lugares donde la reducción de la población animal no es práctica, pueden ser eficaces las campañas de anticoncepción y de vacunación repetitiva de los animales.

2) Mantener una vigilancia activa de la rabia animal. Deben establecerse laboratorios con capacidad para realizar pruebas de anticuerpos mediante inmunofluorescencia a todos los mamíferos que intervienen en la exposición del ser humano o de animales domésticos, y a todos los animales domésticos con sospecha clínica de sufrir la enfermedad.

3) Detener y someter a observación durante 10 días a todo perro o gato aparentemente sano que haya mordido a una persona (los perros y gatos callejeros o sin dueño pueden ser sacrificados y analizados mediante microscopía fluorescente en busca del virus de la rabia); los perros y gatos que presenten indicios clínicos de la enfermedad deben ser sacrificados y examinados para detectar el virus de la rabia. Si el animal era infectante en el momento de la mordedura, al cabo de cuatro a siete días aparecerán los signos de la rabia, tales como cambios de conducta, excitabilidad o parálisis, seguidos de la muerte súbita. Todo mamífero salvaje que haya mordido a una persona debe ser sacrificado, y se examinará el cerebro en busca de signos de rabia.



4) Enviar oportunamente al laboratorio las cabezas intactas de los animales sospechosos, empacadas en hielo (no congeladas), para realizar el diagnóstico vírico.

5) Sacrificar a los animales domésticos que no hayan sido vacunados y que hayan sido mordidos por animales con rabia demostrada; si se opta por la detención, se guardará al animal en instalaciones seguras al menos durante seis meses, bajo supervisión veterinaria, y se le aplicará la vacuna contra la rabia 30 días antes de dejarlo en libertad. Si ya estaba vacunado, se le administrará una dosis de refuerzo de vacuna antirrábica y se lo mantendrá detenido durante 45 días como mínimo.

6) Inmunizar a los animales carnívoros salvajes que actúan como reservorios y a los perros domésticos callejeros, usando para ello cebos que contengan vacunas de virus atenuados o recombinantes en vectores, tal como se utilizan en América del Norte y Europa.

7) Cooperar con las autoridades encargadas de la conservación de la fauna silvestre en programas para disminuir la capacidad portadora de los huéspedes silvestres de la rabia selvática, y para reducir la exposición de animales domésticos y personas, como en zonas enzoóticas circunscritas cerca de campamentos y en sitios con gran densidad de población.

8) Vacunar a las personas con gran riesgo de exposición (por ej., veterinarios y técnicos veterinarios, personal encargado del control de animales, investigadores de la vida silvestre, espeleólogos, personal de las perrerías de cuarentena, personal de laboratorio y de trabajo sobre el terreno que desarrolla actividades relacionadas con el virus de la rabia, así como personas que vayan a viajar a largo plazo a zonas donde la rabia es endémica). Todos ellos deben recibir inmunización previa a la exposición, con vacunas potentes e inocuas obtenidas en cultivos celulares. La vacuna puede administrarse en dosis de 1,0 ml o de 0,5 ml por vía intramuscular los días 0, 7 y 21 ó 28. Después de la vacunación es recomendable realizar pruebas serológicas con regularidad (desde cada seis meses hasta bienalmente), según el grado de exposición definido, mientras persista el riesgo. Los resultados de la aplicación intradérmica (según las pautas recomendadas por la OMS) de la vacuna antirrábica producida en células diploides humanas (VCDH), la vacuna purificada preparada en células de embrión de pollo (VCEP) y la vacuna purificada de células Vero han sido equivalentes a lo que se espera de la pauta de administración intramuscular. La respuesta humoral a la vacunación intradérmica no ha sido completamente adecuada en algunos grupos que recibieron cloroquina como quimio-profilaxis antimalárica. Si bien no se ha valorado la respuesta inmunitaria en el caso de antimaláricos estructuralmente relacionados con la cloroquina (por ej., mefloquina, hidroxicloroquina), hay que adoptar precauciones semejantes en las personas que reciben dichos fármacos. La vacuna de células diploides humanas fue el método de referencia original para la profilaxis moderna de la rabia

humana, pero es demasiado cara para los países en desarrollo. Otras vacunas elaboradas mediante cultivo celular que cumplen los requisitos de la OMS para la vía intradérmica, como las vacunas purificadas de células Vero y de células de embrión de pollo, se utilizan amplia y satisfactoriamente en países donde la rabia es endémica.

Si persiste el riesgo de exposición, se aplican dosis únicas de refuerzo o, de preferencia, se analiza periódicamente el suero para detectar anticuerpos neutralizantes, dependiendo del riesgo relativo de exposición, y solo se administran dosis de refuerzo cuando estén indicadas.

9) La prevención de la rabia después de la mordedura de animales (“profilaxis posterior a la exposición”) consiste en lo siguiente:

**a. Atención inicial:** lavar y enjuagar la herida de inmediato con jabón o detergente y agua (o solo con agua); a continuación aplicar etanol al 70%, tintura de yodo en solución acuosa, povidona yodada o solución de Dakins (lejía doméstica: tres cucharadas soperas de lejía más media cucharadita de té de bicarbonato de sodio en un litro de agua hervida). La herida no debe suturarse, salvo que sea indispensable. Si es necesario suturar, se hará después de la infiltración local de antisuero (véase 9b); los puntos de sutura deben quedar flojos y no impedir la salida de la sangre y los líquidos trasudados.

**b. Tratamiento específico (suero y vacuna):** la profilaxis pasiva específica en los seres humanos se logra mediante la administración de la inmunoglobulina antirrábica humana (IGHR) o equina (IGER) en el sitio de la herida tan pronto como sea posible después de la exposición, para neutralizar el virus; después se aplica la vacuna en otro sitio, para generar inmunidad activa. Los estudios en animales indican que la enfermedad en seres humanos causada por el lisavirus de los murciélagos australianos puede prevenirse mediante la administración de la vacuna y de la inmunoglobulina antirrábicas; se recomienda administrar dicha profilaxis posterior a la exposición a las personas que hayan sido mordidas o arañadas por cualquier murciélago en Australia. Si bien la profilaxis posterior a la exposición no siempre es efectiva para la prevención de la infección por lisavirus de murciélagos en todo el mundo, siempre debe realizarse.

Inmunización pasiva: la inmunoglobulina antirrábica humana debe utilizarse en una sola dosis de 20 UI por kg, y la inmunoglobulina antirrábica equina se administra en una sola dosis de 40 UI por kg. Debe infiltrarse toda la dosis, o la máxima cantidad posible, dentro y alrededor de la mordedura; el resto, si queda, se aplicará por vía intramuscular. Cuando se utilice suero de origen animal, su administración deberá ir precedida de una dosis intradérmica o subcutánea de prueba, a fin de detectar una posible sensibilidad alérgica, si bien se ha cuestionado la utilidad de esta prueba de predicción del riesgo.

Las vacunas obtenidas en cultivos celulares aprobadas por la OMS deben aplicarse según el “Régimen de Essen” aprobado por la OMS y por los CDC

de Estados Unidos, en cinco dosis intramusculares de 0,5 ml o 1,0 ml en los días 0, 3, 7, 14 y 28 (véanse las instrucciones del fabricante), en la región deltoidea o en los músculos laterales del muslo, y se administrarán cuanto antes después de la exposición. En África, América Central y del Sur, Asia y Europa, se utiliza ampliamente otro régimen, inocuo y eficaz, aprobado por la OMS; se lo denomina régimen “2-1-1” o “régimen de Zagreb” y consiste en dos dosis intramusculares completas aplicadas en dos sitios el día 0, y una inyección en el día 7 y el día 21. Así se evita una dosis de la vacuna y dos visitas al consultorio.

Las autoridades locales de varios países de África y Asia donde la rabia es endémica y el costo de la vacuna es un importante escollo para realizar una profilaxis posterior a la exposición adecuada han autorizado pautas de vacunación posterior a la exposición mediante aplicación intradérmica, en múltiples sitios y con dosis reducidas, que han sido aprobadas por la OMS. Ésta recomienda regímenes con dos administraciones intradérmicas en múltiples sitios de vacunas elaboradas en cultivos celulares conocidas por ser inocuas e inmunógenas: 1) el régimen de la Cruz Roja tailandesa, con aplicación en dos sitios (2-2-2-2) y 2) el régimen de Oxford, con administración en ocho sitios (8-0-4-0-1-1). Si estas pautas se aplican adecuadamente usando vacunas modernas potentes, dan lugar a una respuesta humoral equivalente a la observada con los dos regímenes de administración intramuscular aprobados por la OMS.

Se ha documentado adecuadamente que las personas que sufren una inmunodeficiencia grave (número muy bajo de linfocitos CD4) no responderán bien a la vacuna. Es posible que algunos no desarrollen anticuerpos neutralizantes en absoluto, por lo que en estos pacientes es muy importante limpiar escrupulosamente las heridas y usar la inmunoglobulina antirrábica. La vacuna se administrará en la dosis habitual. En el momento en que se administre la última dosis de la vacuna se obtendrá una muestra de suero y se hará un análisis para determinar los anticuerpos contra el virus de la rabia. Si durante la vacunación se produjeran reacciones de sensibilización, se consultará al departamento de salud o a expertos en Infectología para obtener orientación. Si la persona hubiera recibido con anterioridad un ciclo completo de vacunación antirrábica anterior o posterior a la exposición con una vacuna aprobada (véase 9<sup>o</sup>8), solo es preciso administrar dos dosis de la vacuna, una de inmediato y la otra tres días después. En las personas previamente vacunadas, no se utiliza la inmunoglobulina antirrábica ni la inmunoglobulina antirrábica equina.

c. En todos los casos de exposición grave (categoría III; véase el final del presente apartado), se recomienda la combinación de tratamiento local de la herida, inmunización pasiva con inmunoglobulina antirrábica y vacunación, que ofrece una protección prácticamente completa. La profilaxis posterior a la exposición nunca está contraindicada por el embarazo o por la edad del paciente (ni siquiera en los primeros meses de vida). Las personas que solicitan atención incluso meses después de la mordedura deben ser tratadas igual

que un caso de exposición reciente. Los factores que deben tenerse en cuenta para administrar el tratamiento posterior a la exposición son la naturaleza del contacto; la endemidad de la rabia en la zona donde ocurrió el contacto o de donde proviene el animal; la especie animal implicada; el estado de inmunización o la situación clínica; la factibilidad de observar al animal; el tipo de vacuna empleada, y los resultados de los análisis del animal para detectar la rabia, si los hubiera.

d. Se considera que las modernas vacunas elaboradas en cultivos celulares son inocuas y se toleran bien, aunque las tasas notificadas de reacciones a la vacunación primaria han variado según el sistema de vigilancia. Después de la vacunación por vía intramuscular con la vacuna elaborada en células diploides humanas, se producen reacciones locales de resolución espontánea, como dolor, eritema e hinchazón en el lugar de la inyección, en 21% a 74% de los casos. Se registran reacciones generales leves, como fiebre, cefalea, mareos y síntomas digestivos, en 5% a 40% de los casos, así como hipersensibilidad general después de la administración de dosis de refuerzo en 6% de las vacunaciones, pero es menos frecuente después de la vacunación primaria. Cuando se añaden más pasos de purificación, las reacciones de hipersensibilidad generales llegan a ser muy raras. Con las vacunas elaboradas a partir de embrión de pollo o de células Vero, las tasas de reacciones locales y generales leves son similares a las observadas con la vacuna elaborada en células diploides humanas, pero no se han registrado reacciones de hipersensibilidad generales. En comparación con la vacunación intramuscular, la aplicación intradérmica es al menos tan inocua y se tolera igualmente. No se han atribuido reacciones adversas importantes a la inmunoglobulina antirrábica de origen humano; en cambio, el antisero de origen no humano produce enfermedad del suero en 5% a 40% de las personas que lo reciben. Las nuevas globulinas animales purificadas de producción comercial, en particular la globulina equina purificada, entrañan un riesgo de enfermedad del suero de apenas 1% a 6%. La prueba cutánea que comúnmente se utiliza con la inmunoglobulina antirrábica de origen equino no sirve para predecir la aparición de enfermedad del suero. La anafilaxia grave es extremadamente rara con las inmunoglobulinas antirrábicas de origen equino purificadas (dos casos entre más de 150.000 en una serie). El riesgo de contraer la rabia, que es mortal, es muy superior a cualquier riesgo de posibles reacciones alérgicas.

#### B. Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato:

1) Notificación a la autoridad local de salud: en casi todos los países es obligatoria la notificación de los casos, clase 2 (véase *Notificación*).

2) Aislamiento: durante la enfermedad se evitará el contacto con las secreciones salivales de los pacientes con rabia.

3) Desinfección concurrente: de la saliva y de los artículos contaminados con ella. Aunque no se ha demostrado que exista transmisión del enfermo al personal de salud, las personas que atiendan directamente al paciente deben conocer los posibles riesgos de la infección por la saliva y usar guantes, batas protectoras y otro tipo de protección personal apropiado para evitar la exposición a la saliva del enfermo que tose.

4) Cuarentena: no corresponde.

5) Inmunización de los contactos: los contactos que han sufrido una mordedura o que están expuestos a la saliva del paciente, a través de una herida abierta o de las mucosas, deben recibir profilaxis posterior a la exposición (véase 9a 9b).

6) Investigación de los contactos y de la fuente de infección: búsqueda de los animales rabiosos y de personas y otros animales que hayan sido mordidos.

7) Tratamiento específico: para la rabia clínica, tratamiento médico intensivo de sostén.

**C) Medidas en caso de epidemia (epizootia):** se aplican únicamente a los animales; es una enfermedad esporádica en los seres humanos.

1) Establecer una zona de control según la jurisdicción de las leyes, normas y reglamentos locales, en colaboración con las autoridades encargadas de la salud humana, la agricultura y la conservación de la vida silvestre.

2) Vacunar a perros y gatos masivamente, por medio de programas intensivos auspiciados por las autoridades, en puestos de vacunación temporales y de urgencia. Para la protección de otros animales domésticos hay que utilizar las vacunas aprobadas idóneas para cada especie.

3) En las zonas urbanas de los países industrializados, el cumplimiento estricto de los reglamentos que exigen la captura, la detención y el sacrificio de los perros sin dueño o vagabundos, y de los perros no vacunados que estén fuera de las casas de sus dueños, así como el control de la población canina por medio de castración, ooforectomía o administración de fármacos, han mostrado su eficacia en la interrupción de los ciclos de transmisión.

4) La inmunización de animales silvestres por medio de cebos que contienen la vacuna ha reducido la rabia de los zorros comunes en Europa occidental y en el sur de Canadá, así como la rabia en coyotes, zorros grises y mapaches en Estados Unidos.

## PANORAMA MUNDIAL, SEGÚN LA OMS <sup>81</sup>

El mapa siguiente muestra, según la OMS, la distribución mundial de la rabia en los diferentes continentes. La Antártida y Nueva Zelanda se consideran únicos territorios exentos de transmisión, al menos denunciada hasta la

81 Ref.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/es/index.html> (Consultada 25.12.2013)

fecha. En América Latina salvo Argentina, Chile y Uruguay que son considerados de riesgo medio, los demás países están en el riesgo alto. Lo mismo ocurre con África, Asia y el Este de Europa.

En los años que siguieron a la epidemia de rabia en Uruguay, la OMS continuó ocupándose del problema, subrayando la preocupación de la Organización por la creciente evidencia de casos de rabia humana y animal en diferentes continentes. He aquí algunas muestras.

#### NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA LUCHA ANTIRRÁBICA <sup>82</sup>

**En un extenso artículo de *Crónicas de la OMS*, de enero de 1974, se señala que *en los últimos años se han reunido muchos nuevos datos sobre la rabia, especialmente en lo que respecta a la profilaxis en el hombre y a la ecología y la lucha contra la rabia de los animales salvajes. Incluso el tratamiento curativo de la enfermedad en el hombre, que antes era impensable, se ha convertido en una posibilidad. Todas estas novedades se analizan en el informe de un Comité de Expertos de la OMS en Rabia.*** <sup>83</sup>

**En la introducción del artículo informa que además del examen anual de la situación de la rabia en el mundo, en los partes epidemiológicos semanales la OMS publica ahora informaciones sobre la situación actual de esta enfermedad, por ejemplo su aparición en países hasta la fecha libres de ella.**

Más adelante agrega que *El Centro Panamericano de Zoonosis ha establecido un sistema regional de vigilancia de la rabia, que comprende los rasgos más importantes de la infección en el hombre, y en Europa se hallan muy avanzados los planes para organizar un sistema análogo. El Comité de Expertos recomienda encarecidamente que se extienda a todas las partes del mundo este sistema de vigilancia regional de la rabia.*

Se examina la lucha contra la rabia en el hombre, así como las medidas a adoptar post-exposición; la lucha contra la rabia de los animales domésticos y la lucha contra la rabia de los animales salvajes, con especial referencia a lo que ocurre en el hemisferio norte, particularmente en Europa occidental, central y oriental.

Un año más tarde, la misma publicación hace una breve referencia, al tratar *Las enfermedades transmisibles en las Américas, 1969-1972* <sup>84</sup> reseñando que *desde 1954 se viene presentando a cada sucesiva Conferencia Panamericana de la Salud un informe sobre las condiciones de salud en las Américas, preparado por la OPS. El informe presentado a la XIX Conferencia Panamericana de la Salud (XXVI reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas), celebrada en Washington, D.C., del 30 de septiembre al 11 de octubre de 1974,*

<sup>82</sup> *Crónica de la OMS*, 1974, 28, 17-26. Fondo documental Aron Nowinski (FDAN).

<sup>83</sup> Comité de Expertos de la OMS en Rabia (1973) *Sexto informe*, Ginebra (*Org mund Salud Ser. Inf. Técn.*, No. 523).

<sup>84</sup> *Crónica de la OMS*, 29: 148-162 (1975). (FDAN).

*se refiere al período 1969-1972 y contiene capítulos sobre población, estadísticas demográficas, enfermedades transmisibles, hospitales, higiene del medio y personal de salud, además de siete anexos con cuadros estadísticos donde se detallan los temas tratados en cada capítulo. El siguiente artículo es un extracto del capítulo sobre enfermedades transmisibles. Y en uno de sus párrafos brinda estos datos bajo el título*

## ZOONOSIS

### RABIA

*La rabia está muy extendida en las Américas. Aunque en América del Norte el problema se manifiesta en forma de rabia selvática o rural, que afecta principalmente a los animales salvajes, con raros y accidentales casos humanos – por término medio dos casos anuales en 1969-1972 – en América Latina la enfermedad es urbana, con gatos y perros como principal fuente o reservorio de la infección humana.*

*En 1969-1972 se notificó un promedio anual de 283 casos de rabia humana en América latina, es decir, 22 casos menos que el promedio para el período 1965-1968. Brasil, Colombia y México notificaron el 75% de todos los casos de la Región. Se considera que están exentos de rabia muchas de las islas del Caribe, la Guayana Francesa y el Uruguay.*

*Los Estados Unidos notificaron un promedio anual de 3.844 casos de rabia animal durante el período 1969-1972, correspondiendo sólo un 22% a animales domésticos (perros, gatos, bovinos y otros). Entre los animales salvajes, el mayor número de casos se observó en mofetas, zorros, murciélagos y mapaches. Se denunciaron casos en todos los Estados menos en Hawái.*

*También en Canadá la rabia está distribuida por todo el territorio. La provincia de Columbia Británica, que se hallaba exenta de rabia, notificó casos de la enfermedad en animales en 1971.*

*Durante este mismo año, en América Latina se notificaron 23.052 casos de rabia animal, de los cuales 20.415 (casi el 90%) en perros y gatos. En el mismo año se comunicó que 344.600 personas habían sido mordidas por diversos animales, principalmente por perros o gatos (98% del total). Por esta razón hubo que someter a tratamiento profiláctico a 322.487 personas.*

*En los Estados Unidos de América hubo aproximadamente 35.000 personas mordidas por diversos animales (65% por perros o gatos, 10% por animales de granja y 25% por animales salvajes) y se aplicó el tratamiento profiláctico a unas 35.500 personas.*

En marzo de 1978, la **Crónica de la OMS**<sup>85</sup> publica un artículo preocupante: **La rabia: la lucha contra su expansión en Europa**. Allí se resume que:

*La rabia, problema casi mundial, se ha extendido por muchos países de la Región de Europa de la OMS. A pesar de que se conocen métodos eficaces para luchar contra la rabia en los animales salvajes y domésticos, a fin de proteger al hombre de*

85 *Crónica de la OMS*, 32: 115-119 (1978). (FDAN).

*dicha enfermedad, su aplicación ha encontrado serios obstáculos, y la rabia ha proseguido su expansión. La Segunda Conferencia sobre la Vigilancia y la Lucha contra la Rabia, organizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa en colaboración con el Gobierno de la República Federal de Alemania, se celebró en Francfort en noviembre de 1977 para evaluar la presente situación epidemiológica de la rabia en Europa, extender el sistema de vigilancia a todos los países de la Región, y examinar las medidas para combatir y prevenir la rabia en los animales y en el hombre. El artículo siguiente está basado en el informe resumido de la reunión e incluye los puntos más importantes que fueron recomendados por la Conferencia.*

Agrega luego: **El problema**

*Se han detectado casos de rabia en la mayoría de los países de la Región de Europa de la OMS. En el quinquenio 1972-76 se confirmaron en los laboratorios más de 82.000 casos, y se suministró tratamiento posterior al contacto a más de un millón de personas. Durante el mismo período más de 600 personas murieron de rabia.*

*Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, el Reino Unido, Malta y Portugal se han mantenido libres de la rabia animal. En los países afectados cabe distinguir cuatro cuadros epidemiológicos:*

- ***Rabia selvática – los zorros constituyen el reservorio y los vectores de infección más importantes. Se da en todos los países de Europa central; además en 1977 se produjo la reinfección de Dinamarca y se observaron casos por vez primera en Italia.***
- ***Rabia canina – en Europa sudoriental y en la cuenca mediterránea.***
- ***Rabia canina con focos de rabia de animales salvajes – en distintos países de Europa oriental y sudoriental.***
- ***Rabia ártica, con el zorro ártico como reservorio – en Groenlandia y en la zona ártica de la URSS.***

*A pesar de que cada vez se conocen mejor la epidemiología y la ecología de los vectores animales, la rabia se extiende por muchas zonas de Europa, debido a la inadecuada aplicación de métodos de lucha que han demostrado ser eficaces.*

Una cosa curiosa que señala la publicación, son los aspectos económicos de la rabia y de la lucha antirrábica, y la falta de comunicación entre economistas y epidemiólogos; igual ocurre entre veterinarios y autoridades sanitarias. Lo hace en estos términos:

*Los aspectos económicos son especialmente importantes a nivel de prestación de servicios de veterinarios, médicos, etc. Probablemente se conseguirían ahorros notables centrandose más la atención en las medidas preventivas dirigidas a reducir la incidencia de la exposición para economizar en tratamientos, anteriores y posteriores a la exposición. Aunque en muchos países existen datos disponibles sobre el coste de la rabia, su vigilancia y la lucha contra ella, no son comparables y en ocasiones resulta difícil interpretarlos, incluso en el contexto nacional.*

***En numerosos países no hay comunicación entre economistas y epidemiólogos, por una parte, y entre veterinarios y administración o autoridades sanita-***



*rias, por otra. Esta falta de comunicación puede ser responsable del relativo desequilibrio que se da entre el conocimiento de la lucha antirrábica y la aplicación del correspondiente programa.*

Entre las recomendaciones señala:

- 1) *Como los aspectos económicos tienen gran importancia en los programas de vigilancia y lucha contra la rabia, sería conveniente que a nivel nacional de planificación y evaluación existiese un grupo de trabajo para garantizar que a la hora de tomar decisiones se tienen en cuenta los aspectos y las disciplinas más importantes. En este grupo de trabajo, además de médicos y veterinarios, deben figurar administradores, economistas, etc.*
- 2) *Resulta muy necesario normalizar los métodos económicos y los enfoques que se aplican a la vigilancia y a la lucha contra la rabia. Por ese motivo, los participantes en la Conferencia dispensaron una acogida favorable a la iniciativa de la Oficina Regional de la OMS para Europa, en el sentido de estimular y coordinar un estudio multinacional sobre los aspectos económicos de la rabia, de su vigilancia y de la lucha contra ella, otorgando una consideración especial a los diferentes contextos relativos a la epidemiología y a la lucha antirrábica, así como a la elaboración de una metodología común para su enfoque y estudio.*

En diciembre de 1978 la misma publicación <sup>86</sup> señala que *Salud Mundial* [otra publicación de divulgación de la OMS] *se ocupa de los animales y el hombre: la lucha contra la rabia.* Y en una breve reseña destaca que:

*En 22 de los 32 países que constituyen la Región de Europa de la OMS se confirmaron por análisis de laboratorio, en el quinquenio 1972-1976, más de 82.000 casos de rabia en animales. En un artículo publicado en el número de octubre de Salud Mundial, el Dr. Konrad Bögel explica que, con ese motivo, en los países en cuestión recibieron tratamiento más de un millón de personas. Asimismo, en América del Norte el número anual de personas sometidas a tratamiento antirrábico pasa de 40.000.*

*En las zonas de rabia silvestre, los perros y los gatos siguen siendo el principal medio de transmisión del virus rábico al hombre, pues esos animales sirven de eslabones entre la fauna salvaje y el hombre. El Dr. Bögel señala que "las personas más expuestas en estos casos son los niños, y por eso todas las familias tienen la obligación de vacunar a sus perros y gatos cada vez que se señalen casos de rabia de animales salvajes en su zona".*

*El Dr. Bögel señala también que el mejoramiento de la vigilancia depende en gran medida de la información de que disponga el público y del sentido de responsabilidad de todos los miembros de la colectividad. "Se ha demostrado que, cuando se cuenta con la cooperación de todos los miembros de la comunidad, es posible erradicar por completo la enfermedad en una zona, o si se trata de rabia silvestre, eliminarla*

86 *Crónica de la OMS*: Vol. 32, No. 12; p. 530. (FDAN)

*por períodos de cinco o más años. Durante esos períodos, los niños, los perros y los zorros pueden estar al abrigo de esa enfermedad”.*

*En el artículo introductorio del número antedicho de Salud Mundial, dedicado por entero al tema “los animales y el hombre”, el Dr. Zdeněk Matyáš da cuenta de los aspectos tanto positivos como negativos de las relaciones que existen entre la humanidad y las demás formas de vida de nuestro planeta. El autor hace hincapié en la necesidad de que toda una serie de países fortalezcan considerablemente sus servicios de veterinaria a fin de impedir que las zoonosis (enfermedades transmitidas a las personas por los animales) y las enfermedades transmisibles por mediación de los alimentos cundan cada vez más en las zonas rurales, donde, por otra parte, las prácticas agrícolas están sufriendo una transformación rápida y las poblaciones humanas van en aumento.*

La misma publicación, en 1983 <sup>87</sup> dedica un artículo de G. W. Beran y A. J. Crowley al tema, titulado *Hacia un ataque mundial contra la rabia*.

*En el resumen señala: La rabia ha sido desde hace tiempo una amenaza para las vidas de hombres y animales de todo el mundo. Actualmente, pese a los grandes adelantos de la tecnología y al mejor conocimiento científico de la enfermedad, esa amenaza sigue existiendo y quizá incluso se haya agravado. Un grupo internacional de expertos convocado por la OMS en Ginebra ha encarecido la aplicación en todo el mundo de los últimos adelantos científicos para poner término a esa inquietante tendencia.*

El artículo identifica cuatro serotipos del virus de la rabia:

*Rabia del grupo Rhabdoviridae (género Lyssavirus)*

*Serotipo 1: cepa prototipo CVS <sub>24</sub> inclusive la mayoría de los virus naturales y cepas de laboratorio de distintas partes del mundo, así como los nuevos cultivos puros obtenidos con material de roedores de ciertas zonas de Europa central.*

*Serotipo 2: cepa prototipo del murciélago de Lagos; el caso índice se aisló de un conjunto de cerebros de murciélagos en Nigeria, y luego de un ejemplar de la República Centroafricana.*

*Serotipo 3: cepa prototipo Mokola; el caso índice se aisló en musarañas de Nigeria y luego en el hombre y en animales salvajes y domésticos de varios países africanos.*

*Serotipo 4: cepa prototipo Duvenhage; el caso índice se aisló en una persona en Sudáfrica y luego en murciélagos de ese mismo país y de Europa central.*

Informa el artículo que

*La séptima reunión del Comité de Expertos de la OMS en Rabia se celebró en Ginebra del 20 al 27 de septiembre de 1983.*

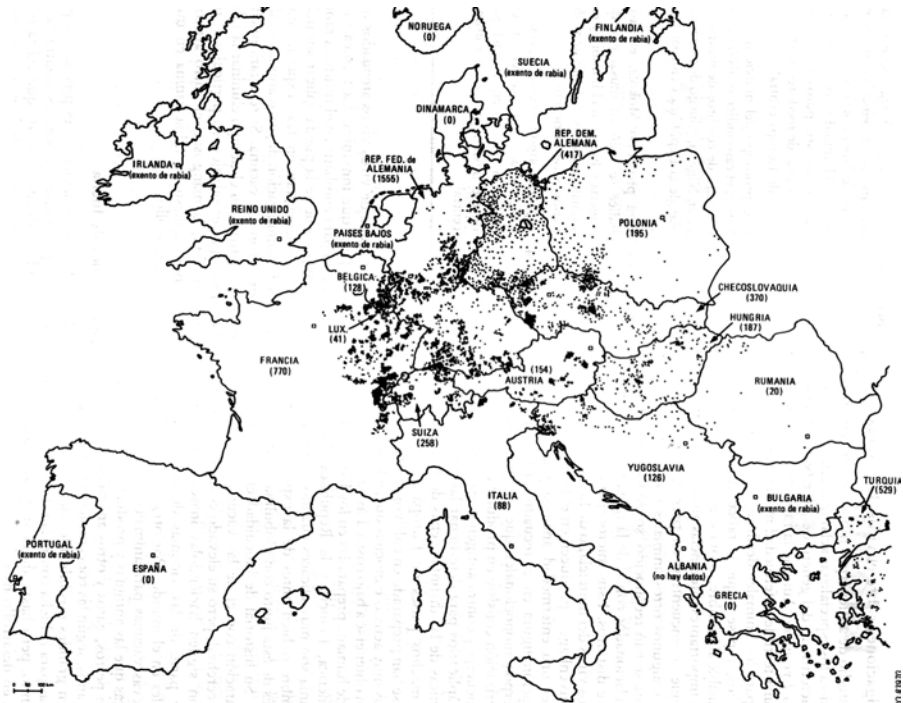
*En el decenio transcurrido desde la sexta reunión del Comité (diciembre, 1972), esta mortal enfermedad se ha agravado como azote de las poblaciones humanas y animales del mundo. La rabia canina ha aumentado al mismo paso que la población*

87 *Crónica de la OMS*: 37 (6): 228-232 (1983). (FDAN).

humana y se concentra en las zonas urbanas de los países en desarrollo. A medida que esas aglomeraciones se extienden a las zonas rurales, la rabia se generaliza en lugar de reducirse.

La enfermedad ha avanzado simultáneamente a la construcción de carreteras, los asentamientos en nuevas zonas y los movimientos demográficos en América Latina, África y Asia. En casi todos los países aen desarrollo donde la rabia acusa un aumento, el perro ha sido el reservorio de la enfermedad y la principal fuente de exposición humana.

Durante este mismo decenio, la rabia se ha manifestado también en muchos países desarrollados. Desde Europa Central, la enfermedad del zorro ha avanzado hacia el oeste para llegar casi a la costa atlántica. Sólo las Islas Británicas, Finlandia, Noruega, Suecia, Portugal y España continental han quedado libres del azote (véase el mapa). Al otro lado del Atlántico, en la zona este de los Estados Unidos de América la rabia es transmitida por el mapache, mientras que en la zona central la transmitida por la mofeta muestra una incidencia que aumenta y disminuye en ciclos pero abarcando una extensión cada vez mayor. En América Central y del Sur, la rabia de los murciélagos vampiros y el ganado se extiende a medida que lo hace la industria ganadera.



Datos compilados por el Centro Colaborador de la OMS para Vigilancia de la Rabia, Tübingen, República Federal de Alemania.

*Durante el mismo decenio, el adelanto de los conocimientos sobre el virus de la rabia y sobre la enfermedad ha sido mayor que el registrado desde 1883 [1885], cuando Pasteur efectuó la primera vacunación antirrábica eficaz para el hombre. Los principales progresos son tres: aplicación de los resultados del estudio de anticuerpos monoclonales contra el virus, uso de técnicas de cultivo de células para lograr mejores vacunas y uso satisfactorio de vacunas orales para inmunización de la fauna salvaje. En lo que respecta a la lucha antirrábica también ha habido progresos reales, aunque de menor magnitud, en materia de diagnóstico, epidemiología y vigilancia, en el establecimiento de planes para combatir la rabia canina y en la cooperación internacional.*

*Para una mejora real de la lucha antirrábica en todo el mundo hemos de centrar la atención en los últimos aspectos prácticos mencionados, aplicando los adelantos científicos y manteniendo simultáneamente el ímpetu de la investigación.*

*El Comité de Expertos se congratuló de esos adelantos y encareció su aplicación a escala universal.*

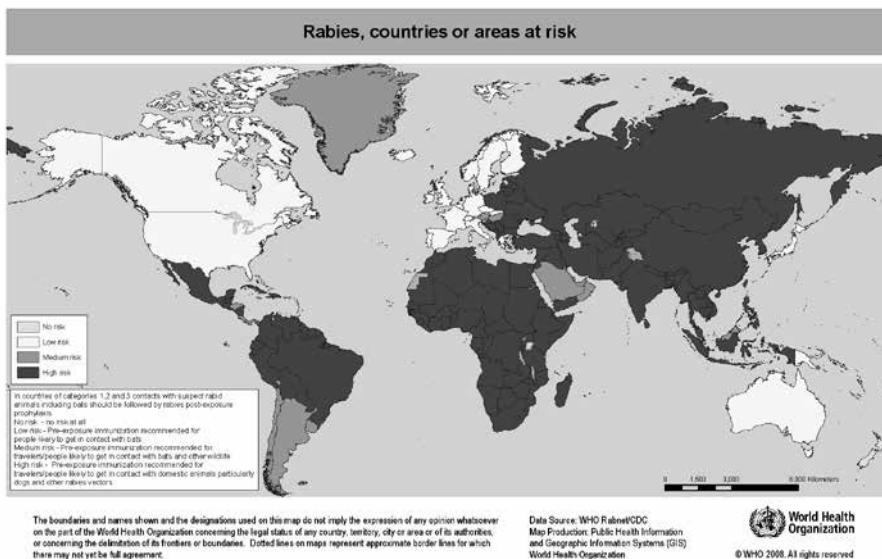
*El informe subraya de manera especial que la*

*Prioridad: lucha contra la rabia canina*

*En muchos países en desarrollo, particularmente en sus zonas urbanas, existe una numerosa y creciente población de perros vagabundos. A menudo se han dificultado o detenido totalmente los esfuerzos por controlarlos. En consecuencia, algunos países han destinado los recursos correspondientes al oneroso proceso de vacunar a personas mordidas por perros rabiosos. Ahora bien, ésta no es la manera más eficaz ni económica de resolver el problema.*

*El Comité de Expertos de la OMS en Rabia recomienda, por el contrario, ciertas medidas de control, empezando por el establecimiento de un comité nacional que elabore el programa, y que esté debidamente respaldado por legislación para que pueda actuar con autoridad y flexibilidad. En las ciudades, con un programa de esa índole se podría inmunizar al 80% de la población canina. Mediante collares o marcas de plástico de color se podría identificar fácilmente a los perros vacunados, lo que contribuiría al buen éxito de la campaña. Cuando un animal rabioso muerda a perros, gatos u otros animales de compañía no vacunados, éstos deberán ser sacrificados inmediatamente. Sólo en caso de que estuvieran vacunados se los podría mantener bajo observación veterinaria. Ajustándose a las condiciones locales, debe reducirse la población de perros vagabundos con el fin de impedir la medad. Las medidas contra la rabia canina se deben aplicar independientemente de que existan o no reservorios de rabia en la fauna salvaje.*

\* \* \*



LA RABIA Y SU DISTRIBUCIÓN GLOBAL, SEGÚN LA O.M.S. (2008)

### Datos y cifras

- Hay rabia en más de 150 países y territorios.
- Cada año mueren por esta enfermedad más de 55.000 personas, principalmente en Asia y África.
- El 40% de las personas mordidas por animales presuntamente rabiosos son menores de 15 años.
- En la gran mayoría de los casos fatales de rabia humana, los perros han sido la fuente de infección
- La limpieza de la herida y la inmunización en las horas siguientes al contacto con un animal presuntamente rabioso pueden evitar la aparición de la enfermedad y la muerte.
- Cada año más de 15 millones de personas en todo el mundo reciben tratamiento profiláctico posexposición con la vacuna, para prevenir la enfermedad. Se calcula que de este modo se previenen cientos de miles de muertes anuales por rabia.

La rabia es una zoonosis (enfermedad transmitida al ser humano por los animales) causada por un virus que afecta a animales domésticos y salvajes, y se propaga a las personas a través del contacto con la saliva infectada a través de mordeduras o arañazos.

La rabia está presente en todos los continentes, excepto en la Antártida, pero más del 95% de las muertes humanas se registran en Asia y África. Una vez que aparecen los síntomas, la enfermedad es casi siempre mortal.

La rabia es una enfermedad desatendida de poblaciones pobres y vulnerables, en las que rara vez se notifican las muertes. Ocurre principalmente en comunidades rurales aisladas, donde no se toman medidas para prevenir la transmisión de la enfermedad de los perros a los humanos. La subnotificación de la rabia también impide la movilización de recursos de la comunidad internacional para eliminar la rabia humana transmitida por los perros.

### **Manifestaciones clínicas**

El periodo de incubación de la rabia suele ser de 1 a 3 meses, pero puede oscilar entre menos de una semana y más de un año. Las primeras manifestaciones son la fiebre, que a menudo se acompaña de dolor o parestesias (sensación inusual o inexplicada de hormigueo, picor o quemazón) en el lugar de la herida.

A medida que el virus se propaga por el sistema nervioso central se produce una inflamación progresiva del cerebro y la médula espinal que acaba produciendo la muerte.

La enfermedad puede adoptar dos formas. En la primera, la rabia furiosa, con signos de hiperactividad, excitación, hidrofobia y, a veces, aerofobia, la muerte se produce a los pocos días por paro cardiorrespiratorio.

La otra forma, la rabia paralítica, representa aproximadamente un 30% de los casos humanos y tiene un curso menos dramático y generalmente más prolongado que la forma furiosa. Los músculos se van paralizando gradualmente, empezando por los más cercanos a la mordedura o arañazo. El paciente va entrando en coma lentamente, y acaba por fallecer. A menudo la forma paralítica no se diagnostica correctamente, lo cual contribuye a la subnotificación de la enfermedad.

### **Diagnóstico**

No se dispone de pruebas para diagnosticar la infección por rabia en los humanos antes de la aparición de los síntomas clínicos, y a menos que haya signos específicos de hidrofobia o aerofobia, el diagnóstico clínico puede ser difícil de establecer. La rabia humana se puede confirmar en vida y posmortem mediante diferentes técnicas que permiten detectar virus entero, antígenos víricos o ácidos nucleicos en tejidos infectados (cerebro, piel), y también en orina o saliva.

### **Transmisión**

Las personas se infectan por la mordedura o el arañazo profundos de un animal infectado. Los perros son los principales huéspedes y transmisores de la rabia. Estos animales son, en todos los casos, la fuente de la infección que causa las 50.000 muertes por rabia humana que se calcula ocurren anualmente en Asia y África.

Los murciélagos son la principal fuente de infección en los casos mortales de rabia en los Estados Unidos y Canadá. La rabia del murciélago se ha convertido recientemente en una amenaza para la salud pública en Australia,

América Latina y Europa Occidental. Sin embargo, en estas regiones el número de muertes por rabia transmitida por murciélagos es pequeño en comparación con las provocadas por mordeduras de perros infectados. Los casos mortales en humanos por contacto con zorros, mapaches, mofetas, chacales, mangostas y otros huéspedes carnívoros salvajes infectados son muy raros.

También puede haber transmisión al ser humano en caso de contacto directo de material infeccioso (generalmente saliva) con mucosas o heridas cutáneas recientes. La transmisión de persona a persona por mordeduras es teóricamente posible, pero nunca se ha confirmado.

Aunque es raro, también puede contraerse la rabia por trasplante de órganos infectados o inhalación de aerosoles que contengan el virus. La ingestión de carne cruda o de otros tejidos de animales infectados no es fuente de infección humana.

#### **Tratamiento posexposición**

La profilaxis posexposición (PPE) consiste en:

- tratamiento local de la herida, iniciado tan pronto como sea posible después de la exposición;
- aplicación de una vacuna antirrábica potente y eficaz conforme a las recomendaciones de la OMS;
- administración de inmunoglobulina antirrábica, si está indicado.

El tratamiento eficaz inmediatamente después de la exposición puede prevenir la aparición de los síntomas y la muerte.

#### **Tratamiento local de la herida**

Un medio de protección eficaz consiste en eliminar el virus de la rabia del lugar de la infección con métodos químicos o físicos. Por consiguiente, resulta muy importante proceder rápidamente al tratamiento local de todas las mordeduras y arañazos que puedan estar contaminados por el virus de la rabia. Los primeros auxilios recomendados consisten en el lavado inmediato y concienzudo de la herida durante un mínimo de 15 minutos con agua y jabón, detergente, povidona yodada u otras sustancias que maten al virus de la rabia.

#### **Tratamiento recomendado**

La profilaxis posexposición que se recomienda depende del tipo de contacto con el animal presuntamente rabioso (véase la tabla).

<b>Profilaxis posexposición recomendada</b>	
Tipo de contacto con un animal presuntamente rabioso	Medidas profilácticas posexposición
Tipo I –tocar o alimentar animales, lamadura sobre piel intacta	Ninguna
Tipo II- mordisco en piel expuesta, arañazo o erosión leves, sin sangrado	Vacunación y tratamiento local de la herida, de inmediato

Profilaxis posexposición recomendada	
Tipo III –mordeduras o arañazos transdérmicos (uno o más), lameduras en piel lesionada; contaminación de mucosas con saliva por lamedura; contacto con murciélagos.	Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica; tratamiento local de la herida

La profilaxis posexposición es necesaria en todos los casos de exposición de tipo I o II en los que se evalúe que existe riesgo de que la persona desarrolle la enfermedad. Este riesgo es mayor si:

- el mamífero agresor es de una especie que se sabe sirve de reservorio o vector de la rabia;
- el animal tiene mal aspecto o su conducta es anormal;
- la saliva del animal ha contaminado una herida o mucosa;
- la mordedura no fue el resultado de una provocación;
- el animal no está vacunado.

En los países en desarrollo, los datos sobre la vacunación del animal sospechoso no se deben tomar en cuenta para decidir no iniciar el tratamiento profiláctico.

#### ¿Quiénes corren mayor riesgo?

La rabia canina constituye una amenaza potencial para más de 3.300 millones de personas en Asia y África. El mayor riesgo lo corren quienes viven en zonas rurales donde no hay disponibilidad o facilidad de acceso a las vacunas e inmunoglobulinas humanas.

Los pobres corren mayor riesgo, puesto que el costo medio de la profilaxis posexposición tras el contacto con un animal presuntamente rabioso es de US\$ 40 en África y US\$ 49 en Asia, donde los ingresos diarios medios son de aproximadamente US\$ 1–2 por persona. Se calcula que la rabia causa 20.000 muertes al año en la India (esto es, aproximadamente 2/100.000 personas en riesgo); en África, la cifra correspondiente es de 24.000 (aproximadamente 4/100.000 personas en riesgo).

Aunque pueden verse afectadas personas de cualquier edad, la rabia es más frecuente en los menores de 15 años; por término medio, un 40% de los tratamientos profilácticos posexposición se administran a niños de 5 a 14 años, en su mayoría varones.

También están en riesgo todas las personas con exposición continua o frecuente o con un aumento de la probabilidad de exposición debido a la naturaleza de su ocupación o lugar de residencia. Los viajeros que pasen mucho tiempo al aire libre en zonas rurales de alto riesgo donde el acceso inmediato a la atención médica apropiada sea limitado también se deben considerar en riesgo, con independencia de la duración de la estancia. Los niños que viven en zonas afectadas por la rabia o las visitan corren un riesgo especialmente alto.

#### Prevención

##### Eliminación de la rabia canina

La rabia es prevenible mediante vacunación. La estrategia más rentable de prevención de la rabia humana consiste en eliminar la rabia canina mediante la vacuna-



ción de los perros. La vacunación de los animales (y en particular de los perros) ha reducido el número de casos de rabia tanto humana como animal en varios países, y en especial en América Latina. **Sin embargo, los aumentos recientes de la rabia humana en algunas zonas de África, Asia y América Latina indican que la rabia está resurgiendo como grave problema de salud pública<sup>88</sup>.**

La prevención de la rabia humana mediante el control de la enfermedad en los perros domésticos es un objetivo realista en gran parte de África y Asia, y está justificada desde el punto de vista económico por el ahorro futuro en profilaxis posexposición humana.

### **Inmunización humana preventiva**

Se dispone de vacunas seguras y eficaces para la inmunización preventiva. Se recomienda la vacunación de los viajeros que pasen mucho tiempo al aire libre, particularmente en zonas rurales, y realicen actividades como ciclismo, acampadas o senderismo, y también de los viajeros o expatriados cuya estancia en zonas con riesgo importante sea prolongada. También se recomienda la inmunización preventiva de las personas que tienen ocupaciones de alto riesgo, como los trabajadores de laboratorio que trabajan con virus de la rabia y otros lisavirus vivos, y las personas que realizan actividades que puedan ponerlas en contacto directo, por razones profesionales u otras, con murciélagos, animales carnívoros y otros mamíferos de zonas afectadas por la rabia. Como se considera que los niños corren mayor riesgo porque tienen tendencia a jugar con los animales y pueden sufrir mordeduras más graves o no notificar las mordeduras, conviene analizar la posibilidad de vacunarlos si residen o visitan zonas de alto riesgo.

### **Respuesta de la OMS**

Durante por lo menos tres décadas, la OMS ha bregado por romper el “círculo de desatención” en materia de prevención y control de la rabia, especialmente en los países de ingresos bajos e intermedios, a través de la sensibilización, la realización de encuestas y estudios, y la investigación sobre el uso de nuevos instrumentos.

**La Organización sigue fomentando la prevención de la rabia humana mediante la eliminación de la rabia canina y un mayor uso de la profilaxis posexposición por vía intradérmica, que reduce el volumen y el costo de la vacuna de cultivos celulares en un 60 a 80%.<sup>89</sup>**

La OMS apoya los objetivos de eliminar la rabia humana y la rabia canina en todos los países de América Latina para 2015, y la rabia humana transmitida por perros en Asia Sudoriental para 2020. En esta última región, un plan quinquenal (2012-2016) se ha propuesto como meta reducir a la mitad el número actualmente estimado de muertes humanas por rabia en los países endémicos.

---

88 Subrayado del autor.

89 Subrayado del autor.

## PANORAMA EN LAS AMÉRICAS, SEGÚN LA OPS<sup>90</sup>

### DÍA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA LA RABIA: LOS CASOS BAJARON MÁS DEL 95% EN LAS AMÉRICAS DESDE 1980

**La vacunación masiva de perros y la tenencia responsable de animales, entre otras, son estrategias para prevenir la enfermedad.**

Washington, DC, 27 de septiembre de 2012 (OPS/OMS).- Los casos de rabia transmitida por perros bajaron en un 95% desde 1980 en las Américas, a partir de un programa implementado por los países de la región y coordinado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que incluye la vacunación masiva de perros y la tenencia responsable de animales, la aplicación oportuna de profilaxis pre y posexposición, la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio, y la educación sanitaria a la comunidad.

En caso de mordedura o arañazo de un animal infectado, el tratamiento eficaz inmediatamente después de la exposición puede prevenir la aparición de los síntomas y hasta la muerte. La profilaxis posexposición consiste en el tratamiento local de la herida (los primeros auxilios recomendados son: el lavado inmediato de la herida durante un mínimo de 15 minutos con agua y jabón); la aplicación de una vacuna antirrábica conforme a las recomendaciones de la OMS; y la administración de inmunoglobulina antirrábica, si está indicado.

En el mundo, unas 55.000 personas mueren de rabia cada año, principalmente en Asia y África. En los países de las Américas, a fines de los años 1970 y comienzos de los 1980, alrededor de 250 personas fallecían anualmente por rabia transmitida por perros, en su mayoría niños y niñas de grupos vulnerables que tenían dificultades para acceder los servicios de salud y que no lograban recibir oportunamente la vacunación antirrábica.

La rabia es una zoonosis causada por un virus que infecta a animales domésticos y salvajes, y se transmite a las personas por el contacto con la saliva infectada a través de mordeduras o arañazos. Los perros son los principales huéspedes y transmisores de la rabia. Una vez que aparecen los síntomas, la enfermedad es casi siempre mortal.

“Los animales son cada vez más un miembro de la familia y su cuidado y vacunación contra la rabia es una forma de proteger a las mascotas y otros animales, pero también a las personas”, manifestó el veterinario Marco Antonio Natal Vigilato, asesor del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (Panaftosa) de la OPS/OMS.

---

90 [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7248%3AArabies-cases-have-declined-95-percent-in-the-americas-since-1980&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7248%3AArabies-cases-have-declined-95-percent-in-the-americas-since-1980&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es) (Consultada el 25.12.2013)

Desde 1983 se ejecuta el Programa de Eliminación de la Rabia Humana Transmitida por el Perro en los países de América Latina y el Caribe, coordinado por la OPS/OMS. Esta iniciativa logró una reducción de más del 95% de los casos, tanto de rabia humana como de rabia canina. Sin embargo, aún se registran un promedio de 15 defunciones anuales, focalizadas en algunos países y áreas críticas del continente, como Perú, Brasil, Bolivia, Guatemala, República Dominicana y Haití.

El éxito del Programa de Eliminación obedece a una estrategia de acción basada en la aplicación oportuna de profilaxis pre y posexposición, la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio, la vacunación masiva de perros y la educación sanitaria para el cuidado responsable de mascotas.

“Las muertes por rabia pueden prevenirse vacunando a los perros para evitar que se infecten, manteniéndolo en la casa sin dejar que circulen solos por las calles, y, en caso de una mordedura o arañazo de un animal infectado, se debe lavar inmediatamente por un mínimo de 15 minutos con agua y jabón, y consultar a un médico para que suministre al afectado la vacuna contra la rabia”, explicó Vigilato.

El 28 de septiembre se celebra el Día Mundial de Lucha contra la Rabia, promocionado por la Alianza Global para el Control de la Rabia, con el fin de insistir en las consecuencias de la rabia humana y animal, y explicar la manera de prevenirla. Desde su primera edición seis años atrás, en la conmemoración de este día participan los países de las Américas a través de la organización de acciones de prevención y control de la Rabia, en coordinación y con el apoyo de la OPS/OMS. La fecha fue escogida en homenaje a Louis Pasteur, quien produjo la primera vacuna contra la rabia.

Este año, la OPS cumple 110 años y es la organización internacional de salud pública más antigua del mundo. Trabaja con todos los países del continente americano para mejorar la salud y la calidad de la vida de las personas de las Américas y actúa como la Oficina Regional para las Américas de la OMS.

#### **Rabia en las Américas:**

- Por año, se registran entre 5 y 15 casos de rabia humana transmitida por el perro, y unos 17 casos de rabia transmitidos por murciélagos.
- Entre 45 y 50 millones de perros son vacunados cada año en América Latina y el Caribe.
- Cada año un millón de personas expuestas al riesgo de rabia reciben profilaxis posexposición en la región.
- La región tiene un sistema de información de vigilancia epidemiológica de la rabia donde los países informan de manera voluntaria periódica el status de la rabia en personas y animales: [www.siepi.panaftosa.org.br](http://www.siepi.panaftosa.org.br)

- Hay necesidad de intensificar el diagnóstico y vigilancia en los países y áreas prioritarias: Perú, Brasil, Bolivia, Guatemala, República Dominicana y Haití para la rabia transmitida por el perro; y en Perú, México, Ecuador y Brasil para la rabia transmitida por el murciélago.
- Desde enero de 2012 y hasta septiembre de 2012, en América Latina y el Caribe se registraron sólo 6 casos de rabia humana transmitida por perros en cuatro países de la región: Bolivia (1), Brasil (2), Haití (2) y República Dominicana (1), mientras que en 2006 se detectaron 30 casos en 9 países.

## LA RABIA Y LA PEDIATRÍA

Cuando hace más de 40 años, los estudiantes de medicina estudiábamos Pediatría en libros, como los de José María Portillo Olascoaga, Ramón Carlos Negro e Irma Gentile Ramos, y leíamos el Tratado de Pediatría de Nelson<sup>91</sup> éste iniciaba la descripción de la enfermedad así:

### RABIA (Hidrofobia).

**Definición.** La rabia es una enfermedad vírica aguda infecciosa del sistema nervioso central transmitida de ordinario al hombre por la mordedura de un perro o, en ocasiones, por la de un gato o animal salvaje rabioso. En general se caracteriza por extrema excitación, espasmo muy intenso y doloroso de los músculos de la faringe y la laringe a la vista de alimentos o líquidos, lo que explica el nombre de “hidrofobia”, y finalmente por parálisis generalizadas y muerte a los pocos días del comienzo.

**HISTORIA.** La rabia es una de las enfermedades registradas de más antiguo en Europa y Asia. Demócrito (500 antes de J. C.) y Aristóteles (322 antes de J.C.) describieron la rabia, y Celso (100 después de J.C. aconsejó la cauterización de las mordeduras de los perros rabiosos al reconocer su relación etiológica con la hidrofobia del hombre. Galeno (200 después de J. C.) recomendó la escisión quirúrgica de la mordedura. Seguramente no existía en América del Norte y del Sur antes de la colonización.

En 1804, Zinke infectó un perro normal con saliva procedente de un perro rabioso. Pasteur, en los años 1881 a 1884, demostró su presencia en el sistema nervioso central de conejos por medio de pases seriados y le dio el nombre de virus, palabra latina equivalente a veneno. A ello sucedió el desarrollo, en su laboratorio del virus fijo y el estudio de la vacunación con virus atenuado. En 1908, Fermi trató con fenol tejido nervioso infectado para emplearlo como

91 NELSON, Waldo E., VAUGHAN III, Victor C., McKay, R. James, 6a. Edición, Salvat Editores S.A., Barcelona 1974, Tomo I: p. 658-662.

vacuna. En 1903, Negri hizo posible el diagnóstico de la enfermedad al demostrar los corpúsculos de inclusión conocidos hoy con su nombre. En el año 1921, Haupt encontró que el murciélago es un portador asintomático del virus, hallazgo de la mayor importancia epidemiológica.

**ETIOLOGÍA.** El virus de la rabia es neurotrofo y discurre en dirección al sistema nervioso central siguiendo los nervios periféricos afectados. El virus natural o “virus de la calle” se incuba en un período de duración variable, que depende de la distancia entre el punto lesionado y la cabeza, de la gravedad de la mordedura y de la cantidad de virus que hay en la herida. El virus de la calle invade las glándulas salivales y es transmitido generalmente por la saliva. Se denomina “virus fijo” al virus natural modificado por repetidos pases intracerebrales en animales de laboratorio. Este virus tiene un período de incubación de 4 a 6 días y no invade las glándulas salivales. El virus natural o “de la calle” sometido a múltiples pases en embrión de pollo pierde sus propiedades patógenas y puede usarse para la vacunación sin activación.

**EPIDEMIOLOGÍA.** Johnson considera dos clases de rabia: la rabia silvestre, existente en animales salvajes, y la rabia urbana, peculiar principalmente de perros domésticos. La rabia silvestre se ha observado en lobos, zorras, coyotes, mofetas y, más recientemente en murciélagos.

Complejos sintomáticos en animales que en épocas pasadas no se habían relacionado con la rabia, tales como los “ataques de fuga” de los perros y los síndromes paralíticos en estos y otros animales, pueden ser de origen rabioso. Parece aumentar la frecuencia de rabia canina en los Estados Unidos, aunque el número de muertes anuales en la especie humana ha sido menor de 100. En otros países la forma paralítica de la rabia ha sido más frecuente. En Trinidad, tanto el hombre como el ganado han sido infectados por vampiros, animales portadores de la enfermedad, que no parece producir en ellos manifestaciones.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.** El virus obtenido recientemente de un perro rabioso provocará extensa degeneración y necrosis de las neuronas. En la materia blanca existen desmielinización y degeneración de los cilindroejes. Se afectan principalmente los núcleos rojos, sustancia negra y protuberancia, y en particular los núcleos de los nervios craneales en el bulbo raquídeo, donde aparece una extensa neuronofagia e infiltración con células mononucleares. La alteración característica en el citoplasma y prolongaciones dendríticas de las neuronas provocadas por virus reciente es el corpúsculo de Negri, que al parecer es de inclusión. Los corpúsculos de Negri poseen un citoplasma eosinófilo, con un cuerpo granuloso basófilo en el centro. Teniendo en cuenta que las neuronas de las glándulas salivales presentan a veces alteraciones semejantes con presencia de corpúsculos de Negri, es posible que el virus de la rabia penetre en la saliva por esta vía.

**SÍNTOMAS.** La profilaxis de la enfermedad en la especie humana depende en grado muy considerable del conocimiento de la sintomatología precoz en el perro, por lo que empezaremos por describir los síntomas de la rabia canina.

Aquí describía Nelson las fases y tipos sintomáticos en el perro y en el hombre, así también cómo llegar al diagnóstico, el pronóstico, la profilaxis, la vacuna antirrábica, las reacciones a la vacuna antirrábica, con un cuadro muy claro de indicaciones del tratamiento específico consecutivamente a exposición al contagio de la rabia, y finalmente al Tratamiento. Finalizaba con una breve bibliografía, citando, claro está, al Comité de Expertos de la OMS, entre otros.

Era una clara ventaja que llevábamos quienes leíamos libros y no fotocopias de no se sabe qué autor, y que pudimos conservarlos, comprándolos con el plan PALTEX de la OPS que hacía accesible su costo a los estudiantes, tal como sigue ocurriendo ahora. La diferencia es que ya se dejaron de adquirir, y no se pueden volver a leer, aunque hayan pasado tantos años, para refrescar lo básico. Será que hemos avanzado tanto en la pedagogía médica, o que simplemente estamos caminando en la marcha del cangrejo.

LOS PEDIATRAS NACIONALES, también se han preocupado del tema. Baste referirse a las clásicas descripciones realizadas por Luis Morquio<sup>92</sup>, José Bonaba y colaboradores<sup>93 94</sup>, Ramón Carlos Negro e Irma Gentile-Ramos<sup>95</sup>, Fernando Mañé-Garzón y colaboradores (incluyendo a Bernardo Porzecanski)<sup>96</sup>.

Más recientemente se han continuado ocupando también del tema, con aportes fundamentales por su calidad y sólido respaldo de bibliografía actualizada.

La atención de los médicos pediatras no se apartado del riesgo de la rabia, vista la frecuencia de las mordeduras de perro en niños. Al respecto podemos mencionar dos trabajos, uno de fines del siglo XX y otro a comienzos del XXI, que reúnen importante casuística y señalan las pautas según las cuales se han ocupado de la atención de los mordidos, incluyendo la denuncia al Departamento de Zoonosis del MSP y su seguimiento por éste con relación a la vacunación antirrábica, en los casos sospechados. Debe señalarse que el primero de los artículos analiza los niños mordidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en su hospital pediátrico y en el Servicio de Emergencia<sup>97</sup>, en tanto el segundo fue realizado en el SEMM (Servicio de Emergencia Médica Móvil) una organización de salud privada, atendiendo por tanto a diferentes poblaciones.

92 MORQUIO, Luis: Accidentes paralíticos consecutivos al tratamiento antirrábico. *Arch Pediatr Uruguay* 1933; 4 (7): 257-67.

93 BONABA, J., LUSSICH SIRI, J., Freire-Muñoz, C.: Forma exclusivamente meníngea de rabia infantil. *Arch Pediatr Uruguay*: 1936; 4: 91-8.

94 BONABA, J., BARBATO, D.: Rabia Infantil en el Uruguay. *An Fac Med* (Montevideo) 1937; 40-92.

95 NEGRO, Ramón Carlos, Gentile-Ramos, Irma: Rabia. Enfermedades Infecciosas. 2ª. ed. Montevideo: Librería Médica, 1989: 659-70.

96 MAÑÉ-GARZÓN, F., PORZECANSKI, B., GARCÍA-ROCCO, H., CHMIELNICKI de HERSHORN, C.; MALDONADO de BONIFACIO, C.: Reparición de la rabia en el Uruguay. Sobre tres casos de rabia humana. *Rev Urug Patol Clín Microbiol* 1965-66; 3 (2) y 4 (1): 9-31.

97 Publicado en: *Arch Pediatr Urug*: 71 (1/4); 24-30, 2000. tab. graf. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v71n1-4/glausius.pdf> (Consultada el 05.01.2014).

# Mordeduras por animales en la edad pediátrica

Dres. Gabriela Glausius <sup>1</sup>, Alfredo Ignacio Ascione <sup>1</sup>, Graciela Sehabiague <sup>2</sup>

1. Residente de Pediatría  
2. Coordinadora del Departamento de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell.  
Prof. Adj. de Clínica Pediátrica  
Departamento de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública.

## Resumen

*Se estudiaron 90 niños con mordeduras asistidos en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

*Diseño: prospectivo. Se consideraron para el análisis datos epidemiológicos y clínicos al momento de la consulta, realizándose un seguimiento telefónico a fin de detectar infección secundaria y secuelas cosméticas. La media de edad fue de 6 años, a predominio en el varón (64%). El perro fue el animal más frecuente (96%), siendo conocido por el niño en su mayoría. El ataque ocurrió principalmente en el hogar y sin provocación (64%).*

*Las lesiones predominantes fueron laceraciones y abrasiones y requirieron sutura en 70%. En los menores de 5 años, cabeza y cuello fueron los sectores más afectados. Ingresaron al hospital 8% de los niños.*

*La infección local se registró en 7% de los pacientes y el temor de los familiares a secuelas cosméticas, existió en 60%.*

*Se recomienda la educación del niño y su familia para disminuir este tipo de injuria en la infancia.*

Palabras clave: Mordeduras  
Accidentes domésticos

## Summary

*We studied 90 children who had animal bites, assisted at the Department of Pediatric Emergency of the CHPR. Design: prospective. It was considered for the analysis epidemiological and clinical data at the moment of the visit, and was realized telephonic tracking with the purpose of detecting secondary infection and cosmetic consequence. The median age was 6 years, most children were boys (64%). The dog was the most frequent animal (96%), the child was familiar with the dog in the majority of the cases. The attack occurred most often at home and without provocation (64%). Most of the injuries were lacerations and abrasions, and required suture in 70%. In the minors of 5 years, head and neck were the most affected areas. Eight per cent of the children required hospitalization. The local infection was registered in 7% of the patients and the fear of cosmetic consequence in 60%. The most important recommendation is education to parent and children to decrease this kind of injury in the infancy.*

Key words: Bites  
Home accidents

## Introducción

Las mordeduras por animales a niños representan uno de los principales problemas sanitarios a nivel mundial, destacándose que en EE.UU. ocupan 1% de las consultas en los departamentos de emergencia hospitalarios, siendo 40% niños entre 5 y 14 años <sup>(1,2)</sup>. Estos datos se pueden extrapolar a países como España y Suiza <sup>(3,4)</sup>.

En nuestro país se desconocen datos epidemiológicos sobre este tipo de lesión en la infancia.



Las mordeduras de animales pueden producir lesiones de diversa gravedad con riesgo secular cosmético, complicaciones infecciosas, daño psicoemocional y costos elevados sanitarios.

### **Objetivos**

Realizar un estudio epidemiológico, clínico y evolutivo de los niños asistidos por mordeduras de animales en el Departamento de Emergencia (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con el fin de evidenciar la situación de este tipo de accidente en la población pediátrica de nuestro país.

Confeccionar una norma de manejo general de las mordeduras por animales para facilitar su tratamiento.

### **Material y método**

Se realizó un estudio prospectivo de niños menores de 15 años asistidos por mordeduras por animales en el Departamento de Emergencia Pediátrica del CHPR durante el período de diciembre de 1998 a febrero de 1999.

Se incluyeron para el análisis los siguientes datos: fecha, hora y lugar del accidente, edad, sexo, tipo y localización de las lesiones, tipo de animal, antecedentes de ataque previo y su vínculo con el paciente, tratamiento recibido, vigencia de vacuna antitetánica y destino.

Se realizó seguimiento telefónico de los pacientes entre los 7 y 15 días del accidente, registrándose aparición de infección local o generalizada, así como la presencia de cicatriz.

El tratamiento realizado en el Departamento de Emergencia en el momento de la consulta fue a criterio del médico o cirujano que participó en la asistencia.

En todos los casos se realizó la denuncia al Departamento de Zoonosis del MSP, quienes hicieron el seguimiento y control del niño y del animal agresor de acuerdo a su normativa. Recomiendan administrar vacuna antirrábica en las siguientes situaciones: imposibilidad de vigilancia del animal agresor, lesiones ocurridas en el extranjero, departamentos limítrofes, en puertos o aeropuertos, por animales que procedan de otro país. Deben también recibir profilaxis las lesiones provocadas por animales silvestres (murciélagos, zorros, gatos salvajes, roedores, etcétera), o cuando exista fuerte sospecha de enfermedad en el animal atacante. La aplicación de inmunoglobulina antirrábica homóloga se recomienda en las mordeduras graves.

En cuanto a la profilaxis antitetánica, se siguió la recomendación nacional vigente de manejo de heridas:

1) En pacientes con menos de tres dosis de toxoide tetánico:

- a) heridas limpias: se administra refuerzo de vacuna;
- b) heridas sucias: se administra refuerzo de vacuna y suero antitetánico.

2) En pacientes con tres o más dosis vigentes (10 años):

- a) heridas limpias: no se vacuna;
- b) heridas sucias: refuerzo de vacuna si pasaron más de cinco años de recibida la vacunación.

### **Resultados**

Sobre un total de 10.266 consultas en el Departamento de Emergencia Pediátrica durante un período de tres meses, se asistieron 90 niños con mordedura de animales, lo que representó el 1%.

Las consultas predominaron en las horas vespertinas (65%) y en los días feriados o de fin de semana (50%).

Cincuenta y ocho pacientes fueron varones (64%), con una media de edad de 6 años y con una distribución etaria como se expresa en la [figura 1](#).

El porcentaje de consultas por mordeduras de animales en nuestro estudio es similar al de otros autores <sup>(1,2)</sup>.

El promedio en horas vespertinas y en la estación estival está vinculado a la mayor extensión de la recreación infantil bajo dichas circunstancias <sup>(3)</sup>.

El mayor número en los fines de semana y días festivos se contradice con la expectativa de mayor supervisión de los padres en los días no laborables.

Su mayor frecuencia en el sexo masculino y en la edad escolar, al igual que en otros estudios, se vincula a las conductas más atrevidas de los niños y a la menor supervisión paterna en dichos grupos <sup>(4,6)</sup>.

Se encontró que el perro es el animal que con mayor frecuencia ataca a los niños, contrariamente a la creencia popular de que constituye la "mejor mascota" <sup>(1,3)</sup>.

Los gatos producen lesiones más frecuentemente en adultos del sexo femenino que en niños <sup>(7)</sup>.

En cuanto a la población canina de Montevideo, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (Encuesta de Hogares de 1995), 49% de los hogares posee animales domésticos, de los cuales 41% son perros. Se estima que existe una población canina de 275.000 perros en contacto con 295.000 menores de 14 años, lo que constituye una relación de 1:1 <sup>(8,9)</sup>. Estos datos muestran un aumento del número de perros en comparación a cifras de 1975 en donde la relación fue de 1:4 para todo el territorio nacional <sup>(9)</sup>.

Las causas de este aumento son múltiples: culturales, sociales, defensa del hogar con motivo de la inseguridad pública. Esta última razón ha llevado a elegir razas "peligrosas", más proclives para el adiestramiento en defensa personal, como el ovejero alemán, dogo, *pitbull*, *rottweiler*. Numerosos estudios han demostrado que las razas antes señaladas son de alto riesgo y han sido implicadas en ataques graves a niños <sup>(6,10,11)</sup>.

En nuestro estudio, la mayoría de los perros eran conocidos por el niño o su familia, siendo su mascota o la de un vecino.

En contra de la creencia popular, el perro vagabundo no ataca, ya que su comportamiento no es agresivo <sup>(1)</sup>.

El hogar o su proximidad fue el lugar principal del accidente, hecho a considerar en la profilaxis.

Un hecho llamativo fue que frecuentemente el animal tenía el antecedente de ataque previo y que se encontraba suelto, lo que traduce la falta de previsión paterna.

En cuanto a la provocación del animal, este hecho no siempre es reconocido por el niño o su familia. La interacción del niño y del animal mediante el juego o durante la comida no es considerado de riesgo para la mayoría de las familias.

El interrogante de cuáles son los motivos que llevan al perro a atacar a los niños, bajo algunas circunstancias, se explica en que la "socialización" entre ambos recorre etapas desde la permisividad a la sensación de invasión de su territorio. Algunas razas, como *pitbull* y *rottweiler*, atacan sin provocación <sup>(6,10,12)</sup>.

En cuanto a las lesiones, predominaron las heridas de tipo laceración y abrasión sobre las punzantes, y fueron múltiples en la mitad de los casos, lo que traduce su intensidad.

Cabeza y cuello, seguido por miembros, fueron las localizaciones más frecuentes, predominando las primeras en los menores de seis años y las segundas en las mayores de esta edad. Este hecho es señalado en otros estudios y se explica en la corta estatura de los primeros, que los torna vulnerables en su sector corporal superior.

El predominio de lesiones de miembro superior en niños mayores está vinculado a su "rol" como defensa del ataque <sup>(1-3,6,7,10,12)</sup>.

Los niños menores de cinco años se exponen, además, a lesiones asociadas por caídas, con trauma de diversa entidad, lo que aumenta el riesgo <sup>(13,14)</sup>. Su incidencia en nuestro estudio fue baja, registrándose un traumatismo encefalocraneano y una fractura de antebrazo, ambos requirieron ingreso hospitalario.

No se registró ningún caso fatal en nuestra serie, pero estudios realizados en EE.UU. señalan que ocurren 17 muertes por año, siendo la principal causa de muerte anemia aguda por hemorragia <sup>(2,15)</sup>.

El porcentaje de ingresos fue comparable a otros estudios y estuvo vinculado a la necesidad de cirugía reparadora bajo anestesia en la mayoría <sup>(16)</sup>.

## Mordeduras de perro en niños<sup>98</sup>

### Resumen

Se estudiaron las historias clínicas de 464 niños con mordeduras de perros asistidos en un servicio de emergencia móvil en el período comprendido entre el 1 de setiembre de 1999 y el 31 de diciembre de 2001. Se realizó contacto telefónico posterior en 42% de los casos. La mediana de edad fue de 7 años (rango 3 meses-14 años), con un predominio del sexo masculino (65%). En 39% de los casos el perro era de la familia y en otro 47% era conocido por el agredido. El animal ya había mordido anteriormente en 37%. Se consideró accidente inducido por el niño en 2/3 de los casos.

Se desconoce la raza en 1/4 de los casos. En el resto de la población encuestada, las razas más frecuentemente involucradas fueron el perro mestizo o de raza no definida y el ovejero alemán.

La mayoría de las lesiones fueron leves. Las lesiones en miembros superiores fueron las más frecuentes en todas las edades. Las lesiones en cara predominan en menores de 5 años. Las lesiones predominantes fueron laceraciones (49%) y requirieron aproximación o sutura quirúrgica en 20% de los casos. En la mitad de los pacientes se indicaron antibióticos en el momento de la consulta. Requirieron internación luego de la reparación quirúrgica 13 pacientes (2,8%).

Se realizó denuncia en Zoonosis en el 7,8% de los casos encuestados y dos niños recibieron inmunización antirrábica.

Las mordeduras por perros en niños generan un alto número de consultas en este tipo de servicio. La mayoría de los accidentes fueron inducidos por el niño y ocurrieron con perros de la casa o conocidos. No se registraron muertes en este grupo; no hubo casos de rabia o tétanos en los encuestados. La denuncia a Zoonosis fue baja.

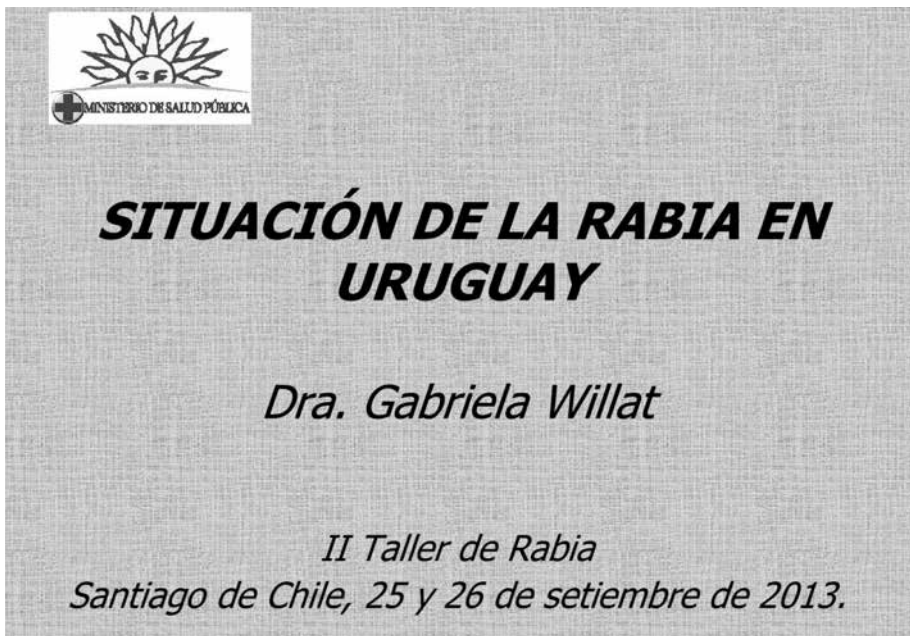
---

98 Enf. Mario Blanco, Dr. Walter Pérez. *Arch. Pediatr. Urug.* vol.75 no.2 Montevideo jun. 2004.



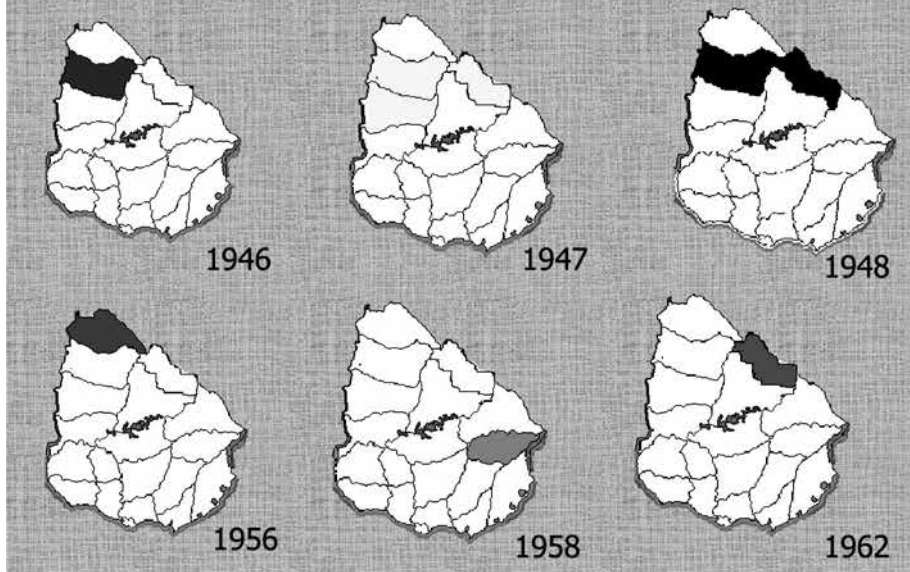
## SITUACIÓN DE LA RABIA EN EL URUGUAY, SEGÚN EL MSP

**P**ara tomar clara noción de la preocupación del MSP de Uruguay, pobremente conocida por la opinión pública y prácticamente desconocida por los profesionales de la salud humana, conviene consignar los cuadros extraídos de la presentación de la Dra. (Médica Veterinaria) Gabriela Willat Real de Azúa, por el MSP, en II Taller de Rabia, realizado en Santiago de Chile, 25 y 26 de setiembre de 2013, expuestos en el sitio Web del MSP de Uruguay.<sup>99</sup>

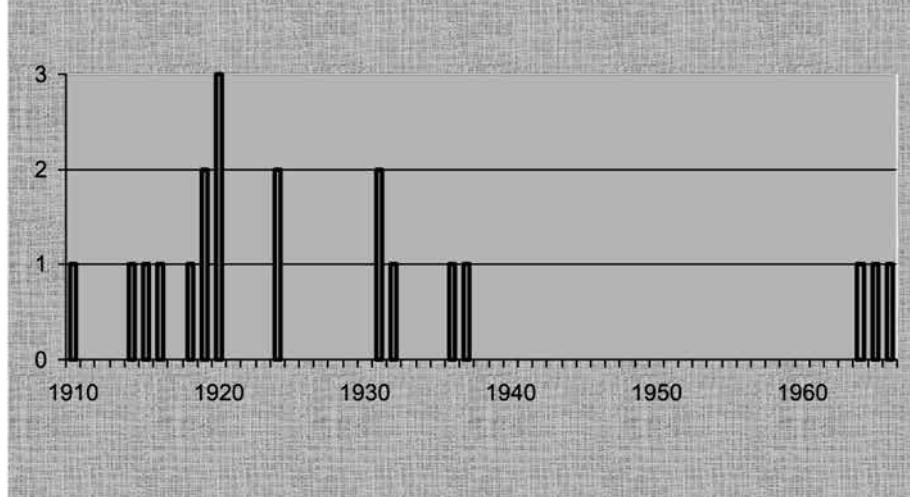


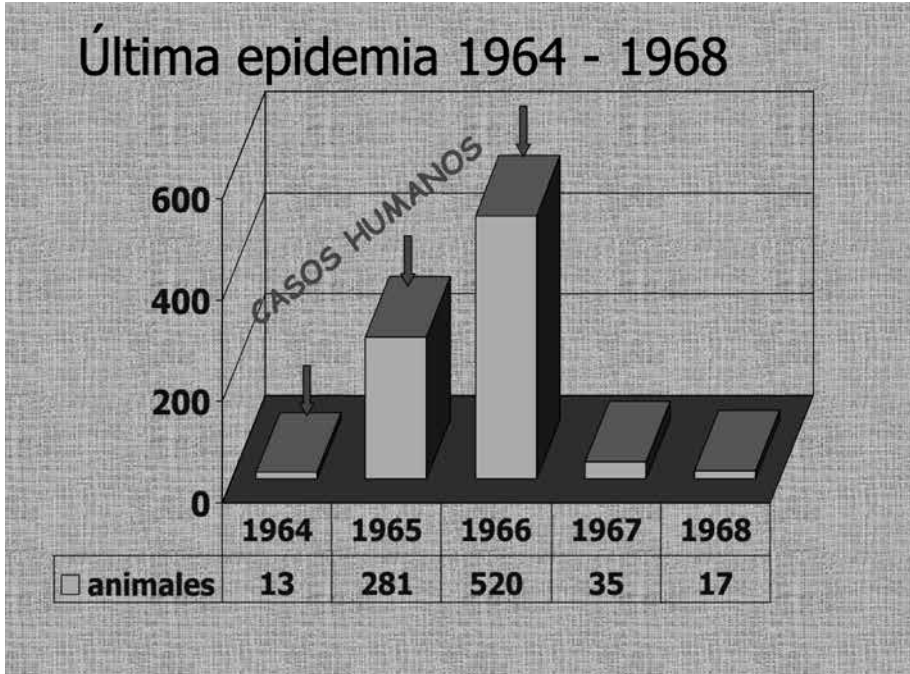
99 [http://www.ispch.cl/ppt\\_rabia/ppt10.pdf](http://www.ispch.cl/ppt_rabia/ppt10.pdf) (Consultada el 16.12.2013).

## Casos de rabia canina esporádicos



## Casos de rabia humana desde principios de siglo





## En otros animales



En 1981 un caso equino

En 2007 por primera vez se diagnostica rabia parálitica en bovinos, equinos, ovinos y suinos. Del 2007 al 2010 más de 300 casos

## En quirópteros



Se encontraron **murciélagos hematófagos e insectívoros** (*Tadarida*, *Myotis*, *Molossus*)

La Dra. Gabriela Willat, en representación del Ministerio de Salud Pública, presentó en Santiago de Chile, durante el II Taller de Rabia, realizado



los días 25 y 26 de setiembre de 2013, un panorama completo de la situación en Uruguay.

Luego de pasar revista a la situación geográfica y poblacional del país, menciona los primeros casos de rabia descritos en Montevideo, durante las invasiones inglesas, de 1806 y 1807 y la posterior transmisión del brote epidémico a la ciudad de Buenos Aires.

Registra los casos de rabia canina esporádicos en los años 1946, 1947, 1948, 1956, 1958 y 1962, así como a los de rabia humana desde 1910 hasta 1966, el último registrado.

Como lo muestran los gráficos que se acompañan, señaló la última epidemia de rabia humana y canina, registrada entre los años 1964 y 1968, con detalle de la prevalencia de esta zoonosis.

Afirma que la vigilancia epidemiológica continuó desde entonces con altibajos pero sin detenerse.

Menciona los casos de rabia canina desarrollados en Rivera en 1982 (un caso) y en Rocha (1983) un caso, destacando que no se realizan campañas de vacunación desde 2001.

En otros animales, muestra que en 1981 se registró un caso equino.

En 2007 por primera vez se diagnostica rabia parálitica en bovinos, equinos, ovinos y suinos. Desde 2007 al 2010 se registran más de 300 casos.

En quirópteros se encontraron murciélagos hematófagos en los departamentos de Rivera y Tacuarembó, e insectívoros (*Tadarida*, *Myotis* y *Molossus*) en los de Artigas, Salto, Paysandú, San José, Canelones, Montevideo y Maldonado.

Insiste en que en Uruguay se registran al menos 22 especies de murciélagos, de las cuales sólo una es hematófaga: *Desmodus Rotundus*. Las demás especies son insectívoras y de estas últimas, dos especies son también frugívoras.

El control en herbívoros de los focos de 2007 al 2010, se realizó mediante vigilancia epidemiológica, vacunación de herbívoros (bovinos y equinos), control de murciélagos hematófagos y comunicación combinada con educación sanitaria, citando una fuente del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP).

Señala con ejemplos gráficos que convivimos con los murciélagos urbanos, ubicados en las cúpulas de chimeneas y torres de edificios antiguos y modernos, donde pueden registrarse, además de su presencia, sus deyecciones.

*La rabia en murciélagos insectívoros constituye un riesgo potencial para la presentación e casos de rabia en animales domésticos y en humanos, afirma en la exposición.*

Lo que representa una situación nueva y marca la importancia de la comunicación a este evento.

Seguidamente expone las acciones en caso de *murciélago positivo*:

Se actúa en conjunto entre: MSP: que busca personas expuestas para realizar tratamiento y medidas de prevención; el MGAP: que realiza diagnóstico de laboratorio y busca colonias en caso de ser hematófago; y la CNZ (Comisión Nacional de Zoonosis): que realiza la vacunación de perros y gatos de la zona.

Insiste en la remisión de muestras: que deben remitirse en el menor tiempo posible; refrigeradas, en recipiente hermético; acondicionadas (por razones de bioseguridad); dando aviso al laboratorio de su envío; y rotuladas (indicando origen, condición vital, si es de captura o no, antecedentes de contacto con animales susceptibles o el hombre).

Señala que la Inmunofluorescencia directa (IFD) es el “Gold Standard” (WHO/OIE), ya que provee un 98% de Especificidad y un 95% de Sensibilidad. Sigue la Inoculación de ratones (prueba biológica), con un período de observación de hasta 28 días, dependiendo de la especie en estudio, lo que es realizado por el DILAVE, en el Laboratorio Miguel C. Rubino del MGAP.

Respecto a las variantes antigénicas detectadas, según fuente de DILAVE (MGAP) la desglosa así:

<b><i>Bovino</i></b>	Variante 3
<b><i>Desmodus rotundus</i></b>	Variante 3
<b><i>Tadarida brasiliensis</i></b>	Variante 4
<b><i>Myotis sp.</i></b>	Variante indeterminada
<b><i>Molossus molossus</i></b>	Variante 4

Respecto a la vigilancia de Rabia en humanos: señala que las mordeduras por animales en humanos son de notificación obligatoria al MSP por ley desde el año 2004, desde los servicios de salud, policía, veterinarios, etc.

Se reciben unas 2.500 notificaciones de mordeduras al año, siendo el 97% por perro. Arrojanando una tasa de 7.7 mordidos cada 10.000 habitantes.

El gran número de personas mordidas por perro lo ubican en el primer lugar entre los eventos de notificación al MSP. Y afirma que *No tenemos solucionada la prevención de las mordeduras a pesar de las normativas existentes, que menciona:*

- Ley de Tenencia Responsable (18.471) de 2009
- Decretos Municipales
- Creación de la CO.NA.HO.B.A.<sup>100</sup> de 2010.

Muestra los mordidos notificados desde 1997 a 2012, con un pico que supera los 3.000 casos en los años 2007 y 2008 correspondiendo a la epizootia en el norte del país.

100 CONAHOBA: Comisión Nacional Honoraria de Bienestar Animal.



Muestra un cuadro de personas mordidas entre los años 2009 a 2012, que se reproduce en el cuadro respectivo, así como los tratamientos con vacunas e inmunoglobulina más vacunación, señalándose que para el año 2009 no existía stock.



## Personas mordidas

Personas mordidas	2009	2010	2011	2012
por perro	2527	2524	2433	2529
por gato	57	40	30	32
por animal silvestre	4	5	1	5
por murciélago	13	7	4	9
<b>Tratamientos vacunas</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>85</b>	<b>100</b>
<b>Inmunoglobulina+vac</b>	no stock	2	5	8

En relación a la vigilancia en perros y gatos: en los casos de mordeduras se indica la observación por 10 días que la realiza el propio mordido.

Se vacuna sólo a quien no realice la observación.

Cuando la mordedura es de perro o gato se realiza **observación** durante 10 días, que se considera el período de transmisibilidad. Cuando se trata de animales silvestres se realiza la **vacunación** en todos los casos.

Muestra el algoritmo de notificación y manejo de las personas mordidas, en un cuadro de difícil lectura por lo abigarrado de la información.

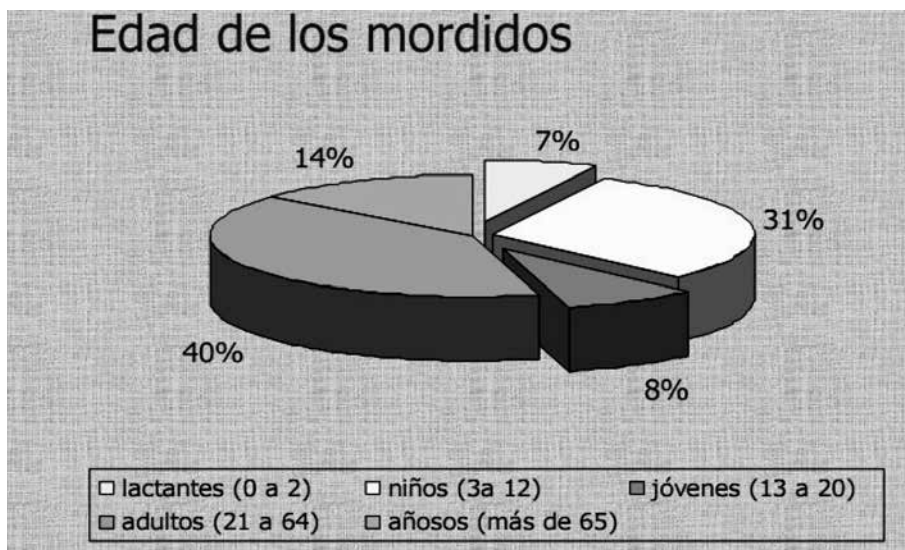
Muestra la pauta de vacunación post-exposición, mediante la inyección de 1.0 ml intramuscular de vacuna HDCV, en 5 dosis los días 0 – 3 – 7 – 14 y 28, agregando en la primera inmunoglobulina antirrábica.

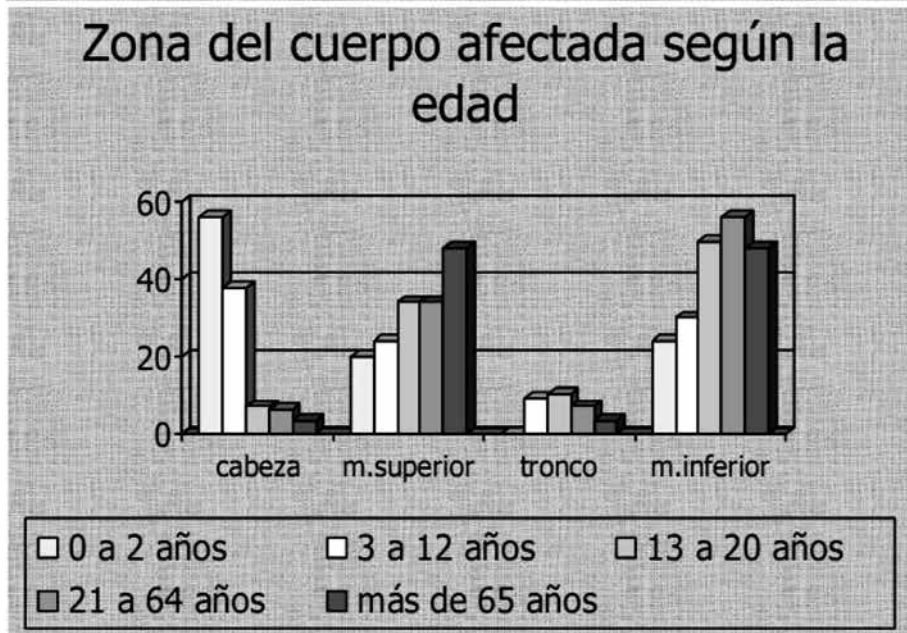
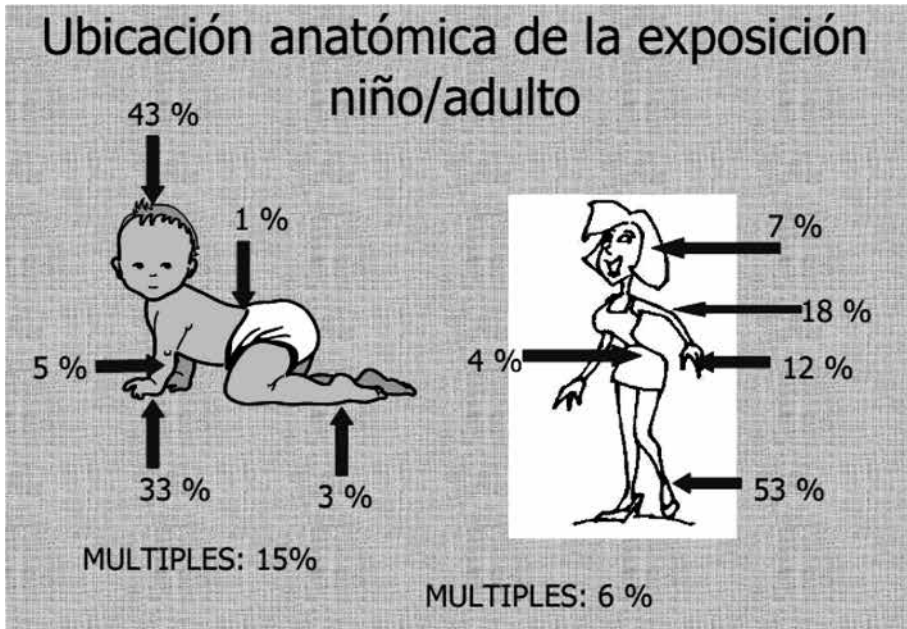
Respecto a la vacunación señala que la distribución y aplicación de la vacuna post-exposición está a cargo de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, a través de 27 puestos de vacunación en todo el territorio nacional, con dos tratamientos completos por vacunatorio. El suero antirrábico homólogo está centralizado en Montevideo con el que se coordina su envío.

La **edad de los mordidos**: en 40% se trata de adultos de 21 a 64 años; el 31% corresponde a niños de 3 a 12 años; el 14% a añosos (mayores de 65 años), el 8% a jóvenes de 13 a 20 años, y el 7% a lactantes de 0 a 2 años.

Respecto a la **ubicación anatómica de la exposición** en el **niño**: hay lesiones múltiples en el 15% de los casos; 43% en cabeza y cuello; 33% en manos; 5% en miembro superior; 3% en miembro inferior y 1% en dorso y región glútea. En **adultos**: las lesiones múltiples se dan en el 6% de los casos, con un predominio del 53% en miembros inferiores, 18% en miembros superiores, 12% en manos; 7% en cabeza y cuello y 4% en región glútea.

Muestra en un gráfico la frecuencia relativa de zona del cuerpo afectada según la edad.





En cuanto a los *cambios a destacar*: indica que el tamaño de los perros sigue en aumento: 10 kg en 7 años.

En 1998 la media nacional era de 17 kg, mientras que para 2005 la media nacional es de 27 kg. Ciertas razas de gran porte no son utilizados como

perros de guardia sino que conviven con la familia sin haberse informado lo suficiente sobre sus características y cómo educarlos.

No hay razas buenas o malas sino perros dominantes, de gran porte en manos de dueños no calificados.

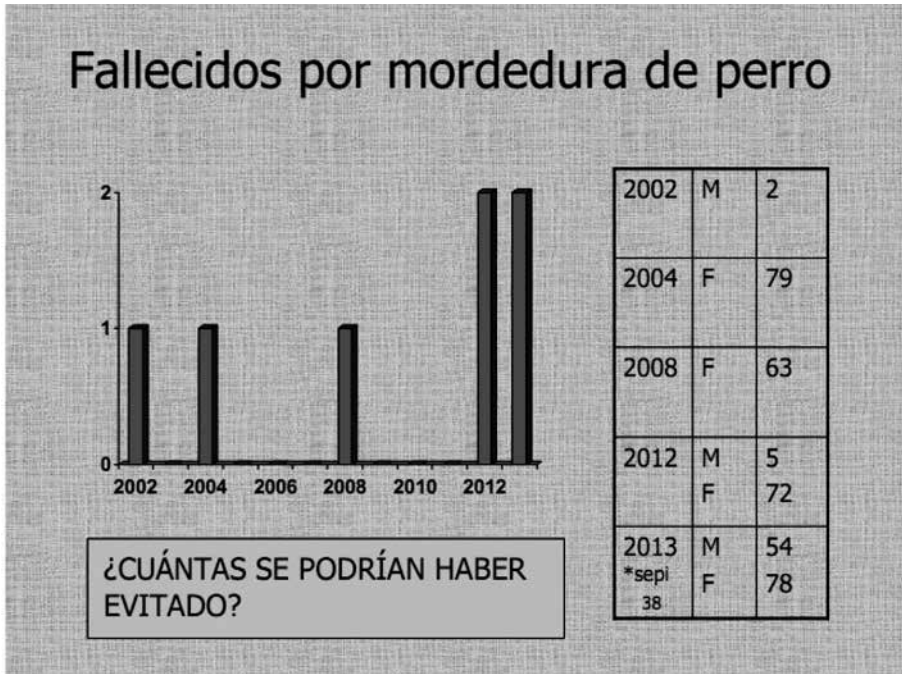
Los accidentes en domicilio involucran a familiares o amigos.

La mayoría responden a agresiones por dominancia.

Las lesiones son de mayor gravedad, en general múltiples.

Los niños y ancianos no interpretan los signos previos al ataque.

Muestra un gráfico de fallecidos por mordedura de perro, entre los años 2002 y 2013, y se pregunta cuántas se podrían haber evitado.



## ALGUNAS REPERCUSIONES DE LA RABIA EN LOS MEDIOS ACTUALES

**El MSP considera que la situación es grave<sup>101</sup>**

### Más de mil ataques de perros se denuncian por año en Montevideo

*El Ministerio de Salud Pública (MSP) está preocupado por el índice de personas mordidas por perros agresivos en Montevideo. Se registran de tres a cinco consultas diarias y se reciben entre diez y quince llamados al día por este tema. No hay un marco legal que proteja a las víctimas de ataques de perros.*

**Lunes 07 de febrero de 2000**

La directora de Zoonosis y Vectores del MSP, Gabriela Willat, señaló que el 75% de las mordeduras denunciadas corresponde a perros con dueños y el 70% de las mordeduras se registran en la vía pública.

“El perro es el principal transmisor de rabia e infecciones. Los dueños de los animales no toman conciencia ni asumen la responsabilidad que significa tener una mascota porque saben que no hay un marco legal que proteja a quienes son atacados.

El número de casos que se registra es “muy grave” si se toma en cuenta que los relevamientos realizados corresponden únicamente a quienes se acercan a esta [Repartición].

Si bien no hay cifras exactas sólo los ataques anuales denunciados en Montevideo suman más de mil y llegan a la órbita ministerial por la gravedad de

101 <http://www.lr21.com.uy/sociedad/2324-mas-de-mil-ataques-de-perros-se-denuncian-por-ano-en-montevideo> (Consultada el 05.01.2014).

la lesión. “Los ataques casi siempre son en la calle pero habitualmente son de perros con dueño. En general los perros vagabundos son temerosos y no atacan. Tal vez la única manera de controlar la situación es el sacrificio – en ciertas condiciones y en ciertos casos – y para evitar la superpoblación. Para Willat la agresividad de los caninos no la determina la raza sino las costumbres. Según el decreto municipal 27.379 los animales domésticos deben ser conducidos en los espacios públicos “en forma responsable” y siempre con collar y correa. Deberán asimismo llevar bozal “cualquiera sea su raza”

Los ataques que se denuncian, en un 50% son contra personas menores de 20 años y cuando llegan a la atención siempre la lesión es severa. La tendencia de las mordeduras en extremidades va en aumento y constituyen el mayor riesgo en cuanto al control de un posible virus rábico, comentó.

El último caso humano de rabia se produjo en Uruguay 1965 y en 1985 se registró el último animal con la enfermedad en el país. El virus pasa de las glándulas salivales del canino hasta tomar en el humano el sistema nervioso central y se manifiesta en convulsiones reiteradas lo que puede llevar a desencadenar la muerte.

Desde la mordedura del perro hasta la manifestación de los síntomas de la enfermedad de la rabia pueden pasar más de tres meses. En este caso la vacuna actúa [tardamente o es ineficaz].

Willat dijo que el primer paso después de un ataque es efectuar la denuncia a la seccional más próxima, lo que facilita al Ministerio de Salud Pública recabar datos del animal. Personal de zoonosis apunta después a la observación del canino para determinar si es un posible transmisor del virus de la rabia. Hay aspectos –dijo Willat– que sólo con la aprobación del proyecto de bienestar animal se solucionarían.

La experimentación con animales, la regulación de la actividad de las protectoras y la posible quita de rubros de la Comisión de Lucha Contra la Hidatidosis constituyen parte de los inconvenientes a que se enfrenta el proyecto a estudio de la Comisión de Ganadería que discute Diputados.

Desde 1995 un decreto del Poder Ejecutivo suprimió la actividad de la perrera por 180 días hasta la aprobación de un marco legal. El plazo se venció pero no se derogó el decreto ni se aprobó la iniciativa en el Parlamento. Tanto la Facultad de Veterinaria como Medicina presentaron propuestas alternativas que apuntan a unificar criterios.

\* \* \*



La Radio *El Espectador*, 810 AM, en su sitio Web publicó el 30 de marzo de 2006 un breve artículo (del que no pudo rescatarse el audio), titulado

## Perros callejeros en Uruguay

Publicado el jueves 30 de marzo del 2006 a las 17:04 hs

Si bien no hay una cifra exacta, se estima que en el país hay entre 500 mil y un millón de perros en la calle. Además, Uruguay es uno de los países más atrasados en un tema de legislación. Mucha gente trabaja por estos animales callejeros, pero la gran mayoría de los ciudadanos prefieren mirar para el costado.

\* \* \*

### ENERO 2011 – Diario *El País*

A cincuenta años de aquel episodio, de tanto en tanto aparecen noticias en la prensa, como esta del diario *El País*, publicada en su edición digital el 13 de enero de 2011:

Rabia: un virus mortal que no está erradicado en Uruguay

El último caso de muerte de un ser humano por rabia en Uruguay fue en 1966. Sin embargo el virus no está erradicado y una vez que se manifiesta en la persona lo único que se puede hacer es “sentarse y esperar la muerte”, dijo categóricamente una alta fuente del Ministerio de Salud Pública a *El País Digital*.

Una mordedura de un perro, gato u otro animal silvestre (murciélago, zorro, zorrillos, etc.) no implica que la víctima haya contraído el virus ya que es necesario que se transmita una cantidad determinada de saliva.

Lo importante es someter al animal a un período de observación de diez días. “Si sigue vivo no hay riesgo de transmisión”, explicó la fuente. En caso contrario, la persona mordida debe ser sometida a una serie de cinco vacunas —indoloras y gratuitas— que son, según el MSP, “totalmente seguras”.

Que no haya casos fatales desde 1966 responde, de acuerdo a la fuente consultada, a las campañas de vacunación a nivel nacional y regional, de castración y a una vigilancia de la población animal.

Si un animal tiene rabia sólo puede ser comprobado examinando su cerebro, para lo cual es necesario quitarle la vida. Como la mayoría de la gente no accede a este procedimiento, el número de muestras no es el deseado por las autoridades ya que no acceden a un buen número de “pacientes”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay rabia en más de 150 países y territorios (excepto en la Antártida) y cada año mueren más de 55.000 personas por la enfermedad. Los perros están en el origen del 99% de los fallecimientos humanos.

Es importante que una vez mordido se lave intensamente la zona afectada y la inmunización en las horas siguientes al contacto con el animal presuntamente rabioso puede evitar la aparición de la enfermedad y la muerte. Cada año más de 15 millones de personas reciben profilaxis posexposición para evitar la enfermedad. De acuerdo a la OMS esto evita 327.000 muertes anuales.

El periodo de incubación puede ser de uno a tres meses, aunque oscila entre menos de una semana y más de un año. Las primeras manifestaciones son la fiebre, que a menudo se acompaña de dolor o parestesias (sensación inusual o inexplicada de hormigueo, picor o quemazón) en la herida. “A medida que el virus se propaga por el sistema nervioso central se produce una inflamación progresiva del cerebro y la médula espinal que acaba produciendo la muerte”, informa el organismo de salud mundial.

La enfermedad puede adoptar la forma de rabia furiosa (hiperactividad, excitación, hidrofobia) y a veces aerofobia donde la muerte se produce a los pocos días por paro cardiorrespiratorio.

“La otra forma, la rabia paralítica, representa aproximadamente un 30% de los casos humanos y tiene un curso menos dramático y generalmente más prolongado que la forma furiosa. Los músculos se van paralizando gradualmente, empezando por los más cercanos a la mordedura o arañazo. El paciente va entrando en coma lentamente, y acaba por fallecer. A menudo la forma paralítica no se diagnostica correctamente, lo cual contribuye a la subnotificación de la enfermedad”, agrega la OMS.

No existe una prueba para diagnosticar la rabia en un ser humano previo a la manifestación de los síntomas. El diagnóstico clínico puede resultar difícil a no ser que se observen cuadros específicos como la hidrofobia o la aerofobia.

Si bien el perro es el principal transmisor, la rabia del murciélago se ha convertido recientemente en una amenaza para la salud en Australia, América Latina y Europa Occidental. La transmisión de persona a persona por mordeduras es teóricamente posible, pero nunca se ha confirmado.

Aunque es raro, también puede contraerse la rabia por trasplante de órganos infectados o inhalación de aerosoles que contengan el virus. La ingestión de carne cruda o de otros tejidos de animales infectados no es fuente de infección humana.

*El País Digital*<sup>102</sup>

\* \* \*

---

102 <http://historico.elpais.com.uy/110113/ultmo-540891/ultimomomento/Rabia-un-virus-mortal-que-no-esta-erradicado-en-Uruguay/> (Consultada el 15.12.2013).

**El lunes 10 de diciembre de 2012, *El País* informó de la muerte de un niño por mordedura de perro:**

## Niño de seis años muere tras ser mordido por un Pitbull

El sábado a la madrugada un niño de seis años falleció tras ser mordido por el perro de sus tíos. El can era de raza Pitbull.

Según consigna hoy *Subrayado*, el brutal ataque sucedió el pasado 24 de noviembre, cuando el pequeño se encontraba en el cumpleaños de su primo

Al parecer, el perro se sintió amenazado cuando los niños jugaban entre sí con revólveres de juguete. El ahora fallecido le apuntó al niño dueño del perro y éste salió en su defensa.

Los presentes no lograron separar al animal del pequeño, que le mordió la yugular, lo que días después terminó ocasionándole la muerte.

*El País DIGITAL* <sup>103</sup>

\* \* \*

**Por su parte, *El Espectador.com* informó<sup>104</sup>:**

## Muere niño que días atrás fue mordido por un Pitbull

*Publicado el martes 11 de diciembre del 2012 a las 07:38 hs*

*Un niño de seis años falleció este fin de semana a raíz de las heridas que recibió días atrás cuando fue mordido por un perro pitbull, propiedad de sus tíos.*

El hecho ocurrió el pasado 24 de noviembre, cuando el pequeño Santiago Moreno Padilla concurre al cumpleaños de su primo, en una casa en Cerro Norte.

A raíz del incidente, el chico estuvo internado en Casa de Galicia hasta la semana, cuando fue derivado al CTI del Hospital Pereira Rossell, donde falleció en la madrugada del sábado.

El caso pasó a la Justicia. Mientras tanto, todavía no se sabe cuál será el destino del perro.

103 <http://historico.elpais.com.uy/121210/ultmo-680990/ultimomomento/nino-de-seis-anos-muere-tras-ser-mordido-por-un-pitbull/> (Consultada el 05.01.2014).

104 <http://www.espectador.com/sociedad/254253/muere-nino-que-dias-atras-fue-mordido-por-un-pitbull#> (Consultada el 05.01.2014).

La responsabilidad de los dueños sobre los animales está prevista en la Ley de Bienestar Animal. Allí se establece que el propietario deberá responder por los daños que el animal pueda provocar a otro animal o persona ya sea en la órbita de la justicia penal o civil.

Entre las sanciones previstas por esa norma figuran la multa y la confiscación del animal, pero además la Comisión Honoraria de Bienestar Animal puede ordenar el sacrificio.

\* \* \*

**El 12 de julio de 2013, en el sitio Web de *Subrayado*, se publicó<sup>105</sup>:**

## **Motociclista resultó muerto al ser atacado por seis perros**

*El hombre intentó defenderse pero cayó al pavimento. Ya había sido atacado por estos perros. Un ciudadano chino detenido como dueño de los animales.*

Permanece detenido un ciudadano chino dueño de seis perros cimarrones, que ayer mataron a un hombre de 60 años en la zona rural de Paso de la Arena. Se trata de la segunda muerte en lo que va del año, a raíz de mordeduras de animales.

Carlos Sastre Monzón de 60 años, pasaba todas las mañanas en su moto por Camino Los Orientales y Luis Eduardo Pérez para ir a trabajar.

Según vecinos de la zona rural de Paso de la Arena, iba con un caño para defenderse de un grupo de perros cimarrones que se escapaban de una casa y lo atacaban.

Ayer, el ataque fue mortal. Seis perros lo tiraron de la moto y lo mordieron hasta causarle la muerte. Sufrió graves mordeduras en la cabeza, las piernas y el torso.

El dueño de los animales, es un ciudadano chino que ya tenía varias denuncias en su contra por la peligrosidad de sus perros.

El dueño de los animales permanece detenido y los perros reclusos en un calabozo de la seccional 23 aguardando alguna resolución judicial.

Según informó la policía se trata de dos perros cimarrones y tres cruza, un sexto perro quedó en la casa del oriental.

La semana pasada, *Subrayado* accedió a los últimos registros del MSP sobre mordeduras de animales a humanos. En lo que va del año, se registran 1500 casos y dos muertes. Para las autoridades la educación de la mascota es un tema primordial.

---

105 <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/25111/motociclista-resulto-muerto-al-ser-atacado-por-seis-perros> (Consultada el 05.01.2014).

Por su parte, Gustavo Rodríguez de la Sociedad de Criadores del Cimarrón Uruguayo, señaló que en este caso había cinco perros cruza y uno que tiene similitudes a un cimarrón. También dijo que no son frecuentes los ataques de esta raza.

\* \* \*

El diario *El Observador*, del 7 de setiembre de 2013, publicó este artículo en relación con otra Zoonosis: la hidatidosis:

En Uruguay hay a un perro cada tres personas. Esta cifra es casi el triple del promedio europeo y “tres o cuatro veces mayor al ideal” para detener la hidatidosis, asegura la Comisión Nacional de Zoonosis.

A este dato se le suma otro: una reciente investigación reveló que el 80% de los perros callejeros tiene dueño, pero no cuida a sus animales y esa conducta encierra “un riesgo para la transmisión de la zoonosis”.

Así lo explicó a *El Observador* la veterinaria Valentina Marín, quien junto a su colega Alinn Malian, ambas egresadas de la Universidad de la República, realizaron la investigación acerca de los perros callejeros.

El barrio que presentó mayor cantidad fue Malvín Norte con 52 animales. Le siguieron Peñarol con 34, Buceo con 29 y Solymar Norte con 25. Estos fueron encontrados en circuitos de no más de 10 cuadras de diámetro.

El dato de que casi el 80% de los perros errantes tenía dueño surge de que llevaban collar y también por el estado del animal. Una de las autoras dijo a *El Observador* que en Buceo, “todos tenían collar y todos estaban sueltos”.

\* \* \*

El mismo diario, al día siguiente, edición del 8 de setiembre de 2013, publicó este otro artículo:

## NACIONAL - ZOONOSIS

# Un millón de perros en Uruguay son un problema sanitario

*Tenencia irresponsable fomenta el riesgo, según investigadoras. De cada diez perros vagabundos, ocho tienen dueños que no los cuidan*

En Uruguay hay a un perro cada tres personas. Esta cifra es casi el triple del promedio europeo y “tres o cuatro veces mayor al ideal” para detener la hidatidosis, asegura la Comisión Nacional de Zoonosis. A este dato se le suma otro: una reciente investigación reveló que el 80% de los perros callejeros tiene

dueño, pero no cuida a sus animales y esa conducta encierra “un riesgo para la transmisión de la zoonosis”.

Así lo explicó a *El Observador* la veterinaria Valentina Marín, quien junto a su colega Alinn Malian, ambas egresadas de la Universidad de la República, realizaron la investigación acerca de los perros callejeros.

El barrio que presentó mayor cantidad fue Malvín Norte con 52 animales. Le siguieron Peñarol con 34, Buceo con 29 y Solymar Norte con 25. Estos fueron encontrados en circuitos de no más de 10 cuadras de diámetro.

El dato de que casi el 80% de los perros errantes tenía dueño surge de que llevaban collar y también por el estado del animal. Una de las autoras dijo a *El Observador* que en Buceo, “todos tenían collar y todos estaban sueltos”.

En Peñarol, en cambio, fue donde se encontraron más perros con problemas de piel y con extrema delgadez. Un reparo que hacían los vecinos consultados para el estudio es que las veterinarias asumieron el cuidado y la alimentación de los perros vagabundos.

¿Pero un perro puede ser considerado callejero si lo espera una cómoda cucha? La Organización Mundial de Sanidad Animal así lo establece siempre y cuando no esté bajo el control directo de un humano. Ante la desaparición de las perreras por orden de la ley de Bienestar Animal, las protectoras y los refugios, con o sin ayuda gubernamental, pasaron a cumplir con la función de darles hogar a los canes ambulantes o maltratados. Sin embargo, Malian señaló que “están colapsadas” y “no reciben más perros”. La calle, para algunos, es el único destino; y para otros, un “paseo” que le ofrece un dueño irresponsable.

“Los dueños no tienen conciencia de los problemas que puede traer un perro vagabundo sin restricciones”, afirmó Malian. La reproducción desmedida y la falta de control de las heces fecales son dos factores que representan un riesgo para la salud animal tanto como para la salud humana. El perro es vector de más de 100 enfermedades que pueden ser transmitidas al humano. Hidatidosis, toxocariasis y rabia (el virus no ha sido erradicado) son las más conocidas.

Las deposiciones, por su parte, pueden contener parásitos, como áscaris y ancylostomas, cuyo contagio puede desarrollar cuadros digestivos y respiratorios e, incluso, puede llegar a causar ceguera progresiva en niños.

Otras consecuencias son los accidentes de tránsito, las mordidas y el esparcimiento de basura.

Una encuesta realizada a los dueños de los perros en cada barrio, incluida en la investigación, determinó que el 26% reconocía que los dejaba sueltos.

### **Cosas que no se saben**

El 53% de los perros vagabundos relevados por Malian y Marín era macho. Si bien no se podía conocer si estaban castrados, la encuesta a propietarios concluyó que el 64% no había operado a sus mascotas y un porcentaje más alto contestó que no pensaba hacerlo.

La castración, a juicio de las veterinarias, es parte de la tenencia responsable de mascotas. No obstante, está el concepto de que los perros machos no deben ser esterilizados, pero se desconoce que también tienen celo. “A la gente le parece una aberración. Hasta criminal”, relató Marín.

A fines de 2012, la Comisión Nacional de Zoonosis había castrado 30.811 perros en Montevideo. Solo el 15% era macho.

La regla es básica: si el perro callejero no está castrado, dejará descendencia. Además, mientras están en celo manifiestan agresividad.

Estimaciones internacionales indican que las esterilizaciones serán efectivas cuando abarquen al 90% de las hembras y a la mitad de los machos de una determinada localidad. Un dato asombroso: en seis años, una perra y sus crías tienen la capacidad de procrear 67 mil nuevos cachorros.

Los encuestados también mostraron ignorancia con dos aspectos básicos del cuidado animal: que los perros deben ser vacunados todos los años y que hay que desparasitarlos cada tres meses. Lo último implica solo la administración de una pastilla que cuesta \$ 30.

Pero sólo hace referencia a la Hidatidosis, preocupación principal de la Comisión Nacional de Zoonosis, y nada se dice respecto a la rabia.

\* \* \*

En **setiembre de 2013**, el Ac. Carlos Salveraglio publicó en el diario *El País*, en la sección de Cartas de los Lectores, un artículo sobre el impacto de los perros callejeros y las mordeduras a niños y adultos, que ponen en el tapete nuevamente esta vieja cuestión:

## Perros callejeros

Un reciente artículo del diario *El País* hace referencia al riesgo generado por los perros callejeros.

El artículo, de acuerdo al presidente de la Comisión Nacional de Zoonosis, centra la importancia en la hidatidosis, sin señalar que el problema del perro vagabundo es muchísimo mayor.

Son denunciadas 2500 mordeduras por año, lo que habla de una cifra muchísimo mayor ya que la mayoría no son denunciadas, dejando como secuelas lesiones estéticas de cara, sobretodo en niños así como funcionales en miembros superiores.

No menos importante son las caídas que provocan, particularmente en adultos, causa frecuente de fractura de puño y de cadera, así como de accidentes de tránsito, que seguramente todos conocemos.

Problemas de higiene ambiental por excrementos y desparramo de basura, problema de relaciones entre vecinos deterioran nuestra convivencia.

Quizá lo más impactante es agregar a todo ello que en los últimos meses dos personas fallecieron agredidas, en un caso al pretender separar una pelea entre perros y en el otro mientras transitaba en bicicleta.

En este artículo se señala también que en San Pablo, Brasil, “Se capturaron y mataron cerca de un millón y medio de perros. No se disminuyó con ello el número de perros en la calle, porque volvían a ser volcados a la calle.” Por mi cuenta si se vuelca un millón y medio más de perros a la calle donde ya existían otro millón y medio hoy habrían tres millones.

En “El País” de hoy [11 de setiembre de 2013], página A5, hacen referencia a que en Rumania aprueban la ley de eutanasia para perros a la semana de que un niño muriese después de haber sido mordido por perros en un parque.

Los problemas que muestra la médica veterinaria Gabriela Willat, el 25 y 26 de setiembre de 2013 en un Taller sobre Rabia en Santiago de Chile, son significativos de la presencia de la rabia en el Uruguay en nuestros días.<sup>106</sup> Los principales cuadros de esta situación son incluidos al final de este capítulo.

\* \* \*

**Mientras que en Maldonado se produjo otro ataque a niño mordido por perro con resultado lesiones graves:<sup>107</sup>**

## Niño mordido se recupera en CTI

*El niño que fue mordido por un perro Rottweiler en Maldonado se recupera en el CTI del Hospital Pereira Rossell. Tiene comprometido un ojo por las mordidas pero está consciente.*

**Publicada el Jueves 31 de octubre del 2013 | 15:24**

El niño de 10 años fue trasladado desde Maldonado por la gravedad de sus heridas pero evoluciona bien. Se llama José Nicolás Silva y fue atacado el martes por un perro que estaba en la casa de un amigo, en el barrio Maldonado Nuevo.

Cuando el niño se acercó a la casa vio que el perro estaba suelto y quiso irse lentamente pero fue atacado. Tras el incidente, la madre llevó a su hijo al hospital y luego fue derivado a Montevideo donde le realizaron dos cirugías. Está plenamente consciente y en diálogo con sus padres.

Su madre le dijo a *Telemundo* que el perro estaba suelto en la casa y que, aparentemente ya había querido morder a su propio dueño.

<sup>106</sup> [http://www.ispch.cl/ppt\\_rabia/ppt10.pdf](http://www.ispch.cl/ppt_rabia/ppt10.pdf)

<sup>107</sup> [http://www.teledoce.com/telemundo/policiales/41746\\_Nino-mordido-se-recupera-en-CTI](http://www.teledoce.com/telemundo/policiales/41746_Nino-mordido-se-recupera-en-CTI)  
(Consultada el 05.01.2014).



Ante este panorama, llama la atención y duele la falta de respuesta efectiva y enérgica por parte del Poder Ejecutivo, a través de su Ministerio de Salud Pública y también del Poder Legislativo. Lo cual no significa desconocer la Ley No. 18.471 de Tenencia Responsable de Animales, promulgada el 27 de marzo de 2009, en nombre de la cual se cometen tantas torpezas.<sup>108</sup> Porque en algunos aspectos ampara la impunidad de la dicha tenencia responsable y de los procedimientos necesarios para controlar las zoonosis que afectan al país. Se pone el interés de las mascotas y los animales en general, por delante de los derechos de la ciudadanía y de las obligaciones del Estado en cuanto a la preservación de la salud de la población.

\* \* \*

Diciembre 2013 – Semanario *Búsqueda*

## Un reportaje del semanario *Búsqueda* alerta sobre la actualidad de la rabia<sup>109</sup>

Las historias de la Rabia en el Uruguay no son patrimonio de la Historia de la Medicina, ni de nostalgias de tiempos idos y personajes desaparecidos. La lucha sin cuartel del Dr. Bernardo Porzecanski para controlar la zoonosis en todos sus ciclos, ha tomado nueva vigencia, de acuerdo a la nota publicada en la segunda quincena de diciembre por un Semanario de amplia difusión en el Uruguay y el exterior. La nota en cuestión dice así:

En un enorme galpón de media manzana y techos altos, funcionaba este año un depósito de una reconocida industria de electrónicos en Montevideo. Las vigas que atravesaban el lugar estaban “chorreteadas” de materia fecal de murciélagos, según el relato de una persona que ingresó al lugar en plena actividad. Debajo, 100 funcionarios y otros cientos de estudiantes acudían a trabajar. La presencia de tres murciélagos muertos en el piso comenzó a preocupar. Cuando llegó la autoridad sanitaria los animales estaban en alto grado de descomposición y no se los pudo estudiar. Sin embargo, el cuarto fue detectado a tiempo y el resultado fue positivo para rabia.

“Los murciélagos constituyen un reservorio de la rabia en Uruguay”, dijo a *Búsqueda* Helena Guarino, profesora agregada del Área de Virología de la Facultad de Veterinaria y encargada de la Unidad de Rabia del Dilave (División de Laboratorios Veterinarios). “Pensamos que probablemente el problema está en todo el país”, destacó Guarino durante el I Congreso Internacional de

108 <http://200.40.229.134/Leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18471&Anchor=>

109 SARTORI, María Paz: *No hay conciencia* de que la rabia está en Uruguay y que se debe *volver a insistir y actuar* porque *existe riesgo*. Sección Salud y Ambiente. Semanario *Búsqueda*, jueves 19 de diciembre de 2013, página 18.

Veterinaria, que se realizó en noviembre en Montevideo. Preciso que en 2013, pese a la escasez de ejemplares analizados, se detectaron murciélagos con rabia en Montevideo, Canelones y Tacuarembó. “La gente debe estar en alerta. Ahora que sabemos debemos tomar precauciones”, agregó la docente encargada de los análisis de diagnóstico de rabia en el Dilave, sitio en el que “falta personal” y el que hay está próximo a la jubilación.

En Uruguay hay 23 especies de murciélagos y solo una de ellas es la conocida como “vampiro”, que se alimenta generalmente de la sangre del ganado. Los demás se alimentan de insectos y sólo dos de frutas. ***Todos pueden transmitir rabia.***

La rabia se transmite a perros, gatos, vacunos y humanos, principalmente por mordeduras, arañazos y pequeñas heridas provocadas por murciélagos en contacto con mucosas infectadas o heridas previas. A su vez, las mascotas con mordeduras pueden transmitir las a las personas. En caso de no recibir tratamiento antirrábico, el virus se replica y propaga hasta llegar al Sistema Nervioso Central. Aparecen los síntomas que en pocos días puede llevar a la muerte.

En el caso de los murciélagos, este período es más prolongado y pueden transmitir la rabia durante meses antes de morir de la enfermedad. Los últimos casos de este tipo en humanos fueron en 1968, tras una epidemia de rabia canina en el país. En 2007 hubo un brote de rabia paralítica en el norte, que afectó a bovinos y equinos, causado por un tipo de vampiro con casos esporádicos hasta 2010.

“Hoy se debe estar atento a las consultas por mordeduras de animales – como perros, gatos o murciélagos – por mínima que esta sea. Se deben realizar tratamientos preventivos, notificar a las personas mordidas ante la Unidad de Zoonosis del Ministerio de Salud Pública (MSP). Eso es obligatorio y se debe hacer durante las primeras 24 horas. La sospecha de un animal rabioso es también de denuncia obligatoria aunque muchas veces falta la notificación y hay muy baja tasa de reporte”, dijo durante el congreso Verónica Bonino, integrante de la Unidad Zoonosis y Vectores del Departamento de Vigilancia del MSP.

Además falta información en la consulta con el médico cuando una persona acude porque fue mordida. “Durante años se supuso que no existía rabia en Uruguay. Otra vez hay que volver a insistir y actuar”, opinó.

En los últimos años, las notificaciones de mordeduras por perro han oscilado en 2.500 por año. Durante el 2013 hubo 61 de gato y siete de murciélagos.

**QUÉ HACER.** Al encontrar un murciélago en la casa, quienes no conocen el riesgo al que se enfrentan suelen intentar agarrarlo para sacarlo del lugar, o si está muerto simplemente lo tiran a la basura. Sin embargo este no es el camino correcto, porque al intentar moverlo puede morder y transmitir rabia. Por otra parte, el murciélago puede haber muerto por esta enfermedad. Es necesario saberlo para determinar si hay que vacunar a los perros de la zona, identificar las colonias y aún más importante, si el murciélago mordió a la persona cuando intentó manipularlo. En ese caso existen vacunas.

Siempre que se encuentra un murciélago se lo debe enviar al Dilave, a la Facultad de Veterinaria o a la Unidad de Zoonosis para que se analice si padece rabia. Si un murciélago muerde a la persona y luego escapa ésta debe avisar a las autoridades sanitarias para vacunarse, ya que corre riesgo por desconocer si el murciélago tenía o no rabia. Lo mismo ocurre con mordidas de perros y gatos.

Pero no todos saben esto y la llegada de murciélagos al Dilave es escasa como para “asegurar la vigilancia” y poder estimar cuántos tienen rabia en Uruguay. Guarino recordó que la llegada de murciélagos se da en grandes cantidades cuando surge un caso en algún barrio, la gente entra en estado de “alerta” y envía muchos ejemplares, como ocurrió este año en el balneario Costa Azul. Llegaron de golpe unos 60 ejemplares de murciélagos para analizar y luego se redujo el envío.

Se detectó rabia en un murciélago de Canelones y otro de Montevideo del tipo *Tadarida brasiliensis*, que vive en colonias, en la capital, sobre todo en sitios de techos altos, muy comunes en el Prado. Además este año se detectó rabia en un murciélago de Tacuarembó de una especie en la que nunca antes se había detectado rabia en el país. Se trata del tipo *Lasiurus*, solitario que suele vivir en palmeras. “Es interesante porque es una especie nueva en la que vemos rabia”, comentó Guarino.

“El número de muestras ha bajado y en perros y gatos se reciben muy pocas, que han dado resultados negativos”, comentó. “Está decayendo bastante y eso complica la vigilancia epidemiológica. Cuanto menos muestras tenemos en el laboratorio, menos idea podemos tener de lo que está sucediendo. Es lo que pasa cuando la rabia deja de ser una noticia importante, cae el interés y no se considera el riesgo que existe, que no se fue”, opinó.

**PERROS Y GATOS.** Un perro que juega con un murciélago en el patio de una casa, un gato que lucha con su nueva presa en la azotea de una vivienda, éstas son situaciones de riesgo. Con una mordida o un arañazo el murciélago le puede transmitir la rabia y luego las mascotas se la pueden pasar a sus dueños.

“La vacunación antirrábica humana y animal son un punto importante del control”, destacó Guarino. Existe una vacuna antirrábica indicada para veterinarios que pocos profesionales se dan. Este año hubo un lote que se venció porque los veterinarios que trabajan en el hospital de la Facultad no se presentaron para vacunarse. “No hay conciencia” del problema, comentó Guarino. “Se debe vacunar anualmente a perros y gatos. La rabia es un riesgo importante que hay que tener en cuenta. Es fundamental evitar riesgos y que pase de especie a especie, pero mucha gente no lo sabe y no toma medidas de precaución”, opinó. Solo los cachorros suelen recibir esta vacuna que luego debería darse una vez por año.

Cuando un perro sin vacuna antirrábica muerde a una persona, se deben tomar precauciones porque podría tener rabia. Guarino y Bonino coincidieron en que falta un sitio para observar a las mascotas que han provocado mordeduras durante 10 días para descartar que tengan rabia, que aparezcan los

síntomas y afecten a otras personas. No es adecuado dejar al animal en su casa y tampoco enviarlo a una veterinaria, sitio en el que puede estar en contacto con otros perros. Debería haber refugios especiales destinados a eso. Además, ocurre que hay casos de perros mordedores que los dueños no se hacen cargo. De todos modos “las normativas están pero no se cumplen”, dijo Bonino durante su exposición.

Maldonado es el departamento que tiene montada la mejor infraestructura del país al respecto, con un sitio para vigilancia. En caso de que los dueños de las mascotas no deseen realizar el seguimiento de diez días, deberían enviar a los perros y gatos al Dilave para que sean diagnosticados – que involucra sacrificar al animal -. No existe un sistema montado para enviar a todos los animales al Dilave y el dueño debe ocuparse a menudo, comentó Guarino. Llegan dos o tres perros por año y uno o dos gatos.

\* \* \*

También en el Interior del Uruguay se registran agresiones de perros a humanos, que pasan más desapercibidas. Pero aquí tenemos un caso de Tacuarembó, de reciente ocurrencia:

## Tacuarembó: Un perro atacó y causó lesiones graves a un vecino <sup>110</sup>

Nos hemos enterado de primera mano (o sea por parte de la propia víctima a quien entrevistamos) del ataque de un perro en la vía pública contra un vecino cercano de los propietarios del animal, que le causó serias lesiones por mordidas en el abdomen, cabeza, cara y cuello. El hecho ocurrió el lunes pasado, cuando el hombre venía del supermercado hacia su casa en la calle Jaime Ross casi Flores, con la bolsa de las compras en la mano.

Según testigos presenciales del hecho a quienes hemos consultado, el perro había escapado de la casa de sus amos y atacó al hombre en la puerta de su casa, con tal saña que lo derribó aunque quiso entregarle la bolsa para tratar de evitar el ataque, ante la vista horrorizada de su mujer y su hijo que se encontraban en la ventana de su apartamento. La víctima fue Carlos Alberto Cruz (Tito), un vecino conocido y apreciado por quienes lo conocen.

Su hijo le tiró una vara que tienen para salir de la casa, porque las agresiones de este animal ya se habían producido repetidas veces, pero el hombre no atinó a recoger esa arma de defensa que hubiera evitado probablemente el ataque. Luego de derribarlo el perro se abalanzó sobre su cuello y cabeza tratando de matar a su víctima y a pesar de la intervención de dos hombres que

---

110 <http://www.avisador.com.uy/editoriales/72-editoriales/936-tacuarembó-un-perro-ataco-y-causo-lesiones-graves-a-un-vecino.html> (Consultada el 05.01.2014).

vieron lo que ocurría y acudieron en su auxilio, no pudieron lograr que soltara a su presa.

Finalmente la salvación de Cruz fue la intervención de un tercer hombre que pudo tomar al perro de las patas y consiguió sacarlo de encima de su víctima, que ya estaba muy herido y sangraba profusamente. Este último sujeto seguramente era muy fuerte, ya que tomó al animal de las patas posteriores y lo golpeó



varias veces contra la vereda, con la segura intención de dejarlo fuera de combate. Pero cuando quedó caído y creyó que estaría muerto o desmayado, se levantó como si tal cosa y luego de arremeter contra él, regresó a su casa que se encontraba a pocos metros del lugar.

Nos ha llamado la atención que no hubiéramos recibido en el día de hoy el comunicado de la Jefatura de Policía informando sobre este hecho tan grave, pero hasta el momento no nos ha llegado ninguna información, de modo que todo este relato proviene de lo conversado con la víctima del ataque, cuyo estado afortunadamente es estable y se encuentra en su domicilio, debiendo ir dos veces al día al Hospital cercano para las curas y el suministro intravenoso de antibióticos.

Según nos informa el señor Cruz, ya había hecho 3 denuncias por ataques de este animal en la Seccional Primera. El primero fue el 30 de abril de 2010 cuando atacó y mordió a su mascota, un pequeño y manso perro que iba con su correspondiente correa y collar de la mano del hijo de la familia. La segunda vez fue por otro ataque parecido contra su mascota, donde lo lastimó gravemente abriendo con los colmillos el vientre del perro de Cruz, que debió ser asistido por un veterinario para salvarle la vida.

En diciembre del año pasado nos dice Cruz que hizo una tercera denuncia en la misma Seccional, esta vez en ocasión en que el perro lo atacó mordiéndolo en una mano. Lo ocurrido el lunes pasado entonces, es la cuarta vez que el feroz perro lo atacó, pero esta vez seguramente las cosas no van a quedar así.

Según datos que fueron aportados a *El Avisador* por una vecina, unos 15 minutos antes del ataque al señor Cruz, el animal había atacado a una señora que salía de la Clínica de Fisioterapia que se encuentra pegada a la puerta del apartamento.

La señora habría salido de la Clínica en una silla de ruedas, pero desconocemos los detalles de este hecho, que procuraremos investigar en los próximos días. Hace un tiempo, además, el perro habría mordido a una joven que estaba

repartiendo volantes en las casas vecinas. Según supimos a través de una fuente que conoce a esta joven y que solicita no ser identificada, fue mordida en una pierna y cuando llegó a la Emergencia del Hospital estaba tan lastimada y sangraba tanto, que las enfermeras le preguntaron cómo había hecho para llegar allí. Ella les respondió que el perro la había mordido cerca de allí y por eso pudo llegar. Es de público conocimiento los problemas que han ocurrido debido a los perros sueltos en la calle, cuando cruzan y producen accidentes de motos, otras veces cuando corren detrás de los motociclistas o ciclistas, asustándolos con sus ladridos o para morderles las piernas en algunos casos, produciendo frecuentes caídas de motos.

Pero este caso ya tiene una gravedad que nos hace preguntarnos qué pasó con las anteriores denuncias. ¿Cómo es posible que este animal aún continuara suelto frecuentemente en la calle, donde hay niños, mujeres, ancianos? ¿Cómo es posible que las autoridades correspondientes ya no hubieran tomado las medidas de seguridad necesarias para terminar con este peligro? Estoy escribiendo el final de esta nota y la última víctima me llama por teléfono y me pregunta si sabemos algo, si el perro está encerrado o si lo han matado. Esa familia TIENE MIEDO de salir de su propia casa y el hombre tiene que ir a pie hasta el hospital para las curas, en cuyo camino debe pasar por la propia puerta donde viven los dueños del perro. Señores lectores, ¿en qué mundo estamos? No se puede decir otra cosa que esto es atroz y sin precedentes. Creo que en estos casos es necesario proceder a una observación del animal durante unos días para asegurarse que no esté enfermo de rabia, luego de lo cual se toman las medidas oportunas.

También nos llama poderosamente la atención la falta de sensibilidad y negligencia de los dueños del animal, porque cada uno debe hacerse responsable de los daños que causa un animal de su propiedad.

Mucha gente opina que si un perro muerde a un ser humano, debe morir. Tal vez esta forma de pensar, o esta especie de ley no escrita sobre los ataques de canes a seres humanos se considere demasiado estricta. Pero debo confesar que yo, personalmente, si el perro fuera mío lo entregaría a las autoridades para que cumpla la cuarentena antirrábica y si luego me lo entregan, yo mismo lo elimino. Seguramente no le daría la oportunidad de morder a una segunda persona.

\* \* \*

## QUIÉN FUE EL DEFENSOR Y CONSEJERO DE BERNARDO PORZECANSKI

**S**in duda, el Sindicato Médico del Uruguay actuó con prudencia en el caso de Porzecanski, porque tenía varios frentes que sostener en la lucha contra un Ministro no médico, sumamente prejuicioso y autoritario. Pero en la etapa previa, mientras se sustanciaba el sumario que duró 30 meses, le dio todo su respaldo legal, a través de un hombre que debe ser igualmente conocido.

Pero es bueno conocer quién era el Dr. Raúl E. Baethgen, por lo cual introducimos aquí una semblanza de este Maestro del Derecho, de la Ética, un humanista de gran corazón y gran amigo de los médicos, hoy también injustamente olvidado.

### RAÚL EDUARDO BAETHGEN (1894-1965)



El Dr. Raúl E. Baethgen, pronunciando un discurso en el Día del Médico (3 de diciembre 1960) Detrás, de izquierda a derecha: Dres. Julio Nin y Silva, Constancio E. Castells y Ciro A. Peluffo.

El Dr. Raúl Eduardo Baethgen (1894-1965) fue un legendario asesor jurídico del Sindicato Médico del Uruguay, desde la primera mitad de la década de 1930 hasta su fallecimiento en 1965. Fue un destacado profesor de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de la República y tuvo a su cargo la Cátedra de Procedimientos Judiciales.

Se distinguió por su talento como hombre de Derecho, como pedagogo y como humanista. Con un profundo sentido ético traducido en su obra éditada. Así como en diversos prólogos que redactó para presentación de publicaciones, particularmente elaboradas por médicos, como la recopilación de normas legales que obligaban a los médicos, publicada por el Dr. Alejandro Saráchaga en 1937 y editada por el Sindicato Médico para distribuir a todos los médicos del país.

Diríamos ante todo que fue un auténtico amigo de los médicos, un admirador de su trabajo cotidiano y un defensor del Derecho. Su consejo estuvo presente en la constitución del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay en 1934, antes de abrir sus puertas el 1º de julio de 1935. También se nota su influencia en las sucesivas reformas de Estatutos del SMU, realizadas después de esas fechas. En las publicaciones del Sindicato Médico aparecen a menudo obras de su autoría analizando por ejemplo la Ley 9.202 del 12 de enero de 1934, Ley Orgánica de Salud Pública, surgida a instancias de la Dictadura del Dr. Gabriel Terra y su primer Ministro de la Cartera, el Dr. Eduardo Blanco Acevedo.

Pero además de estar presente en los grandes eventos colectivos y en las grandes obras que signaron las primeras décadas del Sindicato, estuvo junto a los médicos asociados que tenían problemas administrativos o judiciales y recurrían a su sabiduría, acompañada de la dulzura de sus palabras y la bondad de su filosofía. Encontraban en él el bálsamo que ayudaba a sobrellevar amargos momentos en su trajín profesional, por la arbitrariedad de jefes públicos o privados que pretendían desconocer los derechos de los profesionales y consagrar atropellos.

Puede decirse que en gran medida contribuyó ampliamente a consolidar el bien ganado prestigio del Sindicato Médico en la defensa de los intereses morales y materiales de los médicos uruguayos. Permaneciendo siempre en un plano de distancia de la pública notoriedad, pero sosteniendo con la firmeza de sus conocimientos y la hidalguía de su personalidad, el andar sereno y firme de una institución en crecimiento.

Fue también un autor de numerosas publicaciones particularmente vinculadas a la ética y deontología profesional, al secreto profesional así como obras literarias, actualmente poco conocidas.

En ocasión de dictar una serie de conferencias sobre Ética de los Profesionales (Abogados y Escribanos) para la Asociación de Estudiantes de Notaria-



do, recibió cálido elogio del Dr. Pablo de María<sup>111</sup>, ilustre abogado y Decano de la Facultad de Derecho, cuyo busto en bronce está entre las figuras principales del aula principal del Colegio de Abogados del Uruguay.

Transcribimos lo que escribió de él Pablo de María, y la introducción a dicho curso, que permite aproximarse al pensamiento de este abogado que fue un verdadero amigo de los médicos:<sup>112</sup>

## ÉTICA PARA PROFESIONALES (ABOGADOS Y ESCRIBANOS)

CON  
Una Carta del Dr. PABLO DE MARIA

1930  
CLAUDIO GARCIA Editor  
CALLE SARANDI, 441  
MONTEVIDEO

### Carta del Dr. Pablo de María

Señor doctor Raúl E. Baethgen.

Mi distinguido colega y amigo:

Hace poco tiempo, enterado de la primera de las conferencias sobre “Ética para profesionales” pronunciadas por usted en la Asociación Uruguaya de Estudiantes de Notariado, tuve ocasión de felicitar a usted verbalmente por tan interesante y bien inspirada obra. Ahora, después de haber leído las conferencias posteriores de usted publicadas en la revista “El Derecho”, quiero tener el gusto de ratificar por escrito aquella sincera y merecida felicitación.

Soy un convencido de que la enseñanza de la deontología, si bien no puede dar normas de eficacia infalible, ni menos transformar por sí sola la índole personal de cada alumno, o de cada profesional, es siempre útil y benéfica, - y así es que miro con profunda simpatía la noble tarea que usted ha emprendido y va desarrollando con acierto. - Usted presta un valioso servicio a los estudiantes de nuestra Facultad de Derecho y está sembrando semillas que han de dar, lo espero, muy apreciables frutos.

Las conferencias de usted son notables tanto por su fondo como por su forma. Usted expone en ellas buenas doctrinas, atinadas ideas, y las expone en un estilo sencillo, claro y ameno que hace que su lectura, lejos de ser fatigosa, sea agradable.

111 Pablo de María (Guauguaychú, 1850 - Montevideo, 1932), jurista, escritor, profesor y político uruguayo. Nació en la ciudad de Guauguaychú (Entre Ríos), donde su padre el historiador Isidoro de María Gómez, ejercía funciones como cónsul y su madre fue Sinforosa Navarrete Artigas (hija de Francisca Artigas, la prima hermana del Prócer José Gervasio Artigas). Fue redactor y director del diario *El Siglo* entre 1870 y 1873. Participó como soldado ciudadano en la Revolución del Quebracho en 1886. Participó junto con Carlos María Ramírez en la fundación del Partido Constitucional. Profesor de Filosofía del Club Universitario (1877); presidente del Ateneo de Montevideo y de la Sociedad Universitaria; rector de la Universidad de la República, en 1893, 1899, 1908 y 1909; catedrático de Derecho Procesal en la Facultad de Derecho; ministro de la Alta Corte de Justicia (1911-1914). Fue hermano del escritor y poeta de literatura gauchesca Alcides de María.

112 <http://www.csj.gob.sv/BVirtual.nsf/f8d2a0b5ec4651a386256d44006c123c/530dadfdd8e82a0706256b3e0073e5bb?OpenDocument> (Consultada el 01.01.2014).

Dice usted que “a la corta o a la larga el profesional honesto triunfa”. Es cierto, y aunque el triunfo consista a veces nada más que en una satisfacción moral, bienvenido sea, porque las satisfacciones morales hacen grata la vida y porque no solo de bienes materiales se compone y debe componerse la riqueza del hombre.

Aconsejando a los jóvenes profesionales que traten siempre de ir perfeccionando sus conocimientos, afirma usted que “aún los viejos profesionales están aprendiendo todavía”. Yo puedo dar fe de esto por experiencia propia.

Deseando que usted continúe sus importantes lecciones y que de ellas salga un libro que no falte en biblioteca alguna de profesional o estudiante de notariado o abogacía, saludo a usted con mi mayor aprecio y me repito su affmo. Amigo y colega.

Pablo de María.

---

### A manera de Prólogo

***Pasajes tomados de la Conferencia pronunciada en el Salón de Actos Públicos [del Ateneo] de Montevideo a invitación de la Federación de Profesionales Universitarios del Uruguay.***

No voy a decir una conferencia, y voy a explicar por qué. En el desempeño de la cátedra a mi cargo, en la Facultad de Derecho, había advertido un vacío en los programas universitarios, que no es imputable solo a nuestra Universidad, sino al total de las Universidades, por lo menos a todas aquellas de las que tenemos una información próxima y más abundante. Y me propuse tentar, de modo modesto, pero que anunciara una fórmula más amplia, remediar esa laguna.

La Universidad, en general, capacita técnicamente para los ejercicios profesionales, pero omite examinar, hasta donde es posible, el aspecto ético de los mismos ejercicios. ¿La enseñanza que imparte es bastante para colocarnos en posición de encontrar las soluciones de buena conducta profesional? Y fue así como, haciendo empeño por vencer la exigida del término universitario y la extensión del programa a mi cargo, haciendo pequeños huecos en el tiempo intercalaba anécdotas profesionales, con vistas hacia problemas de orden moral, no con ánimo de provocar soluciones, sino para que los alumnos sintieran la vivacidad y la complejidad de los trances morales.

La Asociación Uruguaya de Estudiantes de Notariado, una Asociación joven, gallarda, que vive con bizarra inquietud su mocedad universitaria, me pidió que concurriera a un ciclo de conversaciones, o conferencias que ella misma patrocinaría. Accedí en seguida y propuse, como tema de desenvolver: ÉTICA O MORAL PROFESIONAL. Desenvolví este tema en un ciclo de cinco disertaciones. Llegaron hasta cinco y yo me propuse especialmente mantener la índole de esas conversaciones en proporciones adecuadas y convenientes; no hacer cátedra moral, porque sería excesivo, sino aprovechar aquella oportunidad en forma lo más llana, lo más accesible, sin ninguna presuntuosidad, desde luego sin ninguna agresión, para suscitar el interés profesional, mover las aguas quietas en este respecto, llamar la atención de los profesionales, del cuerpo profesional del país, sobre el aspecto ético del ejercicio profe-

sional. Mi propósito no fue otro, ni debía ser otro más que el de excitar la atención, provocar la controversia, plantear el problema, causar la polémica. En el fondo no era sino esto el propósito del pequeño curso, porque demasiado me daba cuenta yo que no era posible pretender que un curso de esta naturaleza, predicara fórmulas definitivas, soluciones cerradas, normas inflexibles e imperativas. En ciertos trances morales las soluciones mejor compulsadas cabe imponerlas, pero respetando siempre el margen necesario, de libertad individual de modo que no me pareció oportuno, y así lo dije, discutir conductas provocando desde ya conclusiones morales, sino plantear problemas de esta especie. Desarrollamos el pequeño curso siguiendo un programa que describiré a grandes líneas. Dividí el curso en tres capítulos precedidos por lo que llamaba "Cuestiones preliminares". Lo primero dentro de las cuestiones preliminares es definir el concepto de la ética profesional. Hay al respecto opiniones equívocas, conceptos mal formados. Cuestiones de esta naturaleza: la moral profesional. ¿Es una moral propia o es la moral general acentuada en un aspecto particularizado? ¿La moral profesional es susceptible de impartirse desde la cátedra? Citamos los dos conceptos extremos, optando por la solución intermedia que, en mi concepto, es la solución justa. Ni el pesimismo exagerado, ni el idealismo excesivo de los que creen que se puede hacer, impartiendo la enseñanza de especie, el milagro de la transformación de la naturaleza humana.

Admitido que la enseñanza moral es susceptible de ser impartida, organizada, surgen el otro problema: ¿Conviene instituir con ella un programa propio o conviene diluirla hábil y oportunamente en los cursos de las otras asignaturas programadas? A este respecto se plantea el problema pedagógico de cómo y cuando conviene impartir la enseñanza moral; si organizarla como un curso independiente, o diluirla con habilidad y aprovechar cuantas situaciones los hechos vayan presentando para examinarlos en forma más vivaz, con más emoción todavía.

En el primer capítulo consideré el problema en sí mismo, sentando una regla primaria, los deberes generales son los mismos que alcanzan al común de las personas, pero intensificados por la posición de más alta responsabilidad del profesional universitario. El profesional está colocado a justo título en una situación de privilegio, pero esa situación de privilegio debe ser acompañada, para prestigiar la propia investidura, con un sentido más cabal de su propia responsabilidad. Luego consideré los deberes que llamaríamos específicos del propio profesional, los deberes impuestos al profesional por su propia condición de tal, estableciendo o distinguiendo, según los distintos ejercicios, aquellos deberes que afectan a unos profesionales y a otros no, porque hay trances de tal naturaleza que se presentan al médico y no al abogado, o que ocurren al abogado y no al arquitecto. Consideramos, después, al profesional frente al colega, frente al profesional, examinando distintas situaciones, hasta donde era prudente, para dejar siempre, con toda intención, las puertas abiertas para nuevos planteos, porque lo que buscábamos era, lo dijimos antes, no atraer la atención sobre fórmulas hechas, sino provocar la controversia, que se denunciaran los vacíos, que se señalaran las deficiencias, que se discutieran las conclusiones, que se examinaran nuevas situaciones. Para dar la pauta y la forma de cómo se planteó este aspecto, lo cito por vía de ejemplo, aludimos a la posición del profesional frente al colega en el acto de la consulta; en presencia del error profesional honorable; la forma de su corrección, sin trascendencia, cuando la trascendencia y la corrección fueran evitables o fueran posibles. Hay situaciones en que el cliente debe y puede conocer el error profesional porque sabe avalarlo sin detrimento del prestigio profesional; como debe ser advertido o señalado. Caso del error de trascendencia forzosa; como debe ser revelado al interesado, dentro de situaciones honorables. Ahora, casos de omisión y de actos culpables, como la solidaridad profesional declina, no puede transformarse en

complicidad y surge entonces el imperativo claro, inequívoco, el deber de la denuncia. De suerte que en este aspecto no procuramos, ni habría sido correcto, afirmar una fórmula de discreción y silencio a todo trance, sino tener presente la estimación recíproca entre profesionales y la convicción por razón del propio ejercicio, de cómo es riesgoso éste, donde a pesar del afán y la aptitud para la investigación encontramos siempre ecuaciones no resueltas, o situaciones más fuertes que nosotros mismos. En este aspecto consideramos la conducta del profesional frente al colega salvando el decoro profesional y la consideración digna, levantada hacia el mismo. Unos, por convicción altruista, otros por convicción egoísta y coinciden todos porque hay normas morales que bien aplicadas sirven para nuestra propia conveniencia, no para obtener el silencio complaciente, sino para salvar en todo trance el prestigio universitario por un noble sentido de cabal comprensión.

Voy a recoger una observación verdadera, corriente, que muestra una injusta depreciación de los títulos universitarios en el concepto ambiente. Y destaco este aspecto porque interesa en este caso, que ustedes se penetren bien y vean como la dirección dada a aquel pequeño curso de conversaciones, está libre de fórmulas herméticas, de soluciones de intransigencia que, desde luego, no se advierten con mis convicciones ni con mi temperamento.

El error profesional nos está acechando en cada trance del ejercicio. Nosotros tenemos, como deber elemental, primario, el deber de evitarlo, pero ninguno puede asegurar, sin pueril vanidad, que no incurrirá en error. El error profesional trascendido al común de las personas, por la complejidad del ejercicio, aparece, por incompreensión ajena o por perversidad, magnificado, agrandado. Así se reduce el prestigio de las investiduras universitarias. Si nosotros mismos, que podemos avalorar el error y por eso mismo excusarlo, somos quienes, realizando actos de concurrencia desleal, lo magnificamos, contribuiremos a fortalecer la opinión general mal dispuesta, contraria a la significación de los diplomas universitarios. Así se llega, desde aquella posición primera, anterior, que era excesiva, del prestigio ilimitado, casi supersticioso de los títulos universitarios hasta el concepto actual, evidentemente disminuido. Hay razón social, y un legítimo interés en evitar la depreciación de los buenos valores universitarios.

...Otro aspecto que consideré también en ese capítulo fue el relativo a la “reclame” [publicidad] profesional. La “reclame” profesional es legítima, pero hay un momento en que deja de serlo. Ya no cabe que diga el profesional: yo me anuncio en la forma que me place. Y ejercito un derecho. No. Usted pertenece a un cuerpo profesional. La moral suya no puede ser ajena y menos contraria a la moral y al decoro profesional. Estos problemas que se sienten en todas las sociedades, son problemas capitales cuyo examen interesa a todos los órganos profesionales, a los órganos oficiales, a las Universidades, para que los alumnos y egresados estén advertidos de tal manera que, cuando entren al ejercicio profesional no concurren a disminuir un prestigio que es de todos, y que ninguno de nosotros tiene derecho a vulnerar.

Interesa señalar dos factores – los principales – que explican el porqué de esa disminución de la estimación por los títulos universitarios. En primer término, el ejercicio ilegal de las profesiones. Este factor es un mal descubierto, conocido, tiene corrección. Las disposiciones legales no son eficientes, pero pueden serlo. Todo está en que el Parlamento, venciendo su inercia, dicte disposiciones severas de tal manera que las disposiciones legales prevengan y sancionen el ejercicio ilegal de las profesiones. Este factor es corregible.

Pero está el otro factor más capital, por encubierto: el ejercicio legal pero deshonesto de la profesión. Ahí está el factor más importante de desprestigio universitario, insinceridad en el desempeño profesional y concurrencia desleal; maneras deshonestas de desplazar al colega, a expensas del prestigio ajeno. Todo lo que cuesta construir laboriosamente una reputación y tan fácil que es desvirtuarla, sobre todo cuando al propósito de deprimirla se aplican tácticas astutas y habilidosas. Este segundo factor es el que nosotros tenemos que combatir y debemos combatirlo con la formación de la conciencia profesional. ¿Cómo? Instituir, por las corporaciones de profesionales – supone antes la organización previa de los colegios de profesionales – órganos adecuados que establezcan normas de conducta profesional, sin incurrir en criterios absolutos. Hay situaciones morales que no admiten solución dada de antemano: en cambio hay aspectos de la conducta profesional que admiten y exigen normas que la encaucen de tal forma que, sin afectar la propia aspiración individual legítima, robustezcan y enaltezcan la dignidad de la profesión misma. Pero la asociación sola, el cuerpo profesional, acordando soluciones prestigiosas, supone desde luego que el cuerpo profesional tenga solvencia moral y aptitud legal para dictar sus normas. No puede ser eficiente si no se acuerda por los órganos competentes la atribución de facultades legales que permitan no solo hacer advertencias, que pueden ser vanas, sino dictar soluciones imperativas, reglas que prevengan la falta profesional y que sancionen la falta cometida, es decir, que hagan, en términos que los autores alemanes designan, con adecuada expresión, la policía de la conducta profesional, expresión que encierra los dos aspectos: prevención y corrección.

Para prevenir y sancionar conductas profesionales desarregladas, debemos dar a estos cuerpos organizados el máximo de autoridad. Es natural que si todas las conciencias estuvieran bien hechas no haría falta ningún consejo, pero tenemos que volver a la realidad, donde no se ha logrado todo lo que es deseable. ¿La solución, pues, donde estaría? Estaría en dar a esos cuerpos profesionales bien organizados, facultades legales para aplicar sanciones, que lleguen, si es menester, hasta declarar inhabilitaciones profesionales. El que no tiene moral bastante para el ejercicio profesional debe ser impedido de ejercer, como se inhibe al que no tiene salud mental. Por supuesto que los cuerpos profesionales han de proceder dando al inculpado garantías suficientes para defenderse con cuanta latitud fuera justo, pero realizando, no consejos acordados de buena fe, sino reglas imperativas en aquellos aspectos que las admitieran y por órganos adecuados – los órganos de disciplina – aplicarían las sanciones, persiguiendo la corrección de los profesionales, a fin de que se enaltezcan las investiduras universitarias. Haremos, entonces, que vuelva el entero aprecio público por los diplomas, más extenso que antes y con más reflexión que antes.

No pretendemos fórmulas de abnegación: tampoco son indispensables. Los que tengan pasta para ser abnegados, mejor; pero debemos, sí, exigir un mínimo de capacidad moral para el desempeño de los ejercicios profesionales. Habremos llegado entonces, a lo que deben significar los diplomas universitarios: una fuerte presunción de capacidad técnica y una fuerte presunción de solvencia moral.



El Dr. Mario A. Cassinoni (Rector de la Universidad de la República) estrecha la mano del Dr. Raúl E. Baethgen, en el homenaje que se le tributara en el SMU. Detrás el Presidente del SMU, Dr. Walter García Fontes (circa 1959).

## EPÍSTOLA A LUIS RAÚL



El Dr. Luis Raúl Rossi Baethgen, nieto de Raúl E. Baethgen, destinatario de la Epístola a Luis Raúl.

Sin duda con el orgullo de un abuelo que visualizó para su nieto un futuro como abogado, visto que su padre también lo era (el Dr. Blas E. Rossi Massela) escribió esta Epístola, a modo de guía para mejor transitar en la vida profesional y personal.<sup>113</sup>

113 Publicado por el Dr. Jorge de Paula (médico cardiólogo e intensivista uruguayo) el 3 de febrero de 2009. En [drgeorgeyr.blogspot.com/2009/02/epistola-luis-raul-dr-raul-baethgen.html](http://drgeorgeyr.blogspot.com/2009/02/epistola-luis-raul-dr-raul-baethgen.html) (Consultada el 01.01.2013).

Cuida ser sano y fuerte.  
Ama la vida como un precioso  
Ama la libertad, la Democracia.  
Honra a los tuyos, honra a tus maestros.  
Haz que tu conducta a todos enaltezca.  
Que nada te deprima.  
Y que recuerdo alguno te remuerda.  
Lucha para triunfar, pero sé digno por sobre toda cosa.  
Destácate si puedes en lo que fuere, honradamente, no de otro modo, que de otro modo, el triunfo es aparente y nada vale.  
Es preferible una vida sencilla, en la penumbra.  
Aún mismo la derrota.  
El injusto fracaso, sobrellevados sin despecho, altivamente, son mejores que el mal habido éxito.  
Que es duro y humillante, haber necesidad del perdón de los otros, para quién usó de malas artes.  
En cambio es llano y noble, que uno mismo sea el que puede perdonar.  
No te envanezca el talento, si lo tienes. Ni la ilustración que alcances. Los honores que logres. El dinero que ganes.  
Siente orgullo, este sí siéntelo hondo – de “ser alguien”. Por tu esfuerzo. Tu mérito. Tu hidalguía. Tu hombradía. Tu carácter dócil a los buenos requerimientos, e implacable ante la inmerecida ofensa, la injusticia, la maldad, en cualquier forma que en que ellas se mostraren.  
Y cuando seas hombre, puedas decir:  
Cumpro la consigna. Al turno de mi relevo, también la transmitiré.

## BIBLIOGRAFÍA DEL DR. RAÚL E. BAETHGEN <sup>114</sup>

- Bien miráo; poesías gauchescas Raúl Eduardo Baethgen (Libro) 2 ediciones publicadas en 1965 en Español.  
El error del profesor Bodhel: Raúl Eduardo Baethgen (Libro) 4 ediciones publicadas en 1940 en Español.  
La ronda de los nietos; [poemas de] Raúl E. Baethgen (Libro) Primera edición publicada en 1964 en Español.  
La gente no sabe; aguafuertes de ambiente judicial: Raúl Eduardo Baethgen (Libro) 4 ediciones publicadas en 1931 en Español.  
Cuentas de vidrio: Raúl Eduardo Baethgen (Libro). 2 ediciones publicadas en 1932 en español.  
Ética para profesionales, especialmente, abogados y escribanos: Raúl Eduardo Baethgen (Libro). Primera edición publicada en 1948 en inglés.

---

114 Ref.: [http://orlabs.oclc.org/identities/np-baethgen,%20raul%20eduardo\\$1894](http://orlabs.oclc.org/identities/np-baethgen,%20raul%20eduardo$1894) (Consultada el 01.01.2013)

- Barcos anclados; novela de ambiente balneario: Raúl Eduardo Baethgen (Libro). Primera edición publicada en 1933 en Español.
- El secreto profesional; su naturaleza jurídica; límites de licitud: Raúl E Baethgen (Libro) 2 ediciones publicadas en 1936 en Español.
- Noticia general sobre la abogacía en el Uruguay: Raúl E Baethgen (Libro) 3 ediciones publicadas en 1935 en Español.
- Un ensayo de sociología nacional: Raúl E Baethgen (Libro) Primera edición publicada en 1934 en Español.
- Ética para profesionales (abogados y escribanos) con una carta del Dr. Pablo de María: Raúl Eduardo Baethgen (Libro). Primera edición publicada en 1930 en español.

\* \* \*

En 1937<sup>115</sup> en su número 18, *Acción Sindical*, la publicación gremial del Sindicato Médico del Uruguay, refiriéndose a la obra de Saráchaga, el antecedente recién mencionado.<sup>116</sup>

Tomamos del interesante y utilísimo libro editado por el Sindicato Médico y de que es autor el ex médico forense Dr. A. Saráchaga, las palabras liminares del Comité Ejecutivo y el prólogo del Dr. Baethgen.

*PALABRAS LIMINARES.* – *El Dr. Alejandro F. Saráchaga ha realizado con su libro titulado “Régimen Médico Legal Vigente del Uruguay” una obra de positivo valor práctico, que el Sindicato Médico del Uruguay se complace en llevar a la realidad ofreciendo esta edición al Cuerpo Médico Nacional.*

*Como su título lo indica, este libro reúne en un volumen todas las leyes y disposiciones vigentes de orden médico legal que se hallan dispersos en Códigos y Reglamentos, y por eso mismo de tan difícil búsqueda en un momento determinado.*

*El médico práctico se halla, en efecto, en múltiples ocasiones de su vida profesional, en la necesidad, a veces apremiante, de conocer la legislación existente sobre un determinado punto que las circunstancias de su actividad le exigen dilucidar. Y casi siempre esa consulta no puede llevarse a cabo por no tener a mano el material donde se halla la legislación buscada o por no saber dónde encontrarla.*

*Desde este punto de vista el libro del Dr. Saráchaga llena positivamente un sensible claro en la biblioteca del profesional, de cuyo vacío todos los médicos se han lamentado más de una vez en el ejercicio de sus actividades.*

*El origen de esta publicación, con la cual el Sindicato Médico enriquece la labor fecunda que viene realizando, tuvo precisamente por causa las consecuencias enojosas*

---

115 Régimen Médico-legal Vigente del Uruguay. Por el Dr. Alejandro Saráchaga. *Acción Sindical*; No. 18; 1937, páginas 13-15.

116 TURNES, Antonio L.: Fragmento de un artículo publicado en Diariosalud.net, un diario digital distribuido a los médicos desde Uruguay, el 12 de febrero de 2013, a propósito de la publicación Código de Derecho Médico del autor (abogado) Dr. Gustavo Ordoqui Castilla.



*acarreadas a un médico joven, unido al autor por lazos afectivos, por el desconocimiento de la ley referente a la expedición de certificados médicos.*

*En ese caso determinado se trataba ciertamente de un error, pero es de toda evidencia que a este respecto se cometen con frecuencia fallas de todo orden y a veces de carácter ético.*

*Nos referimos principalmente a los certificados médicos dados por amistad, complacencia o debilidad, en los cuales se atestiguan hechos falsos y que tanto menguan el alto concepto que todo profesional debe inspirar a la sociedad en que actúa y cuyo desprestigio comienza precisamente en aquellos que reciben el "favor" de una falsa testificación.*

*El noble anhelo del Dr. Saráchaga de evitar a sus colegas la comisión de errores de esta naturaleza, es lo que lo ha inducido a llevar a cabo la presente recopilación, y este Comité Ejecutivo al editarlo, lleva a la práctica uno de sus postulados: el que le impele facilitar a los colegas la marcha por la más recta vía para la realización del noble cometido que la sociedad encarga al médico.*

*Las grandes como las pequeñas faltas nos preocupan. ¡Que ningún colega caiga en pecado por ignorancia, ni en lo grande ni en lo pequeño!*

*En esta obra de consulta encontrarán sus lectores la extensa legislación referente al Ministerio de Salud Pública, tan crudamente violada en los últimos tiempos, en los artículos relacionados con el nombramiento de técnicos dependientes de ese Ministerio.*

*Se hallará también la legislación referente a los enfermos mentales y las condiciones de su internación que con frecuencia el médico general desconoce u olvida, creándole situaciones embarazosas; y todo lo que se refiere a la creación y acción del Consejo del Niño, institución ésta muy importante por sus fines y de positivas consecuencias para la vida social.*

*Agradecemos al distinguido Dr. Alejandro Saráchaga la realización de tan útil labor para la clase médica y el honor que significa para este Sindicato el que le haya sido dado prestigiarla con su nombre.*

***El Comité Ejecutivo***

Y bajo el título de *Acotación*, el destacado abogado y docente de la Facultad de Derecho de la época, asesor del Sindicato Médico, Dr. Raúl E. Baethgen, comentaba sobre el libro de Saráchaga:

*El doctor D. Alejandro Saráchaga reúne en este libro la legislación nacional vigente sobre la materia médico-legal. La designación dada al libro "Régimen médico-legal vigente del Uruguay", define el contenido y señala la valiosa utilidad de esta obra.*

*Cuando el Dr. Saráchaga me visitó, no hace mucho, en mi Estudio, solicitándome mi parecer sobre su propósito de emprenderlo y mi cooperación, que consistiría en la glosa breve de los temas legales, yo accedí en seguida a colaborar con él, muy agradecido a su honrosa solicitud, y lo alenté decididamente a que realizara su loable*

*propósito. No le dije al Dr. Saráchaga otra cosa que sentí hondamente y que acaso él entrevió en mí, agudo y perspicaz como es este ilustrado y dignísimo médico, y fue la emoción admirativa con que le oí exponer su plan de trabajo, con un optimismo afirmativo que es sello típico de la voluntad juvenil briosa y encendida. Hay que aclarar – para aquellos que no conozcan de cerca al Dr. Saráchaga, y su actuación profesional, en el ejercicio privado y en la pericia forense – que el autor de este libro hace tiempo que se retrajo a cuarteles de invierno. Y a una edad en que el común mediocre de las personas quedan cautivas de los recuerdos – los buenos y los tristes recuerdos – y rehúyen todo esfuerzo, por descreimiento en gran parte y también por un engrheimiento que viene de la vida ya justificada, el doctor Alejandro Saráchaga, con una dichosa frescura espiritual, se avino a ordenar disposiciones legales, reglamentos y ordenanzas vigentes en materia de fina y eminente especialización, compilándolos y comentándolos cuando su texto oscuro o su condición compleja hace útil el comentario, y todo de modo orgánico, sistemático, con experto sentido docente.*

*Loada sea esta gallarda pasta espiritual del autor, médico de honorable ejercicio y ex funcionario de acrisolada y respetable actuación, que lo mantiene enhiesto, sensible al movimiento de la hora cuyas inquietudes recoge con el fervor nuevo y muestra como, para el cansancio de las horas huyentes, ninguna tregua es mejor que la postura combatiente del sembrador. Y este es el ademán aleccionador que el autor describe con este libro, tan meritorio e inteligentemente ordenado, de utilísima información, bien aclarado por él solo al punto de hacer innecesaria la colaboración que yo le había prometido; pensando en los médicos nuevos, y en los estudiantes en camino de serlo, el Dr. Alejandro Saráchaga, perteneciente a una generación declinante, deposita en el camino que los nuevos recorrerán, las fórmulas vigentes reunidas e interpretadas de la materia médico-legal, – incomprensiblemente mal valoradas, cuando no mal conocidas – con la buena solicitud del idóneo y del caballero. Porque estas dos virtudes lo caracterizan. Es un técnico de mucha autoridad, y es un caballero conforme a la definición mejor que he conocido y es la que dio a su tiempo un gentil-hombre inglés: caballero es quien da a la sociedad más de lo que la sociedad recoge para sí. Trabajo, conocimiento, método, experiencia en sector profesional que desempeñó con preferencia, está todo puesto en este libro con la sencilla naturalidad de quien resta importancia a su propio mérito. Pero el mérito del libro lo va a calibrar el lector que lo recorra y especialmente cuando regrese al libro en los trances de consulta bajo el apremio de los casos concretos del ejercicio profesional.*

*Montevideo, Noviembre de 1936.*

*RAÚL E. BAETHGEN.*

## LOS TRES CASOS DE RABIA HUMANA A PARTIR DE 1964

**U**n artículo publicado en una revista científica uruguaya<sup>117</sup>, en 1966 titulado REAPARICIÓN DE LA RABIA EN EL URUGUAY: Sobre tres casos de rabia humana, relata cómo se produjeron clínicamente los casos, de acuerdo a los datos recogidos en la época.

VER ANEXO IV, donde se reproduce el artículo completo en forma facsimilar.

### En la Introducción el artículo señala:

Entre setiembre de 1964 y marzo de 1966, lapso en el cual se vivió una intensa epizootia de rabia que aún continúa, se han diagnosticado tres casos de rabia humana en el Uruguay. El primero de ellos ocurrió en una mujer adulta, en setiembre de 1964, que fuera internada en el Hospital Filtro y luego en el Hospital Vilardebó. Los otros dos corresponden a niños, el primero internado en el Hospital "Pedro Visca", Servicio "A" (Director: Prof. Dr. J. M. Portillo), en noviembre de 1965, y el otro en el Hospital "Pereira Rossell", Instituto de Pediatría (Director Interino: Prof. Dr. R. C. Negro), en marzo de 1966.

Considerando la escasa bibliografía nacional existente sobre la rabia humana, determinada en gran parte por el prolongado período en que el país se vio libre de dicha zoonosis y sobre todo con el fin de documentar estas observaciones para que puedan servir de alerta y de estímulo a la campaña sanitaria nacional en contra de esta enfermedad, inexorablemente fatal, es que hemos creído oportuno actualizar dicho tema en nuestro país, por cuanto estos últimos tiempos han marcado un importante progreso en lo que tiene relación

---

117 MAÑÉ-GARZÓN, F., PORZECANSKI, B., GARCÍA-ROCCO, H., CHMIELNICKI de HERSHORSN, C.; MALDONADO de BONIFACIO, C.: Reparición de la rabia en el Uruguay. Sobre tres casos de rabia humana. *Rev Urug Patol Clín Microbiol* 1965-66; 3 (2) y 4 (1): 9-31.

con el estudio en sí de esta enfermedad, como de su profilaxis (*Crónica de la OMS*, 1961). (1).

No olvidemos que la rabia es una zoonosis de proyecciones universales, con empujes como el que actualmente se comprueba en varios países de América, de Europa y otros continentes.

Sigue una RESEÑA DE LOS CASOS REGISTRADOS DE RABIA HUMANA EN EL URUGUAY, que resulta de interés resaltar:

La documentación histórica existente, hace remontar la aparición de la rabia en el país a las Invasiones Inglesas al Río de la Plata (1806-1807), mediante perros introducidos por el invasor, provenientes de África del Sur o de Inglaterra. Efectivamente, durante el período colonial la rabia era desconocida, como lo asegura Azara, quien en 1781 a 1801 recorriera en forma sistemática toda la extensión del Virreinato del Río de la Plata. Pero existía ya una enorme población canina, desarrollada al influjo de la riqueza ganadera, constituyendo los llamados “perros cimarrones” que infectaban la campaña. La diseminación de esta epizootia encontró entonces un ambiente muy favorable a su desarrollo. Retiradas las tropas inglesas en octubre de 1807, el primer caso de rabia humana en el Uruguay fue observado por Cristóbal Martín de Montújar [Montúfar], el 25 de diciembre del mismo año. Su detallado informe, es, según Schiaffino (2), el primer trabajo sobre dicha enfermedad en el Río de la Plata, basado en el estudio de 9 casos clínicos asistidos por él en Montevideo, en los hospitales Militar y de la Caridad, desde diciembre de 1807 a marzo de 1808. Dos años más tarde, aparecen los primeros casos en Buenos Aires (Schiaffino). Larrañaga, en su viaje a Paysandú en 1815, hace referencia a la abundancia de “perros cimarrones”, y a la frecuencia de la rabia entre ellos, dando cuenta del estado de alerta de los habitantes de la campaña por la enfermedad, lo que hace suponer que en el correr de esos años se produjeran casos de rabia humana.

Nada hemos podido recoger en la bibliografía médica uruguaya del siglo pasado, sobre los casos de rabia que hubieran podido producirse. Sólo Amargós (1892) (3), en su tesis sobre mortalidad infantil en el Uruguay en niños menores de 5 años y en el quinquenio 1887-1891, hace referencia a un solo caso.

Es recién en 1918 que Rodríguez Castro (4) publica el primer caso de la bibliografía nacional, en un niño de 4 años. Morquio (5), en 1933, publica un segundo caso de un niño de 8 años. Bonaba, Lussich Siri y Freire Muñoz (6), en 1936, comunican un nuevo caso en un niño de 8 años, y por último, Bonaba y Barbato (7), en 1937, resumiendo en un trabajo de conjunto las observaciones ya nombradas, agregan tres nuevos casos producidos entre 1924 y 1936, asistidos en el Instituto de Pediatría.

A estos casos en niños, corresponde agregar, en el lapso que comprende el trabajo de Bonaba y Barbato, dos casos de rabia en adultos (8). Se trata: a) de

un mordido de mano de 52 años, P.G.B., folio Instituto Antirrábico No. 9.481, fallecido el 6-II-32, luego de una incubación de 94 días; y b) otra mordedura de mano, en una persona de 34 años, J.F.G., folio Instituto Antirrábico No. 13.279, que falleció el 9-IV-36, luego de un período de incubación de 35 días.

Desde la última fecha hasta los recientes casos que describimos, no se han producido otros. Sólo ha llegado a nuestro conocimiento un caso ocurrido en Rivera, en 1946, cuyo diagnóstico se confirmó anatomopatológicamente, en el Instituto de Enfermedades Infectocontagiosas.

## EPIZOOTOLOGÍA DE LA RABIA EN EL URUGUAY

Continúa el artículo relatando:

En lo que respecta a las características epizootológicas de la rabia en nuestro país, durante años, desde principios del siglo XIX, hasta 1949, existió rabia canina, enzoótica, con algunos empujes de importancia, como por ejemplo, los producidos en 1927 y en 1938. En este último año se registraron 175 casos de perros con rabia, coincidiendo con numerosos casos ocurridos en los departamentos de Rivera, Salto y Artigas.

No se ha comprobado en nuestro país rabia “selvática”, es decir, aquella vehiculizada por animales indígenas, entre los cuales la rabia se perpetúa indefinidamente, formando un reservorio muy difícil de controlar y desde el cual periódicamente se infectan los animales domésticos y eventualmente el hombre. Tampoco ha sido comprobada en el Uruguay, rabia transmitida por murciélagos. Este problema de la rabia de los quirópteros fue dado a conocer, por primera vez, en el año 1911, por Carini, en el Estado de Santa Catalina, Brasil, y posteriormente se ha comprobado su existencia en muchas partes del Brasil, en la Argentina, en México, Venezuela, EE. UU. y muchos otros países americanos, así como de Europa y Asia. Tiene también importancia esta rabia de los murciélagos desde el punto de vista económico, dado que los quirópteros pueden ser por largo tiempo portadores de virus, diseminándolo a numerosos ejemplares de especies receptoras, especialmente los bovinos y equinos, entre los que producen altos índices de mortalidad; la infección humana sólo ocurre esporádicamente (Sugay y Nilsson, 1966) (9). Dentro de los quirópteros, los que mayor importancia tienen desde el punto de vista epizootológico, son las especies hematófagas del género *Desmodus* (“vampiros”), habiendo sido localizadas algunas colonias en nuestro país, pero hasta el momento no han sido encontrados ejemplares infectados (Porzecanski) (10). Sin embargo, debemos estar alerta ante la existencia de *Desmodus* infectados en el sur del Brasil, a sólo 60 Km. de nuestra frontera.

## EN EL CAPÍTULO SIGUIENTE, SE CONSIGNAN LAS REFERENCIAS HISTÓRICAS Y ACTUALES A LA LUCHA CONTRA LA RABIA EN EL URUGUAY.

Allí se ponen de manifiesto las importantes medidas y la eficacia de la lucha antirrábica que mantuvo libre de enfermedad al Uruguay, tanto en animales como en seres humanos. Expresa el artículo:

Desde la aparición de la epizootia en el Uruguay, se fueron tomando medidas, inicialmente contra los “perros cimarrones”, debido a la aparición de los primeros casos ya referidos, a principios del siglo XIX (Schiaffino, loc. cit.)

A raíz de los trabajos de Pasteur (1881-1885), nuestro medio científico sintió el influjo de dichos progresos, que promovieron la inquietud por el problema, apareciendo en 1892 la tesis sostenida ante nuestra Facultad sobre el tratamiento y profilaxis de la rabia por Arturo Ferrer (11). Desde 1886 funcionaba en Buenos Aires el “Laboratorio Pasteur” a donde concurrían los sujetos mordidos en el Uruguay para su tratamiento, cabiendo señalar que los primeros vacunados en dicha institución fueron dos mordidos procedentes del Uruguay.

Es en 1908 que se crea en el Uruguay un Servicio Antirrábico, a cargo de Andrés F. Puyol hasta 1925, luego a cargo de J. J. Lussich Siri hasta 1950 y desde esa fecha a cargo de Bernardo Porzecanski. Por Ley 9.289, del 1º de marzo de 1934, el Servicio Antirrábico pasa a ser Instituto, dependiente del Ministerio de Salud Pública, recientemente creado, dando las bases para una solución sanitario-administrativa satisfactoria del problema de la rabia en el Uruguay, cometiéndole a dicho Instituto encarar la profilaxis de la rabia en forma integral. Favorablemente influye en un control efectivo, la centralización en una sola institución, de la lucha antirrábica, lo que permitió encarar la actividad a escala nacional. Esta se centró en tres aspectos fundamentales: a) la lucha contra el perro vagabundo; b) el diagnóstico clínico y de laboratorio de los perros mordedores y sospechosos, permitiendo ello conocer la realidad epizootológica del país y no hacer uso indiscriminado de la vacunación antirrábica; c) la atención de mordidos.

Resultado de la perseverante aplicación de este programa fue indudablemente la extinción de la enfermedad desde 1944 al sur del Río Negro y, desde 1949, en todo el país (Porzecanski, loc. cit.).

A estos hechos positivos, de organización, planificación y erradicación de la rabia, desde 1949, deben contraponerse los factores predisponentes que determinaron la eclosión, en los últimos años, 1964-65, de un serio brote de rabia, que está, en los momentos que escribimos, en plena evolución.

En primer término, influyó la enorme e incontrolada población canina existente en el país, como consecuencia de desaciertos administrativos que se

materializaron con la dispersión y desmantelamiento del Instituto Antirrábico, al cual, por Resolución Ministerial del 3 de noviembre de 1961, se le cercenó un servicio fundamental como el dedicado a la realización de diagnósticos y a su vez se le limitó en sus posibilidades materiales para la captura y eliminación de perros.

Las medidas antes aludidas y que llevaron a la reducción de las tareas profilácticas, tuvieron como excusa ese silencio epizootológico de veinte años, que indujo a una falsa y equivocada seguridad. Los responsables de estos desaciertos no tuvieron en cuenta la opinión de los técnicos especializados, respecto al peligro permanente que significa para nuestro país el tener fronteras fácilmente franqueables, con regiones con rabia enzoótica.

Estos hechos determinaron en el país una densidad de población canina y felina que rebasa en mucho los porcentajes admitidos en países de gran densidad de población humana. En la ciudad de Las Piedras, Departamento de Canelones, por ejemplo, se han censado 140 perros por Km<sup>2</sup> cuando en zonas libres de rabia de nuestro propio país, dicho porcentaje se reduce al de 1 perro por Km<sup>2</sup>. Otro índice consistiría en comparar el número de perros con relación a la población humana, lo cual nos da para la nombrada ciudad de Las Piedras, 1 perro por cada 3 habitantes, cuando el porcentaje que se considera más aceptable es el de 1 perro por cada 10 habitantes. Con respecto a la ciudad de Montevideo, Domínguez (12), en 1950, al estudiar el problema de la tuberculosis canina, dice que nuestra capital tiene la población canina más alta del mundo, después de Constantinopla. En cuanto a los felinos, es un hecho que ha llamado la atención de visitantes especializados en estos temas, el ver numerosos ejemplares, no solo en los domicilios, sino en lugares públicos, deambulando y cruzando calles, hecho desusado en los demás países del mundo. Los hechos referidos a la ciudad de Las Piedras, son extensivos a numerosos centros poblados de nuestra capital y de los departamentos limítrofes, caracterizados por una densa población animal que facilita la difusión rápida e incontrolable de la rabia. Es en base a estos hechos y conceptos que se puede dividir para su estudio nuestro país en las siguientes zonas epizootológicas (...)

El estudio en sus cuadros señala que se registraron 11 casos de rabia en el año 1964, entre setiembre, octubre y noviembre; 285 en 1965, de julio a diciembre, y 365 en 1966, de enero a abril, totalizando 661 casos. Trae también un cuadro con los casos registrados como diagnósticos de rabia por departamento en los años 1965 y 1966, con los mayores guarismos en Montevideo y Canelones, y algunos dispersos en el resto del país, exceptuando Rivera que es el tercero en frecuencia.

Resulta muy ilustrativo uno de los cuadros que discrimina por especies, con 3 casos en humanos, 540 en caninos, 107 en felinos, 6 en bovinos, 1 en ovinos, 3 en porcinos y 1 en equinos, y los autores comentan que la gran cantidad de casos de rabia felina condice con la gran población de esta especie existente

en el Uruguay. La proporción entre rabia canina y rabia felina observada universalmente es del 5% aproximadamente, mientras que en la epidemia que se vivía entonces en Uruguay era de 16%. Y agregaban:

*Si bien se observa un descenso en las columnas correspondientes a los meses de enero y febrero, lejos estamos, a nuestro juicio, de esperar la desaparición del brote en los próximos meses. Nos inducen a ello los datos de población canina existente. Y aún en el caso improbable que ocurriera un descenso brusco en el presente brote, de ninguna manera debe pensarse en disminuir, en lo más mínimo, el estado actual de alerta y de prevención en todo el territorio nacional, ante cualquier mordedura. Razones epidemiológicas vividas en circunstancias similares, hacen pronosticar la presencia de la rabia por muchos años. Por lo tanto, debe considerarse la epidemia actual como importante y grave. [Bol Cent Panam Zoonosis, 1966 (14)].*

## LOS CASOS CLÍNICOS

Pasan seguidamente a relatar los tres casos observados, dando en cuadro que adjuntan las características de todos los casos publicados en la bibliografía nacional. Siguen para ello el modelo de las descripciones realizadas por Bonaba y Barbato en 1937.

### CASO 1

- a. **Nombre:** Sonia B.
- b. **Edad:** 22 años.
- c. **Sexo:** Femenino.
- d. **Especie y estado del animal infectante:** Perra con cría que hace tres años vive en el mismo lugar, una carpintería próxima al domicilio de la mordida, en plena ciudad de Montevideo. El 7 de setiembre de 1964, cuatro días después de haber producido la mordedura, dicho animal es encontrado muerto y por indicación del médico veterinario que asistió a la perra, es enviado su cadáver, con el Registro No. 64.502, por el Instituto Antirrábico, al Laboratorio de Higiene Pública del [ex Hotel] Miramar, para su diagnóstico. Dicho Laboratorio dio a conocer el resultado, luego del fallecimiento de la persona mordida, en un informe escrito en el que informaba que era **negativo** respecto a la rabia.
- e. **Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada:** El 3 de setiembre, Sonia B. es mordida, al acercarse a la cría, mordedura en el labio, siendo asistida en el Hospital de Clínicas, donde se le practica una sutura con cuatro puntadas.
- f. **Intervalo entre la infección y la muerte:** Veintisiete días (fallece el 30 de setiembre de 1964).
- g. **Intervalo entre los primeros síntomas y la muerte (evolución):** Ocho días.



- b. Necropsia e investigaciones experimentales:** Se hace autopsia en la posta Central de Anatomía Patológica del Ministerio de Salud Pública, encontrándose corpúsculos de Negri en el cerebro. El diagnóstico se completó con inoculación intracerebral en ratones con material nervioso y glándula salival que igualmente resultaron positivos; estas últimas pruebas se llevaron a cabo en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina.
- i. Vacunación antirrábica:** No se hizo, por no haber concurrido al consultorio médico del Instituto Antirrábico, pese a habersele indicado.
- j. Datos clínicos complementarios:** El 22 de setiembre, Sonia se sentía con tristeza y deprimida. El 24 volvió a su trabajo con dolores de cintura, de cabeza y garganta; se siente febril y con insomnio por la noche. A nivel de la herida siente que ésta se encontraba “adormecida” y que “le tiraba”. El 25, al querer enjuagarse la boca tiene un “ataque”. Otro “ataque” cuando a la noche toma comprimidos que le recetaron. Vista por el Dr. Germán P. Barbato, es enviada al Hospital Filtro por su dificultad respiratoria. El 26, en dicho Hospital es interpretada como “histérica”, siendo pasada al Hospital Vilardebó, donde fallece, sin diagnóstico, el 30 de setiembre de 1964.

## CASO 2

- a. Nombre:** Leonardo A. F.
- b. Edad:** 3 años.
- c. Sexo:** Masculino.
- d. Especie y estado del animal infectante:** Perro vagabundo, que penetró en el domicilio suburbano de Montevideo, donde el niño jugaba. Lo muerde y huye, no pudiendo ser identificado.
- e. Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada:** El 5 de noviembre es mordido en la casa: región suborbitaria derecha, nariz y labio superior.
- f. Intervalo entre la infección y la muerte:** Veintiún días (fallece el 26 de noviembre de 1965 en el Hospital “Dr. Pedro Visca”, Servicio “A”, Prof. J. M. Portillo).
- g. Intervalo entre los primeros síntomas y la muerte:** Dos días.
- b. Necropsia e investigaciones experimentales:** La autopsia, realizada en la Posta Central de Anatomía Patológica del Ministerio de Salud Pública, mostró corpúsculos de Negri en el asta de Ammón, así como la inoculación intracerebral al ratón y la inmunofluorescencia con sustancia nerviosa y con saliva (realizada ante mortem), confirmaron el diagnóstico. Estas últimas pruebas se llevaron a cabo en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina.
- i. Vacunación antirrábica:** No se hizo, por no haber concurrido oportunamente.

*j. Datos clínicos complementarios:* Comienza cuatro días antes de su ingreso con cambio de carácter, la madre lo nota “más bueno”. Al día siguiente se vuelve excitable, con dificultad en la deglución y en el lenguaje. Ese mismo día tiene temperatura de 39° C, consultando en policlínica y haciéndose el diagnóstico de rinofaringitis. Los dos días siguientes transcurren con gran nerviosismo e insomnio. Horas antes de ingresar tiene un episodio tónico, que se repite en el curso del traslado al hospital, donde ingresa con diagnóstico de convulsión febril y rinofaringitis; horas después presenta ya un síndrome de hiperexcitabilidad intenso con conservación completa de la conciencia. El examen efectuado el 25 de noviembre a la hora 11, muestra un niño con buen estado general y nutritivo, con facies ansiosa: ojos abiertos, asombrados, perfectamente lúcido entre los períodos tónicos. Gran excitación psicomotriz con movimientos desordenados en forma de sacudidas de miembros superiores, en pronación, bilaterales; respiración irregular, suspirante, nasal, poco profunda, entrecortada. Durante los períodos tónicos la respiración es aún más superficial. Obedece bien a las órdenes, contestando correctamente a las preguntas, pero con una palabra perturbada, rápida y explosiva. Por momentos estado confusional. Frente a cualquier excitación aparecen crisis tónicas caracterizadas por sobresaltos en masa con rigideces de los miembros y cara. Al obedecer órdenes aparecen disquinesias bruscas, rápidas, violentas. Marcha rígida, con hipertonía de los extensores, atáxica, en puntas de pie; al intentar sentarse aparecen movimientos que afectan a todo el eje corporal. Las excitaciones externas aumentan estos episodios tónicos. El soplado sobre la cara, desencadena una crisis defensiva que afecta igualmente la masa corporal con facies de pavora. Ojos abiertos, conjuntiva inyectada, movimientos de flexoextensión de brazos con manos crispadas. Al intentar beber, el niño manifiesta avidez por el agua, no logrando absorber sino pequeñísimos sorbos, apareciendo reflujos y crisis tónicas generalizadas con sobresaltos musculares.

En la cara se aprecia cicatriz de mordedura de perro, localizada en parte interna de párpado inferior derecho, dorso de nariz y labio inferior, cara mucosa; no hay parálisis de pares craneanos, siendo la exploración muy difícil. No hay trismus. Al intentar visualizar la garganta, se provoca crisis tónica generalizada con participación faríngea. No hay síndrome meníngeo. Contractura generalizada en extensión de miembros inferiores, que por momentos cede, obteniendo una extensibilidad normal; la pasividad es muy difícil de explorar. Reflejos normales. Ambos pies adoptan una posición de varoequino, con dedo gordo en extensión de primera falange y flexión de la segunda. Cutáneo plantar en flexión. Reflejos abdominales difíciles de obtener. Pulso de 170 por minuto, regular. Ruidos cardíacos bien golpeados, temperatura 38°5 C. Abdomen discretamente distendido, timpánico. Bien hidratado. Orina bien.

**Evolución:** Hora 16. Niño agravado con respecto al examen anterior. Temperatura 39°2. No responde a las órdenes. Se queja de un dolor retroesternal bajo. Ojos abiertos, miosis, respiración suspirante y entrecortada. Gran distensión abdominal. Las crisis tónicas son más frecuentes; facies vultuosa; se ha mordido el labio. Se practica medicación intravenosa con Largactil y Fenegán en goteo permanente. Fallece el 26 de noviembre, hora 16.

### CASO 3

- a. **Nombre:** Juan Carlos O.
- b. **Edad:** 9 años.
- c. **Sexo:** Masculino.
- d. **Especie y estado del animal infectante:** Perro que había tenido contacto con otros dos perros en los cuales se hizo el diagnóstico de rabia.
- e. **Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada:** A mediados de enero de 1966 (no se tiene fecha exacta), mordedura leve en cara posterior de muslo izquierdo, que no recibió tratamiento.
- f. **Intervalo entre la infección y la muerte:** Ocho días (fallece el 22 de marzo de 1966).
- g. **Necropsia e investigaciones experimentales:** Numerosos corpúsculos de Negri en el asta de Ammón. Prueba de la inmunofluorescencia ante mortem en saliva es positiva. La inoculación intracerebral al ratón, con muestras de cerebro del niño, se mostró positiva para la rabia, falleciendo todos los ratones antes del 12° día, siendo positivo el control inmunofluoroscópico de este material.
- h. **Vacunación antirrábica:** No se hizo, por no haber concurrido.
- i. **Datos clínicos complementarios:** La historia clínica de este niño es algo compleja por presentarse previamente una afección aparentemente no relacionada con la rabia. Primer ingreso, el 9 de marzo de 1966. Es enviado desde una playa, donde estaba en un campamento infantil, por síndrome toxiinfeccioso, fiebre de 38°, cefaleas, astenia y anorexia datando de tres días. Al examen se comprueba niño en buen estado general, lúcido, con adenopatías pequeñas generalizadas. Hígado a 3 cm. del reborde costal de consistencia normal, indoloro. Faringe congestiva con moderada hipertrofia amigdalina. Datos de laboratorio: hemograma: glóbulos rojos, 4:000.000; hemoglobina, 84%; valor globular: 1; glóbulos blancos, 14.000; neutrófilos, 72; eosinófilos, 12; linfocitos, 15; monocitos, 1. Plaquetas normales; reticulocitos, 0,1%. Orina normal. Funcional hepático: B.T., 0,10 mg%; BD, 0,10 mg%; colesterol, 1,84 g%, Hanger (-). Timol, 14 U. Proteínas totales: 7,41 g%; albúminas, 4,68 g%; globulinas, 2,73 g%. Índice A-G: 1,78. Radioscopia del tórax, normal. Habiéndose descartado la posibilidad de una hepatitis infecciosa o de una mononucleosis infecciosa, es dado de alta el 14 de marzo.

Segundo ingreso. El mismo día del alta, el niño se sintió decaído. El 15, anorexia y se queja de molestias fugaces en la parte posterior del muslo izquierdo, lugar de la mordedura. El 16, sensaciones de ahogo y dificultad para tragar alimentos. Por la noche, al querer tomar agua, le sobreviene una crisis con sensación de ahogo, llevándose las manos al cuello con expresión de angustia. El 17, es internado nuevamente. El examen no muestra sino las crisis descritas que disminuían de intensidad y frecuencia cuando el niño era dejado tranquilo, siendo interpretado como histérico. Se le medica con Largactil, persistiendo igual la sintomatología. El 18, recién el padre aporta el dato de la mordedura de perro ocurrida a principios del mes de enero. El examen clínico muestra un niño febril de 38°5, con respiración suspirosa, sensación de falta de aire. Cada pocos momentos presenta crisis tónicas de los músculos del cuello y cara, durante las cuales lleva sus manos al cuello, gimiendo con intensa expresión de angustia, al mismo tiempo que se intenta parar y levantarse de la cama. El soplo sobre la cara desencadena nuevas crisis. El niño está lúcido y recuerda todas las secuencias de su enfermedad. No hay trismus. No hay signos meníngeos. Los reflejos osteotendinosos no se obtienen. Marcada taquicardia. Se instituye terapia sedante con Largactil, demerol y luminal.

**Evolución:** Día 19, parece más tranquilo, pero no logra tragar, expulsando la saliva por la boca. Estado delirante, febril, con crisis tónicas esporádicas. Ritmo respiratorio irregular, superficial. Abdomen muy distendido. El 22, hipertermia de 39°5, tiene vómito hematinico. Paraplejia flácida, falleciendo horas después.

\* \* \*

El trabajo publicado por Mañé Garzón y colaboradores en la *Revista Uruguaya de Patología Clínica* es muy completo por cuanto nos brinda los antecedentes de los casos clínicos registrados en la bibliografía nacional, aporta estadísticas, y algunas excelentes descripciones clínicas, con rica semiología y un minucioso seguimiento del paciente. La ausencia de la vacunación y seroterapia antirrábica fue la regla, aparte de la diferente gravedad de las lesiones de mordedura inicial, dos en el rostro y otra en el muslo. Sigue con extensas consideraciones, diagnóstico y un capítulo de Conducta y Nociones Básicas para la atención de personas mordidas, según información del Instituto Antirrábico, así como una rica bibliografía nacional e internacional.

Llama la atención que esta enfermedad había sido olvidada por algunos de los médicos que atendieron a algunos de los pacientes en la primera instancia, bien por desconocer el antecedente de la mordedura, revelado con mucha posterioridad, o porque el motivo de consulta fue una patología no relacionada. En dos casos se confundió con crisis histéricas.

Es destacable que en los tres casos se realizó necropsia identificándose los corpúsculos de Negri, y en dos de los casos se realizó un diagnóstico por inmunofluorescencia en el Instituto de Higiene mientras el paciente estaba con vida.

Es altamente probable que si hoy se presentaran cuadros similares, también pasara desapercibido el diagnóstico primario, no se realizara una investigación exhaustiva de las circunstancias previas ni se conocieran las lesiones iniciales.

De ahí, justamente, el valor de recordar estos hechos, para refrescar la memoria de una enfermedad que nos acecha.

En aquellos años, como bien dicen los autores, los quirópteros (murciélagos) no se consideraban reservorios de la enfermedad selvática, que no era valorada como importante en nuestro país. Hoy la situación es muy diferente.

Es también diferente el concepto que entonces se tenía, de que sólo los murciélagos hematófagos transmitían la rabia, por cuanto hoy es conocimiento universal que cualquier especie de quiróptero, sea hematófago, insectívoro o frugívoro puede ser reservorio y transmitir a través de su mordedura a los animales o al hombre, esta zoonosis.

Son cambios epidemiológicos y ambientales que deben ser adecuadamente jerarquizados.

Hace pocos años, en 2007, se registró un brote de rabia paralítica en el norte del país. Las colonias de murciélagos están presentes en todo el territorio, inclusive en buena parte de las casas y edificios de Montevideo.

Las autoridades de control epidemiológico de Zoonosis del MSP tienen claro el panorama, como se ha visto con su presentación en un reciente seminario realizado en Chile en setiembre de 2013.

Sin embargo, ni las autoridades de salud, ni el Cuerpo Médico tiene clara noción del riesgo sanitario que encierra esta enfermedad, que está allí esperando para darnos una sorpresa.

Y lo que es más grave todavía, la abundancia de perros vagabundos, y de personas mordidas, incluso con resultado final muerte, no ha movido la sensibilidad de la autoridad sanitaria, ni de los legisladores. En las Facultades de Medicina, la rabia no se estudia ni siquiera por razones históricas.

Es sin duda un panorama preocupante, generador de males mayores.

Por eso, la necesidad de este recuerdo y el reconocimiento a aquel personaje también olvidado, el Dr. Bernardo Porzecanski, que tanto bien hizo al País, manteniéndolo libre de rabia, hasta que el zarpazo de un déspota ilustrado le impidió continuar con su obra silenciosa.

El País le debe un reconocimiento al Dr. Bernardo Porzecanski, y debe ser recordado en la memoria colectiva y particularmente en los ámbitos sanitarios, por su gran contribución a la Salud Pública.



## EPÍLOGO

**H**an pasado 50 años desde aquel primer caso fatal de rabia humana en el Uruguay, luego de 20 años de silencio epidemiológico. Pero la amenaza, aunque la ignoremos, no ha cesado. Allí están los reservorios selváticos, la rabia parálitica bovina, la presencia de murciélagos en todo el país, incluyendo Montevideo y sus zonas residenciales (como el Prado) donde está la Residencia Presidencial de Suárez y su entorno, que son posibles focos de trasmisión a las mascotas, a los animales que pueblan los campos y al hombre. En numerosas grutas por todo el país, hay murciélagos, y también en las casas de veraneo en el Este del País. No hay región del Uruguay que esté libre de ellos. Particularmente si tenemos en cuenta que nuestra gran frontera terrestre con el Brasil abre un enorme campo de entrada para el virus rábico.

La vida ha demostrado que Uruguay tuvo un grave retroceso desde el punto de vista de la salud pública en la vigilancia y profilaxis de la rabia, desde aquellos años de 1960, con la intervención del primero ministro y luego dictador Aparicio Méndez.

El trabajo silencioso y eficiente de personas que, como Bernardo Porzecanski, hicieron mucho para preservar la salud de los uruguayos ha sido injustamente olvidado. Particularmente por las autoridades sanitarias y del sector agropecuario. Fue un auténtico servidor público, que tomó al Uruguay como su patria adoptiva y la defendió como si fuera su terruño, con valentía y con rectitud. Trabajó codo a codo con colegas médicos y médicos veterinarios, sin rivalidades, por un objetivo común de alto beneficio para el País. Que le hizo trascender las fronteras, no como un logro personal del Dr. Bernardo Porzecanski, sino como un triunfo del Uruguay y su sobrio sentido de la Salud Pública. Ejemplo para la región y el mundo, en su tiempo. Un verdadero ejemplo para las generaciones venideras, por lo que debe ser eternamente recordado.

Los médicos y estudiantes de medicina de hoy poco o nada conocen acerca de esta enfermedad y sus manifestaciones. Tampoco las autoridades sanitarias, que no la tienen entre sus prioridades. Ni han sentido hablar siquiera de

ella. No está siendo tomada con la seriedad que merece por el sistema político, especialmente el parlamentario. Por eso la oportunidad de este aniversario para traerles aire fresco a sus memorias.

La Academia de Medicina Veterinaria ha alertado al Poder Legislativo en 2011, del peligro potencial que entrañaba la rabia, y la falta de vigilancia de los perros vagabundos que son una amenaza para la integridad física de los habitantes del país, y potencial reservorio de la enfermedad. Nada se ha hecho hasta ahora. Se sigue mirando para otro lado. Cuando a los problemas no se les da la debida importancia y se los enfrenta, nos atacan por la espalda.

Como el hombre es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra, valga este recordatorio para evitar que al menos, en lo que respecta a la rabia, volvamos a tener no un tropezón, sino una caída.

Cuando se defiende auténticamente a la ciudadanía y a los derechos humanos, no se puede dejar de lado estas consideraciones.

Por eso reivindicamos la memoria del Dr. Bernardo Porzecanski y su brega incansable por la profilaxis de la rabia. Cambiaron los conocimientos que hoy tiene el mundo científico, tenemos más medios de mayor eficacia para controlar la enfermedad. Contamos con nuevos elementos para controlar incluso la rabia selvática, como lo son las vacunas orales incluidas en cebos. Pero no los estamos empleando. Y lo que es más grave, no estamos educando a los profesionales, a los maestros, a los educadores en general y a la población en particular, sobre el riesgo que entraña esta enfermedad mortal, que deberíamos tener bajo un control más riguroso. Otra vez, respecto a las zoonosis, estamos entrando en la falacia de falsa oposición que señaló en 1910 Carlos Vaz Ferreira. Le damos mucha atención a la hidatidosis, lo que está muy bien y se han registrado enormes avances en los últimos treinta años; pero no le damos igual importancia a la prevención de la rabia, lo que está muy mal y nos puede costar muy caro.

La ley de creación de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis fue promulgada en diciembre de 1965 con el No. 13.459, recogiendo aquel proyecto promovido a comienzos de 1960. Llevó su tiempo y requirió el cambio de Ministro, porque con el cese de Aparicio Méndez se allanaron muchos problemas. En realidad, él era el principal problema y el fundamental obstáculo, con su carácter obtuso y empecinado, que el tiempo se encargó de demostrar hasta dónde podía llegar. El primer Presidente de dicha Comisión fue el Prof. Dr. Pablo Purriel (1905-1975). En 1990 se promulga la Ley 16.106 que modifica la anterior, mejorándola. Bajo dicha ley presidió la Comisión el Dr. Raúl Ugarte Artola (1929-2007), ex Ministro de Salud Pública y destacado cirujano. Una nueva reforma a dicha norma se daría con la promulgación de la Ley 17.930 del 19 de diciembre de 2005, cambiándose su denominación por la de Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, siendo presidida hasta



la fecha por el Dr. Marco Ciro Ferreira Márquez (1954), director del Hospital Regional de Tacuarembó.<sup>118</sup>

**En cuanto a la rabia, no es un tema exclusivo de los médicos, ni de los salubristas, ni de los médicos veterinarios. Involucra a toda la sociedad, que necesita ser protegida de este flagelo.**

A 50 años del primero de los tres últimos casos de rabia humana en el Uruguay, el País le debe a este gran hombre, un homenaje de reconocimiento y afecto, por su larga y eficaz dedicación a favor de la Salud Pública. El Dr. Bernardo Porzecanski fue víctima del antisemitismo solapado de un ministro de antecedentes fascistas, que culminó como presidente de facto, causando grave daño a la salud pública mientras actuó como Ministro, por su carácter despótico y arbitrario.

El desmantelamiento del Instituto Antirrábico, de manera autoritaria y artera, no fue meramente una falacia de falsa oposición, como hubiera expuesto Carlos Vaz Ferreira, sino que fue un vulgar y claro atropello de los derechos de los ciudadanos, y de una clara malapaxis en la función de la Salud Pública. Por parte de un Ministro y de su séquito, que llevaron a cabo una persecución rastrera, que abriga elementos de antisemitismo, pero que al mismo tiempo acarreó graves perjuicios para la salud del País.

Esto no hace más que dejar en evidencia que para honrar la función pública es necesario escoger a los ciudadanos más aptos, particularmente en aspectos tan sensibles para la vida de los países, y no dar cargos por meros vínculos o repartos políticos. Una lección que aún el Uruguay debe aprender, a través del sufrimiento.

La imagen del servidor público es algo que escasea en nuestro ambiente y que requiere ejercer con la nobleza debida. Mucho tenemos que aprender de estas lecciones que la historia nos señala. Ojalá que así sea.

---

118 TURNES, Antonio L.: La hidatidosis como problema de salud pública: una mirada histórica. Diciembre 2009, pp.: 54-57.



## ANEXO I

**N**ómina de Ministros de Salud Pública (Uruguay) desde la fundación por Decreto-Ley 9202 del 12 de enero de 1934:<sup>119</sup>

## LISTADO DE MINISTROS DE SALUD PÚBLICA

18.09.33	EDUARDO BLANCO ACEVEDO	Médico Cirujano Profesor	
24.09.36	JOSÉ ESPALTER		
07.10.36	JUAN CÉSAR MUSSIO FOURNIER	Médico. Endocrinólogo. Profesor	
03.03.43	LUIS MATTIAUDA	Doctor en Ciencias Económicas	
11.10.45	FRANCISCO FORTEZA	Abogado	
04.03.47	ENRIQUE M. CLAVEAUX	Médico Infectólogo, Profesor	
18.06.49	J. M. LÓPEZ ESTÉVEZ		
09.08.49	FERNANDO FARIÑA		
22.08.49	LISANDRO CERSÓSIMO		
22.08.50	CARLOS VIANA ARANGUREN		
03.01.51	CAMILO FABINI	Médico	

119 En base a información proporcionada por el MSP en agosto de 2008, para la elaboración de un trabajo sobre los 75 años del proceso fundacional del Ministerio, y datos aportados por el autor. Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/msp-75a.pdf> (Consultada el 06.01.2014).

02.03.51	CARLOS VIANA ARANGUREN		
05.04.52	FEDERICO GARCÍA CAPURRO	Médico Radiólogo y Radioterapeuta	
11.03.55	JULIO CÉSAR ESTRELLA	Médico Psiquiatra	
23.05.56	VICENTE BASAGOITY	Médico General	
19.11.58	WASHINGTON ISOLA	Médico Oftalmólogo, Profesor	
05.03.59	CARLOS V. STAJANO	Médico Cirujano, Profesor	
25.04.61	APARICIO MÉNDEZ	Abogado Administrativista, Profesor	
16.06.64	ABRAHAM FRANCISCO RODRÍGUEZ CAMUSSO	Político	
01.03.67	RICARDO B. YANNICELLI	Médico Cirujano Pediátrico. Profesor	
20.03.68	CARLOS QUERALTÓ	Abogado	
24.06.68	WALTER RAVENNA	Méd. Internista y Administrador Hospitalario	
07.03.72	PABLO PURRIEL	Médico Internista, Profesor	
17.07.73	JUAN BAUTISTA IRULEGUY <sup>1</sup>	Médico	Ministro del Gobierno cívico- militar (1973- 1985).
04.07.74	JUSTO M. ALONSO LEGUÍSAMO	Médico ORL	Ministro del Gobierno cívico- militar (1973- 1985).
14.01.76	MARIO ARCOS PÉREZ	Médico Gastroenterólogo Profesor	Ministro del Gobierno cívico- militar (1973- 1985).
01.09.76	ANTONIO CAÑELLAS	Médico Anestesiólogo. Profesor. Locutor del SODRE y de la BBC de Londres	Ministro del Gobierno cívico- militar (1973- 1985).

01.09.81	LUIS GIVOGRE <sup>5</sup>	Contador	Ministro del Gobierno cívico-militar (1973-1985).
01.03.85	RAÚL MARÍA UGARTE ARTOLA	Médico Cirujano	
01.03.90	ALFREDO JOSÉ SOLARI	Médico Salubrista	
10.06.91	CARLOS E. DELPIAZZO	Abogado, Profesor Derecho Administrativo	
12.08.92	GUILLERMO GARCÍA COSTA	Abogado	
01.03.95	ALFREDO JOSÉ SOLARI	Médico Salubrista	
18.03.97	JOSÉ RAÚL BUSTOS ALONSO	Médico Perinatólogo Profesor	
01.03.00	HORACIO FERNÁNDEZ AMEGLIO	Contador	
15.05.01	LUIS FRASCHINI GUARDO	Médico Administrador Salud	
11.03.02	ALFONSO VARELA FERNÁNDEZ	Abogado. Comerciante	
24.02.03	CONRADO BONILLA TASSANO	Médico Cirujano, Administrador de Servicios de Salud	
01.03.05	MARÍA JULIA MUÑOZ	Médica Infectóloga, Epidemióloga y Salubrista	
01.03.10	DANIEL OLESKER	Economista. Profesor	
19.07.11	JORGE VENEGAS	Médico Salubrista	
25.02.13	SUSANA MUÑIZ	Médica, Master en Gestión de Servicios de Salud, Profesora de Biología de Ens. Secundaria	



## ANEXO II

Esta triste historia, un capítulo negro más dentro de la octogenaria existencia del Ministerio de Salud Pública, fue encarada con una Comisión Honoraria integrada por un médico parlamentario, el Dr. José Olivera Ubios, cuyo hermano menor, Mariano Prudencio Olivera Ubios era un viejo funcionario jerárquico del MSP, con el cargo de Jefe del Departamento Secretaría de Comisiones, y que acompañó a los ministros anteriores y posteriores al malhadado Aparicio Méndez Manfredini. Unido al mencionado médico, estaban como vocales el Profesor (no se sabe de qué) Dr. Pablo Recarte, que con anterioridad había publicado un libelo laudatorio del Lisado de Corazón, también bajo la égida oficial del MSP, a modo de introducción a la *obra magna*,<sup>120</sup> y por otros dos médicos, uno de ellos el Prof. Agdo. Dr. Bernardino Rodríguez<sup>121</sup>, notable neurólogo que venía trabajando en el Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni” desde la época de su fundación en 1928, y el médico psiquiatra Dr. Isoldo Nachumow, que figuraba como Colaborador de la Policlínica. La publicación que recoge la investigación y dictamen de esta

120 Este libelo ya fue publicado en mi anterior libro *El Chumbo* Ríos: Ética, Coraje y Humanidad (Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004), ediciones Granada, 2013, pp.: 63-67.

121 WILSON, Eduardo: Bernardino Rodríguez (1901-1964). En *Médicos Uruguayos Ejemplares*, Tomo III. Editores: Fernando Mañé Garzón y Antonio L. Turnes, 2006, pp. 376-381. “*La personalidad médica y humana de José Bernardino Rodríguez muestra facetas muy singulares. Fue un ser solitario, reservado, autodidacta, que vivió casi sin amistades o afectos reconocibles, lleno de admiración por sus dos grandes ídolos, Américo Ricaldoni y Alejandro Schroeder y absorbido por su pasión hacia la neurología. Como médico, debe ser considerado el primer neurólogo auténtico y exclusivo de nuestra medicina. Es cierto que Jacinto de León primero, y Américo Ricaldoni, Juan [César] Mussio Fournier y Alejandro Schroeder después tuvieron una especial dedicación a la neurología. Pero todos ellos tuvieron otras inclinaciones médicas paralelas. De León por la física médica y la psiquiatría, Ricaldoni por la clínica médica de la que fue docente emblemático, Mussio por la endocrinología, de la que fue pionero y Schroeder por la neurocirugía, iniciada por él en el país. Bernardino Rodríguez, por el contrario, no salió nunca de la práctica neurológica exclusiva, desde que recibió su título de médico. Fue el primer Jefe de Clínica neurológica por concurso, fue el primer Profesor Agregado de Neurología, cuando dentro de la Facultad y del Instituto comenzaron a diferenciarse las especialidades. Por encima de ello, fue el portador del estandarte ricaldoniano en la defensa del Instituto de Neurología durante su época más difícil, luego de la muerte del fundador y antes del advenimiento de Schroeder.*” Era un ser tan especial que vivió bajo la estricta vigilancia de su padre, como mentor de su conducta, hasta su muerte. Tal vez le falló la autocrítica para integrar esta Comisión que él habrá considerado posiblemente como un honor y reconocimiento a su larga y magnífica trayectoria.

Comisión, es un folleto encuadernado en rústica, de 70 páginas, editado por la imprenta Centenario-Augusta.

Se daban allí datos de pacientes del MSP, referidos por su número de ficha e iniciales, así como por las iniciales de los médicos y de otros médicos particulares, que también accedieron a formar parte de este estrambótico proyecto, carente de fundamento, metodología y rigor científico. Pero que servía para vestir al producto SJ 29 que tanto se empeñaban desde Rivera en promover. Porque además era una fuente incesante de “turismo de salud” que inundaba la escasa hotelería que había en el lugar y daba vida a un departamento fronterizo reconocido fundamentalmente, en aquellos años, por el contrabando. El resto del Cuerpo Médico Nacional, le dio la espalda a esta parodia organizada desde el Ministerio.

Debe consignarse, por haberlo conocido directamente el autor, que el MSP era una estructura muy sólida, que venía desde su fundación, con funcionarios que eran fieles al Instituto y de permanencia por décadas. Ellos eran los principales hacedores de la actividad del Ministerio, por lo cual quienes sabían cómo mover los hilos del poder, vinculándose diariamente con aquellos que tenían en sus manos el auténtico resorte del movimiento ministerial: El Director General de Secretaría, el Secretario de Comisiones, el Director de Planeamiento y Presupuesto, y sobre todo y lo más importante, una pareja de hecho que manejaba la lista de vacantes, elemento fundamental para introducir a la Administración Pública la clientela electoral, necesaria para que el mecanismo estuviera permanentemente aceitado. De allí que la Historia de la Medicina de Velarde Pérez Fontana, tiene fecha de finalización en 1965 y fue publicada por el MSP en 1967, cuando habían pasado ya tres Ministros (Aparicio Méndez, Abraham Francisco Rodríguez Camusso y Ricardo B. Yannicelli), de partidos y fracciones diferentes, pero que no dominaban el “aparato” ministerial, como quienes antes citamos.



EXPERIENCIA CLINICA  
CON  
SJ-29 ("Lisado de Corazón")  
(417 OBSERVACIONES)

POR EL  
Dr. NEPOMUCENO SARAVIA GARCIA



PROLOGO DEL  
Dr. PABLO RECARTE



CIUDAD DE MINAS  
REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

## PROLOGO

N. Saravia García nos ofrece en este trabajo su abundante experiencia personal respecto del empleo terapéutico del preparado "S. J. 29" (llamado corrientemente "lisado de corazón") descubierto por el Q. F. Sr. Federico Díaz de la Ciudad de Rivera (República Oriental del Uruguay) y dado a conocer en el último trimestre de 1960.

En forma ordenada y sencilla, presenta abreviadamente los casos clínicos observados, entre los cuales se destacan algunos (p. ej. números 17, 30, 43, 53 y otros) por el singular interés que revisten; y ofrece su evaluación de los resultados obtenidos.

Su opinión abonada por las numerosas observaciones personales que presenta, así como por la experiencia de otros colegas, es francamente favorable al empleo terapéutico del "S. J. 29" en los casos apropiados.

El autor se ha preocupado, a lo largo de más de un año y medio, por conocer directamente y en todos sus detalles los casos más significativos y relevantes observados por otros médicos; quizá muy pocos, o nadie, hayan podido reunir hasta el momento una tan amplia experiencia (propia y ajena) en la materia. Es elemental por tanto, agradecerle su decisión de darla a conocer, máxime teniendo en cuenta que es la primera de su género en aparecer.

Nos parece muy elogiable la forma en que Saravia García expone su opinión, desde un punto de vista general, en la Introducción de su trabajo (ver páginas 10 y siguientes); es a nuestro parecer un ejemplo de acuanimidad —que tanto se necesita acerca de este tema, en nuestro medio— viniendo de quién, como él, emite un juicio entusiastamente favorable sobre los méritos del "S. J. 29" en terapéutica. Es asimismo muy elogiable la forma en que destaca la necesidad de proceder sin demora a una detallada investigación científica.

Es notorio que, en nuestro medio, las opiniones profesionales divergen al respecto en forma a la vez lamentable y alarmante; van desde el rechazo más rotundo (en nombre de preceptos que habrían sido desoídos o violados, en lo referente a detalles de procedimiento y de presentación del producto), hasta las opiniones más favorables y los encomios más entusiastas (en nombre de los resultados efectivos, no rara vez sorprendentes según algunos observadores, que con él se obtienen).

Unos y otros ponen énfasis sobre uno u otro aspecto de la cuestión; jerarquizan de diverso modo la importancia relativa de los distintos puntos a considerar, sin tener mucho en cuenta —u olvidando simplemente— los alternos puntos de vista. De este modo, no están hablando en realidad de la misma cosa, aunque crean hacerlo; sino de aspectos parciales que, aunque ligados y relacionados entre sí, son —en esencia y en escala de valores— de naturaleza mutuamente irreductible.

Así, reclaman algunos —como paso previo al empleo terapéutico (cuya autorización oficial fue concedida inicialmente sin objeciones, modificada luego con restricciones expresas y más tarde en forma amplia) el cumplimiento de una serie de exigencias formales; entre ellas, la revelación total de los detalles de preparación y el ofrecimiento de garantías completas de identidad y patronización

("estandarización"). Y mientras tales exigencias formales, a las que consideran irrenunciables e impostergables, no sean satisfechas, renuncian personalmente al empleo del producto y aún a tomar conocimiento de los hechos clínicos favorables que, de un modo u otro, se encuentran al alcance de su observación.

Otros dicen, muy sencillamente, que el sufrimiento humano no puede esperar; que no puede ser postergado, ni desatendidas sus esperanzas, por ninguna clase de formalidades, por muy justificadas que ellas sean o puedan parecer; que no puede mantenerse en plácida expectativa mientras otros pierden el tiempo en discusiones de todo género.

Que una vez que se dió comienzo, por los médicos de Rivera, al empleo clínico del producto y que se volvió notorio que beneficiaba o aliviaba a pacientes graves o desesperados en los cuales fracasaban los restantes recursos disponibles; y, por otra parte, que carecía de toxicidad, era inhumano denegárselo a otros pacientes que, encontrándose en similar condición, lo necesitaban y lo pedían. Que negarlo, implicaba sustituir el fin último y máximo de la medicina por finalidades que aunque razonables, son de esencia normativa y convencional y que, por tanto, en relación a lo anterior, son de corto alcance, secundarias y pequeñas; que anteponerlas a lo fundamental, a valores humanos, comporta una subversión de las motivaciones del pensar y un extravío funesto en cuanto al ordenamiento lógico de las finalidades que es justo servir.

Los primeros, exigen pues el cumplimiento de importantes formalidades *previas*; los segundos entienden que lo fundamental es servir desde ya y siempre que sea posible el alto interés del paciente, no negándole un eventual beneficio.

Quizá no sea todavía tarde para intentar una conciliación fecunda de puntos de vista superando el actual estancamiento del diálogo, en nombre de lo que haya de razonable y de respetable en cada posición.

Seamos optimistas a pesar de todo; aunque el espectáculo mundial de la hora en que vivimos parecería desalentarnos mostrándonos cuán ingenua es hoy la pretensión de cualquier forma de auténtico diálogo en la convivencia humana.

La verdad es que el hallazgo comportaba para nuestro medio una novedad sin precedentes; era algo radicalmente nuevo que venía a conmover la quietud del ambiente, a chocar con lo establecido, dado y aceptado. Hubo de traspasar la barrera de la inicial incredulidad general y de vencer toda clase de resistencias; hubo de vindicar su derecho a existir, abriéndose paso a fuerza de hechos. "No hay fuerza humana que pueda sobreponerse a la terrible impertinencia de los hechos".

Y es verdad también que —una vez pasado el momento inicial de expectativa— sobrevino una crisis de verdadera entidad, signada por ásperas formas de controversia en la cual se malgastaron energías dignas de mejor aplicación. Desde entonces prevalece una maraña de malentendidos, o lo que es peor, de voluntades empecinadas en no entender. El correr del tiempo ha traído, naturalmente, cierta calma, pero los residuos de esta breve historia son aun claramente perceptibles y tan funestos como en un principio.

Desde un punto de vista personal, entendemos que si bien corresponde extraer lecciones del pasado, no hay que encadenarse a él cuando es posible superarlo.

Efectivamente: ha llegado el momento de madurar posiciones, de superar actitudes en uno y otro campo. Hay que abrirse paso hacia adelante, hacia la confirmación y sobre todo hacia la ampliación del conocimiento ya existente; hacia el análisis científico detallado de toda la cuestión; quizá hacia el descubrimiento y demostración de nuevas verdades; quizá a descorrer el velo que oculta nuevos enigmas.

Decimos esto con toda la ecuanimidad de que somos capaces; y si algo no queremos hacer es halagar encomiásticamente a nadie. Sabemos bien que el halago, en todas sus formas, lleva consigo la desestimación o el desprecio. Diógenes Laercio nos trae las palabras de Antístenes: "Más vale caer entre cuervos que entre halagadores; aquéllos os comen solamente después que habéis muerto, éstos os despedazan en vida".

En este estado de espíritu, arriesgaríamos el siguiente esquema para entenderse y cooperar:

- 1) A través de la observación clínica acumulada en nuestro país hasta el presente, aun cuando ella —por motivos diversos— no haya sido conducida, al menos en parte, en la forma inobjetable, inmune a toda interpretación tendenciosa o precondicionada (fuera ella favorable o adversa) en que pudo y debió conducirse, entendemos que *el producto "S J. 29" ha revelado méritos y utilidad práctica que justifican ocuparse de él.*  
Esto, nos parece evidente: las interpretaciones alternativas (autosugestión, contagio psicológico, efectos de la ignorancia o de la propaganda, etc.) se han desmoronado solas ante los hechos. Quienes, invocando principios científicos, exigen el previo cumplimiento de determinadas formalidades, deberían recordar que negarse a ver los hechos, rehuirlos, es lo más anticientífico de todo.
- 2) No se han observado efectos tóxicos apreciables, inmediatos o mediatos, resultantes de su empleo en las dosis acostumbradas —y aún en dosis mucho mayores— en muy diversas situaciones clínicas.
- 3) La información de que se dispone respecto de su composición, de ciertas etapas decisivas de su preparación y patronización, así como de su posible mecanismo de acción y de otros puntos importantes que sería fatigoso enumerar, *es hasta hoy insuficiente para una dilucidación completa y satisfactoria de todas las cuestiones conexas con su empleo.* Estimamos necesario y urgente avanzar en este terreno.
- 4) Se requiere, por tanto *poner en marcha un plan coherente de investigación*, capaz de esclarecer y definir todos los muchos puntos aún oscuros; él ha de conducir a una purificación o perfeccionamiento del producto y de todos modos a un empleo más racional y acertado del mismo; tal vez a desarrollos de importancia insospechada.
- 5) Esta investigación *deberá realizarse donde ella pueda ser conducida en alto nivel*, detallada y completa, con las mayores probabilidades de éxito.

- 6) Es deber y responsabilidad de todos, esforzarnos por interesar a científicos de los medios más cultos y capacitados, de mayor experiencia y de competencia reconocida. Un ambiente así, que orienta sus esfuerzos hacia el proceso básico de adquisición de conocimientos, constituirá un lugar apropiado para que el descubridor de la droga ofrezca allí cabal información sobre los procedimientos de obtención, esterilización, preparación y estandarización de la misma. Con ello, el trabajo de investigación dispondrá de un adecuado punto de partida.
- 7) Finalmente no podemos ni queremos creer que sea necesario que, más o menos independientemente, vuelva a hacerse todo, comenzando por el redescubrimiento, en otro lugar que en nuestro país, para que el desarrollo de los acontecimientos pueda seguir su curso normal a través de todas las etapas necesarias.  
Dentro de las circunstancias que prevalecían se ha hecho aquí nada más que lo que se podía hacer; lo que no nos fue posible, deberá hacerse en otra parte.
- 8) Nuestra profesión está hecha, antes que de ninguna otra cosa, de espíritu de servicio y de amor. El paciente ocupará siempre el primer puesto y el más alto plano en nuestras preocupaciones; no hemos de desestimar por anticipado nada que le ofrezca alivio, beneficio o curación. No hay que sentirse atado a las incidencias del reciente pasado, ni perderse en la minúscula inmediatez de cuestiones pequeñas, insustanciales. Hay que mirar alto y lejos, reflexionar hondo, desprenderse de espurios lazos que indebidamente nos traban; abandonar actitudes rígidas; sentir, en fin, el gran compromiso con la humanidad, con su dolor de hoy de mañana; *sentir la necesidad de saber más acerca de aquello que está hoy disponible en nuestras manos para que otros sufran menos.*

Dr. Pablo P. Recarte

Al presentar en un documento oficial del MSP, elaborado por la Comisión Central Técnica Honoraria Administradora del estudio, Investigación y Distribución del “Lisado de Corazón” (Droga S. J. 29) del Químico Farmacéutico D. Federico Díaz, Orden Especial de Servicios No. 2716, que lleva por título LA LISADOTERAPIA DE CORAZÓN EN CANCEROLOGÍA, fechado en Montevideo, el 8 de enero de 1962, en uno de los párrafos de *ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS SOBRE NEOPLASIAS ESOFAGIANAS*, página 10 del documento que en facsímil se reproduce, puede leerse:

3º Que la “*Lisadoterapia Díaz*” por su probada acción antiflogística es capaz de fundir gran parte de la masa tumoral de reacción perinuclear neoplásica proporcionando con ello, entre otros beneficios, los siguientes: a) disminución oclusiva visceral y menor expansión compresiva sobre importantes órganos vecinos mediastinales.- b) mejor campo de exposición para una penetración más directa cuando es posible accionar por la roentgen, Radium, betatrón, cobalto-terapia, etc.- c) mayor facilidad para el abordaje quirúrgico, especialmente en etapa tardía, como lo vienen demostrando exitosamente el reputado cirujano y hombre de ciencia uruguayo Profesor **Dr. Velarde Pérez Fontana y otros**.

En la página 68 del librito, bajo el título PRINCIPALES CONCEPTOS Y DIRECTIVAS CLÍNICO-TERAPÉUTICAS DE ACUERDO A NUESTRA EXPERIENCIA, existe un párrafo que también vincula a otro personaje de la historia, casualmente el que vino a dismantelar en los hechos y a realizar controversias públicas sobre la vacunación antirrábica, nuestro conocido del principio de la historia, que transcribimos parcialmente, pero reproducimos facsimilarmente:

...El producto final no tiene proteínas, albuminosas ni peptonas. Tampoco plomo, mercurio, ni sustancias tóxicas. Ahora bien, estos elementos constructivos unos y depuradores otros, comprobados en su existencia por los laboratorios especializados del Ministerio de Salud Pública a cargo de los reputados técnicos **Prof. Dr. José Arturo Lorenzo** y Profesora **Dra. Canessa**, son capaces de restituir al organismo – en mayor o menor grado – el material plástico, energético, biógeno, etc., alterado o destruido por una determinada neoplasia...

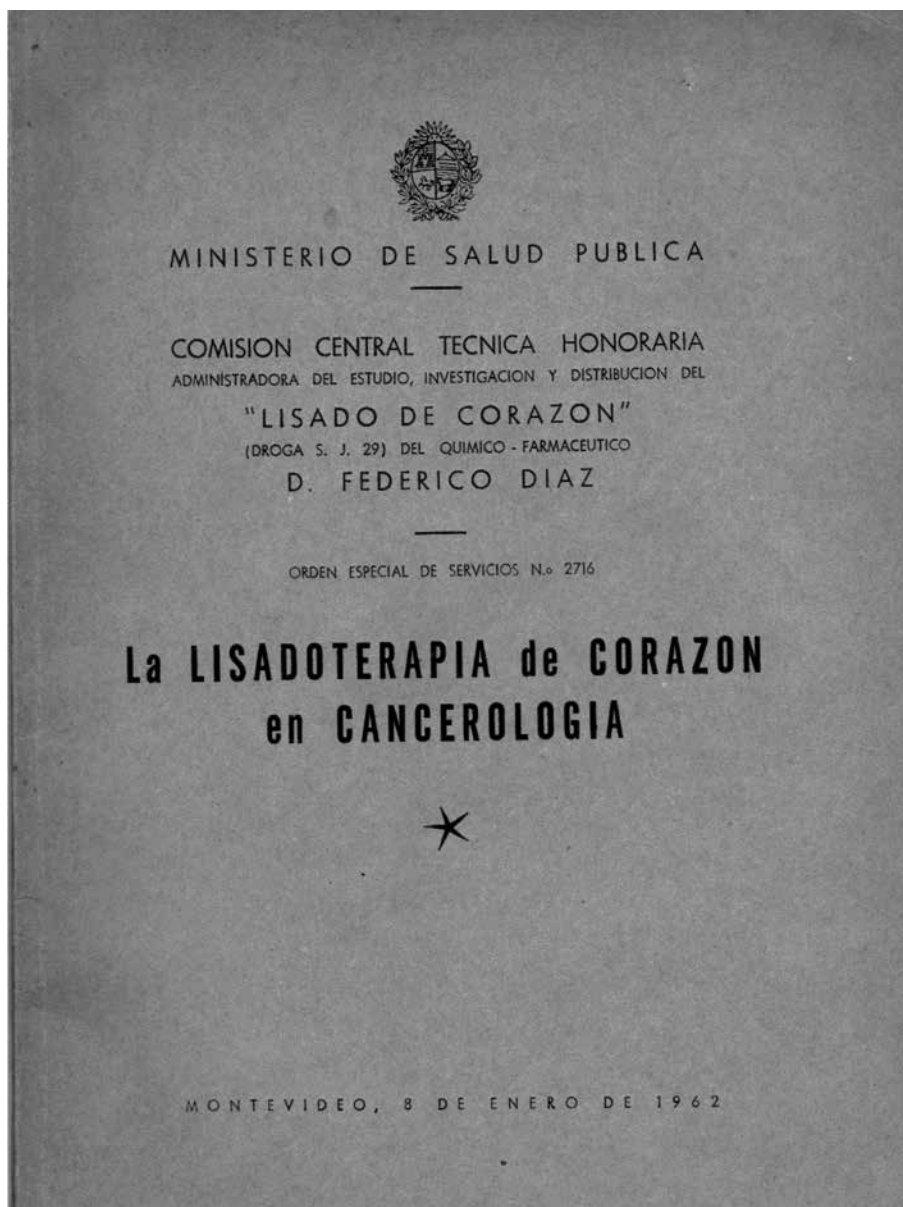
Desconocemos de qué era Profesor el Dr. José Arturo Lorenzo, pero resulta fácil atribuir títulos cuando se trata de abonar en determinada dirección.

Queda entonces patente la vinculación en esta triste historia, de los personajes que habían participado de la lucha antirrábica y anti-hidática, continuando con la conducta ya vista respecto de la vacuna que prevenía el tratamiento quirúrgico del quiste hidático, de cuyo valor dio cuenta un laboratorio independiente de Chile.

Nos deja la incógnita de los vínculos que unieron todas estas perlas para hacer el collar que plasmó en este informe. Como había que sacar adelante el “Lisado de Corazón” a como diera lugar, se acomodaron las piezas en el tablero para obtener ese resultado.

Parece claro que hubo personas y personajes que se alinearon detrás del Ministro riverense, para hacer posible que se siguiera adelante con el tema que lo había traído a dirigir esa Cartera.

De esta manera se cierra esta triste historia de la infamia que se hizo contra el Instituto Antirrábico y su Director, para favorecer a otras personas que habían merecido justas críticas por su ineficacia en las tareas asignadas hacía tantos años.





MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

---

MINISTRO PROFESOR Dr. Don APARICIO MENDEZ

COMISION CENTRAL TECNICA HONORARIA:

*Presidente:* *Dr. José Olivera Ubios*

*Vice Presidente:* *Profesor Dr. Juan Ant. Collazo Pistaluga*

*Vocales:* *Profesor Dr. Pablo Recarte*

" *Dr. Ricardo Acosta*

" *Dr. Miguel A. Aguerre Aristegui*

" *Profesor Quim. Farmac. don Francisco Quintas*

" *Asesor en enfermedades nerviosas*

*Prof. Dr. Bernardino Rodriguez*

*Colaborador de Policlínica:* *Dr. Isoldo Nachumow*

*Secretaria de Comisión:* *Edelweiss Garimaldi de Goyetche*



## La "LISADOTERAPIA DE CORAZON" en CANCEROLOGIA

*Dr. JOSE OLIVERA UBIOS (Presidente): Comentarista, coordinador, seleccionador y supervisor del material clínico preparado por la "COMISION CENTRAL TECNICA HONORARIA" dentro de las 2.200 primeras Historias Clínicas, puestas, a la vez, a disposición de los Srs. Médicos en este Ministerio*

### ESTADISTICA

**ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS EXTRAIDOS DE LOS 2.200  
primeros FORMULÁRIOS-HISTORIAS EN MATERIA DE  
CANCEROLOGIA:**

POR SEXOS SU FRECUENCIA { 60 % mujeres  
40 % hombres

**POR EDADES EN LA SIGUIENTE PROPORCION DE FRECUENCIA:**

Hasta 1 año (11 meses)	=	½ o/oo
De los 20 a los 30 años	=	3 %
" " 30 " " 40 "	=	5 %
" " 40 " " 50 "	=	18 %
" " 50 " " 60 "	=	27 %
" " 60 " " 70 "	=	35 %
" " 70 " " 80 "	=	18 %
" " 80 " " 90 "	=	3 %
Más de 90 años	=	1 %

**POR LOCALIZACION DE LOS PROCESOS NEOPLASICOS  
MALIGNOS:**

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Cáncer Esófago</td> <td style="width: 15%;">10 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Gástrico</td> <td style="width: 15%;">11 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Cáncer Hepático</td> <td style="width: 15%;">2 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Intestino delg.</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Pancreático</td> <td style="width: 15%;">3 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Colon</td> <td style="width: 15%;">4 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Vesicular</td> <td style="width: 15%;">3 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Cervical</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" no indentificado metastásico</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Parótida</td> <td style="width: 15%;">2 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Lengua</td> <td style="width: 15%;">3 %</td> </tr> </table>	Cáncer Esófago	10 %	" Gástrico	11 %	Cáncer Hepático	2 %	" Intestino delg.	1 %	" Pancreático	3 %	" Colon	4 %	" Vesicular	3 %	" Cervical	1 %	" no indentificado metastásico	1 %	" Parótida	2 %	" Lengua	3 %	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Cáncer Rectal</td> <td style="width: 15%;">5 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Peritoneal</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Cáncer Cavum</td> <td style="width: 15%;">2 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Maxilar</td> <td style="width: 15%;">2 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Encéfalo</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Ceja (niños 11 meses)</td> <td style="width: 15%;">½ o/oo</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Laringe</td> <td style="width: 15%;">3 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Piso boca</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Labio</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">" Cara</td> <td style="width: 15%;">1 %</td> </tr> </table>	Cáncer Rectal	5 %	" Peritoneal	1 %	Cáncer Cavum	2 %	" Maxilar	2 %	" Encéfalo	1 %	" Ceja (niños 11 meses)	½ o/oo	" Laringe	3 %	" Piso boca	1 %	" Labio	1 %	" Cara	1 %
Cáncer Esófago	10 %																																										
" Gástrico	11 %																																										
Cáncer Hepático	2 %																																										
" Intestino delg.	1 %																																										
" Pancreático	3 %																																										
" Colon	4 %																																										
" Vesicular	3 %																																										
" Cervical	1 %																																										
" no indentificado metastásico	1 %																																										
" Parótida	2 %																																										
" Lengua	3 %																																										
Cáncer Rectal	5 %																																										
" Peritoneal	1 %																																										
Cáncer Cavum	2 %																																										
" Maxilar	2 %																																										
" Encéfalo	1 %																																										
" Ceja (niños 11 meses)	½ o/oo																																										
" Laringe	3 %																																										
" Piso boca	1 %																																										
" Labio	1 %																																										
" Cara	1 %																																										

Cáncer (Sarcomas)	3 %	Cáncer Pulmonar	15 %
" Timo	1 %	" Oseo	2 %
" Leucemia	1 %	" Mediastinal	2 %
" Genital femenino	13 %	" Renal	2 %
" Genital masculino	6 %	" Vejiga	2 %
" Mamas	16 %	" Peritoneal	1 %
		" Neurinoma	1 %

**POR CALIFICACION SOBRE PRONOSTICO**  
(Según los facultativos remitentes de pacientes)

Buenos .....	= 1 %	Desahuciados, Fatales,	
Interrogante ? .....	= 24 %	Malos, etc. ....	= 25 %
Sombrios .....	= 18 %	Graves .....	= 23 %
		Reservados .....	= 27 %

En cuanto a la *herencia* del cáncer se discute su posibilidad; en cambio es evidente la "*predisposición familiar*". Así lo hemos constatado.

**FRECUENCIA POR ENFERMEDADES SEGUN EDAD:**

*Cáncer de mamas:* (16 %). Comprendido entre los 29 y 71 años. Entre 35 y 50 años mayor frecuencia. Tendencia metastásica pulmonar y osea cuanto más joven es la paciente.

**NEOPLASIAS GRAVES ESOFAGO - GASTRICAS**

HOMBRES 12 %  
Estómago 6½ % entre 51 y 84 años de edad.  
Esófago 6 % entre 52 y 92 años de edad.  
(Localización preferente 1/3 inf.)  
Promedio ambos procesos 65 años.

MUJERES 8 %  
Estómago 3½ % entre 53 y 76 años - promedio 60 años.  
Esófago 4 ½ % (entre 60 y 78 años, localización preferente 1/3 inf.: (predominando alrededor 70 años).

**NEOPLASIAS GRAVES BRONCO - PULMONARES**

HOMBRES 12 ½ % entre los 19 y 78 años, predominando entre los 50 y 60 años.

MUJERES 2 ½ % entre los 43 y 73 años.

#### NEOPLASIAS GRAVES URO - GENITALES MASCULINAS

Los carcinomas prostáticos, en primer término, y los vesicales a continuación, figuran en un porcentaje de 6 % en el total de neoplasias malignas comprendidas en nuestras 2.200 fichas - historias.

Las *edades* extremas estuvieron comprendidas entre los 45 y 81 años, siendo los procesos malignos *predominantes* entre los 50 y 70 años. Tendencia metastásica. Diagnósticos tardíos que malogran el éxito operatorio y demás modernos tratamientos.

#### NEOPLASIAS GRAVES URO - GENITALES FEMENINAS

Estos procesos figuran en un *porcentaje* de 13 % en el total de las 2.200 fichas ya mencionadas.

Las *edades* extremas figuraron entre los 18 y 82 años, siendo su mayor malignidad predominante entre los 30 y 62 años. La proporción de frecuencia ha estado representada así: *Neo vesical* 1 %; *Blastoma renal* 2 %; *Neo uterino simple* 5 %; *Neo uterino metastásico, invasor*, etc. 5 %.

Mayor gravedad a menor edad, y cuando se le trata en circunstancia de diagnóstico tardío.

### La Lisadoterapia en el Neo de Esófago

*Consideraciones referentes a algunas neoplasias de Esófago dentro de las 2.200 primeras historias clínicas del Archivo que poseemos.*

*El cáncer de Esófago* ocupa un 10 % dentro de este historial.

*Hombres:* afectados en la proporción del 6 %; *mujeres* en un 4 %.

*Edades:* *hombres* entre 52 y 92 años, predominando alrededor de los 65 años.

*mujeres* entre 60 y 78 años, predominando alrededor de los 70.

*Principal localización:* 1/3 inferior con o sin metastasis.

*FORMULARIO-HISTORIA carnet Nro. 1,* paciente de 76 años, *Pronóstico sombrío.* Por ajustarse a lo que generalmente ocurre con estos pacientes sometidos a la Lisadoterapia, diremos que recién a la 6a. dosis de 2 grs. diarios inició su mejoría manifestada en menor disfagia, facies rosadas, dolores muy disminuídos, estado general mejorado. Entre las 26 y 40 dosis sigue mejorando, estado general bueno, no adelgaza, come bien excepto sólidos que, eso sí, pasan de estar bien licuados.

*Carnet Nro. 33:* paciente 72 años; pronóstico sombrío evolutivo. Hasta las 60 dosis de 2 grs. diarios, no se obtiene alguna mejoría. Entonces deglute alimentos semilíquidos y experimenta menos dolores: se le

suprime la morfina que antes exigía dos diarias. Se le trató con solo Lisado por ser considerado insuperable.

*Carnet Nro. 313:* paciente de 54 años; pronóstico "grave" que inicia su proceso por disfagia, luego hepatomegalia e invasión campos pulmonares. Casi a un año de su disfagia la Lisadoterapia lo mejora anímicamente, en igual sentido su apetito, mantiene su peso. Continúa tratamiento.

*Carnet Nro. 343:* paciente de 72 años; pronóstico grave; con amplias metástasis. La Lisadoterapia reemplaza al Sedargil, calmando sus dolores. Según su médico, Dr. Juan D. Ostria, *la lesión neoplásica asciende por la pared del esófago, pero no lo obstruye.* También recibió radioterapia.

*Carnet Nro. 486:* paciente de 61 años; pronóstico grave; padres fallecidos de cáncer. Hace 25 años neoplasia de piel que cicatrizó con radioterapia. A principios Junio/961, disfagia acusada radiográficamente como "Neoplasia porción torácica del esófago". A pedido su médico, Dr. Ant. Gramiscé, de Buenos Aires, prescribe 4 dosis diarias de 2 grs. cada una. En VII-31/961, lleva tomadas 61 dosis de Lisado de Corazón con "mejoría dolores, levántase cama, come y sale de caería. Agosto 24/961" por continuar beneficios, no obstante mantenerse su neoplasia, se le prescriben 30 dosis más.

*Carnet Nro. 650:* paciente 62 años, pronóstico reservado. En II/961, empieza con disfagia dolorosa sobre todo epigástrico. Biopsia positiva de neoplasma vegetante (III/961); Radiumterapia 30 sesiones. *Lisadoterapia* hasta 49 dosis de 2 grs. diarios "que mejora deglución y alimentación. El peso desciende lentamente". Así informa su médico Dr. Luis A. Cásares.

*Carnet Nro. 748:* paciente femenino de 63 años; pronóstico grave. Antecedentes personales "dispepsia hepática". Luego disfagia y regurgitaciones interpretadas, primero, como vómitos de origen hepático; desde hace 9 meses se acentúa la disfagia y radiográficamente se acusa *estenosis 1/3 medio del esófago.* Su médico el Dr. Pablo Zunin Padilla, de Paysandú, solicita dos dosis diarias de 2 grs. c/u. 20-VIII/961 entrega informe que dice: "La 60 dosis de Lisado de Corazón" tomadas, mejora estado general; desaparición dolores; aumento apetito; mejor ingestión que antes que pasaba hasta 9 días sin poder alimentarse. Solicita nuevo envío de dosis dobles, entregándosele en setiembre 20 dosis más.

*Carnet Nro. 752:* paciente masculino de 75 años, pronóstico "Reservado". Diagnóstico: *Neo-Esófago 1/3 inferior*". Después 56 dosis mejora, sin vómitos, ni dolores, pasan líquidos y semisólidos. 17-VIII/961. Se solicita nuevo informe radiográfico y clínico y se entregan 20 dosis más.

*Carnet Nro. 766:* paciente masculino de 65 años; pronóstico "Reservado". En II/957, empieza con dolores gástricos y dificultad deglución arrojando alimentos. Se le hace solo Radiumterapia. Al no recuperarse solicitase "Lisado de Corazón". El VI-1º/961, se inicia el tratamiento con

20 dosis y ya el 22-VI/961, "cálmanse los dolores y ardores, haciéndose más manifiestos éstos beneficios a partir de las 28 dosis. Ahora pasan algunos alimentos más". Debe seguir informando.

*Carnet Nro. 864:* paciente femenino de 72 años. Diagnóstico: "Neo de Esófago con gran estenosis". Pronóstico "?". Además diabetes, arterioesclerosis. Se le practica Radioterapia profunda, tónicos, vitaminas, calmantes, etc. Primeros días de junio/961 se autoriza "Lisado de Corazón". Resultado: desde las 12 dosis de 2 grs. diarios entra a mejorar; "antes no pasaba ni agua", "ahora deglute sopa de avena, de fideos finos, cremas, jugos de frutas y come todo dulce apesar de su diabetes. Ante esta noticia se solicita urgente glicemia y glicosuria. Más animada. Junio 29/961 dice su médico el Dr. Julio De Fuentes, de Montevideo Teléf. 55839: "Que la estrechez esofágica de origen tumoral ha mejorado después de 20 días de tratamiento; no teniendo dolores, pasando mejor los alimentos y aumentando sus energías. 5-IX/961. Se prescriben nuevas dosis Lisado de Corazón a solicitud de su médico.

*Carnet Nro. 983:* paciente masculino de 62 años. Diagnóstico: "Neo Esófago con tubo perdido" colocado en Rosario de Sta. Fé (Argentina). "Pronóstico ?". El Dr. Arturo Paradedda informa desde Rivera" que este paciente lleva 3 meses con "Lisado de Corazón", 2 grs. diarios, "habiendo mejorado extraordinariamente". Glóbulos rojos 4.420.000; glóbulos blancos 13.600; hemogl. 84 %; valor globular 0.90 (ver hemograma). Médicos tratantes: Dr. Luis Busnoldi (Rosario Sta. Fé Argentina) y Dr. Altivo Estevez (de Rivera R. O. del Uruguay). Seguirán informando.

*Carnet Nro. 1043:* paciente masculino de 64 años. Diagnóstico "Neo Esófago". Pronóstico "?" con adelgazamiento, anorexia, palidez, fatiga, tos con expectoración mucosa. En Junio 1961 se le acuerdan 20 dosis de 2 grs. diarios. El 28-VII/961, se agregan 10 más. Su médico de Salud Pública y sus familiares admiten mejoría de su sintomatología subjetiva (dolor a la deglución y sensación de dificultad para tragar), aumento apetito, evacuación normal; etc. Se seguirá informando.

*Carnet Nro. 1194:* paciente femenino de 60 años. Diagnóstico: "Neo Esófago". Pronóstico "Reservado". Ha estado en el "Hosp. de Clínicas Dr. Manuel Quintela". Ver historia que no se detalla por extensa. Posee, además placas radiográficas y exámenes de laboratorio en mi poder. Diversos informes médicos, de la paciente y de sus familiares acusan mejoría local y general evidente.

*Carnet Nro. 1349:* paciente femenino de 74 años. Diagnóstico: "Neoplasma de Esófago" grave. Además arterioesclerosis, hipertens. arterial, etc. Neo radiográficamente confirmado. Su médico el Dr. Angel Rath (de Villa Colón 1524, Mdco.) declara: "que solo ha recibido tratamiento médico". Junio 6/961, se le conceden 30 dosis iniciales en Montevideo, de "Lisado de Corazón", pasando la dirección del tratamiento al Dr. José E. Costa Lizaso (Sierra 462, Ciudad de Florida - Uruguay).

Se nos aclara que empezó a tomar la Droga S. J. 29 en Rivera durante 35 días (Marzo/961) "mejorando mucho pues llegó a pasar alimentos semi-líquidos. Durante la interrupción del tratamiento, la enferma se fue agravando del punto de vista general y local, presentando además a la palpación una gruesa tumoración que se extiende desde el epigastro tomando todo el hipocondrio izq., de consistencia dura. En julio 24-961, pasa sólo líquidos, no tiene dolores, etc. Sería necesario dar, en estas condiciones 4 dosis diarias, pero carecemos de "Lisado de Corazón" para tratamientos intensivos. Aún así, pocos días después la paciente se levanta sola todos los días y camina por la casa, manteniendo menos dolores y sin "un malestar" que se calma con hielo, su proceso neoplásico avanza (ver Informes del Dr. Costa Lizaso del 7-VIII y 27-IX/961. Se le prescriben 15 dosis más y se espera nuevo informe cualquiera sea el resultado.

*Carnet Nro. 1373:* paciente femenino de 70 años. Diagnóstico. "Neo de Esófago con metástasis pulmonar". Pronóstico. "Reservado". El Dr. Francisco V. Ríos Cazot (de Sarandí del Yí) informa a título ilustrativo que: "la paciente presenta un Neo de Esófago *inoperable*, habiendo sido tratado con radioterapia, "y agrega" que desde julio/961, toma "Lisado de Corazón". En Montevideo compromete su vigilancia el Dr. Luis O. Brandón, (Ibirapitá 2730). Dice este facultativo, a continuación: "que a la 6a. dosis evoluciona favorablemente; pasan mejor los alimentos; más apetito; mejor estado general y psíquico. 16-VIII/961. "Ha mejorado, pasa mejor alimentos; aumentó de peso". Se le prescriben 15 dosis más. 19-IX/961, el Dr. Ríos Cazot manifiesta que: "la paciente se encuentra mejorada". 10-X/961 Se acuerdan 20 dosis más y se reclama nuevo informe médico. 30-X/961. "sigue mejor". Se le dan 10 dosis más y se exige continuar con los informes médicos.

*Carnet Nro. 1491:* paciente masculino de 83 años. Diagnóstico: "Neo Esófago". Estudiado Hospital Pasteur, por su "lesión neoformativa progresiva de Esófago". Cuatro a cinco meses atrás, informa el Dr. Salvador, M. Petrucelli, (Garibaldi 2811 - Montevideo), inició una dificultad cada vez mayor para tragar. Actualmente solo pasa leche, crema y líquidos. No está muy desnutrido. Le han indicado röntgenterapia. He visto las radiografías en que el líquido opaco pasa casi a la "filière". No tiene dolores. (VII-26/961) solicita el Dr. "Lisado de Corazón".

7-IX/961, solicita su médico más dosis de "Lisado de Corazón", manifestando que el enfermo está mejor".

El 27-IX/961, solicita más Droga S. J. 29. X-6/961, informa su médico "el Sr. G.M. está clínicamente mejor: la deglución se hace con más facilidad y el estado general ha mejorado mucho".

Oct. 13/961, dice la hija del paciente que "traga bien los semilíquidos y algunos sólidos blandos con miga de pan mojada en leche; come queso blando y dulce; tiene mucho apetito. Se levanta y anda". Se le acuerdan 20 dosis más.

26-X/961, entrega otro informe confirmando la anterior su médico y solicita 15 dosis más de "Lisado de Corazón".

3 Nov./961, "estuvo mejor, pero ahora siente dolores de estómago". Se le acuerdan 30 dosis más.

*Carnet Nro. 1515:* paciente femenino de 78 años. Diagnóstico: "*Neo de Esófago*". De "Piedritas" - Canelones. Padre fallece de cáncer de estómago. Informa su médico Dr. Luis A. Villanueva (Suárez - Dpto. Canelones). "Síndrome de disfagia a los sólidos con declinación del estado general. *Radiografía "lesión orgánica parte media Esófago"*, de evolución constatada hace unos 3 meses. Paliativos hasta la fecha. Por considerar su médico "inoperable" al paciente y de peligrosidad las irradiaciones por sus órganos de vecindad", estima, como último recurso humano, por lo menos, "ensayar el "Lisado de Corazón". En Agosto 3/961, el Dr. José Olivera Ubíos, le autoriza 15 dosis, "bajo vigilancia médica y sin abandonar, el tratamiento que se estila en estos procesos".

24-VIII/961, "sintió mejoría en el pasaje de los alimentos. El 26-VIII y 7 de IX/961, a pedido médico y con promesa de nuevo Informe se le renuevan 20 dosis más por vez.

28-IX/961 dice su médico: "que la paciente tiene alguna mejoría (ingere los alimentos con más facilidad); ausencia de dolores; mejor estado general, motivo por el cual consideró que debe seguir la "Lisadoterapia". Se le renuevan 20 dosis más.

*Carnet Nro. 1800:* paciente masculino, de 63 años. Diagnóstico: "*Cáncer de Esófago*". (del Sauce, Dpto. Canelones) 15-IX/961 se le prescriben 20 dosis Lisado de Corazón de 2 grs diarios.

9-X/961 "a las 18 dosis, "dice el yerno", el enfermo no tragaba nada. Después de 5 o 6 dosis más empezó a pasar líquidos". "Ahora come de toda clase de comida: carne, pan y otros sólidos, aumentó 4 Kgs. peso". El Dr. Alejandro Repetto Cúneo, (del Sauce - Depto. Canelones) certifica lo expuesto, agregando "que ha mejorado el estado general", "siendo la deglución casi normal" etc. confirmando el "aumento de 4 Ks. Se le prescriben 15 dosis más y se solicita radiografía y nuevos datos clínicos.

9 Nov./961. "Se ha agravado. Tiene disfagia. Las radiografías muestran un proceso neoplásico". Se le prescriben 20 dosis más de la Droga S.J.29.

*Carnet Nro. 1960:* paciente masculino de 52 años. Diagnóstico: "*Proceso blastomatoso esofágico*" grave. Etilismo moderado como antecedente. Disfagia progresiva con gran adelgazamiento, instalada en febrero de 1961. Intervenido en Julio/961, practicándosele "yeyunostomía", para alimentarlo por sonda. Su médico el Dr. J. Bojorge Peña, (Ganaderos 4238 de Montevideo) solicita el uso de la "Lisadoterapia", a lo que se accede bajo su dirección médica. Tratamiento hasta ahora: anti-espasmódicos, antibióticos, régimen dietético adecuado, etc.

19-IX/961, "mejora dolores; duerme y se alimenta mejor".

23-IX/961, "continúa igual evolución". Se solicitan nuevos informes médicos.

*Aclaración:* Hemos prescindido de relatar las historias Nros. 227, 1448 y numerosas más por ser de similar contenido y conclusiones que la mayoría de las ya mencionadas.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS Y TERAPEUTICAS SOBRE NEOPLASIAS ESOFAGIANAS

Los pacientes tratados con "*Lisadoterapia Díaz*", uruguayo, llegan a los servicios asistenciales en situaciones pronósticas graves cuando no desesperantes. No obstante esta desfavorable circunstancia, han ocurrido numerosas mejorías objetivas y subjetivas alentadoras y en algunos casos sorprendentemente espectaculares, necesitándose cierto tiempo más de observación para poder emitir juicios más precisos.

La oportunidad de tratar nuestro equipo y colaboradores de dentro y fuera del Uruguay tantos pacientes afectados por tan terrible proceso neoplásico, nos permite expresar lo siguiente a título de *Conclusiones*:

- 1º Que hay que seguir insistiendo en la precocidad del diagnóstico clínico, radiográfico, biopsico, etc.
- 2º Que es, precisamente, en esta circunstancia que la cirugía rápidamente inicial con o sin la colaboración previa o concomitante o a "posteriori" de la röntgenterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, betatronterapia, gas mostaza, acidofólico, celuloterapia, etc., sigue proporcionando resultados favorables.

Por su parte la "*Lisadoterapia Díaz*" de reciente participación terapéutica, debe ser tenida muy presente por todos los beneficios inmediatos y mediatos que ella puede proporcionar en cualquiera de las etapas de los procesos malignos y muy particularmente en los catalogados como "desahuciados".

- 3º Que la "*Lisadoterapia Díaz*" por su probada acción antiflogística es capaz de fundir gran parte de la masa tumoral de reacción perinuclear neoplásica proporcionando con ello, entre otros beneficios, los siguientes: a) disminución oclusiva visceral y menor expansión compresiva sobre importantes órganos vecinos mediastinales. — b) mejor campo de exposición para una penetración más directa cuando es posible accionar por la röntgen, radium, betatron, cobaltoterapia, etc. — c) mayor facilidad para el abordaje quirúrgico, especialmente en etapa tardía, como lo vienen demostrando exitosamente el reputado cirujano y hombre de ciencia uruguayo Profesor Dr. Velarde Pérez Fontana y otros.



- 4º Que queda probado que la "*Lisadoterapia*" uruguaya en general y en cualquiera de las etapas del proceso maligno, es capaz de proporcionar efectos favorables sedantes, antiespasmódicos, analgésicos, euforizantes, estimulantes, tónicos y tranquilizadores, etc., con todo lo cual se evita primero tener que incorporar mayores dosis de tóxicos analgésicos e hipnóticos a los pacientes, y segundo es posible colocar al enfermo en un estado de mayor bienestar y hasta de cierto grado de optimismo particularmente cuando poco o nada ya queda que hacer por él.
- 5º Que es de oportunidad revelar, conforme a nuestra reciente estadística, el alarmante alto porcentaje de neoplasias esofágicas en la mujer. Nada de extraño significa que ello ocurra conforme a las exigencias modernas del "copetín" y del "cigarrillo". Pero lo sorprendente es que ello aparezca en mujeres que no han hecho ni hacen uso de tales elementos tóxicos agresivos. Sin embargo, ahondando nuestra investigación etiológica hemos encontrado que tales pacientes poseen en general dentaduras en malas condiciones de conservación e higiene, especialmente en las de modestas condiciones económicas. Pertenece, así mismo, a maternidades repetidas no bien encaminadas del punto de vista de la dietética e higiene del embarazo y de la prevención y profilaxis odontológica, etc. Muchas pacientes nos han manifestado que por excesos de tareas "raramente comen tranquilas" y "mas bien tragan...".  
Seguiremos investigando al respecto.
- 6º Que cuando la vía oral encuentra dificultad para la ingestión de la Droga S. J. 29 y hasta tanto no se cuente con la vía inyectable, es posible recurrir a la vía rectal por enemas o supositorios como ya lo hemos profusamente experimentado.

---

### Otras localizaciones neoplásicas malignas en el resto del Aparato Digestivo

EN LO REFERENTE A ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS  
RELACIONADOS CON ESTE CAPITULO, NOS REMITIMOS A LA  
PARTE INICIAL DE ESTA PUBLICACION.

A título documental transcribimos a continuación una síntesis de algunas historias clínicas comprendidas en las 2200 de nuestro archivo:

## Principales conceptos y directivas clínico-terapéuticas de acuerdo a nuestra experiencia

La "*Lisadoterapia*" en general, como recurso órgano-terapéutico, no es nuevo. Desde el profesor argentino Villar (1897-1901), hasta las diversas escuelas e institutos rusos de renombre universal, son varios los países, entre otros Estados Unidos de N. A., Alemania, Francia, Italia, Brasil, Argentina, etc., que vienen prestando preferente atención a este método de tratamiento humano y hasta zootécnico y vegetal.

La desintegración proteica de tejidos animales por diversos procedimientos, conduce a la producción de una serie de elementos definidos y no definidos de naturaleza orgánica, inorgánica, "biógena", etc., que por su similitud con aquellos conocidos y precisados en el metabolismo intermedio del organismo humano, ha determinado que sean tomados en cuenta para sustituir a los elementos deficitarios o ausentes del organismo toda y cada vez que su metabolismo se encuentra trastornado por factores agresivos endógenos o exógenos o ambas causales a la vez.

El *Cáncer* como manifestación de atipismo celular y humoral, etc., de variable intensidad perturbadora y destructora de una o más estructuras tisurales del organismo, constituye un impacto terrible de proyecciones imprevisibles para el metabolismo normal.

El "*Lisado de Corazón*" (Droga S. J. 29 descubierta por el Químico Farmacéutico Profesor don Federico Díaz, del Uruguay) está constituido cualitativa y centesimalmente por cada 100 gramos como sigue: aminoácidos 8 %; fósforo en combinación orgánica 1 %; substancias orgánicas nitrogenadas incluyendo aminoácidos 11 %; ácidos orgánicos combinados 1 %; calcio 3,8 %; hierro 0,6 %; magnesio 1,2 %; manganeso 1,2 %; cobalto 0,04 %; zinc 0,02 %; molibdeno trazas; vitamina B1 en complejo B 3,5 %; ácido ascórbico 4,2 %; azufre en combinación orgánica 0,05 %; yodo orgánico trazas; bio-estimulinas a determinar biológicamente; excipientes, estabilizadores, etc. El producto final no tiene proteínas, albuminosas ni peptonas. Tampoco plomo, mercurio ni substancias tóxicas. Ahora bien, estos elementos constructivos unos y depuradores otros, comprobados en su existencia por los laboratorios especializados del Ministerio de Salud Pública a cargo de los reputados técnicos Prof. Dr. José Arturo Lorenzo y Profesora Dra. Canessa, son capaces de restituir al organismo —en mayor o menor grado— el material plástico, energético, biógeno, etc. alterado o destruido por una determinada neoplasia. Son igualmente esos elementos y otros más quienes participan, en su reconocida acción reguladora, sinérgica y coordinadora con el sistema nervioso, el aún complicado sistema hormonal, el complejo vitamínico, el arsenal iónico, los factores catalizadores, etc., en el mantenimiento y equilibrio del "*Consensus partium*" del organismo humano.

Es posible, entonces, que al intervenir este "*Lisado*" inespecífico en la restauración parcial o total del equilibrio ácido-básico tan seriamente comprometido en las neo-plasias, además de introducir importantes "mensajeros biógenos", etc., conduzca a una serie de beneficios para el organismo afectado por una neoplasia, conforme a lo que, objetiva e imparcialmente, hemos venido exponiendo suscitadamente en cada una de las historias clínicas mencionadas.

Hechas estas necesarias y comprimidas aclaraciones, puntos de vista si se quiere, que tampoco tienen nada de originales, expresemos que ha sido nuestra rigurosa norma exigir a los colegas y pacientes *protocolos clínicos y de laboratorio*, etc. lo más completos posibles. Solo así es factible actuar en su debida oportunidad con la "*Lisadoterapia Diaz*" dentro de un mejor conocimiento de causa, sin anteponerla caprichosamente ni subestimarla arbitrariamente junto a otros recursos de ataque en las neoplasias.

La precocidad del diagnóstico y del tratamiento por todos los medios terapéuticos conocidos, debe constituir el "santo y seña" de la más tenaz e intensa campaña contra el Cáncer.

En lo que a la "*Lisadoterapia Diaz*" se refiere, es de orden proceder con cautela y atención una vez munido del protocolo clínico y de laboratorio, etc. a que hemos hecho referencia anteriormente. Gradualmente ir sondando la sensibilidad individual y circunstancial de cada paciente con dosis prudentes como es 1/3 del frasco de 2 gramos de la "*Droga S. J. 29*" cada 24 o 36 horas y con espacios de descanso. Luego paulatinamente aumentar de 1/3 en un 1/3 hasta alcanzar en algunas circunstancias dosis diarias de 2 gramos y aún más, (ver historias clínicas). Evitar fatigas, ingestión de alcohol, de bebidas efervescentes, tratamientos por radiaciones, dietéticas agresivas, etc. durante el uso del "*Lisado de Corazón*". Tener presente, además, que los pacientes del sur del Uruguay reaccionan más rápidamente y con menores dosis que los enfermos nortefios. Tampoco perder de vista que las primeras dosis hasta la sexta en general, son de resultados no siempre favorables lo que se conoce como la "faz negativa". Es a partir de esta altura que recién se hacen presente los beneficios de la Droga por si o en su asociación concomitante o alternada con otros recursos de combate. Es fundamental que en ningún momento estén ausentes los controles clínicos y de laboratorio.

Conviene estar en guardia contra toda reacción sugestiva para mejor apreciar el resultado de esta nueva Droga terapéutica. De ahí la ventaja del uso de "placebos" a los fines de la seriedad y garantía científica.

La ingestión alejada por lo menos dos horas del alimento, como así la incorporación de polivitaminas sin minerales ya que la "*Droga S. J. 29*" los posee suficiente, facilitan el metabolismo del Lisado en sus etapas anabólica y catabólica ya conocidas. Así mismo, no existe incompatibilidad con el uso de la celuloterapia viva específica o inespecífica.

Los estudiosos e investigadores compatriotas están en condiciones de ampliar y de ajustar cuanto hemos expuesto en forma objetiva, imparcial y sin pretensiones en este Capítulo, no olvidando, además, que la "*Lisadoterapia Díaz*" (Droga S. J. 29) de genuino cuño uruguayo por razones de patriotismo no puede ni debe ir a la zaga de otros *Lisados* de fama universal, entre los cuales han hecho época las escuelas rusas de Tuschnov, de Kazakov y otros.

Tampoco perder de vista los meritorios esfuerzos de sabios como Thomas y muy cerca nuestro en la Argentina el inolvidable profesor Roffo y López Ramírez, en sus denodados propósitos de autolizar tejidos cancerosos como complemento inyectable de las intervenciones quirúrgicas o simplemente como un recurso terapéutico más en casos de inoperabilidad, y sobretodo para contener el empuje neoplásico y como preventivo de recidivas y de las temibles metástasis.

Mucho más habría que agregar en esta materia. Por ahora a seguir trabajando por la felicidad y por la paz de la Humanidad desde el casi anónimo y siempre humilde campo de las investigaciones científicas.

---

Montevideo, Enero de 1962.

Por la "*Comisión Central Técnica Honoraria Ministerial*" que intervino en la administración del estudio, investigación y distribución del "*Lisado de Corazón*" (Droga S. J. 29) descubierta por el *Químico Farmacéutico uruguayo Profesor don Federico Díaz*.

Dr. José Olivera Ubios  
*Presidente*

## ANEXO III

### EL LISADO DE CORAZÓN HOY

**LISADO DE CORAZÓN - Regenerador Celular y Recuperador  
Multiorgánico.**

*VISITAS N° 3264 - 31 de Diciembre de 2013*

Colaboración de :Alejandro.... E.mail: alejo.eventos@.....com

**Reconózcase al cáncer, como una enfermedad degenerativa, en un alto  
porcentaje con resultado de muerte.  
COMENZÓ EN URUGUAY<sup>122</sup>**

Federico era amante de los perros, su raza preferida eran los Boxer, corrían los años 1950 País Uruguay.

Federico había estudiado una carrera que le apasionaba, era Químico Farmacéutico, lo que le permitía investigar y jugar con todos los elementos que le prodigaba la misma tierra, las plantas. Cuando muchacho, inquieto por sus resultados en el uso de las plantas y de otros elementos orgánicos que eran introducidos en el campo de la salud humana, decidió que tenía que estudiar para Químico Farmacéutico, así podría dar riendas sueltas a sus investigaciones y mezclas raras que de pronto se le ocurrían para poder así sanar alguna dolencia. Qué mejor que atender a sus propios pacientes y conejillos de india, sus perros Boxer. Ocurre que los perros Boxer, son una raza creada por el hombre y como tal ha sido genéticamente intervenida. Federico observaba que sus perros en estado de adultez, comenzaban a desarrollar tumores, muy potentes que terminaban,

---

122 Ref.: <http://alsinger.blogspot.com/2011/05/regenerador-celular-y-recuperador-multi.html>

tempranamente con su vida. Veía como algunos de sus perros cada cierto tiempo vomitaban bolas rojizas de carne, que al analizarlos, se dio cuenta que eran tumores y de carácter cancerígenos. El perro en su estado natural, los iba eliminando por la boca, como verdaderas albóndigas sanguinolentas. Él los cuidaba pero no sabía qué poder hacer, para ayudarlos y sanarlos.

Un día, su perro preferido, tuvo una pelea con un perro callejero y terminó con el hocico tumefacto. Lo curó, desinfectó su herida, pero al mismo tiempo observó que aquella herida se fue transformando en un nuevo tumor que a simple vista se daba cuenta que era para morir.

Cada vez le fue más difícil alimentarlo, entonces tuvo la idea de elaborar un nutriente que fuera lo más poderoso posible, para así darle alimentación particularmente dirigida a ese perro. Extrajo los más puros nutrientes de los cuales hace uso el cuerpo en su metabolismo, y mejorando cada vez más la fórmula, se dio cuenta, paulatinamente que el perro no solamente no murió, sino que disminuyó considerablemente el tamaño del tumor. Esto alentó a Federico así que comenzó a alimentar a sus perros con su producto y se dio cuenta que milagrosamente los tumores de los perros, ya no fueron tan grandes, tan dramáticos y en algunos casos simplemente se redujeron a su mínima expresión.

Muy entusiasmado comenzó a mejorar su fórmula y a agregar aditivos que hasta el día de hoy se mantienen en secreto. Lo vendió como un producto para uso veterinario.

Pero un día ocurrió que se encontró con una persona que manifestaba tumores que parecían definitivos y de diagnóstico terminal. Se le ocurrió que podría ser la oportunidad de poder administrar esto a humanos. A modo de experimentación lo comenzó a administrar y pudo observar una franca mejoría en el paciente. Igual, esta persona por su estado de gravedad falleció, pero en relación al tiempo que los médicos estimaban pudo redoblar sus expectativas de vida. Como Farmacéutico, siguió investigando y continuó mejorando el producto, pero esta vez decididamente para uso humano.

Cuando esto ocurría, era ya el año 1960

\* \* \*

Sus investigaciones continuaron con la convicción que era posible aplicarlo en seres humanos.

Después de dos años de investigaciones y seguimiento a quienes habían sido sus conejillos de india, en un principio y pacientes en una segunda etapa. Logró establecer fehacientemente que el producto de sus investigaciones daba resultados en seres humanos. Entonces comenzó su calvario. Decidió que era tiempo de registrarlo y patentarlo como lo que era: "Un remedio poderoso contra el cáncer", para poder darlo a conocer y distribuirlo con fines terapéuticos. Se hizo asesorar por un equipo que le preparó todo un informe para que

fuera autorizado. Allí en la oficina fiscal de salud, le dijeron que tenía que entregar una copia de cada papel para cada organismo que emitía su autorización, pero fundamentalmente, debía entregar un detalle exhaustivo de cada uno de los componentes y sus proporciones para ser evaluados por la Sociedad Médica de ese país. Él manifestó que no podía entregar la fórmula y que la mantendría en secreto debido a que consideraba que era de un bajísimo costo y por consiguiente sería de un bajísimo costo de distribución, para ayudar a quienes tuviesen un cáncer y no pudiesen costearse un tratamiento. Lo denominó como un remedio de bajo costo que él pretendería vender y administrar. Al no revelar la fórmula se le negó la autorización para la venta y consumo humano. En todo caso la sociedad médica Internacional, que rige todos los medicamentos que se distribuyen en el mundo para consumo humano le entregó una carta donde le decía, “Convenimos en que los componentes enunciados en la posología no son dañinos para la salud humana, más bien tienen un carácter inocuo, sin embargo solicitamos de Ud. o su laboratorio nos proporcione el componente faltante en la fórmula, por cuanto éste, es fundamental en el comportamiento del mismo ante un paciente con un daño de carácter degenerativo, como es el de cáncer o tumores.”

Él se negó, rotundamente, la razón que dio fue que si entregaba la fórmula total con todas sus características, entonces se le daría un valor comercial demasiado elevado y lo convertirían en privativo para ciertos estratos socio-económicos que lo requirieran. Es decir, si la medicina lo administrara, lo haría un producto demasiado caro. Como para lucrar con él.

En su farmacia, allá por el año 1962, lo comenzó a vender y a administrar como un remedio más, sin la debida autorización de los departamentos de Salud ni de la Sociedad Médica Internacional, con sede en Nueva York, para América Latina. A mediados del 62, el laboratorio fue demandado por los abogados desde N.Y. USA, y según cuenta la historia, jamás se ha resuelto legalmente acerca de la calidad terapéutica de ese compuesto, por lo tanto aquello permanece hasta el día de hoy sin resolución terapéutica alopática, en otras palabras, se emitió un comunicado a través sus boletines en donde se “prohíbe, terminante el uso del remedio en litigio, porque NO ES remedio, y no está autorizado para el uso humano.”

Por otro lado le llegó una notificación al laboratorio que decía que :

**“ ESTABA ABSOLUTAMENTE PROHIBIDO:**

**A) COMERCIALIZAR EL PRODUCTO COMO REMEDIO, POR LO TANTO NO SE PUEDE VENDER EN FARMACIA, EN NINGUNA PARTE DEL MUNDO.**

B) SERÁ PENADO PUBLICITAR MEDIANTE DIARIO, RADIO O CUALQUIER OTRO MEDIO EL PRODUCTO ANTES MENCIONADO, COMO REMEDIO.

C) SERÁ ABSOLUTAMENTE PENADO POR LA LEY PUBLICITAR, COMENTAR, RECOMENDAR, RECETAR, ADMINISTRAR, BAJO NINGÚN CONCEPTO, TAL PRODUCTO. QUIEN ASÍ LO HICIERA, ESTARÍA CONTRAVINIENDO CELOSAS Y MUY CUIDADAS INSTRUCCIONES, ACERCA DE LO QUE SE PUEDE CONSUMIR O NO, COMO REMEDIO.

D) EN SU CALIDAD DE REMEDIO, LOS ÚNICOS MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN, SOLO CORRESPONDEN A LA SOCIEDAD MÉDICA INTERNACIONAL Y QUIENES SOLAMENTE PUEDEN ADMINISTRARLO, RECETARLO, COMERCIALIZARLO, SON LOS MÉDICOS.

Es decir, nadie puede ni siquiera nombrarlo. Hace ya como 30 años, en un Sábados Gigantes, Don Francisco lo recomendó, ya que su esposa y su hijo habían sanado de dos cánceres, por separado. El día siguiente el diario *El Mercurio*, en un cuadradito de 6x6 comentaba, “Dura amonestación del Directorio de *Canal 13* a Don Francisco por mención inadecuada. Lo nombró y dijo que estaba en condiciones de hacer un programa para eso, para que todo el mundo lo conociera.

AQUELLO, NUNCA PUDO REALIZARSE, FUE AMORDAZADO SIN EXPLICACIÓN.

Se formó en torno al remedio, el más cerrado de los cercos. Nadie puede hablar de él. Y la única forma de comercializarlo hoy sería solo como “Suplemento alimenticio” y no puede ser expendido en farmacias, sólo en negocios naturalistas. Y eso no se hace, porque no corresponde, se estaría menoscabando su poder y calidad terapéutica.

Allí, habría terminado todo, pero gracias a personas como yo y otros, médicos de verdad que lo están usando, paralelamente con su Quimio, o radio terapia, esto se difunde lentamente pero siempre muy efectivo. Quienes son su mejor publicidad, son aquellos que han sanado de situaciones ya casi terminales. Yo lo uso, a diario y es un reconstituyente celular que trabaja fortaleciendo todo aquel tejido sano y por alguna razón este tejido renovado, secciona, en donde esté al tejido malo, y lo corta para después eliminarlo.

Hoy día hay médicos de las Universidades más importantes de Chile, Católica y Chile, que están usando el remedio, lo aplican como suplemento, para-



lelo a su quimio y han visto casos extremos que se han recuperado en un 100%. Yo lo recomiendo porque lo uso, gracias a Dios.

Los sobrevivientes que constantemente me agradecen, lo avalan.

No se trata de superchería o aplicaciones pseudo-religiosa de pócimas extrañas de conjuros o algo así... no.

A veces cuesta creer que exista y de acuerdo a nuestra experiencia muchos toman la decisión de usarlo cuando ya la enfermedad ha pasado a otros niveles y es por eso créanlo o no, aún siguen muriendo muchos, incluso gente muy culta e importante, sin saber aún que esto existe.

¿Por qué?

“Dicen que el éxito más grande del demonio, consiste en tenernos convencidos, de que no existe “ y ese es el trabajo sucio del gran poder mundial, mantenernos engañados... Cuando creemos y tenemos fe, tratan de convencernos de lo contrario.

Cuando todos sepan usar y hablar de esto en forma desinteresada, en este planeta tan hermoso, va a reinar la felicidad.

Búsquelo en Avenida La Paz 596 Santiago

¿Desea saber algo más? Mi Email: alejo.eventos@gmail.com - Cel.: 7 901 18 37

Realmente nadie puede publicitarlo, tampoco yo, solo lo puedo hacer sigilosamente, como ahora con esta publicación en mi blog.<sup>123</sup>

## A CONTINUACIÓN ÉSTE ES EL REMEDIO:

Viernes 18 de Octubre de 2013

### LISADO DE CORAZÓN SJ 29<sup>124</sup> Reconstituyente general y Antioxidante

#### **Composición.**

Cada cápsula contiene: polvo seco de lisado de corazón (equivalente a nitrógeno total 4% y a nitrógeno a-amínico 2.5%) 334mg, calcio (bajo forma de sales) 21mg, magnesio (bajo forma de sales) 12mg, cinc (bajo forma de sulfato de cinc) 7,5mg, manganeso (bajo forma de glicerofosfato de manganeso) 1,5mg, cobre (bajo forma de sulfato de cobre) 1mg, selenio (bajo forma de selenito de sodio) 0,025mg. Excipientes, lactosa cs.

#### **Propiedades.**

La lisadoterapia, en general, como recurso, organoterapéutico no es nueva. Son varios los países, entre otros Estados Unidos de América, Suiza, Alema-

123 <http://www.gentenatural.com/medicina/vend/lisado.htm> (Consultada el 07.01.2014).

124 Ref.: [http://www.laboratoriofedericodiaz.com/espanol/productos\\_lisadocapsulas.html](http://www.laboratoriofedericodiaz.com/espanol/productos_lisadocapsulas.html)

nia, Francia, Italia, Brasil, Argentina, diversas escuelas e institutos de la URSS, que vienen prestando atención a este método de tratamiento humano. La desintegración proteica de tejidos animales por diversos procedimientos conduce a la producción de una serie de elementos definidos de naturaleza orgánica e inorgánica, que por su similitud con aquellos conocidos y precisados en el metabolismo intermedio del organismo, ha determinado que sean tomados en cuenta para sustituir a los elementos deficitarios o ausentes del organismo, toda y cada vez que se encuentra trastornado por factores agresivos endógenos o exógenos o ambos a la vez.

**EL LISADO DE CORAZÓN SJ 29** descubierto por el profesor químico farmacéutico Federico Díaz en Rivera (Uruguay) tiene una compleja composición orgánica y gran cantidad de componentes inorgánicos. Estos elementos constructivos y depuradores son capaces de restituir al organismo, en mayor o menor grado, el material plástico y energético alterado o destruido por una determinada enfermedad.

Bajo el nombre de LISADO DE CORAZÓN BIO-VITAL SJ 29 se presenta un preparado cuyo principio activo lo constituyen aminoácidos provenientes de la hidrólisis enzimática del músculo cardíaco, y que proveen al producto de una acción revitalizadora, elevando el nivel de resistencia del organismo. Los estudios demuestran que en la hidrólisis del corazón se obtiene una mezcla ideal de aminoácidos esenciales, actores fundamentales para la síntesis de las proteínas que se forman en las células de los elementos activos del sistema inmunitario. Aporta nutrientes específicos para tonificar la célula nerviosa.

**Los sistemas más beneficiados** son el inmunitario (defensas orgánicas) y el sistema nervioso central, lo que explica por qué este fármaco actúa favorablemente en los más diversos estados patológicos. Con un sistema inmunológico bien nutrido por el LISADO DE CORAZÓN BIO-VITAL SJ 29 y un sistema nervioso central con sus células en igual estado, el organismo puede reaccionar mejor contra los males ocasionados por un estado patológico adverso.

**El calcio** juega un rol importante en la función cardíaca, renal, respiratoria, en la coagulación sanguínea y en la permeabilidad de las membranas celulares y capilares. Debido a que las funciones metabólicas del calcio son esenciales para la vida, cuando existen disturbios en el balance del mismo, debido a deficiencias dietarias u otras causas, las reservas de calcio pueden verse agotadas con el objetivo de colmar las necesidades más agudas.

**El magnesio** es necesario para el apropiado funcionamiento de más de 300 enzimas. Los suplementos de magnesio se hallan indicados en aquellas condiciones en las que existen incrementos de sus requerimientos, tales como el alcoholismo crónico, la cetoacidosis diabética, las enfermedades gastrointestinales. La deficiencia de magnesio puede conducir a la irritabilidad, desarreglos mentales, debilidad muscular, tetania y arritmias cardíacas.

**La originalidad del presente producto en relación al ya conocido Lisado de Corazón SJ 29, es el agregado de nuevos elementos con actividad antioxidante y antirradicales libres:** zinc, manganeso, cobre y selenio. Los

radicales libres, por su reactividad intrínseca y su capacidad de generar oxidantes constituyen una amenaza para la integridad celular. El cuerpo humano posee una serie de mecanismos para neutralizar los efectos potencialmente perjudiciales de los radicales libres y sus productos metabólicos. Los mecanismos de defensa celular involucran varias enzimas. Los seres vivos presentan dos tipos de tales enzimas: unas contienen cobre y zinc y las otras contienen manganeso. La investigación más reciente revela que los radicales libres tienen sólidos nexos con los siguientes aspectos: las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, cáncer, envejecimiento, cataratas. Las funciones fisiológicas que son dependientes del zinc incluyen el crecimiento y la división celular, la maduración sexual y la inmunidad.

**Los requerimientos de zinc** pueden verse incrementados en las siguientes condiciones: alcoholismo, diabetes mellitus, desórdenes de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia), infecciones crónicas debidas a disminución de las respuestas inmunes, síndromes de mala absorción con insuficiencia pancreática, enfermedades renales, desórdenes de la piel (dermatosis exfoliativas, psoriasis), estrés prolongado.

**El manganeso** es un activador de varias enzimas. Actúa además como co-factor en el metabolismo de los lípidos, de los carbohidratos y de las proteínas. Las funciones fisiológicas que son dependientes del cobre incluyen la eritropoyesis, la mineralización ósea, el entrecruzamiento de la elastina y del colágeno, la formación de mielina y la protección antioxidante de las células.

**Los requerimientos de cobre** pueden verse incrementados o puede ser necesaria una suplementación del mismo en las siguientes condiciones: quemaduras, diarreas, síndrome de mala absorción asociados con insuficiencia pancreática, enfermedades renales, estrés prolongado.

**El selenio** es un elemento traza esencial que es parte integral del sistema enzimático encargado de proteger las estructuras intercelulares del deterioro oxidativo. Esta acción es llevada a cabo debido a que dicho sistema facilita la



Federico Díaz





disminución de los niveles tisulares de peróxido, mediante la destrucción del peróxido de hidrógeno.

**Actúa** elevando los niveles de defensa del organismo.

**Indicaciones.** Asma, artritis, arteritis, vasculopatías de los sistemas venoso y arterial. Alergias de etiología desconocida, enfermedades de la piel, úlceras, quemaduras, formas atípicas y degenerativas de los tejidos; en afecciones neurológicas, Parkinson; depresión nerviosa. Medicación tonificante.

**Dosificación.**

Adultos: 1 a 2 cápsulas juntas en medio del desayuno, almuerzo y cena. Se recomienda ingerir las cápsulas con los alimentos, no antes ni después.

Niños: menores de un año 1 cápsula por día; mayores de 1 año 2 a 3 cápsulas por día. Salvo indicación médica. De ser necesario disolver el contenido de la cápsula en leche, malta, agua azucarada o miel.

**Contraindicaciones.** No presenta.

**Efectos secundarios.** No presenta.

**Precauciones.** En los pacientes asmáticos se recomienda no iniciar el tratamiento cuando están en crisis. Cuando se haga tratamiento con LISADO DE CORAZÓN SJ 29 se aconseja también tomar Multivitaminas SJ 29, porque metabolizan mejor la acción del medicamento.

**Presentaciones.**

Env. con 36 cáps. VER - Lisado en Crema

## HISTORIAS Y LEYENDAS EL LABORATORIO DEL PUEBLO<sup>125</sup>

El químico Federico Díaz cobró notoriedad en 1960 cuando se divulgaron los resultados de varias décadas de investigación que dieron por fruto una droga que aliviaba notoriamente los padecimientos de las personas enfermas de cáncer. El medicamento fue conocido como “Lisado de corazón”. La noticia recorrió el mundo y pronto algunos medios sensacionalistas llamaron a Rivera “la Lourdes” del Uruguay. Hubo quienes, en cambio, pusieron en duda las propiedades del producto. Decepcionado por la polémica, Díaz se mantuvo al margen hasta que los pobladores de Rivera y Santa Ana le donaron un terreno para un laboratorio donde continuar con sus investigaciones. Fue el comienzo de una cadena de hechos que terminaron con la producción y venta a gran escala del medicamento.

Investigación : Según cita el historiador A. Barrios Pintos, Díaz rechazó una oferta de U\$S 150 millones para vender la fórmula del “Lisado de corazón” a un grupo de inversores árabes. La labor de Díaz –fallecido en 1987- ha sido continuada por la química Florisbela Vázquez, directora del laboratorio (1999).

Lourdes: Centro de peregrinación católica ubicado en los Pirineos franceses.

Laboratorio: Se construyó en el cerro Coqueiro. Díaz retribuyó el gesto y donó a la población las ganancias de las ventas del “Lisado de corazón”. La producción y comercialización del medicamento comenzó el 23 de setiembre de 1963, fecha en que se creó la Fundación Federico Díaz.

Venta a gran escala : A fines del siglo XX Suecia, Alemania, Austria, México, Rusia, Brasil y Argentina son los principales compradores del “Lisado de corazón”, que actúa como un compuesto revitalizante y estimulante al reconstruir y tonificar el sistema nervioso e inmunológico.

---

125 <http://www.tacuy.com.uy/Servicios/Datos%20Departamentos/Datos%20Rivera/Historia8.TXT> (consultada 07.01.2014).



## ANEXO IV

REPRODUCCIÓN FACSIMILAR DEL ARTÍCULO  
REAPARICIÓN DE LA RABIA EN EL URUGUAY, PÁGINAS 9  
A 31 DE LA Revista Uruguaya de Patología Clínica, 1966.

Esta reproducción facsimilar del artículo científico encabezado por Fernando Mañé Garzón y Bernardo Porzecanski, reúne de forma magistral las tres historias clínicas de los últimos casos de fallecidos por rabia humana, en los años 1964, 1965 y 1966.

En un trabajo clínico recogido en diversos medios hospitalarios se consigna el primer caso, de una mujer adulta joven (22 años), que tuvo un primer ingreso en el Hospital Filtro y luego en el Hospital Vilardebó, donde fallece en setiembre de 1964. Había sido atendida previamente en el Hospital de Clínicas, por las lesiones de mordedura de perro en el rostro.

El segundo caso un niño (3 años) mordido en el rostro y atendido en el Hospital de Niños "Dr. Pedro Visca" el 5 de noviembre de 1965. Es tal vez la descripción más completa de un caso de rabia humana, por la prolijidad de la semiología que se consigna allí.

El tercer caso otro niño (9 años) mordedura en el muslo, en enero de 1966, que fallece dos meses más tarde en el Hospital de Niños "Pereira-Rossell", luego de varias internaciones, en las cuales no se hizo el diagnóstico precoz ni se instituyó tratamiento adecuado.

Ninguno de los tres había recibido vacuna ni controles en relación con la mordedura, porque el desmantelamiento del Instituto Antirrábico tuvo carácter determinante en el trámite de estos casos.

Los tres fueron diagnosticados por la autopsia, con el hallazgo de los Corpúsculos de Negri, y dos de ellos (los niños) también fueron diagnosticados en vida por inmunofluorescencia, cuando ya las posibilidades terapéuticas eran nulas.

Porzecanski da claramente las pautas de conducta y las nociones básicas para la atención de personas mordidas, que fueron las que aplicó a lo largo de su eficaz gestión al frente del Instituto Antirrábico. Estas muertes habrían podido evitarse, de no mediar la negligencia del Ministro de Salud Pública y las altas jerarquías ministeriales que omitieron cumplir con elementales obligaciones de sus cargos. Ellos quedaron impunes por estos actos criminales, por los cuales no fueron motivo de requerimiento de responsabilidad, ni en el plano jurisdiccional, ni en el plano político.





REAFIRACION DE LA RABIA  
EN EL URUGUAY

Sobre tres casos de rabia humana

F. MAÑÉ-GARZÓN, B. PORZECANSKI,  
H. GARCÍA-ROCCO, C. CHMIELNICKI DE HERSHORN  
y C. MALDONADO DE BONIFACIO

INTRODUCCION

Entre setiembre de 1964 y marzo de 1966, lapso en el cual se vivió una intensa epizootia de rabia que aún continúa, se han diagnosticado tres casos de rabia humana en el Uruguay. El primero de ellos ocurrió en una mujer adulta, en setiembre de 1964, que fuera internada en el Hospital Filtro y luego en el Hospital Vilardebó. Los otros dos corresponden a niños, el primero internado en el Hospital "Pedro Visca", Servicio "A" (Director: Prof. Dr. J. M. Portillo), en noviembre de 1965, y el otro en el Hospital "Pereira Rossell", Instituto de Pediatría (Director Interino: Prof. Dr. R. C. Negro), en marzo de 1966.

Considerando la escasa bibliografía nacional existente sobre la rabia humana, determinada en gran parte por el prolongado período en que el país se vio libre de dicha zoonosis y sobre todo con el fin de documentar estas observaciones para que puedan servir de alerta y de estímulo a la campaña sanitaria nacional en contra de esta enfermedad, inexorablemente fatal, es que hemos creído oportuno actualizar dicho tema en nuestro país, por cuanto estos últimos tiempos han marcado un importante progreso en lo que tiene relación con el estudio en sí de esta enfermedad, como de su profilaxis ("Crónica de la O. M. S.", 1965) (1).

No olvidemos que la rabia es una zoonosis de proyecciones universales, con empujes como el que actualmente se comprueba en varios países de América, de Europa y otros continentes.

## RESEÑA DE LOS CASOS REGISTRADOS DE RABIA HUMANA EN EL URUGUAY

La documentación histórica existente, hace remontar la aparición de la rabia en el país a las Invasiones Inglesas al Río de la Plata (1806-1807), mediante perros introducidos por el invasor, provenientes de Africa del Sur o de Inglaterra. Efectivamente, durante el período colonial la rabia era desconocida, como lo asegura Azara, quien de 1781 a 1801 recorriera en forma sistemática toda la extensión del Virreinato del Río de la Plata. Pero existía ya una enorme población canina, desarrollada al influjo de la riqueza ganadera, constituyendo los llamados "perros cimarrones" que infectaban la campaña. La diseminación de esta epizootia encontró entonces un ambiente muy favorable a su desarrollo. Retiradas las tropas inglesas en octubre de 1807, el primer caso de rabia humana en el Uruguay fue observado por Cristóbal Martín de Montújar, el 25 de diciembre del mismo año. Su detallado informe, es, según Schiaffino (2), el primer trabajo sobre dicha enfermedad en el Río de la Plata, basado en el estudio de 9 casos clínicos asistidos por él en Montevideo, en los hospitales Militar y de la Caridad, desde diciembre de 1807 a marzo de 1808. Dos años más tarde, aparecen los primeros casos en Buenos Aires (Schiaffino). Larrañaga, en su viaje a Paysandú en 1815, hace referencia a la abundancia de "perros cimarrones" y a la frecuencia de la rabia entre ellos, dando cuenta del estado de alerta de los habitantes de la campaña por la enfermedad, lo que hace suponer que en el correr de esos años se produjeran casos de rabia humana.

Nada hemos podido recoger en la bibliografía médica uruguaya del siglo pasado, sobre los casos de rabia que hubieran podido producirse. Sólo Amargós (1892) (3), en su tesis sobre mortalidad infantil en el Uruguay en niños menores de 5 años y en el quinquenio 1887-1891, hace referencia a un solo caso.

Es recién en 1918 que Rodríguez Castro (4) publica el primer caso de la bibliografía nacional, en un niño de 4 años. Morquío (5), en 1933, publica un segundo caso en un niño de 8 años. Bonaba, Lussich Siri y Freire Muñoz (6), en 1936, comunican un nuevo caso en un niño de 8 años, y por último, Bonaba y Barbato (7), en 1937, resumiendo en un trabajo de

conjunto las observaciones ya nombradas, agregan tres nuevos casos producidos entre 1924 y 1936, asistidos en el Instituto de Pediatría.

A estos casos en niños, corresponde agregar, en el lapso que comprende el trabajo de Bonaba y Barbato, dos casos de rabia en adultos (8). Se trata: a) de un mordido de mano, de 52 años, P. G. B., folio Instituto Antirrábico N° 9.481, fallecido el 6-II-32, luego de una incubación de 94 días; y b) otra mordedura de mano, en una persona de 34 años, J. F. G., folio Instituto Antirrábico N° 13.279, que falleció el 9-IV-36, luego de un período de incubación de 35 días.

Desde la última fecha hasta los recientes casos que describimos, no se han producido otros. Sólo ha llegado a nuestro conocimiento un caso ocurrido en Rivera, en 1947, cuyo diagnóstico se confirmó anatomopatológicamente, en el Instituto de Enfermedades Infectocontagiosas.

#### EPIZOOTOLOGIA DE LA RABIA EN EL URUGUAY

En lo que respecta a las características epizootológicas de la rabia en nuestro país, durante años, desde principios del siglo XIX, hasta 1949, existió rabia canina, enzoótica, con algunos empujes de importancia, como por ejemplo, los producidos en 1927 y en 1938. En ese último año se registraron 175 casos de perros con rabia, coincidiendo con numerosos casos ocurridos en los departamentos de Rivera, Salto y Artigas.

No se ha comprobado en nuestro país rabia "selvática", es decir, aquella vehiculizada por animales indígenas, entre los cuales la rabia se perpetúa indefinidamente, formando un reservorio muy difícil de controlar y desde el cual periódicamente se infectan los animales domésticos y eventualmente el hombre. Tampoco ha sido comprobada en el Uruguay, rabia transmitida por murciélagos. Este problema de la rabia de los quirópteros fue dado a conocer, por primera vez, en el año 1911, por Carini, en el Estado de Santa Catalina, Brasil, y posteriormente se ha comprobado su existencia en muchas partes del Brasil, en la Argentina, en México, Venezuela, EE. UU. y muchos otros países americanos, así como de Europa y Asia. Tiene también

importancia esta rabia de los murciélagos desde el punto de vista económico, dado que los quirópteros pueden ser por largo tiempo portadores de virus, diseminándolo a numerosos ejemplares de especies receptoras, especialmente los bovinos y equinos, entre los que producen altos índices de mortalidad; la infección humana sólo ocurre esporádicamente (Sugay y Nilsson, 1966) (9). Dentro de los quirópteros, los que mayor importancia tienen desde el punto de vista epizootológico, son las especies hematófagas del género *Desmodus* ("vampiros"), habiendo sido localizadas algunas colonias en nuestro país, pero hasta el momento no han sido encontrados ejemplares infectados (Porzecanski) (10). Sin embargo, debemos estar alerta ante la existencia de *Desmodus* infectados en el sur del Brasil, a sólo 60 Km. de nuestra frontera.

#### REFERENCIAS HISTORICAS Y ACTUALES A LA LUCHA CONTRA LA RABIA EN EL URUGUAY

Desde la aparición de la epizootia en el Uruguay, se fueron tomando medidas, inicialmente contra los "perros cimarrones", debido a la aparición de los primeros casos ya referidos, a principios del siglo XIX (Schiaffino, loc. cit.).

A raíz de los trabajos de Pasteur (1881-1885), nuestro medio científico sintió el influjo de dichos progresos, que promovieron la inquietud por el problema, apareciendo en 1892 la tesis sostenida ante nuestra Facultad sobre el tratamiento y profilaxis de la rabia por Arturo Ferrer (11). Desde 1886 funcionaba en Buenos Aires el "Laboratorio Pasteur" a donde concurrían los sujetos mordidos en el Uruguay para su tratamiento, cabiendo señalar que los primeros vacunados en dicha institución fueron dos mordidos procedentes del Uruguay.

Es en 1908 que se crea en el Uruguay un Servicio Antirrábico, a cargo de Andrés F. Puyol hasta 1925, luego a cargo de J. J. Lussich Siri hasta 1950 y desde esa fecha a cargo de Bernardo Porzecanski. Por Ley 9.289, del 1º de marzo de 1934, el Servicio Antirrábico pasa a ser Instituto, dependiente del Ministerio de Salud Pública, recientemente creado, dando las bases para una solución sanitario-administrativa satisfactoria del pro-

blema de la rabia en el Uruguay, cometiéndole a dicho Instituto encarar la profilaxis de la rabia en forma integral. Favorablemente influye en un control efectivo, la centralización en una sola institución, de la lucha antirrábica, lo que permitió encarar la actividad a escala nacional. Esta se centró en tres aspectos fundamentales: a) la lucha contra el perro vagabundo; b) el diagnóstico clínico y de laboratorio de los perros mordedores y sospechosos, permitiendo ello conocer la realidad epizootológica del país y no hacer uso indiscriminado de la vacunación antirrábica; c) la atención de mordidos.

Resultado de la perseverante aplicación de este programa fue indudablemente la extinción de la enfermedad desde 1944 al sur del Río Negro y, desde 1949, en todo el país (Porzecanski, loc. cit.).

A estos hechos positivos, de organización, planificación y erradicación de la rabia, desde 1949, deben contraponerse los factores predisponentes que determinaron la eclosión, en los últimos años, 1964-65, de un serio brote de rabia, que está, en los momentos que escribimos, en plena evolución.

En primer término, influyó la enorme e incontrolada población canina existente en el país, como consecuencia de desaciertos administrativos que se materializaron con la dispersión y desmantelamiento del Instituto Antirrábico, al cual, por Resolución Ministerial del 3 de noviembre de 1961, se le cercenó un servicio fundamental como el dedicado a la realización de diagnósticos y a su vez se le limitó en sus posibilidades materiales para la captura y eliminación de perros.

Las medidas antes aludidas y que llevaron a la reducción de las tareas profilácticas, tuvieron como excusa ese silencio epizootológico de veinte años, que indujo a una falsa y equivocada seguridad. Los responsables de estos desaciertos no tuvieron en cuenta la opinión de los técnicos especializados, respecto al peligro permanente que significa para nuestro país el tener fronteras fácilmente franqueables, con regiones con rabia enzootica.

Estos hechos determinaron en el país una densidad de población canina y felina que rebasa en mucho los porcentajes admitidos en países de gran densidad de población humana. En la ciudad de Las Piedras, Departamento de Canelones, por

ejemplo, se han censado 140 perros por Km<sup>2</sup> cuando en zonas libres de rabia de nuestro propio país, dicho porcentaje se reduce al de 1 perro por Km<sup>2</sup>. Otro índice consistiría en comparar el número de perros con relación a la población humana, lo cual nos da para la nombrada ciudad de Las Piedras, 1 perro por cada 3 habitantes, cuando el porcentaje que se considera más aceptable es el de 1 perro por cada 10 habitantes. Con respecto a la ciudad de Montevideo, Domínguez (12), en 1950, al estudiar el problema de la tuberculosis canina, dice que nuestra capital tiene la población canina más alta del mundo, después de Constantinopla. En cuanto a los felinos, es un hecho que ha llamado la atención de visitantes especializados en estos temas, el ver numerosos ejemplares no sólo en los domicilios, sino en lugares públicos, deambulando y cruzando calles, hecho desusado en los demás países del mundo. Los hechos referidos a la ciudad de Las Piedras, son extensivos a numerosos centros poblados de nuestra capital y de los departamentos limítrofes, caracterizados por una densa población animal que facilita la difusión rápida e incontrolable de la rabia. Es en base a estos hechos y conceptos que se puede dividir para su estudio nuestro país en las siguientes zonas epizootológicas:

- a) Zona epidémica, Departamentos de Montevideo y Canelones; área de 5.075 Km<sup>2</sup>, con una población canina que se calcula en 450.000 perros.
- b) Zona enzoótica, frontera Brasil-Uruguay (brotes en 1956, Bella Unión; en 1958, en Centurión; en 1962 y hasta la fecha, en Rivera); área de 55.760 Km<sup>2</sup>, con una población canina de 85.000 perros. La epizootia de Centurión, Departamento de Cerro Largo, fue estudiada en el Instituto Antirrábico y publicada por Sáenz-Sanguinetti (13), en relación con cuatro casos de rabia bovina ocurridos en esa localidad, por mordedura de perros, seguramente procedentes del Brasil.
- c) Zona libre de rabia y de fácil defensa que corresponde al resto del país; área de 116.673 Km<sup>2</sup> y con una población canina de 250.000 perros.

Damos en los cuadros que siguen los casos de rabia protocolizados entre julio de 1965 y abril de 1966:

CUADRO 1

*Casos de rabia diagnosticados en el Uruguay (1965-1966)*

Localidad	1965						1966			
	Jul.	Ag.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	En.	Feb.	Mar.	Ab.
Montevideo .....	—	2	9	54	68	117	66	43	86	110
Canelones .....	—	—	—	5	6	12	5	2	14	23
Artigas .....	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Rivera .....	1	1	—	2	3	4	2	—	5	—
Soriano .....	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Lavalleja .....	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
San José .....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Maldonado .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Paysandú .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Total .....	1	3	9	62	77	133	75	45	107	138

CUADRO 2

*Casos por año*

Año	Total
1964 (setiembre, octubre y noviembre) .....	11
1965 (julio a diciembre) .....	285
1966 (enero, febrero, marzo y abril) .....	365
Total .....	661

CUADRO 3  
Casos por departamento

Año		Total
1964	Montevideo .....	11
1965	Montevideo .....	555
y	Canelones .....	67
1966	Rivera .....	18
	San José .....	1
	Lavalleja .....	3
	Soriano .....	2
	Artigas .....	2
	Maldonado .....	1
	Paysandú .....	1
	Total .....	661

CUADRO 4  
Casos por especies

Especies	Total
Humanos .....	3
Caninos .....	540
Felinos .....	107
Bovinos .....	6
Ovinos .....	1
Porcinos .....	3
Equinos .....	1
Total .....	661

Debe observarse en el cuadro 4, la gran cantidad de rabia felina que condice con lo expresado más arriba respecto a la gran población de esta especie existente en el Uruguay. La proporción entre rabia canina y rabia felina observada universalmente, es del 5% aproximadamente, mientras que en la epidemia que actualmente vivimos llega al 16%.

Si bien se observa un descenso en las columnas correspondientes a los meses de enero y febrero, lejos estamos, a nuestro



juicio, de esperar la desaparición del brote en los próximos meses. Nos inducen a ello los datos de población canina existente. Y aun en el caso improbable que ocurriera un descenso brusco en el presente brote, de ninguna manera debe pensarse en disminuir, en lo más mínimo, el estado actual de alerta y de prevención en todo el territorio nacional, ante cualquier mordedura. Razones epidemiológicas vividas en circunstancias similares, hacen pronosticar la persistencia de la rabia por muchos años. Por lo tanto, debe considerarse la epidemia actual como importante y grave [Bol. Cent. Panam. Zoonosis, 1966 (14)].

### CASOS CLINICOS \*

Pasemos a relatar los tres casos observados, dando en cuadro adjunto las características de todos los casos publicados en la bibliografía nacional (cuadro 5).

Caso 1.— a) *Nombre*: Sonia B.

b) *Edad*: 22 años.

c) *Sexo*: Femenino.

d) *Especie y estado del animal infectante*: Perra con cría que hace tres años vive en el mismo lugar, una carpintería próxima al domicilio de la mordida, en plena ciudad de Montevideo. El 7 de setiembre de 1964, cuatro días después de haber producido la mordedura, dicho animal es encontrado muerto y por indicación del médico veterinario que asistió a la perra, es enviado su cadáver, con el Registro N° 64.502, por el Instituto Antirrábico, al Laboratorio de Higiene Pública del Miramar, para su diagnóstico. Dicho Laboratorio dio a conocer el resultado, luego del fallecimiento de la persona mordida, en un informe escrito en el que informaba que era negativo respecto a rabia.

e) *Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada*: El 3 de setiembre, Sonia B. es mordida, al acercarse a la cría, mordedura en el labio, siendo asistida en el Hospital de Clínicas, donde se le practica una sutura con cuatro puntadas.

f) *Intervalo entre la infección y la muerte*: Veintisiete días (fallece el 30 de setiembre de 1964).

g) *Intervalo entre los primeros síntomas y la muerte (evolución)*: Ocho días.

---

\* Hemos adoptado, para exposición de los casos clínicos, el modelo de las descripciones de Bonaba y Barbato (1937, loc. cit.).

CUADRO 5  
Casos de rabia humana publicados en el Uruguay (1918-1966)

Año	Autor	Edad	Sexo	Animal infectante			Región de la mordedura	Intervalo entre infección y muerte	Intervalo entre síntomas y muerte	Autopsia	Inoculación exper.	Inmunofluorescencia
				Especie	Autopsia	Inoculación						
1918	Rodríguez Castro.	4 a.	Masc.	Perro.	No.	+	Mejilla.	30 días.	7 días.	No.	No.	
1933	Morquito.	8 a.	Masc.	Perro.	No.	No.	Pie.	83 días.	7 días.	C. Negri.	+	
1936	Bonaba et al.	8 a.	Fem.	Perro.	C. Negri.	No.	Cuello.	14 días.	3 días.	No C. Negri.	+	
1937	Bonaba y Barbato.	3 a.	Fem.	Perro.	No.	No.	Nariz.	23 días.	5 días.	No.	No.	
1937	Bonaba y Barbato.	15 a.	Masc.	Perro.	C. Negri.	No.	Mentón, labio.	33 días.	7 días.	No.	No.	
1937	Bonaba y Barbato.	6 a.	Fem.	Perro.	No.	No.	Nariz, órbita.	26 días.	3 días.	No.	No.	
1937	Bonaba y Barbato.	9 a.	Masc.	Perro.	No.	No.	Mano.	70 días.	4 días.	No.	No.	
1964	*	20 a.	Fem.	Perro.	No.	No.	Labio.	27 días.	8 días.	C. Negri.	+	
1965	*	3 a.	Masc.	Perro.	No.	No.	Órbita, nariz, labio.	21 días.	2 días.	C. Negri.	+	+
1966	*	9 a.	Masc.	Perro.	C. Negri.	+	Muslo.	60 días.**	8 días.	C. Negri.	+	+

\* Observaciones nuestras.

\*\* Aproximado, pues no se conoció el día exacto de la mordedura.

h) *Necropsia e investigaciones experimentales*: Se hace autopsia en la Posta Central de Anatomía Patológica del Ministerio de Salud Pública, encontrándose corpúsculos de Negri en el cerebro. El diagnóstico se completó con inoculación intracerebral en ratones con material nervioso y glándula salival que igualmente resultaron positivos; estas últimas pruebas se llevaron a cabo en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina.

i) *Vacunación antirrábica*: No se hizo, por no haber concurrido al consultorio médico del Instituto Antirrábico, pese a habersele indicado.

j) *Datos clínicos complementarios*: El 22 de setiembre, Sonia se sentía con tristeza y deprimida. El 24 volvió a su trabajo con dolores de cintura, de cabeza y garganta; se siente febril y con insomnio por la noche. A nivel de la herida siente que ésta se encontraba "adormecida" y que "le tiraba". El 25, al querer enjuagarse la boca tiene un "ataque". Otro "ataque" cuando a la noche toma comprimidos que le recetaron. Vista por el Dr. Germán P. Barbato, es enviada al Hospital Filtro por su dificultad respiratoria. El 26, en dicho Hospital es interpretada como "histérica", siendo pasada al Hospital Vilardebó, donde fallece, sin diagnóstico, el 30 de setiembre de 1964.

Caso 2.— a) *Nombre*: Leonardo A. F.

b) *Edad*: 3 años.

c) *Sexo*: Masculino.

d) *Especie y estado del animal infectante*: Perro vagabundo, que penetró en el domicilio suburbano de Montevideo, donde el niño jugaba. Lo muerde y huye, no pudiendo ser identificado.

e) *Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada*: El 5 de noviembre es mordido en la casa: región suborbitaria derecha, nariz y labio superior.

f) *Intervalo entre la infección y la muerte*: Veintidós días (fallece el 26 de noviembre de 1965 en el Hospital "Dr. Pedro Visca", Servicio "A", Prof. J. M. Portillo).

g) *Intervalo entre los primeros síntomas y la muerte*: Dos días.

h) *Necropsia e investigaciones experimentales*: La autopsia, realizada en la Posta Central de Anatomía Patológica del Ministerio de Salud Pública, mostró corpúsculos de Negri en el asta de Ammón, así como la inoculación intracerebral al ratón y la inmunofluorescencia con sustancia nerviosa y con saliva (realizada ante mortem), confirmaron el diagnóstico. Estas últimas pruebas se llevaron a cabo en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina.

i) *Vacunación antirrábica*: No se hizo, por no haber concurrido oportunamente.

j) *Datos clínicos complementarios*: Comienza cuatro días antes de su ingreso con cambio de carácter, la madre lo nota "más bueno". Al día siguiente se vuelve excitable, con dificultad en la deglución y en el lenguaje. Ese mismo día tiene temperatura de 39° C., consul-

tando en policlínica y haciéndose el diagnóstico de rinofaringitis. Los dos días siguientes transcurren con gran nerviosismo e insomnio. Horas antes de ingresar tiene un episodio tónico, que se repite en el curso del traslado al hospital, donde ingresa con diagnóstico de convulsión febril y rinofaringitis; horas después presenta ya un síndrome de hiperexcitabilidad intenso con conservación completa de la conciencia. El examen efectuado el 25 de noviembre a la hora 11, muestra un niño con buen estado general y nutritivo, con facies ansiosa: ojos abiertos, asombrados, perfectamente lúcido entre los períodos tónicos. Gran excitación psicomotriz con movimientos desordenados en forma de sacudidas de miembros superiores, en pronación, bilaterales; respiración irregular, suspirante, nasal, poco profunda, entrecortada. Durante los períodos tónicos la respiración es aun más superficial. Obedece bien a las órdenes, contestando correctamente a las preguntas, pero con una palabra perturbada, rápida y explosiva. Por momentos estado confusional. Frente a cualquier excitación aparecen crisis tónicas caracterizadas por sobresaltos en masa con rigideces de los miembros y cara. Al obedecer órdenes aparecen disquinesias bruscas, rápidas, violentas. Marcha rígida, con hipertonia de los extensores, atáxica, en puntas de pie; al intentar sentarse aparecen movimientos que afectan a todo el eje corporal. Las excitaciones externas aumentan estos episodios tónicos. El soplo sobre la cara, desencadena una crisis defensiva que afecta igualmente la masa corporal con facies de pavor. Ojos abiertos, conjuntiva inyectada, movimientos de flexoextensión de brazos con manos crispadas. Al intentar beber, el niño manifiesta avidez por el agua, no logrando absorber sino pequeñísimos sorbos, apareciendo reflujo y crisis tónicas generalizadas con sobresaltos musculares.

En la cara se aprecia cicatriz de mordedura de perro, localizada en parte interna de párpado inferior derecho, dorso de nariz y labio inferior, cara mucosa; no hay parálisis de pares craneanos, siendo la exploración muy difícil. No hay trismus. Al intentar visualizar la garganta, se provoca crisis tónica generalizada con participación faríngea. No hay síndrome meníngeo. Contractura generalizada en extensión de miembros inferiores, que por momentos cede, obteniendo una extensibilidad normal; la pasividad es muy difícil de explorar. Reflejos normales. Ambos pies adoptan una posición de varoquin, con dedo gordo en extensión de primera falange y flexión de la segunda. Cutáneo plantar en flexión. Reflejos abdominales difíciles de obtener. Pulso de 170 por minuto, regular. Ruidos cardíacos bien golpeados, temperatura 38°5 C. Abdomen discretamente distendido, timpánico. Bien hidratado. Orina bien.

*Evolución:* Hora 16. Niño agravado con respecto al examen anterior. Temperatura 39°2. No responde a las órdenes. Se queja de un dolor retroesternal bajo. Ojos abiertos, miosis, respiración suspirante y entrecortada. Gran distensión abdominal. Las crisis tónicas son más frecuentes; facies vultuosa; se ha mordido el labio. Se practica medicación intravenosa con largactil y fenergán en goteo permanente. Fallece el 26 de noviembre, hora 16.

CASO 3.— a) Nombre: Juan Carlos O.

b) Edad: 9 años.

c) Sexo: Masculino.

d) *Especie y estado del animal infectante*: Perro que había tenido contacto con otros dos perros en los cuales se hizo el diagnóstico de rabia.

e) *Fecha, localización e importancia de la puerta de entrada*: A mediados de enero de 1966 (no se tiene fecha exacta), mordedura leve en cara posterior de muslo izquierdo, que no recibió tratamiento.

f) *Intervalo entre la infección y la muerte*: Aproximadamente sesenta días.

g) *Intervalo entre los primeros síntomas y la muerte*: Ocho días (fallece el 22 de marzo de 1966).

h) *Necropsia e investigaciones experimentales*: Numerosos corpúsculos de Negri en el asta de Ammón. Prueba de la inmunofluorescencia ante mortem en saliva es positiva. La inoculación intracerebral al ratón, con muestras de cerebro del niño, se mostró positiva para la rabia, falleciendo todos los ratones antes del 12º día, siendo positivo el control inmunofluoroscópico de este material.

i) *Vacunación antirrábica*: No se hizo, por no haber concurrido.

j) *Datos clínicos complementarios*: La historia clínica de este niño es algo compleja por presentarse previamente una afección aparentemente no relacionada con la rabia. Primer ingreso, el 9 de marzo de 1966. Es enviado desde una playa, donde estaba en un campamento infantil, por síndrome toxiinfeccioso, fiebre de 38°, cefaleas, astenia y anorexia datando de tres días. Al examen se comprueba niño en buen estado general, lúcido, con adenopatías pequeñas generalizadas. Hígado a 3 cm. del reborde costal de consistencia normal, indoloro. Faringe congestiva con moderada hipertrofia amigdalina. Datos de laboratorio: hemograma: glóbulos rojos, 4.000.000; hemoglobina, 84%; valor globular, 1; glóbulos blancos, 14.000; neutrófilos, 72; eosinófilos, 12; linfocitos, 15; monocitos, 1. Plaquetas normales; reticulocitos, 0,1%. Orina normal. Funcional hepático: B.T., 0,10 mg.%; B.D., 0,10 mg.%; colesterol, 1,84 g.%; Hanger (—). Timol, 14 U. Proteínas totales 7,41 g.%; albúminas, 4,68 g.%; globulinas, 2,73 g.%. Índice A-G: 1,78. Radioscopia del tórax, normal. Habiéndose descartado la posibilidad de una hepatitis infecciosa o de una mononucleosis infecciosa, es dado de alta el 14 de marzo.

Segundo ingreso. El mismo día del alta, el niño se sintió decaído. El 15, anorexia y se queja de molestias fugaces en la parte posterior del muslo izquierdo, lugar de la mordedura. El 16, sensaciones de ahogo y dificultad para tragar alimentos. Por la noche, al querer tomar agua, le sobreviene una crisis con sensación de ahogo, llevándose las manos al cuello con expresión de angustia. El 17, es internado nuevamente. El examen no muestra sino las crisis descritas que disminuían de intensidad y frecuencia cuando el niño era dejado tranquilo,

siendo interpretado como histérico. Se le medica con largactil, persistiendo igual la sintomatología. El 18, recién el padre aporta el dato de la mordedura de perro ocurrida a principios del mes de enero. El examen clínico muestra un niño febril de 38°5, con respiración suspirosa, sensación de falta de aire. Cada pocos momentos presenta crisis tónicas de los músculos del cuello y cara, durante las cuales lleva sus manos al cuello, gimiendo con intensa expresión de angustia, al mismo tiempo que se intenta parar y levantarse de la cama. El soplo sobre la cara desencadena nuevas crisis. El niño está lúcido y recuerda todas las secuencias de su enfermedad. No hay trismus. No hay signos meníngeos. Los reflejos osteotendinosos no se obtienen. Marcada taquicardia. Se instituye terapia sedante con largactil, demerol y luminal.

*Evolución:* Día 19, parece más tranquilo, pero no logra tragar, expulsando la saliva por la boca. Estado delirante, febril, con crisis tónicas esporádicas. Ritmo respiratorio irregular, superficial. Abdomen muy distendido. El 22, hipertermia de 39°5, tiene vómito hematinico. Paraplejía flácida, falleciendo horas después.

### CONSIDERACIONES

Antes de concretar los elementos clínicos de nuestros casos, queremos recordar algunas características de la infección rábica en el hombre, enfermedad 100% fatal. La rabia tiene particular interés para el pediatra, dado que la mayoría de los casos humanos inciden en el niño (entre 5 y 15 años), siendo la muerte por rabia tres a cinco veces más frecuente que en el adulto, incluso en los vacunados, dado la mayor frecuencia del fracaso de la vacunación en ellos, a pesar de que se les suministre habitualmente mayor cantidad de vacuna en relación a su peso. La rabia es una enfermedad poco común en el hombre; ataca principalmente a los animales y de éstos el principal vector es el perro [Babes (15), 1912; Dargallo (16), 1962].

La mordedura del animal rabioso produce rabia en el hombre en 1/6 de los casos (15 a 17%) y gracias a la vacunación la mortalidad queda reducida a menos del 1% (0,2 a 0,4%), porcentaje que esperamos a corto plazo ver más reducido aún, dado el progreso innegable que se realiza en las técnicas de preparación de vacunas y sueros antirrábicos.

Es de interés señalar desde el punto de vista epidemiológico, que no siempre existe relación directa entre el número de casos

animales y casos humanos; tal es así, que se ha descrito recientemente un episodio en que un solo perro, en un país previamente libre de rabia (Holanda), infectó y llevó a la muerte a 5 personas, sin originar una epizootia. Desde luego, es mucho más frecuente que nos encontremos con casos humanos de rabia en aquellos medios en que esta grave zoonosis tiene gran difusión en la población animal.

El tipo y localización de la lesión producida por la mordedura tiene gran importancia en cuanto a la gravedad. Las zonas mejor marcadas, tales como cara, cuello y manos, tienen mucho mayor facilidad de penetración hacia los filetes nerviosos, así como las zonas cercanas a los centros nerviosos (cara, cuello) permiten alcanzar el encéfalo con mayor rapidez.

En cuanto a la sintomatología en sí, vemos que se trata de una encefalitis de curso sobreagudo, cuyos elementos clínicos más salientes son la hiperexcitabilidad global neuromuscular, los trastornos del carácter, conservando no sólo la conciencia, sino una perfecta lucidez.

En la evolución de la enfermedad se describen clásicamente cuatro períodos: de incubación, inicial o melancólico, de excitación o de estado y el de parálisis o terminal.

El período de incubación es muy variable, siendo la enfermedad de período de incubación que puede llegar a ser más largo (exceptuando la lepra). Es totalmente sintomático, estando en relación su duración con la edad (en el niño más corto) y sobre todo la región mordida (peligrosidad de las regiones cercanas a los centros nerviosos como cara y cuello). En nuestros casos, dicho período varió entre 21 días (mordedura de cara) y 83 días (mordedura de pie).

El período melancólico se caracteriza por su brevedad, dando lugar inmediatamente al siguiente período. En nuestros casos duró aproximadamente 24 a 48 horas. Se caracterizó por depresión: al niño lo notan más bueno, triste, con algunos elementos iniciales de exaltación, como insomnio, dolor de garganta (casos 1 y 2) y generalmente fiebre, que puede llegar a ser alta y mantenida (caso 2). Como síntomas iniciales a veces, pero de ninguna manera constante, aparece sintomatología local a nivel de la mordedura: enrojecimiento, tumefacción, dolor, parestesia y anestesia (casos 1 y 3).

El período de estado, muchas veces intrincado en su inicio con el anterior, se caracteriza por la excitabilidad psíquica y neuromuscular. Al principio crisis espasmódica, sobre todo laríngea, que hace imposible la deglución (caso 2); estos síntomas, que se presentan inicialmente en forma aislada, desorientan al clínico (caso 1), que los toma por episodios rinofaríngeos febriles banales (caso 2). Luego se instala la hipersensibilidad ante los estímulos externos, que es precoz y característica. La más típica es la aerofobia: al soplar sobre la cara del enfermo, se desencadena una contractura general lizada fundamentalmente tónica, con reacción de espanto y terror. La hidrofobia, es también muy clara: imposibilidad de tragar, aunque el enfermo sienta una sed intensa, lo que desencadena igualmente la crisis tónica ya descrita. Al observar endoscópicamente la faringe de uno de nuestros enfermos (caso 2) se pudo ver la disquinesia de los músculos faringolaríngeos. Las excitaciones sensoriales, aunque mínimas y de cualquier tipo, desencadenan igualmente las crisis tónicas, que a medida que transcurren las horas se van haciendo más intensas y prolongadas. Un trastorno típico y al parecer patognomónico, son los trastornos respiratorios caracterizados por la respiración anhelante, suspirosa, superficial, nasal, con un ritmo breve y súbito, entrecortado, donde se pone en acción la musculatura respiratoria accesoría, y contractura facial. Con respecto al psiquismo, se destaca la conservación de la conciencia, hecho que diferencia sustancialmente a la rabia de otras encefalitis agudas. La excitación es marcada, con gran estado de ansiedad, no pudiendo estar quieto, lo que lo lleva a nuevas y reiteradas crisis tónicas. Hecho fundamental: no hay trismus. Por la edad de nuestros enfermos y por lo incompleto de la historia clínica del caso en el adulto (caso 1), no podemos referir los elementos psicopáticos observados en esta enfermedad, pero cabe señalar, por la enseñanza que ello implica, que el caso 1, en un adulto joven, fue catalogado de histeria, muriendo sin su verdadero diagnóstico en un hospital psiquiátrico. El estado general se mantiene, con fiebre elevada, taquicardia intensa, boca seca con secreción espesa y saburral.

El período final, llamado también paralítico, a menudo puede faltar por fallas respiratorias o cardíacas y sobre todo se encuentra encubierto por la medicación sedante instituída, sobreviniendo la muerte en forma brusca.



## DIAGNOSTICO

La signología clínica, según ya lo hemos descrito, con la tétlada de aerofobia, hidrofobia, respiración suspirante e hiperexcitabilidad neuromuscular generalizada, sobreviniendo en crisis reiteradas, en un sujeto con antecedentes de mordedura, forma un síndrome clínico característico de la afección, frente al cual no cabe prácticamente diagnóstico diferencial.

El tipo de respiración es quizá el signo más llamativo y constante: respiración superficial, suspirosa; unida a un dolor retroesternal, son elementos de una gran constancia y típicos de la enfermedad.

Cuando la sintomatología se ha completado, no cabe, como hemos dicho, diagnosis diferenciales, tales como el tétanos (con su trismus característico), la parálisis ascendente del tipo Landry (la rabia humana es recién paralítica en su etapa final y la hiperexcitabilidad neuromuscular es lo más saliente frente a los elementos paralíticos que pudieran presentarse), la intoxicación estricnínica (falta en ésta el antecedente de mordedura y el carácter de las contracturas es más permanente). Donde la rabia ofrece grandes dificultades diagnósticas es en sus primeros síntomas, cuando aún no han aparecido los elementos típicos. De ello es prueba bien demostrativa los tres casos que presentamos; en ninguno de ellos el diagnóstico fue sospechado precozmente, es decir, antes de la instalación de la signología característica y en uno de ellos incluso el diagnóstico fue post mortem. Efectivamente, el caso 2, concurrió al hospital donde se hizo primeramente diagnóstico de rinofaringitis y luego, al ingresar al hospital, se pensó en una rinofaringitis con convulsión febril. Los otros dos casos desorientaron tanto a los médicos tratantes que a lo menos en un momento se pensó en el origen psicógeno de los síntomas: el caso 3, al ingresar fue rotulado como histeria, dado que presentaba crisis de dificultad de deglución puras, sin ninguna otra sintomatología; en el caso 1, la desorientación fue aun más grande, dado que fue trasladada a un hospital psiquiátrico, donde falleció.

Es pues en las primeras horas de la enfermedad en que debemos aguzar la observación frente a elementos semiológicos, al parecer paradójicos o desorientadores, que revelan la apari-

ción de la hipersensibilidad neuromuscular, pero entonces localizada: espasmos laringofaríngeos (casos 1 y 3), crisis tónicas con conservación completa de la conciencia (caso 2).

El diagnóstico de laboratorio, positivo y directo, en vida del enfermo, puede obtenerse por el estudio de la saliva por el método de la inmunofluorescencia, realizado en nuestro país por Vallone y colaboradores (1966) (17), en los dos últimos casos descritos en este trabajo. Los principios de este método consisten en el sometimiento del material a investigar (saliva, sustancia nerviosa) a suero antirrábico específico, *marcado* por un *fluorocromo*. Para ello se obtiene una impresión sobre lámina, del material a investigar, sobre el cual se deja actuar una gota del suero antirrábico marcado; luego se lava, a fin de barrer con todo el suero que no ha sido "fijado" por el material presuntivo. Llevada esta lámina al microscopio de fluorescencia, si existe retención, es decir, combinación del suero marcado con el material a investigar, se muestra la fluorescencia: estamos en presencia de un caso positivo; el material a investigar presenta virus rábico. Este método específico tiene ventajas considerables que se reflejan en las posibilidades de pruebas seriales, numerosas y rápidas, y sobre todo, en vida del enfermo. En los últimos dos casos que presentamos, este método, aplicado ante mortem, se mostró positivo. El estudio del animal infectante es fundamental: si el animal, a través de su saliva, era infectante en el momento de morder, presentará rabia clínica dentro de los diez días; es por esto de suma importancia proceder a la observación del mismo durante ese lapso. Si sobrevive y está normal al plazo de diez días, se puede considerar que en el momento de la mordedura no entrañaba peligro, del punto de vista de la rabia, a la persona o animal mordido. Si se enferma dentro de este término y muere, el diagnóstico de laboratorio sobre material nervioso o glándula salival, mediante la observación de los corpúsculos de Negri en las células nerviosas del cerebro o preferentemente por el examen inmunofluoroscópico, permiten conocer el diagnóstico preciso e iniciar precozmente en el mordido el tratamiento antirrábico profiláctico. Universalmente se reconoce que el corpúsculo de Negri es específico de la rabia y su presencia siempre indica esta infección. Más aún,

un corpúsculo de Negri bien formado no se puede confundir con ningún otro [Tierkel, 1956 (18)]. Es por esto un elemento de diagnóstico clásico y de plena vigencia, de simple realización, que sólo exige una técnica correcta y un ojo acostumbrado a identificarlo. Algunas veces, cuando la enfermedad ha sido muy aguda, pueden faltar dichos corpúsculos o ser muy escasos y pequeños, lo que puede requerir examen complementario inmunofluorescente o la inoculación intracerebral al ratón. El método inmunofluorescente permite establecer en pocas horas un diagnóstico preciso de la muestra, cuyos resultados corresponden muy bien a los que se obtienen en las pruebas de inoculación al ratón, pero que pueden exigir éstas hasta veinte días en completarse.

### CONDUCTA Y NOCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE PERSONAS MORDIDAS

(Según información del Instituto Antirrábico)

I) *Normas generales.*— 1) Estas normas se aplican integralmente, aun en los casos de animales mordedores que tengan vacunación vigente contra la rabia. 2) Siempre deberá quedar constancia escrita de la consulta de un mordido. 3) La persona mordida, una vez atendida, deberá ser enviada para el estudio más completo del caso (localización y diagnóstico del animal mordedor) al Servicio Médico del Instituto Antirrábico, calle Maldonado 1582 (teléfono 4-72-72) que funciona los días hábiles de 8 a 12 y de 14 a 18 horas, sábados, domingos y feriados de 8 a 12 horas. 4) El envío del mordido, con la recomendación de concurrir al Instituto Antirrábico dentro de las 24 horas, debe ser acompañado del correspondiente pase, quedando en el Servicio remitente, duplicado de este trámite.

II) *Tratamiento local de las heridas.*— 1) Toda persona que ha sido mordida o rasguñada por un animal, debe recibir tratamiento local inmediatamente. 2) La herida debe lavarse durante 15 minutos con abundante agua y jabón o un detergente, de preferencia con agua caliente. 3) En lo posible deberá evitarse la sutura inmediata de la herida, pudiendo aplicarse después del lavado, si así se cree indicado, antisépticos o antibióticos. 4) La profilaxis antitetánica deberá efectuarse como en cualquier herida y en caso de ser profunda, lacerante y anfractuosa, el suero antirrábico tiene prioridad sobre la aplicación del suero antitetánico.

III) *Tratamiento específico.*— Deberá iniciarse inmediatamente en los siguientes casos: 1) Mordeduras graves; son consideradas como tales y requieren tratamiento inmediato, las heridas múltiples (aun superficiales), las heridas profundas, las heridas en cabeza, cara, cuello y manos, las heridas en mucosas y las mordeduras por animales salvajes, especialmente cuando muerden sin provocación (zorros, zorrillos, murciélagos, gatos de monte, etc.). 2) Frente a las mordeduras graves se inicia el tratamiento de vacunación antirrábica, aun en el caso de que el animal mordedor estuviere vivo y aparentemente normal. 3) La administración complementaria del suero antirrábico está indicada en casos de mordeduras graves, realizadas por un animal rabioso o sospechoso de rabia o muerto en circunstancias dudosas y deberá ser aplicado, para su mayor eficacia, precozmente, dentro de las 72 horas de producida la mordedura. La técnica de aplicación del suero antirrábico es la siguiente: 0,5 c.c. (= 40 U.I.) por kg./peso, vía intramuscular, aplicando la misma técnica que se recomienda para el suero antitetánico. Parte del total del suero puede ser infiltrado en los diversos planos de la herida. Simultáneamente se inicia la vacunación antirrábica, administrando la primera dosis de 2 c.c. 4) Si el animal mordedor continuara sano hasta el 5º día de la observación, el tratamiento antirrábico es interrumpido. 5) Si el animal presenta durante el período de observación síntomas de rabia, o si el animal mordedor no ha podido ser localizado, se continuará la aplicación diaria de la vacuna antirrábica (= 2 c.c.), hasta completar la serie de 14 inyecciones, seguidas respectivamente, diez y veinte días después de la última dosis, por una inyección de "refuerzo". Este refuerzo se considera fundamental en aquellas personas a las cuales se les ha administrado suero antirrábico. 6) Mordeduras leves y contactos: en estos casos, es decir, mordedura superficial o subcutánea en cualquier parte del cuerpo que no sea la cara, cabeza, cuello y manos, como también en el caso de lameduras sobre arañazos o erosiones frescas sobre la piel mucosa, no se inicia tratamiento, si el animal se encuentra confinado, bajo vigilancia diaria, preferentemente de un veterinario, y permaneciera normal diez días después de la exposición. 7) Si durante este período de observación de diez días el animal presentara signos de rabia, se deberá iniciar el tratamiento. 8) Cuando el animal no puede ser identificado o localizado, vivo o muerto, se deberá iniciar el tratamiento. 9) En el caso de contactos con saliva, lengua o boca de perro rabioso sobre piel y no existiendo mordedura u otra lesión cutánea reciente, de menos de 24 horas, no está indicado el tratamiento específico. 10) En ninguno de estos casos se aplica suero antirrábico y el tratamiento específico mencionado para las mordeduras leves y contactos, consiste, tanto para los adultos como los niños de toda edad, en una serie de 14 (catorce) inyecciones, de 2 c.c. c./u., diarias.

IV) *Instrucciones referentes a la vacuna antirrábica y el suero antirrábico.*— 1) La vacuna que proporciona el Ministerio de Salud Pública se prepara en el Departamento de Laboratorios y es una suspensión al 1% de sustancia cerebral de ratones lactantes inoculados con virus "fijo" de rabia e inactivado por rayos ultravioletas. 2) La vacuna debe ser conservada en la heladera, entre 4° C. y 10° C., no permitiendo su congelación. 3) La serie total de vacunación consiste en 14 inyecciones, c./u. de 2 c.c. (= 1 ampolla), las que se inyectan diariamente por vía subcutánea, preferentemente en la región de la espalda, en su zona interescapular, por ser esta región poco inervada e irrigada, siendo la inyección menos dolorosa y de absorción más lenta. 4) El suero antirrábico se obtiene de mulas o caballos hiperinmunizados por repetidas inyecciones de virus rábico fijo. Contiene fenol al 0,4% y merthiolate al 1/20.000. Ha sido sometido a procesos de purificación y concentración y para su administración deben tomarse iguales precauciones que las que se indican para el suero antitetánico. En los casos de mordeduras graves se da en la dosis de 0,5 c.c. (= 40 U.I.) por kg./peso, preferentemente por vía muscular o, en parte, en la propia zona de la mordedura.

V) *Revacunaciones.*— 1) Si la mordedura se produce dentro de los tres primeros meses de haber sido vacunada, la persona no necesita nueva vacunación. 2) En vacunados entre los tres y seis meses, se recomienda un refuerzo de siete dosis de vacuna, en caso de nueva mordedura. 3) Si la mordedura ocurre seis meses después de vacunada la persona, recibirá una serie completa de 14 inyecciones.

VI) *Accidentes.*— Incluimos estas referencias, dado que no es improbable que concurren para orientarse personas con reacciones vacunales o séricas. 1) En los casos de reacciones locales y generales leves (reacción inflamatoria local a la vacuna, reacciones urticarianas más generalizadas), dar antihistamínicos. 2) En el caso de reacciones más importantes: manifestaciones neurológicas, parestesias, parestias, trastornos esfinterianos, etc., suspender la vacunación, dar antihistamínicos y comunicarse con el Instituto Antirrábico, Servicio Médico, calle Maldonado 1582, teléfono 4-72-72. 3) Tener en cuenta que las personas que recibieron suero antirrábico pueden hacer, además de las reacciones de hipersensibilidad inmediata, reacciones del tipo de la enfermedad sérica que aparecen entre el 6º y 12º días (erupciones, prurito, adenopatías, artralgias, temperatura, etc.).

VII) *Cuidados de la persona durante el tratamiento.*— No deben hacer ejercicios violentos, evitarán toda clase de excesos, no deberán tomar alcohol, continuarán desempeñando su actividad laboral, salvo que demande esfuerzo físico importante.

## RESUMEN

Habiéndose diagnosticado entre setiembre de 1964 y marzo de 1966 tres casos de rabia humana en el Uruguay, los autores hacen una revisión de la rabia humana en el país, particularmente en lo referente a la actual epidemia y la lucha antirrábica, dando los datos estadísticos obtenidos a través del Instituto Antirrábico (Sección Zoonosis) del Ministerio de Salud Pública. Entre setiembre de 1964 y abril de 1966 se han diagnosticado 661 casos de rabia, tres de los cuales humanos. Se presentan las historias clínicas de los tres casos humanos, ocurridos uno en una mujer adulta y dos en niños. Se presentan los hallazgos del diagnóstico anatomopatológico, las pruebas de inoculación al ratón y los resultados del diagnóstico pre y post mortem, por el estudio de la inmunofluorescencia.

Finalmente se presentan las reglas de profilaxis de la rabia adoptadas en el Uruguay.

## SUMMARY

Reappearance of rabies in Uruguay is discussed.

Three cases of human rabies, one woman and two children, none of which had received antirabies vaccination, occurred during the period sept 1964-march 1966.

Cases histories are given and diagnostic problems are discussed.

A total of 658 animal cases of rabies were laboratory confirmed: 540 dogs, 107 cats and 11 other animals.

The large amount of rabies cases in cats is remarked. Recommendations for post-exposure treatment are given.

## BIBLIOGRAFIA

1. O. M. S.: *Investigaciones sobre zoonosis*. Crónica de la O. M. S., 19: 106, 1965.
2. SCHIAFFINO, R.: *Historia de la Medicina en el Uruguay*, tomo III, 1942.
3. AMARÓS, J. R.: *La mortalidad infantil en Montevideo, sus causas y medios para disminuirla*. Montevideo, 1892.
4. RODRÍGUEZ CASTRO, A.: Sobre un caso de rabia. *Arch. Lat. Amer. Ped.*, 12: 539-543, 1918.

5. MORQUO, L.: Accidentes paralíticos consecutivos al tratamiento antirrábico. *Arch. Pediat. Urug.*, 4: 257-267, 1933.
6. BONABA, J.; LUSSICH SIRI, J. y FREIRE MUÑOZ, C.: Forma exclusivamente meníngea de rabia infantil. *Arch. Pediat. Urug.*, 7: 275, 1936.
7. BONABA, J. y BARBATO, D.: Rabia infantil en el Uruguay. *An. Fac. Med. Montevideo*, 12: 40-92, 1937.
8. BARBATO, D.: Comunicación personal.
9. SUGAY, W. y NELSON, M. R.: Isolamento do virus da rabia de morcegos. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 60 (4): 310, 1966.
10. PORZECANSKI, B.: Control de la rabia en el Uruguay. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, marzo 1958.
11. FERRER, A.: *Vacunación y profilaxis de la rabia*. Montevideo, 1892.
12. DOMÍNGUEZ, C. M.: *Higiene y profilaxis de la tuberculosis (en su relación con la tuberculosis canina). Antecedentes, discusión y proyecto de ley aprobado*. Cámara de Senadores. XXXVª legislatura. Montevideo, 1950.
13. SÁENZ-SANGUINETTI, A.: Rabia bovina en el Uruguay y foco de Centurión (Cerro Largo). *Día Méd. Urug.*, 26 (315): 2693-2701, 1959.
14. *Bol. Cent. Panam. Zoonosis*, 1966.
15. BABES, V.: *Traité de la Rage*. Bailliére et Fils edit. Paris, 1902.
16. DARGALLO, R.: Rabia. En Saia Ginabreda, J. M. *Tratado de las enfermedades infecciosas de la infancia*. Edit. Méd. Cient. Barcelona, 1962.
17. VALLONE, E. F.; CANTÓ DE VALLONE, R.; BAUZÁ, A. y TOSI, H. C.: Rabia humana. Diagnóstico pre mortem a partir de la saliva por inmunofluorescencia. VIIIª *Jornadas Pediat. Urug.* San José, mayo 1966. (En prensa.)
18. TIERKEL, E. S.: Rabia. *Diagnóstico de laboratorio*. O. M. S. Monogr. 23, 1956.





## ANEXO V

REPRODUCCIÓN FACSIMILAR DEL INFORME RIESGO  
DE LA RABIA URBANA EN URUGUAY ACADEMIA

**L**a Academia Nacional de Veterinaria (ANV) se ha ocupado con diligencia ante los Poderes Públicos por transmitir su profunda preocupación ante la situación de poblaciones de perros errantes, transmisores a los humanos de varias zoonosis con especial énfasis en el riesgo de reaparición de la rabia urbana.

En el documento que reproducimos en forma facsimilar, se dirigieron a diferentes Ministerios (MSP, MEC, MGAP y MTD), así como al Parlamento y las Intendencias Departamentales y a la Comisión de Zoonosis, entre otros, expresando que su alarma por la falta de reglamentación de la ley de Bienestar Animal, que trata de la tenencia responsable de animales. Especialmente enfatiza que el Departamento de Zoonosis y Vectores del MSP fue duramente golpeado por recortes económicos y por políticas consecutivas a presiones externas no vinculadas con un asesoramiento científico-técnico, por lo que se suprime el servicio de recolección del perro callejero y se afecta al personal especializado en rabia a nuevas tareas, hasta perder desde 1999 la posibilidad de realizar, con la seguridad e infraestructura adecuadas, el diagnóstico de la enfermedad. Se dismantela así un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica de esta zoonosis.

Se desconoce el estado sanitario de los animales susceptibles de contraer la enfermedad o de ser reservorios del virus (caninos y felinos domésticos y errantes, quirópteros, fauna silvestre) y, por tanto, el país no ha podido recuperar su condición de “libre de rabia”, otorgada por OPS/OMS. Subraya la ausencia de campañas específicas de prevención de la enfermedad y de control de las poblaciones errantes susceptibles, lo que hace que el país enfrente el riesgo sanitario de reintroducción de la rabia de origen canino, agravado por

las razones que expone: básicamente la situación de los países del Cono Sur, donde se produjeron casos de rabia urbana y silvestre en humanos y animales, y el aumento descontrolado de ataques y mordeduras entre perros y hacia los humanos.

Sin embargo, pese al tiempo transcurrido frente a este responsable toque de atención, poco o nada se ha hecho desde las esferas que tienen la responsabilidad de conducir la cosa pública.

Por eso reproducimos el documento, por su alto valor docente y sanitario, en forma facsimilar en las páginas siguientes.



**Riesgo de Reemergencia de la Rabia Canina en Uruguay  
Informe de Academia Nacional de Veterinaria  
26 de diciembre de 2011**

La Academia Nacional de Veterinaria se encuentra profundamente preocupada por la situación actual en nuestro país respecto a las poblaciones de caninos errantes (vagabundos, callejeros o sin tenencia responsable), transmisores a los seres humanos de varias e importantes zoonosis, con especial énfasis en el riesgo de reaparición de la rabia urbana.

En términos generales, la población humana afectada considera o percibe que no se encuentra suficientemente asistida y ante esta situación debe darse respuesta inmediata.

Varios pueden ser los puntos para fortalecer la confianza de la sociedad en los programas sanitarios que afectan la salud pública veterinaria, y entre ellos se debe considerar la educación formal del ciudadano, la actualización continua del profesional, la extensión en las zonas urbanas, periurbanas y rurales del territorio nacional, la investigación diagnóstica y biomédica integradas y, especialmente, el control y la atención de los animales vectores que transmiten la enfermedad al humano. En este último sentido, además, son altamente alarmantes las estadísticas sobre agresiones a personas, especialmente

niños, y accidentes viales, que esta situación determina. En virtud de lo antedicho, la Academia Nacional de Veterinaria se permite hacer llegar las siguientes reflexiones.

### *Legislación y antecedentes*

La legislación sanitaria animal de nuestro país, tomando como referencia la Ley N° 3606 del 14 de abril de 1910, Ley de la Policía Sanitaria de los Animales, establece las exigencias sanitarias relativas a la salvaguarda de la salud pública y la preservación de la salud animal, tanto en los procesos de comercialización interna, como para la importación de animales y productos derivados de origen animal. Dichas normas están armonizadas con el Código de Animales Terrestres de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y con las disposiciones del Acuerdo sobre la aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Sabido es que el tema del bienestar animal (hoy una de las barreras no arancelarias en el comercio internacional) ha pasado a ser un ítem prioritario. Es más, la ONU en el balance del Milenio optó por dos grandes preocupaciones en el mediano plazo: la seguridad alimentaria y el bienestar animal. Nuestro país sufrió un largo proceso de decantación intelectual del tema pues durante decenios nos manejamos a nivel nacional con la vieja ley 5.657 promulgada por Feliciano Viera allá por 1918, la cual simplemente mencionaba a “la crueldad para con los animales”, ordenanzas departamentales de 16 comunas en 19 y poca cosa más. El avance de las ciencias veterinarias, la transparencia en el comercio mundial, el advenimiento de nuevas reglas, obligaron a los Estados a modernizar sus líneas de acción. Por ello, en el 2000 la Academia Nacional de Veterinaria presentó un proyecto de ley al Parlamento que devino en norma jurídica recién una década después, sancionándose la Ley 18.471 de 27/3/09 con el título de “Bienestar Animal”, pero que en los hechos es a todas luces una norma sobre Tenencia Responsable. Lamentablemente a dos años de su promulgación, aún no ha sido reglamentada.

Así, si bien en esta temática el panorama es hoy más auspicioso que otrora, ya que poseemos dos leyes claves, la de Zoonosis (ley

17.930 de 19/12/05-arts. 308 a 311)<sup>1</sup> y la de Bienestar Animal, lo insólito es que tanto su reglamentación como la implementación de campañas adecuadas, y el respaldo financiero a las respectivas comisiones, aún no han sido resueltos.

### *El caso particular de la rabia*

Es preocupación especial de la Academia **el riesgo de reintroducción de la rabia** (zoonosis viral mortal). El último caso humano en el país data de 1966 y los últimos diagnósticos de laboratorio del virus rábico de origen canino se hicieron entre 1980 y 1983. En 1960 se reconoció internacionalmente al Uruguay como país libre de rabia y, erróneamente, la vigilancia epidemiológica de la enfermedad fue desarticulada, reapareciendo la rabia entre 1964 y 1968, con 3 casos humanos y 866 en animales. En 1968, a consecuencia de una gran campaña sanitaria y el refuerzo de la captura de animales errantes, se vuelve a eliminar la enfermedad del territorio nacional. En Uruguay esta zoonosis se manifestó siempre bajo la denominada rabia urbana y la transmitieron mayormente los caninos.

En la década pasada, el Departamento de Zoonosis y Vectores del Ministerio de Salud Pública fue duramente golpeado por recortes económicos y por políticas consecutivas a presiones externas no vinculadas con un asesoramiento científico-técnico, por lo que se suprime el servicio de recolección del perro callejero y se afecta al personal especializado en rabia a nuevas tareas, hasta perder desde 1999 la posibilidad de realizar, con la seguridad e infraestructura adecuadas, el diagnóstico de la enfermedad. Se desmantela así un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica de esta zoonosis. Por fortuna la capacidad de diagnosticar la enfermedad se ha recuperado y hoy se realiza en el laboratorio de referencia nacional, DILAVE Miguel C. Rubino.

En el momento actual se desconoce el estado sanitario de los animales susceptibles de contraer la enfermedad o de ser reservorios del virus (caninos y felinos domésticos y errantes, quirópteros, fauna silvestre) y, por tanto, el país no ha podido recuperar su condición de

---

<sup>1</sup> Se recomienda como bibliografía reciente, el volumen titulado Legislación Sanitaria Especial Tomo I, de la autoría de G. Casaux, P. Formento y M. Fiorito del 2009, editado por la Oficina de Publicaciones de la Facultad de Veterinaria, con el objetivo de ahondar más en dichos aspectos.

“libre de rabia”, otorgada por OPS/OMS. Por otra parte, la inexistencia de campañas específicas de prevención de la enfermedad y de control de las poblaciones errantes susceptibles, hace que el país enfrente el riesgo sanitario de reintroducción de la rabia de origen canino.

Si bien los Programas de Control de Rabia urbana adelantados en todos los países de Latinoamérica han disminuido considerablemente o eliminado su incidencia, aún persiste bajo determinadas circunstancias el riesgo de contraer la enfermedad si las personas sufren agresiones por animales infectados. Esto hace necesario disponer y mantener sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica y de atención médica a las personas expuestas con el objetivo de prevenir, porque en esta zoonosis la consecuencia de no hacerlo es la muerte de seres humanos (en su mayoría niños). Al respecto solo basta con citar el caso de Chile que luego de 24 años sin rabia lamentó en 1996 la muerte de un pequeño de 9 años que ni siquiera había comentado a sus padres que había sido mordido por un murciélago que rondaba en su habitación. O el caso de Costa Rica que en 2002 después de casi 30 años, presentó 3 defunciones por rabia (2 adultos y un niño mordidos por un gato). En EEUU hace varios años se confirmó una nueva forma de transmisión por trasplante de órganos, el primero descrito fue por trasplante de córnea y luego murieron 3 transplantados (riñones e hígado) porque el donante había muerto de rabia sin un diagnóstico correcto.

El riesgo de reintroducción de rabia es actualmente agravado por dos importantes razones:

- la existencia de casos recientes de rabia urbana y silvestre<sup>2</sup> en humanos y animales, en el Cono Sur, especialmente en países limítrofes con amplias fronteras terrestres y marítimas con el nuestro, donde es imposible controlar el pasaje de carnívoros silvestres o semi-domesticados y de colonias de vampiros, *Desmodus rotundus*, infectados. Argentina prácticamente tiene casos humanos cada pocos años presentando una situación muy inestable en la frontera con Bolivia donde en 2004, después de 25 años sin rabia urbana, presentaron un importante brote en Jujuy y Salta. Habían desmantelado el sistema de captura y, ante la emergencia, tuvieron que rearmarlo para reducir el número perros en las calles de las zonas urbanas. Brasil ronda los 20 muertos al año y en 2003 sufrió un grave brote de rabia silvestre con 19 humanos fallecidos por mordedura de murciélagos hematófagos.

---

<sup>2</sup> Fuente: Informes semanales de "Vigilancia epidemiológica de la rabia en las Américas", Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, Organización Panamericana de la Salud.

- el aumento descontrolado de ataques y mordeduras entre perros y hacia los humanos, principal vía de transmisión intra e interespecífica de la enfermedad. Esta situación es consecuencia del incremento de las poblaciones caninas errantes en todas las ciudades y pueblos del país y del crecimiento de la tenencia de animales de gran porte o de razas más agresivas con fines de protección y defensa ciudadanas. La no reglamentación y/o aplicación de las leyes que regulan la tenencia responsable de animales de compañía, también contribuye significativamente a esta situación. La posibilidad no remota de lograr la condición “libre de rabia” constituiría, bien promocionada, una ventaja cierta en la competencia regional por el sector turístico, pero es incompatible con la actual sobrepoblación urbana de animales callejeros, la presencia de la rabia silvestre en la región norte del país y la falta de un programa integral y efectivo de vigilancia y control.

Con respecto a los **accidentes provocados por animales**, nos referiremos exclusivamente a la población de caninos por ser esta especie la más problemática a este respecto. No hay en Uruguay censos sobre la cantidad de caninos existentes. No obstante, datos fragmentarios de distinto origen permiten estimar a la población canina del país entre 600.000 y 900.000 animales. En el año 2002, la Intendencia Municipal de Montevideo manejaba una cifra de 420.000 perros para el Departamento. Siempre en base a estimaciones, se calcula la existencia de alrededor de 100.000 perros errantes en Montevideo, de los cuales la gran mayoría tiene dueño o es comunitaria (perros “callejeros”, tal vez un 80%) y el resto son sin dueño o desamparados (perros “vagabundos”, 20%).

Esta situación se viene agravando de año en año y es consecuencia de varios factores:

- ausencia de información y educación de la población, acerca de los riesgos sanitarios que significa la convivencia con perros, de las medidas para prevenir o mitigar esos riesgos y de los derechos y deberes que exige la tenencia responsable de animales;

- ausencia de estrategias de control de las poblaciones errantes (captura, refugios, entre otras). La situación actual es consecuencia directa de las presiones ejercidas sobre gobiernos anteriores, que cesaron la captura de perros callejeros. Estas presiones fueron llevadas adelante por las Sociedades Protectoras de Animales, con la contrapropuesta de implementar una campaña de adopción y castración.

- no aplicabilidad de la ley nacional y de reglamentaciones generales y departamentales, que rijen la tenencia responsable y las medidas de control de las poblaciones errantes.

- ausencia de una reglamentación clara y exigente acerca de la tenencia de animales de compañía potencialmente peligrosos.
- La problemática expuesta lleva a los siguientes perjuicios mayores:
- la transmisión de zoonosis<sup>3</sup> ya existentes en el país (hidatidosis, leptospirosis, toxoplasmosis, sarnas, endoparasitosis, entre otras);
  - el riesgo de reintroducción de una zoonosis mortal como la rabia;
  - el incremento vertiginoso en los últimos años de mordeduras y ataques al ser humano, especialmente a niños<sup>4</sup>, llegándose en muchos casos a la invalidez permanente y la muerte<sup>5</sup>;
  - el altísimo porcentaje de accidentes de tránsito (desde leves a mortales) causados por el deambular de los animales<sup>6</sup>;
  - el costo nada despreciable que significa para el Estado, tanto la atención hospitalaria de mordidos como los accidentes de tránsito;
  - la deficiente higiene ambiental (dispersión de residuos domiciliarios, materias fecales y animales muertos en la vía pública) con los riesgos para la salud humana que ello representa;
  - agresiones a otros animales, aumentando la conflictividad entre vecinos;
  - una pésima imagen para el país, especialmente en sus zonas turísticas<sup>7</sup> o de entrada de turistas al país<sup>8</sup>, que no contribuye al ingreso de divisas y desacredita todo intento de obtener la condición de “país libre de rabia urbana”;
  - un deterioro de las condiciones de vida de los propios animales (maltratos, envenenamientos, abandonos, muertes prematuras, accidentes, mala alimentación, ausencia de atención sanitaria, condiciones de vida deplorables, agresiones intraespecíficas, sufrimiento psíquico).

### *Posibles medidas a implementar*

<sup>3</sup> En el mundo, más de 100 zoonosis son transmitidas del perro al hombre (*Diseases transmitted from animals to man*, Hubbert and McCulloch Eds., 6th Ed. 1975, Thomas, Springfield, IL).

<sup>4</sup> Las estadísticas del Pereyra Rossell indican alrededor de 40 casos por mes en la Emergencia Pediátrica, solamente en ese nosocomio (Entrevista a la Dra. Marta Calcagno, Revista Tendencias N° 18)

<sup>5</sup> Entre los casos mortales más difundidos figura el de un niño de 2 años mordido por el Ovejero Alemán de su abuelo en noviembre del 2002 y el de una señora de 80 años atacada por sus 2 perras Boxer en febrero del 2004.

<sup>6</sup> Casi un 70% en la ciudad de Maldonado (datos de la IM de Maldonado, 1999)

<sup>7</sup> “Una reflexión negativa corresponde a las penosas consecuencias que arroja para la visión turística del extranjero una insuficiente actividad municipal en toda Punta del Este en lo relativo a los perros abandonados... No hay que olvidar que los perros abandonados son una de las imágenes nítidas de lo más sórdido del Tercer Mundo... Un sólo caso de hidrofobia deterioraría por décadas la imagen del balneario en una medida sin proporción a la facilidad con que puede ser resuelto el problema... Los perros en las playas son una vergüenza y un peligro. Playas sucias por detritus caninos es la peor visión del descuido y la ineficiencia” (Fragmentos del informe sobre Punta del Este realizado por Gérard Marceaux, Secretario Adjunto del Institut pour l’Amérique Latine, Paris, en febrero 2002)

<sup>8</sup> Emergencia por jauría de perros en el recinto del Puerto de Montevideo con agresiones a pasajeros de Buquebus y de cruceros internacionales, denunciada por las autoridades de la Administración Nacional de Puertos, y que diera lugar en el año 2002 a una acción concertada entre la CNR, la ANP y la Comisión de Hidatidosis que rápidamente solucionó el problema.



Para enfrentar las problemáticas analizadas se podrían encarar cuatro grandes ejes de acción.

**1. Desarrollar una campaña de información y educación de la población**, en lo referente a los riesgos sanitarios inherentes a la convivencia con sus mascotas y conductas preventivas, y a la tenencia responsable de los animales. Se apunta con esto a disminuir los perjuicios individuales y colectivos indicados más arriba, al tiempo que mejora la calidad de vida de los animales. Las Organizaciones relacionadas con la Salud Pública reconocen cada vez más la importancia de la educación social y de la instrucción continua y metódica en la enseñanza primaria y secundaria, como estrategias inductoras de los cambios conductuales deseados: actitudes preventivas de enfermedades, consolidación de hábitos de higiene, concientización sobre saneamiento ambiental, corrección de vicios y hábitos que afectan a la sociedad en su conjunto y respeto al bienestar y los derechos de los animales. Para llevar a cabo la erradicación de animales errantes es indispensable que la comunidad esté convencida de su necesidad, para que coopere en su operativa.

En este sentido serían muy positivas las siguientes acciones:

- elaboración de programas educativos a nivel escolar y liceal;
- preparación de documentación con criterios pedagógicos, sencilla y convincente para ayudar a maestros y profesores<sup>9</sup>;
- educación de la comunidad en general mediante metodología informal: distribución de información escrita y cartelería preparadas en base a modernos criterios comunicacionales, difusión por los medios e internet, charlas y talleres en núcleos sociales organizados capaces de expandir y repicar la educación recibida;
- realización periódica de jornadas de trabajo dirigidas a profesionales, a educadores y a personas con responsabilidades de propuesta, decisión y ejecución (intendencias, ministerios, poderes públicos, parlamentarios, políticos en general).

En todos estos aspectos es posible solicitar ayuda técnica a OPS/OMS, siempre que exista un interés y un apoyo explícitos por partes de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

**2. Elaboración de un plan nacional de vigilancia epidemiológica de la rabia**. La declaración de país libre de rabia es una meta a mediano-largo plazo ya que debe previamente crearse la infraestructura para tal

<sup>9</sup> OPS ha publicado documentación en este sentido, que mantiene vigencia y sólo necesita ser adaptada a nuestras características educacionales y sociales.

objetivo y planificarse la organización y ejecución de un sistema de vigilancia epidemiológica y de información con carácter nacional: prevención de la rabia de origen canino y vigilancia y control de la rabia silvestre presente en nuestro país. Todo ello, requiere importantes recursos humanos, capacitados y entrenados, así como recursos logísticos y financieros fuertes y sustentables a lo largo del programa sanitario. Requiere, por supuesto, la reglamentación y puesta en ejecución previas de las leyes que se han enunciado como prioritarias e imprescindibles en este documento.

Una alternativa viable en el corto plazo sería planificar, organizar y poner en ejecución la vigilancia epidemiológica y prevención de la rabia canina. Si los resultados de este programa demuestran que las medidas han sido eficaces, entonces presentarlos a los organismos internacionales de referencia en esta materia, OIE y OPS-OMS, con una declaración que el país está indemne de rabia canina y dispone de un programa sólido de vigilancia y prevención de esta zoonosis. Este logro se traduciría en un alto nivel de seguridad para habitantes y turistas.

La experiencia de otros países<sup>10</sup> y la propia muestran que aún luego de muchos años sin casos, la rabia puede reaparecer, cobrando vidas humanas, si las medidas de vigilancia y control decaen. El caso de rabia reemergente de Costa Rica y otros en el Cono Sur, refuerzan la importancia de una red integrada entre los programas de salud pública y salud pública veterinaria para identificar las zonas de riesgo (urbanas, suburbanas y rurales). En este sentido serían muy positivas las siguientes acciones:

- elaborar de un plan nacional estratégico de vacunación canina antirrábica, general o localizado en zonas de alto riesgo (fronteras, localidades con alta densidad de perros), según la situación epidemiológica de la enfermedad;

- renovar y adecuar el apoyo de Organismos internacionales (OPS/OMS, OIE, FAO, IICA, BID), en materia de cooperación técnica y económica con fines de vigilancia epidemiológica y medidas de prevención y control;

- crear "comisiones mixtas" entre países, sobre todo fronterizas, buscando aunar y optimizar esfuerzos en el control regional de la rabia;

- realizar muestreos en las poblaciones de quirópteros, ya sea murciélagos insectívoros o vampiros hematófagos (*Desmodus rotundus*), tanto urbanas como rurales, a los efectos de despistar en ellas la presencia del virus rábico<sup>11</sup>;

<sup>10</sup> Caso de Costa Rica, con dos personas muertas por rabia, en septiembre del 2001, luego de 31 años sin casos (el reservorio fue el vampiro *Desmodus rotundus* y el vector fue un gato enfermo).

<sup>11</sup> Se han detectado numerosas colonias de quirópteros infectadas en Rio Grande do Sul, Brasil, a escasos kilómetros de nuestra frontera. Es muy probable que esa situación se repita en nuestro territorio, pero al no haber estudios diagnósticos, no

- Cumplir con los requisitos exigidos internacionalmente para alcanzar el estatus "libre de rabia canina" (diagnósticos negativos seriados y rutinarios por determinado tiempo, vacunaciones, control de poblaciones susceptibles o portadoras, urbanas o silvestres).

**3. Erradicación racional y ética de las poblaciones caninas urbanas errantes**, aplicando modernas metodologías y en base a normativas internacionales vigentes<sup>12</sup>, que aseguren el respeto de las necesidades y de los derechos de los animales. Se reconoce actualmente que "la simple eliminación de los animales errantes no resuelve el problema en el largo plazo, a menos que vaya acompañada de otras medidas como la esterilización, el registro y la identificación de los perros, la educación de la población y la legislación"<sup>12</sup>. Este objetivo significa entonces un proceso que comprende la implementación de un sistema eficaz y humano de recolección callejera, la existencia de refugios o albergues transitorios con atención sanitaria y reglamentación que regule el flujo de animales, la continuación de castraciones en gran escala, la identificación permanente de los animales, el desarrollo de una política agresiva de adopciones y de educación de la población, la existencia de un sistema de sanciones para quienes abandonen o mantengan en la calle a sus mascotas y la eutanasia humanitaria. En particular, la existencia de refugios es el engranaje esencial en la estrategia de control racional de las poblaciones animales. La castración masiva, contribuye a futuro al descenso de la población de animales, pero no resuelve la potencialidad de riesgo sanitario humano y animal, que constituye un animal errante, abandonado o callejero sin un control por parte del propietario. Es imprescindible su aplicación al entregar un animal en adopción. La adopción es una buena práctica, pero tiene limitaciones en lo relativo a la oferta de animales, preferencia de los potenciales dueños en cuanto a edad y estado de los animales, no pudiendo ser compulsiva. Por otra no puede garantizarse que no sea abandonado luego de ser adoptado. La eutanasia luego de un período de retención a la espera de una adopción, es una medida ingrata pero razonable y sujeta a consenso mundial en la materia.

En este sentido sería muy positivo adoptar los lineamientos generales para atender esta problemática multifactorial, que propone la World Society for the Protection of the Animals (WSPA), procurando la reducción de la población canina errante y el sufrimiento animal:

---

es posible confirmarlo ni tomar las medidas precautorias del caso. La intensa forestación que se está realizando en nuestro país, crea nuevos nichos ecológicos que son rápidamente ocupados por colonias de quirópteros de proveniencia y estado sanitario desconocidos.

<sup>12</sup> *Guidelines for dog population management*, OMS/WSPA, Ginebra, 1990.

- desarrollar un sistema de recolección humanitaria de animales errantes en todo el país, por parte de personal especialmente entrenado, utilizando equipamientos modernos apropiados y bajo la coordinación y supervisión de la autoridad sanitaria;
- implementar una red de refugios animales en todos los departamentos del país, con dependencia directa de los gobiernos municipales (propios o tercerizados con supervisión municipal);
- proponer, para el funcionamiento de esos refugios, una estructura y normativa acordes con las reglamentaciones internacionales vigentes y con los principios bioéticos que deben regir la conducta del hombre hacia los animales;
- continuar con las campañas sistemáticas de esterilización de mascotas en los puntos del país más afectados por la superpoblación de animales, principalmente en zonas habitacionales de bajos recursos y escasas posibilidades de traslado;
- promover, por todos los medios posibles, una política de adopción de animales sin dueño por parte de la población;
- llevar a cabo, en el mediano plazo, un estudio diagnóstico técnico sobre las características y las causas de las poblaciones caninas callejeras, tomando como base la metodología, las fichas y los procedimientos propuestos por OMS/WSPA<sup>13</sup>. Este conocimiento es indispensable para la planificación de estrategias de control y erradicación apropiadas a largo plazo, que aseguren la no reincidencia del problema.

4. Lograr la reglamentación y la aplicación de la Ley de Bienestar Animal y completar y uniformizar las reglamentaciones departamentales que regulan la tenencia de los animales de compañía y el control de las poblaciones errantes. El reconocimiento del derecho al bienestar, la integridad y la protección de nuestros animales es un índice de la madurez de las sociedades humanas. Al mismo tiempo, la existencia de ciertas zoonosis y el riesgo de reemergencia de otras, hacen imprescindible reglamentar el control racional de las poblaciones animales. Por otra parte es fundamental promover la participación y la responsabilidad de los gobiernos departamentales<sup>14</sup> en esta problemática, mediante reglamentaciones municipales apropiadas y con un importante grado de uniformidad, aunque respetando autonomías y particularidades propias de cada departamento. En el último bienio se

<sup>13</sup> *Guidelines for dog population management*, OMS/WSPA, Ginebra, 1990.

<sup>14</sup> "Las acciones de control y prevención... requieren de la participación activa y permanente de las municipalidades... por lo que se solicita a la OPS/OMS promover la participación de los gobiernos locales para involucrarlos y comprometerlos más en las actividades y objetivos de los Programas Nacionales de Control de la Rabia" (Recomendaciones de la IX Reunión de Directores de Programas Nacionales de Rabia en las Américas, OPS/OMS, Santa Cruz de la Sierra, 2002).

han aprobado una decena de ordenanzas municipales, más o menos fragmentarias, sobre estas temáticas<sup>15</sup>, pero existen diferencias a veces sustanciales entre ellas, que hacen que las reglas de juego y los plazos cambien de un departamento a otro.

cc. Comisión de Zoonosis  
Sociedad de Medicina Veterinaria  
Facultad de Veterinaria/UdelaR  
Cámaras de Senadores y de Diputados  
Representante de la OPS/OMS en Uruguay  
Representante de FAO en Uruguay  
Representante de IICA en Uruguay

Sr. Ministro de Educación y Cultura  
Dr. Ricardo Ehrlich

Sr. Ministro de Ganadería, Agricultura y Pesca  
Ing. Agr. Tabaré Aguerre

Sr. Ministro de Salud Pública  
Dr. Jorge Enrique Venegas

Sr. Ministro de Turismo y Deporte  
Dr. Héctor Lescano

Sres. Intendentes Departamentales

---

<sup>15</sup> Maldonado, Montevideo, San José, Río Negro, Salto, Rivera, Durazno, Rocha, Tacuarembó, estando en vías de aprobación Canelones, Lavalleja y Paysandú.



# ÍNICE ONOMÁSTICO

<b>A</b>			
ACERENZA, Ana María	79, 80, 82	BAUZÁ, A.	363
ACOSTA, Ricardo	316	BEETHOVEN, Ludwig van	210
ACOSTA y LARA DÍAZ,		BELTRÁN, Luis	157
Armando	157	BELTRÁN BARBAT,	
ADDIEGO BRUNO, Rafael	47	Washington	190
AGUERRE, Tabaré	377	BELTRÁN MULLIN,	
AGUERRE ARISTEGUI,		Washington	190
Miguel A.	316	BERAN, G. W.	230
ALHUMBERT	116, 120	BERGSON, Henri	194
ALONSO, Justo Marcelo	189	BERMÚDEZ, Oscar	158
ALONSO LEGUISAMO,		BERNARD, Claude	116, 117
Justo M.	304	BERT, Paul	117
ÁLVAREZ, Gregorio, Tte. Gral.	47	BERTHELOT, Marcelino	116
ÁLVAREZ, Hermógenes	158	BERTOLINI LIEUTIEUR,	
AMARGÓS, J. Rodolfo	342, 362	Alberto A.	46
APARICIO, Joaquín	171	BIGO, Émile	116
ARCOS-PÉREZ, Mario	304	BIOT, Jean-Baptiste	118, 119
ARELLANO MARIC,		BLANCO, Mario	247
María Paola	219	BLANCO ACEVEDO,	
ARISTÓTELES	14, 101, 102, 241	Eduardo	48, 154, 158, 169, 177, 276, 303
ARROYO TORRES, Ledo	189	BOERHAAVE, Hermann	205, 206, 207
ARTEMISA	99	BÖGEL, Konrad	229
ARTIGAS, Francisca	277	BOJORGE PEÑA, J.	323
ARTIGAS, José Gervasio	277	BOMBERG	155
ASCIONE, Alfredo Ignacio	244	BONABA, José	243, 288, 292, 342, 343, 349, 363
AZARA, Félix de	89, 288, 342		
<b>B</b>		BONILLA TASSANO,	
BACH, Johan Sebastian	210	Conrado	305
BACIGALUPI, Carlos	81	BONINO, Verónica	270, 271, 272
BACIGALUPI FERRARI,		BOOD, Benjamin D.	197
Josefina Elena	81	BOSQUILLÓN	96, 97
BACIGALUPI FERRARI,		BOUCHANDT	112
Juan Carlos	81	BOULEY, Henri	141
BAER, Alexandra	128	BRANDÓN, Luis O.	322
BAER, Curtis Otto	127	BRAUMAN, Abraham	27
BAER, George Martin	99, 112, 126, 127, 128	BROCA, Paul	117
		BUSNOLDI, Luis	321
BAER, Isabella	128	BUSTOS ALONSO, José Raúl	305
BAER, Katherine	128		
BAER, María Olga	128	<b>C</b>	
BAETHGEN, Raúl Eduardo	41, 43, 51, 192, 275, 276, 277, 282, 283, 284, 285, 286	CALCAGNO, Marta	372
BALFOUR, Donald C.	154	CALCAR, Jan Steven van	155
BARBATO, Eduardo Devet	243, 288, 292, 342, 343, 349, 363	CALMETTE,	
		Leon Charles Albert	124
BARBATO, Germán P.	351	CAÑELLAS, Antonio	304
BARRIÈRE, Santos	64	CANESSA, Dra. (¿?)	314, 326
BARRIOS PINTOS, Aníbal	337	CANTO de VALLONE, Rosa	363
BASAGOITY, Vicente	304	CARBALLO POU, Mariano	182
BATLLE y ORDÓÑEZ, José	189, 190	CARINI	343
BATLLE BERRES, Luis	62, 166, 171, 190	CARPENTER, William	154
BATLLE PACHECO, César	189	CÁSARES, Luis A.	320
BAVES, V.	354	CASAUX, G.	369
		CASSINONI, Mario Alcides	282
		CASTELLS, Constancio E.	275
		CASTRO, Américo	154

CASTRO, Edín Raúl	180	ETCHEVERRÍA PRIETO,	
CASTRO RUZ, Fidel	18	Pedro	213
CATALDI, Washington	54		
CELSO, Aulo Cornelio	102, 103		<b>F</b>
CERSÓSIMO, Lisandro	303	FABINI, Camilo	181, 303
CHANTEMESSE, André	143	FAGES	196
CHARCOT, Jean Martin	117, 143	FAJARNÉS y TUR, Enrique	205
CHARRIN, Albert	143	FALOPIO, Gabriele	155
CHIFFLET, Abel	41	FARIÑA, Fernando	303
CHMIELNICKI de		FERMI, C.	63, 124, 241
HERSHORSN, Cecilia	287, 341	FERNÁNDEZ AMEGLIO,	
CLARK	128	Horacio	305
CLAVEAUX, Enrique	303	FERNÁNDEZ CRESPO,	
COBOS	196	Daniel	42, 189, 190
COLLAZO PITTALUGA,		FERRARI, Josefina	81
Juan Antonio	316	FERREIRA MÁRQUEZ,	
COLOMBO, Realdo	155	Marco Ciro	301
COSTA LIZASO	321, 322	FERRER, Arturo	290, 344
COX, Herald Rea	128	FERRO, Alfredo Raúl	165
CROTTOGINI, Juan José	158	FIORITO, M.	369
CROWLEY, A. J.	230	FLANGINI, Yamandú	54
CRUZ, Carlos Alberto ("Tito")	272, 273	FONTANA, Ana Manuela	157
CUKURS, Herberts	22	FONTANA, Felipe	153
CUSHING, Harvey	154	FORMENTO, P.	369
		FORNARO, Milton	201
		FORTEZA, Francisco	303
		FRACASTORO, Jerónimo	101
		FRASCHINI GUARDO, Luis	305
		FREIRE MUÑOZ, Carlos Elio	66, 71, 72, 243, 288, 342, 363
		FRESQUET, José L.	209
		FUENZALIDA-LOYOLA,	
		Eduardo	74, 126, 188
			<b>G</b>
		GALENO de PÉRGAMO,	
		Claudio	108, 241
		GALLINAL, Juan Pedro	173
		GARCÍA CAPURRO, Federico	166, 304
		GARCÍA COSTA, Guillermo	305
		GARCÍA de ZÚNIGA	90
		GARCÍA FONTES, Walter	282
		GARCÍA OTERO, Julio César	41
		GARCÍA-ROCCO, Héctor	287, 341
		GARCÍA VALDÉS, Justo	96, 97, 98
		GARIMALDI de	
		GOYETCHE, Edelweiss	316
		GARRASINO, Lilia	157
		GASSER, Lorenz	207, 208
		GENTILE-RAMOS, Irma	241, 243
		GERONA SAN JULIÁN,	
		Ricardo	166, 167, 168, 180
		GESTIDO, Óscar Diego	190
		GIANNATASIO, Luis	189
		GIVOGRE, Luis	305
		GLAUSIUSS, Gabriela	244
		GOLGI, Camillo	75
		GÓMEZ HAEDO,	
		Carlos Alberto	162, 174, 175
		GORMAN, Miguel	92
		GRAMISCÉ, Antonio	320
		GRANCHER, Jacques Joseph	123, 133, 134, 136, 139, 141, 143
		GRAÑA	165
DARGALLO, R.	354		
De FUENTES, Julio	321		
De MARÍA GÓMEZ, Isidoro	277		
De MARÍA NAVARRETE,			
Alcides	277		
De MARÍA NAVARRETE,			
Pablo	277, 278, 284		
DEAMBROSIS, Jorge	180		
DEBRÉ, Patrice	131		
DEIGHTON, Len	20		
DELFRANTE	174		
DEMÓCRITO	101, 102, 241		
DEPAUL	117		
DÍAS, Luis Eduardo	202		
DI LANDRO, Carlos	162, 166, 167, 168, 170, 172, 173, 174, 175, 180		
DÍAZ, Federico	12, 13, 47, 58, 310, 314, 315, 326, 333, 334, 335, 337		
DOMÍNGUEZ, Carlos María	291, 346		
DON FRANCISCO (*)	332		
Véase: KREUTZBERGER BLUMENFELD, Mario Luis			
DORA, José Fernando	201		
DUMAS, Jean-Baptiste André	116, 119		
			<b>E</b>
ECHEGOYEN, Martín Ricardo	180, 189		
ECKELL, Osvaldo A.	58, 59		
EHRlich, Ricardo	377		
EISNER, Hans	29		
EPICARMOS	101		
ESCANELLAS, Antonio			
ESHUNNA, Código de	100		
ESPALTER, José	303		
ESTÉVEZ, Altivo	321		
ESTRELLA, Julio César	62, 166, 304		



GRAUERT, Héctor	189	LESCANO, Héctor	377
GUARINO, Helena	269, 271, 272	LESKY, Erna	208
GUASQUE, Longino	169	LEVRET, André	208
	<b>H</b>	LINCOLN, Abraham	196
HABEL, K.	66	LITTRÉ, Emile	119, 120
HAEDO, Eduardo Víctor	189	LOIR, Adrien	132, 143
HÄEN, Anton de	208	LÓPEZ ESTÉVEZ, J. M.	303
HAENDEL, George Frederick	210	LÓPEZ RAMÍREZ	328
HALL, John A.	192	LORENZO y LOSADA,	
HALLE, Morris	22	Héctor	190
HALPERN, León	17, 24, 29	LORENZO PORTA,	
HALPERN, Lina	16	José Arturo	43, 63, 64, 67, 68, 69, 72, 74, 151, 189, 314, 326
HALPERN, Sheyne	24	LOZANO	196
HAMMURABI, Código de	100, 101	LUCIANO	102
HARRISON, Faustino	189	LUSSICH SIRI, Juan J.	49, 67, 70, 71, 243, 288, 290, 342, 344, 363
HAVELANGE, Joao	54		
HAYDN, Joseph	210		
HEBER USHER,			
Alberto (Titito)	190		
HERRERA, Luis Alberto	42		
HEYMANN, David L.	215	<b>M</b>	
HIPÓCRATES de COS	102	Mac CARTY	154
HOLMES, Sherlock	18	McKay, R. James	241
HOMERO	14, 99	MACCAS, M.	182
HUBERTO de		MAIMÓNIDES, Moisés	14, 106, 107, 109, 110
ARDENNES, San	103, 104, 106	MALDONADO de	
	<b>I</b>	BONIFACIO, C.	287, 341
IBARRA-SAN MARTÍN, Raúl	180	MALIAN, Alimn	265, 266
IRAOLA, José	213	MANÉ GARZÓN, Fernando	81, 243, 287, 296, 307, 339, 341
IRULEGUI, Juan Bautista	304	MARELLA MARTÍNEZ,	
ISOLA, Washington	178, 180, 304	Muzio S.	162, 170, 171
	<b>J</b>	MARÍA ANA de Austria	
JAMES, William	194	(Archiduquesa)	207
JACQUIN, Nicholaus Joseph	208	MARÍA TERESA de Austria	
JAUS, Franz Joseph	208	(Emperatriz)	205, 206
JECKER	120	MARÍN, Valentina	265, 266, 267
JIMÉNEZ de ARÉCHAGA,		MATTIAUDA, Luis	303
Justino	180	MATYÁS, Zdeněk	230
JOHNSON, Harold N.	69, 242	MAUTONE BARAS, Daniel	213
JUPILLE, Jean-Baptiste	118, 137, 138,	MEISTER, Joseph	118, 122, 123, 124, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138
	<b>K</b>	MÉNDEZ MANFREDINI,	
KAHN, Oliver	22	Aparicio	11, 13, 16, 42, 46, 47, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 74, 87, 151, 152, 155, 158, 159, 188, 189, 211, 299, 300, 304, 307, 308
KAHN, Rolf	22	MENGELE, Josef	18
KAZAKOV	328	MÉROLA, Lorenzo	153
KISSLING	128	METCHNIKOFF, Élie	141, 143
KOCHMANN de		(Debe escribirse así con ff doble)	
PORZECANSKI, Stephanie	15, 20, 80, 86	MEYER-BAER, Kathi	127
KONICHEZKI, Jackie	24	MIGUES BARÓN, Carlos A.	42
KONICHEZKY, León	17	MILTON, John	210
KOPROWSKI, Hilary	128, 129	MITRE, Bartolomé	196
KREUTZBERGER		MONDOR, Henri	121
BLUMENFELD, Mario			
Luis (Don Francisco)	332		
	<b>L</b>		
LAGUNA, Jacinto	153		
LARRAÑAGA,			
Dámaso Antonio	90, 288, 342		
LAVAL R., Enrique	102, 106		
LEBER, Ferdinand Joseph	208		
LEPE I., Paulina	102, 106		
LEROY	132		

MONTI GRANÉ, José Rubí	162, 164, 167, 173, 174, 175	PAREJA PIÑEYRO, Mario César	180
MONTYON, Baron de	120	PARRA-NAVARRO, Eligio	201
MONTÚFAR, Cristóbal Martín de	90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 288, 342	PARRILLO, Juan Ángel	158
MORALES, Simodosio	157	PASTEUR, Louis	14, 39, 67, 68, 72, 95, 102, 103, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 232, 239, 241, 290
MORALES BARES, Adolfo	42, 86, 189	PASTEUR, Marie	135
MORENO PADILLA, Santiago	263	PELFORT, Conrado	41
MORETTI, Raúl	180	PELLETIER, Louise	140, 142
MORGAN, John Pierpont	196	PELUFFO BERRUTI, Ciro A.	275
MORQUIO, Luis	243, 288, 342, 363	PENADÉS, Carlos María	190
MOZART, Wolfgang Amadeus	210	PENADÉS, Enrique	157
MUÍÑOS, Héctor Homero	41	PEREIRA	196
MUÑIZ, Susana	305	PEREYRA, José	95
MUÑOZ MELO, María Julia	305	PÉREZ, Vicente Antonio	157
MURGUÍA, C.	64	PÉREZ del CASTILLO, Carlos	161, 162, 168, 172, 174
MURRAY, Allan	197	PÉREZ FONTANA, Ataulfo	156
MUSSIO FOURNIER, Juan César	303	PÉREZ FONTANA, Daoiz	156
MUSSOLINI, Benito	42, 46	PÉREZ FONTANA, Hispano Vicente	156, 157, 158
<b>N</b>		PÉREZ FONTANA, Medulio	156
NACHUMOW, Isoldo	307, 316	PÉREZ FONTANA, Palmira	156
NAPOLEÓN III	116	PÉREZ FONTANA, Sagunto Felipe	156, 157, 159
NARDONE CETRULO, Benito	13, 189	PÉREZ FONTANA, Velarde	44, 151, 153, 154, 155, 156, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 174, 177, 178, 179, 188, 191, 197, 211,
NATAL VIGILATO, Marco Antonio	238	212, 308, 324	
NAVARRETE ARTIGAS, Sinforsosa	277	PÉREZ FONTANA, Vicente	156
NAYA, Víctor	197	PÉREZ GARRASINO, Álvaro	157
NEGRI, Adelchi	75, 76, 77, 78, 242, 293, 295, 297, 339	PÉREZ GARRASINO, Graciela	157
NEGRO, Ramón Carlos	241, 243, 287, 341	PÉREZ-GONZÁLEZ, Walter	247
NELSON, Waldo E.	241	PÉREZ MOREIRA, Leonel	189
NILSSON, M. R.	344	PERROT, Pierre-Joseph	138
NIN y SILVA, Julio	275	PETRUCELLI, Salvador M.	322
NOWINSKI, Aron	226 -227, 229, 230	PIÑÓN	168, 169
<b>O</b>		PLINIO	103
OLARREAGA, Narciso	160	PORTILLO OLASCOAGA, José María	241, 287, 341, 351
OLDENBOURG, Alejandro de (Príncipe)	143	PORZECANSKI, Aron	17
OLESKER, Daniel	305	PORZECANSKI, Bernardo	11, 15, 16, 17, 18, 20, 24, 27, 28, 29, 34, 35, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 51, 55, 56, 57, 58, 62, 64, 73, 79, 80, 81, 82, 85, 149, 161, 162, 168, 172, 174, 175, 180, 188, 190,
OLIVERA	196		
OLIVERA UBIOS, José	307, 316, 323, 328		
OLIVERA UBIOS, Prudencio Mariano	307		
ORMAECHEA, José Enrique	282		
OSIMANI, Juan José	163, 180		
OSTRIA, Juan D.	320		
OVIDIO	103		
<b>P</b>			
PALACIOS R., Raúl	64		
PARADEDA, Arturo	321		

	192, 211, 212, 243, 269, 275, 287, 289, 290, 297, 299, 300, 301, 329, 340, 341, 344, 363		RODRÍGUEZ CORREA, Manuel	189
			RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Manuel	179, 180, 182
			RODRÍGUEZ MARTNICORENA, Leandro	56, 158
PORZECANSKI, Berta	17		ROFFO, Ángel	328
PORZECANSKI, Frida	17		ROSNER, Fred	106, 110,
PORZECANSKI, Najman o Nachman	16		ROSSI BAETHGEN, Luis Raúl	282
PORZECANSKI, Abraham o Abram	16		ROSSI MASSELA, Blas E.	282
PORZECANSKI, Cusiel	169		ROUX, Pierre Paul Émile	124, 125, 134
PORZECANSKI, Alejandro (Alex)	19, 79, 83,		RUBINO, Miguel C.	254, 369
PORZECANSKI, Anna	17, 24, 26, 27			
PORZECANSKI, Arturo C.	18, 82, 83, 84, 85		<b>S</b>	
PORZECANSKI, Walter (Shuki Raz)	17, 20, 85, 86		SÁENZ-SANGUINETTI, A.	346
PORZECANSKI, FRANK	20		SALAZAR FUENTES; Jorge	219
PORZECANSKI, Teresa	16, 17, 87		SALVERAGLIO DENIS, Carlos	267
POWELL	128		SANTOS-BURGOA, C.	106, 110, 130
PRADINES BRAZIL, Napoleón	180		SAPRIZA CARRAU, José Luis	168
PRANÇO BAUZÁ, Elsa	157		SARÁCHAGA, Alejandro J.	276, 284, 285, 286
PRAT, Domingo	166, 169, 177, 178		SARAVIA GARCÍA, Nepomuceno	309, 310
PREUSS, Julius	107		SARMIENTO, Domingo Faustino	196
PROCA	129		SARTORI, María Paz	269
PUIG SPANGENBERG, Alfredo	189		SASTRE MONZÓN, Carlos	264
PURRIEL, Pablo	300, 304		SAY, León	136
PUYOL, Andrés F.	290, 344		SCARLATO, Silvia	212
			SCHETTINI, Walter	158
			SCHIAFFINO, Rafael	70, 89, 91, 288, 290, 342, 344
<b>Q</b>			SCHEIDER, M.C.	106, 110, 130
QUERALTÓ, Carlos	304		SEHABIAGUE, Graciela	244
QUINTAS, Francisco	316		SEMPLE, D.	63, 124, 125
			SERVET, Miguel	154
<b>R</b>			SHORS, Teri	219
RADOT, R. Valery	112, 142		SHORTT	129
RATH, Ángel	321		SILVA, José Nicolás	268
RAVENNA, Walter	304		SOLARI, Alfredo José	305
REBOLLO, Efraín	157, 158		SOTO, Antonio ("Boy")	177
RECARTE, Pablo P.	180, 181, 183, 307, 309, 316		STAJANO, Carlos V.	13, 41, 57, 178, 180, 188, 304
REGENTE	96		STALIN, José	21
REPETTO CÚNEO, Alejandro	323		STEELE, Janes H.	112, 127
REYNAUD, Jean	120		STOERCK, Melchior	207
RICALDONI, Américo	307		STOPIUS, Nicolaus	155
RICORD, Philippe	117		SUÁREZ MELENDEZ, José	42
RIGAL	131		SUGAY, W.	344
RÍOS BRUNO, Guaymirán	213		SURRACO, Germán	56
RÍOS CAZOT, Francisco V.	322		SYDENHAM, Thomas	110
RÍOS REHERMANN, Barsabás	167, 180, 181			
RISSO, Rogelio	154		<b>T</b>	
RISSO SIENRA, H.	182, 183		TALICE, Rodolfo V.	179, 180
RIVADAVIA, Bernardino	196		TARABA, San	103
ROCKEFELLER, John Davison	196		TERRA, Gabriel	48, 158, 177, 189, 276
RODRÍGUEZ, José Bernardino	307, 316		TERRILLON, Octave	143
RODRÍGUEZ CAMUSSO, Abraham Francisco	42, 58, 304, 308		TIERKEL, E. S.	359, 363
RODRÍGUEZ CASTRO, Alfredo	288, 342, 362		TISCORNIA, Rodolfo	162, 168, 175
			TOLEDO IVALDO, Alfredo	201

TORTORELLA, Ángel	67, 70, 71	VIALA, Eugène	139
TOSI, Héctor C.	363	VIANA ARANGUREN, Carlos	303, 304
TURNER	126	VIDAL BERETERVIDE, Kempis	212, 213
TURNES, Antonio L.	110, 158, 177, 189, 212, 213, 284, 301, 307	VIDELA, Jorge Rafael Tte. Gral.	55
	328	VILLANUEVA, Luis A.	323
TUSCHNOV		VILLAR	326
		VITALE, Edgardo	202
<b>U</b>		Von CRANTZ, Johann Nepomuk	208
UGARTE ARTOLA, Raúl	300, 305	VONE, Théodore	132
URIOSTE, Bonifacio	166	VULPIAN, Edme-Félix-Alfred	133, 134, 139
		<b>W</b>	
<b>V</b>		WASHINGTON, George	196
VALLONE GIRIBONE, Eleuterio F.	358	WIKTOR	128
VANDERBILT, Cornelius	196	WILLAT, Gabriela	74, 249, 252, 259, 260, 268
Van ROOYEN, C. E.	64, 66	WILSON, Eduardo	307
Van SWIETEN, Gerard	205, 206, 207, 208, 209		
Van SWIETEN, Gottfried	209	<b>Y</b>	
VARELA BERRO, José Pedro	153	YANNICELLI PRADERI, Ricardo B.	41, 158, 304, 308
VARELA FERNÁNDEZ, Alfonso	305		
VASCONCELLOS, Amílcar	171, 190	<b>Z</b>	
VAUGHAN III, Victor C.	241	ZABALZA ARROSPIDE, Pedro	189
VAZ FERREIRA, Carlos	193, 300, 301	ZAMORA, Miguel	90
VÁZQUEZ, Florisbela	337	ZINKE	112, 241
VELASCO, Victor Hugo	219	ZORRILLA de SAN MARTÍN, Alejandro	189
VELTRONI, Juan	148	ZUNÍN PADILLA, Pablo	320
VENEGAS, Jorge Enrique	305, 377		
VERPAKOVSKÍŠ, Maris	22		
VESALIO BRUXELENSIS, Andrea	152, 154, 155, 156, 211		



Mosaico que representa un perro con la inscripción Cave Canem, en la casa del poeta trágico, Pompeya año 79 d. C.

La vida ha demostrado que Uruguay tuvo un grave retroceso desde el punto de vista de la salud pública en la vigilancia y profilaxis de la rabia, desde aquellos años de 1960, con la intervención del primero ministro y luego dictador Aparicio Méndez.

El trabajo silencioso y eficiente de personas que, como Bernardo Porzecanski, hicieron mucho para preservar la salud de los uruguayos ha sido injustamente olvidado. Particularmente por las autoridades sanitarias y del sector agropecuario. Fue un auténtico servidor público, que tomó al Uruguay como su patria adoptiva y la defendió como si fuera su terruño, con valentía y con rectitud. Trabajó codo a codo con colegas médicos y médicos veterinarios, sin rivalidades, por un objetivo común de alto beneficio para el País. Que le hizo trascender las fronteras, no como un logro personal del Dr. Bernardo Porzecanski, sino como un triunfo del Uruguay y su sobrio sentido de la Salud Pública. Ejemplo para la región y el mundo, en su tiempo. Un verdadero ejemplo para las generaciones venideras, por lo que debe ser eternamente recordado.

ISBN: 978-9974-99-517-8

