

LA HIDATIDOSIS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

UNA MIRADA HISTÓRICA

Las campañas y las luchas preventivas han tropezado con los impedimentos administrativos y los múltiples cambios de directivos con sus acostumbradas renovaciones.

Esta tregua es aprovechada por el parásito quien se mantiene incólume, gracias al no conocimiento y falta de responsabilidad de la población en general y de las autoridades en particular y en especial a los programas de enseñanza universitaria que no dan la debida importancia a enfermedades endémicas como es la Hidatidosis, entre muchas.

Esta enfermedad de "*miseria, suciedad e ignorancia*" (Ivanissevich), necesita batalla sin pausa para obtener un ininterrumpido éxito.

LA EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA (EQ)

La equinococosis quística (EQ), ha sido definida como una zoonosis cosmopolita causada por *Echinococcus granulosus*, habiendo sido identificada desde hace siglos como un importante problema de salud humana. Sus repercusiones sobre la salud y economía de las poblaciones afectadas estimularon la instalación de programas de control en muchos de los países que exhibían alta prevalencia de la enfermedad. A partir del ejemplo exitoso de Islandia, que implementó su programa a mediados del siglo XIX, otras naciones isleñas, como Chipre, Nueva Zelanda y Tasmania, se sumaron durante el siglo XX alcanzando sus metas principales al finalizar esta centuria. Tal cosa no ha ocurrido aún en países continentales donde la enfermedad mantiene su alta prevalencia, a pesar de haberse aplicado medidas similares de control. Actualmente están en marcha, en nuestra Región, programas efectivos en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, en tanto Perú y Bolivia han reconocido desde larga data el fenómeno y procuran articular programas efectivos.

El diseño de los primeros programas de control fue posible gracias al conocimiento del ciclo de vida del parásito y a la comprensión de la historia natural de la infección. El agente causal fue identificado en 1808 y su ciclo vital se describió en 1853. El primer programa dio comienzo en Islandia en 1864.

Las estrategias clásicas utilizadas en los territorios insulares tenían peculiaridades nacionales pero se orientaban fundamentalmente a reducir el número de nuevas infestaciones mediante: i) tratamiento antiparasitario y/o sacrificio del hospedero definitivo parasitado, ii) eliminación de vísceras parasitadas de hospederos intermediarios, y iii) educación sanitaria de la población humana.

Al comienzo del siglo XXI el control de la EQ ha derivado hacia un enfoque más amplio que incluye varios componentes: i) el análisis detallado de las condiciones locales (particularidades del ciclo, dinámica de la transmisión y comportamiento de la población humana en riesgo); ii) el uso de nuevas tecnologías en el estudio del ser humano y los animales infestados; y iii) aplicación de desarrollos recientes, tales como la vacunación de los hospederos intermediarios, el uso del inmunodiagnóstico en la vigilancia epidemiológica y la simulación de los impactos del control.

Esta visión más amplia del problema ha sido posible gracias a diversos factores, entre los cuales cabe destacar: notables contribuciones de ciencias y disciplinas clásicas como la taxonomía, la farmacología y las matemáticas¹, relevantes aportes de nuevas disciplinas científicas (biología molecular, ingeniería genética, inmunología), el desarrollo de nuevas tecnologías (imagenología, informática), la realización de investigaciones multidisciplinarias, la configuración de equipos intersectoriales y la profundización de la cooperación internacional, fundamentalmente la OPS/OMS y la FAO, entre las principales.

Las técnicas empleadas en los estudios parasitológicos iniciales eran de tipo morfológico y biométrico, para determinar la morfología de la tenia, la forma y número de sus proglótidos, las dimensiones de sus ganchos rostellares, y la anatomía de su aparato reproductivo. Posteriormente se recurrió al examen bioquímico y al uso de marcadores enzimáticos, seguidos de técnicas de biología y genética molecular que permitieron avanzar en la discriminación de las especies reconocidas del género *Echinococcus*: *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. oligarthrus* y *E. vogeli*. Estas tecnologías permitieron también demostrar diferencias trascendentes en los fenotipos y genotipos de variantes de *E. granulosus* aisladas de diferentes hospederos.

Una revisión de la *Echinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur*, ha sido realizada por autores de la región, poniendo al día los avances y retrocesos, así como las experiencias de otras

¹ ISHIKAWA, Hirofumi, *Department of Human Ecology, Graduate School of Environmental Science, Okayama University, Tsushima-naka, Okayama, 700-8530, Japan.*: Mathematical modeling of *Echinococcus multilocularis* transmission. *Parasitology International* 55 (2006) S 259 – S 261.

regiones.² Estos autores señalan que *“En varios países fuera de la región de las Américas, se ha reconocido la Echinococcosis como una enfermedad y epidemia emergente. El incremento de casos humanos de Echinococcosis quística fue reportado en Bulgaria como resultado de la transición desde una economía planificada hacia una economía de mercado. En Kazajistán se ha asociado el aumento de la incidencia de Echinococcosis quística con el deterioro de la economía y el incremento de la pobreza, aspectos que son especialmente considerados en el lanzamiento de esta iniciativa regional.”*

Dentro de las particularidades de cada Región del Planeta afectado por esta zoonosis, existe el *Proyecto subregional de control y vigilancia de la hidatidosis en el Cono Sur*, concebido para erradicar la endemia en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.³

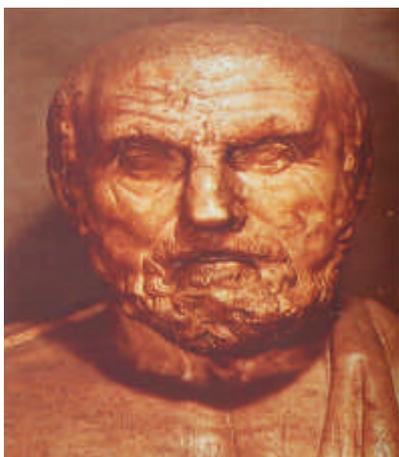
Este Proyecto subregional ha continuado reuniéndose, con funcionarios de salud del más alto nivel, emitiendo recomendaciones para continuar avanzando en el control de esta zoonosis.⁴

² LARRIEU, Edmundo, BELLOTO, Albino, ARAMBULO III, Primo y TAMAYO, Hugo: *Echinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur. Parasitol Latinoam* 59: 82-89, 2004 FLAP.

³ YARZÁBAL, Luis: Conferencia dictada en la Reunión Constitutiva del Proyecto de Control de Hidatidosis en el Cono Sur. OPS/OMS, Montevideo, 7-9 de julio de 2004, páginas 2 y 3.

⁴ II Reunión del proyecto subregional Cono Sur de Control y Vigilancia de la Hidatidosis: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Santiago, Chile, 17 y 18 de marzo de 2005. El informe final da cuenta de los avances y pedidos para que la Organización Panamericana de la Salud y distintas dependencias suyas, como el PANAFTOSA y BIREME, tomen parte más activa en los proyectos que viene llevando a efecto la región, así como felicitar a Brasil por los progresos alcanzados. Véase: OPS/DPC/VP/PANATOSA/URU-QH/02-05, Montevideo, 2005.

UN POCO DE HISTORIA



Es clásico mencionar que desde tiempos de Hipócrates de Cos (hacia 460-380 aC), se conocía la hidatidosis en los seres humanos. Así se menciona en sus *Aforismos*, 7: 55 ⁵, sentenciando: *“A todos aquellos, cuyo hígado, tras llenarse de agua, revienta dirigiéndose hacia el “epiplón”, a éstos se les llena de agua el vientre, y entonces mueren.”*

El autor griego M. Maccas, de Atenas, menciona que: “La equinococosis no es una enfermedad nueva para Grecia. Los médicos de la Antigüedad la conocían suficientemente como lo prueba la lectura de sus obras llegadas hasta nosotros.⁶ El Profesor A. Couzis, Profesor honorario de Historia de la Medicina en la Universidad de Atenas en una comunicación hecha ante el primer Congreso Médico Panhelénico de 1901, informó que la enfermedad hidática no había escapado un ápice a la perspicacia y a la profundidad de observación de los grandes investigadores. Los textos de Hipócrates, de Galeno, de Areteo y de otros médicos de la Antigüedad demostraban de manera cierta que en aquella época se conocía el quiste hidático del pulmón, del hígado y del peritoneo, la presencia de fragmentos de membranas en la expectoración así como la ruptura del quiste hepático en la cavidad peritoneal, que Hipócrates consideraba como mortal. Ciertamente, ellos ignoraban que los quistes llenos de agua eran debidos a un parásito. En los textos antiguos, ellos son designados como “tubérculo”, “hidátide”, “quiste”. Los Antiguos sabían también

⁵ TRATADOS HIPOCRÁTICOS, Volumen I – Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1990, pp. 292.

⁶ MACCAS, M.: Statistique de L'Echinococcose Humaine en Grece. En: *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII: Octubre 1951, Fasc.: I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 600 páginas; pp.: 61-70.

que estas lesiones eran igualmente encontradas en las vísceras de los animales tales como los ovinos, los bovinos y los porcinos”.

Agregado a lo mencionado por Maccas, y por lo que luego se dirá, vale consignar el siguiente pasaje de Galeno: *“Otro indicio es un latido del corazón, que se produce solo o acompañado de alguna señal de que el corazón de mueve en un medio líquido. No es nada sorprendente que en la túnica que envuelve el corazón se acumule tanta cantidad de humedad como para impedirle dilatarse, pues en el pericardio de animales diseccionados hemos visto con frecuencia un humor abundante semejante a orina. Una vez, un mono que día a día se iba debilitando tardó en ser diseccionado a causa de nuestras necesarias ocupaciones; cuando murió, todas las demás partes de su cuerpo estaban sanas, pero en la túnica del pericardio había una tumefacción patológica conteniendo un humor semejante al del hidátide. En otra ocasión un gallo tenía una tumefacción escirrosa, sin humor, semejante a muchas membranas espesas superpuestas.”*⁷ Y resulta sugestiva asimismo, este otro pasaje, cuando al tratar de las Afecciones Pulmonares, cita este caso: *“Un hombre empezó de repente a expulsar con la tos un humor muy parecido a la bilis líquida, de color entre amarillo y pálido, pero sin ninguna acritud. A partir de ese momento cada día la cantidad expectorada iba en aumento. Después le sobrevinieron fiebres ligeras y se fue debilitando, al tiempo que expectoraba también pus. Después de unos cuatro meses expulsó con el pus un poco de sangre, aumentando al mismo tiempo la consunción y la fiebre, después volvió a expectorar más cantidad, y luego todavía más abundante. Tras ello, al aumentarle la fiebre y disminuirle las fuerzas, murió de forma parecida a los enfermos de tisis. Después vi a otro hombre que estuvo enfermo de la misma forma durante seis meses, y luego a otro, más tiempo. El primero no parecía al principio tener ningún mal, pero después su estado era claramente penoso. En cuanto vi al segundo, resolví desde el principio tratarlo con esmero, y después de él, todavía más al tercero. Sin embargo, a pesar de todos nuestros considerables esfuerzos, ninguno de ellos, ni tampoco ningún otro después, logró salvarse. Todos ellos al morir expulsaron trozos podridos del pulmón, de lo que yo deduje claramente que su afección era igual a la existente en las partes externas cuando se impregnan de un humor purulento. Pero mientras que éstas se pueden amputar e incluso cauterizar, nada de esto se puede hacer en el pulmón y por eso todos los afectados mueren.”*⁸

Esto equivale decir que desde el inicio de la Medicina Técnica y Ética, se conocía la presencia en el hombre del quiste hidático de hígado.

⁷ GALENO de PÉRGAMO, Claudio: Sobre la localización de las Enfermedades (De Locis Affectis). Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1977, 462 páginas; Libro V: 303, 304, pp. 337:

⁸ GALENO de PÉRGAMO, Claudio: Sobre la localización de las Enfermedades (De Locis Affectis). Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1977, 462 páginas; Libro IV: 290-292; pp.: 329.

El Catedrático emérito de la Universidad de León, Miguel Cordero del Campillo, ha publicado sus *Notas históricas de la equinococosis/hidatidosis*, realizando fundamentales aportes a esta disciplina.⁹ Divide su estudio en dos períodos:

I. PERÍODO PRE-SISTEMÁTICO

En el Talmud de Babilonia, compilado entre los siglos IV-VI dC, hay noticia de la existencia de vesículas en los hígados de rumiantes sacrificados a la divinidad, identificables con quistes hidatídicos. Aristóteles (384-c. 322 aC) conocía las tenias y los cisticercos.

Teofrasto (372-287 aC) informa, en su Historia de las Plantas, sobre la frecuencia de tenias entre los tebanos, beocios, egipcios, árabes y sirios, y recomienda el helecho contra los "helminos planos".

Hipócrates (460-380 aC) describe el quiste hidatídico (hydatís, hydatídos, vejiga con agua, de hydor, hydatos, agua; debe advertirse que se llamaban hidátides no solo al quiste hidatídico sino los cisticercos y cenuros) los pulmones de vacunos, ovinos y cerdos, y cuenta que cuando se rompe el hígado que está lleno de agua, se derrama en el peritoneo y el paciente muere. También describe las tenias (helmins plateia, helmintos planos).



Areteo de Capadocia (siglo II dC), en sus dos obras, una sobre las causas y otra sobre el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, menciona la presencia de cestodos.

⁹ Jornada científica de la Asociación Española de Hidatidología. León, 19-X-2007, Universidad de León.



Galeno (129-c. 206 dC) realizó necropsias en animales e interpreta el texto de Hipócrates como un caso de rotura de un quiste hidatídico y *Cysticercus tenuicollis*, pues cuenta que el hígado de los animales sacrificados contiene vesículas llenas de líquido. También se mencionan quistes hidatídicos en el *Corpus Hippocraticum*.

Los griegos llamaban a los cestodos taínia (cinta o banda), palabra que adoptaron los latinos (taenia), como recoge **Cayo Plinio Segundo (23-79 dC)** en su *Historia naturalis*. Como sinónimo, también designaban a los cestodos como *lumbricus latus* (lombriz ancha). Latina también es la voz *cucurbitinus*, para los segmentos, anillos o *proglottis* (del griego *proglossis*, lengua), por su parecido con las pepitas de la calabaza (*cucurbita*).

Avicena (981-1037) menciona en su *Canon medicinae* varios helmintos, entre ellos cestodos y sus *cucurbitinos*, aunque no conocía la relación entre ambos. Los hispano-árabes **Albucasis (c. 936-1013)** y **Avenzoar (1113-1199)** también citan tenias.

El canciller **Pedro López de Ayala (1332-1350)** cita helmintosis del perro, aunque no está claro que conociera *Echinococcus granulosus*. Hasta el siglo XVII se creía que las fases larvarias de los cestodos, y de modo especial los quistes hidatídicos, eran tumoraciones o glándulas degeneradas, pero **Phillipp Jakob Hartmann (1648-1707)**, que estudió Medicina y Teología en Königsberg, merece ser destacado por sus estudios de *Cysticercus cellulosae* y *Strobilocercus fasciolaris*, pues poniéndolos en agua caliente apreció sus movimientos y el escólex, y demostró su naturaleza animal, en 1685. Siguiendo sus investigaciones, en 1694 describió un *Echinococcus hydatidosus* con vesículas hijas. Hartmann llamó "vermes vesiculares"

a los estadios larvarios de los cestodos y, en 1695, halló por primera vez *Echinococcus granulosus* en el perro (Enigk, op. cit. p. 15).

Thomas Bartholin (1616- 1680), danés, que estudió *Cysticercus tenuicollis* y *Coenurus cerebralis*, consideró en ambos casos que se trataba de vejigas acuosas o acúmulos de agua, pero el médico suizo **Johann Jacob Wepfer** (1620- 1695) afirmó que los cisticercos eran cestodos encapsulados, relacionó a *Coenurus cerebralis* con la modorra o torneo de los ovinos, que era realizable la trepanación y observó que, dentro de la membrana, había numerosos escólex, con lo que llegó a diferenciar los cenuros de las hidátides.



Francesco Redi (1626-1697) es autor de la primera helmintología comparada, en la que trata de los cestodos adultos de perros y gatos y de sus estadios larvarios, reconociendo su condición parasitaria, aunque no advirtió la relación entre unos y otros estadios. Su obra *Osservazioni intorno agli animali viventi che si trovano negli animali viventi* (1684) ha permitido considerar a Redi como "el padre de la Parasitología".

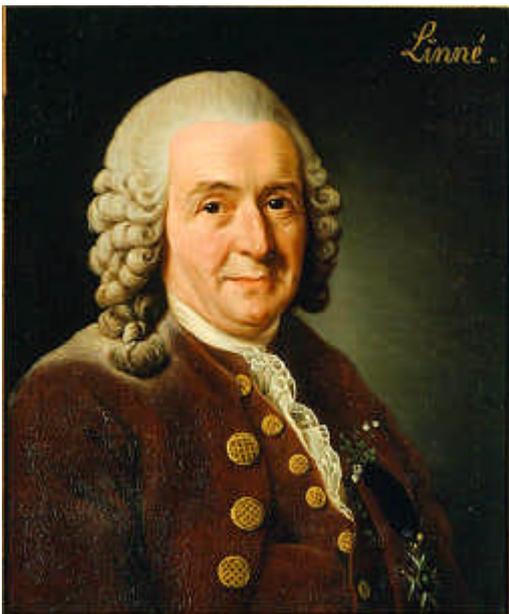
Edward Tyson (1650-1708), graduado en Medicina en Oxford y doctorado en Cambridge, halló *Cysticercus tenuicollis* en una gacela (1691), apreció su naturaleza helmintiana, su condición de ser vivo, denominó a la fase quística "lumbricus hydropicus" (lombriz hidrópica), en 1692, y describió la doble membrana de los quistes. Además de contribuir con importantes trabajos al desarrollo de Helmintología (fue el primero que reconoció el escólex como "cabeza" de las tenias), se distinguió por buscar conexiones entre la animalidad y la humanidad, a través de estudios comparados de chimpancés y humanos. Su trabajo sobre cestodos se publicó en *Philos. Trans. R. Society London*, 13: 113-144 (Cox, 2002). También Marcus

Malpighi (1697) apreció la condición de ser vivo de *Cysticercus cellulosae* del cerdo.

II. PERÍODO SISTEMÁTICO

Aunque sus trabajos versaron sobre vegetales, es importante mencionar a **John Ray (1627-1705)**, pues contribuyó en gran medida a la taxonomía al fijar la noción de "especie tipo", que definió sobre bases genéticas al afirmar que "ninguna especie se forma de la semilla de otra", considerándola invariable en el espacio y en el tiempo. En el siglo XVI los naturalistas eran creacionistas fijistas, que definían a las especies sobre bases morfológicas, pero en el siglo XVIII se define la especie biológica, con la incorporación de factores como tiempo y espacio.

En el siglo XVIII se logran grandes avances en el conocimiento de las cestodosis.



Es obligado citar a **Karl von Linné (1707-1778)**¹⁰, médico sueco que sentó las bases de la sistemática/taxonomía, con la décima edición de su *Systema Naturae* (1758), aunque no manifestó mucho interés por la Helmintología, pues llamaba a los vermes "estirpe asquerosa y repugnante", opinión que, seguramente sin saberlo, compartía con nuestro albéitar¹¹

¹⁰ También conocido como Carlos Linneo o Carolus Linnaeus.

¹¹ **albéitar**. (Del ár. hisp. *albáyʿar*, este del ár. clás. *bayʿar* o *bayʿur*, y este del gr. *ἄρῃα*). 1. m. **veterinario** (? hombre que ejerce la veterinaria). Diccionario de la RAE, Edición 22ª., 2001.

Baltasar Francisco Ramírez, quien calificaba a las helmintosis de enfermedades peligrosas y repulsivas (1629). La parte de la obra linneana relacionada con la Parasitología se debe a Per Arthedi (Arthedi).

Entre los pastores se conocían *Cysticercus tenuicollis*, *Coenurus cerebralis* y *Echinococcus hydatidosus*, con algunas intuiciones sobre la naturaleza vermiciana de los "granitos" (protoescólex) del cenuro, como sospechó Ranstler (1776), autor de una obra sobre enfermedades de los ovinos.



Peter Simon Pallas (1741-1811), médico formado en Berlín, Halle y Gotinga, que se doctoró en Leiden (Holanda), acudió a Londres, fue invitado por Catalina II de Rusia a la Academia de Ciencias de San Petersburgo, y regresó a Berlín para integrarse en su Universidad. Destacaremos los trabajos en que demostró la relación entre *Taenia taeniaeformis* del gato y su fase larvaria en el ratón, *Cysticercus fasciolaris*. Sin embargo, creía que todas las larvas quísticas pertenecían a una sola especie que denominó *Taenia hydatigena*, cuya morfología variaba según la especie hospedadora. En cuanto al quiste hidatídico, lo relacionó con los cestodos, aunque no llevó a cabo experimentos.

Johannes August Ephraim Goeze (1731- 1793), hijo de un pastor luterano y él mismo estudiante de Teología, sintió inclinación por la Parasitología cuando Pallas le envió muestras de helmintos para que los estudiara, lo que se tradujo en la publicación de *Versuch einer Naturgeschichte der Eingeweidewürmer* (1782), una de las aportaciones fundamentales del siglo XVIII. Diferenció *Taenia solium* de *T. saginatus* y señaló la naturaleza vermicinosa del quiste hidatídico, al que denominó *Taenia visceralis socialis granulosa*, aludiendo a su condición de cestodo presente en vísceras.



— Jean-Baptiste de Monet, chevalier de Lamarck (1744-1829), derivó sus inquietudes hacia la Medicina y la Botánica y, entre otras obras, escribió la titulada *Système des animaux sans vertèbres, ou table general des classes* (1801), en la que introdujo el término "*invertibrados*", entre los cuales situó a los gusanos. Karl Asmund Rudolphi (1771-1832), estudió y se doctoró en Medicina y Ciencias Naturales en Greifswald con tesis sobre estructura de los helmintos. Seguidamente acudió a estudiar en la Escuela de Veterinaria de Berlín y regresó a Greifswald como profesor habilitado de Anatomía y Zoología en la Facultad de Medicina. Tras visitar varios centros europeos, se incorporó a la universidad de Berlín como catedrático de Anatomía comparada, en la que impartió docencia de helmintología de los animales domésticos. A Rudolphi se le llamó "el Linneo de la Parasitología" por su propuesta de sistematización de los helmintos, que distribuyó en cinco Órdenes, entre ellos Cestoda (Cestoidea) y Cystica (Cystoidea). El gran avance que supuso esta clasificación fallaba por considerar independientemente a los estadios adultos de Cestoidea, de los larvarios Cystoidea, que enfatizaban las raíces de ambos términos: respectivamente, *kestós*, cinturón bordado y *kystis*, *kyste*, vejiga, quiste. No obstante, el género *Echinococcus Rudolphi*, 1801 lleva el nombre de este distinguido científico, con la especie tipo *granulosus*, designación que introdujo Batsch en 1786, cuando le asignó el nombre de *Hydatigera granulosa*. Rudolphi (1808) diferenciaba, creyendo que eran especies distintas, *E. hominis*, *E. veterinorum* y *E. simiae*, del hombre, animales y simios respectivamente, de los cuales únicamente el primero formaba vesículas hijas.

Pese a los avances debidos a Goeze, en cuanto a la relación de los quistes hidatídicos con los cestodos, Johann Georg Heinrich Zeder (1763-1837), médico militar, aceptando la propuesta de Rudolphi, separadora de Cestoda y Cystica, propuso en 1800, para los quistes hidatídicos del hombre, la designación de *Polycephalus hominis*, que cambió en su obra *Anleitung zur Naturgeschichte der Eingeweidewürmer* (1803), por la de *Polycephalus echinococcus*. Vino a complicar las cosas el médico francés



René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826), quien estudió hidátides humanas carentes de escólex, a las que calificó de "acefaloquistes" (*Mémoire sur les vers vésiculaires, principalement ceux qui se trouvent dans le corps humain*, 1804), considerando que se trataba de un género distinto del que incluía los que afectaban a ovejas y vacas. Livois (1843) aclaró que los acéfaloquistes eran hidátides en las que todavía no se habían formado los escólex. **Bernard Naunyn (1839-1925)** demostró (en 1863) el error de Rudolphi cuando administró parte de un quiste hidatídico de origen humano a dos perros, en los que se desarrollaron equinococos similares a los que procedían de hidátides de origen porcino. Poco después (1867), R. Leuckart obtendría hidátides en cerdos a los que administró huevos obtenidos del cestodo adulto.



Félix Dujardin (1801-1860), polifacético personaje (pintor de acuarelas, ingeniero, profesor de Matemática y de Literatura, de Geología, Geometría y Química, etc.) escribió una "*Histoire naturelle des Helminthes ou vers intestinaux*" (1845),

en la que describe 135 especies de cestodos e introduce la voz "proglottis" para los anillos/segmentos de ellos.

Como nota curiosa, **Edward Jenner** (1749-1823), de quien nos ocuparemos más adelante, vinculó la hidatidosis con la tuberculosis.



Carl Theodor Ernst von Siebold (1804-1885), graduado en Medicina en Berlín, discípulo de Rudolphi y Ehrenberg, se interesó desde 1830 en la Zoología, de manera que fue nombrado catedrático de Zoología, Anatomía comparada y Sanidad animal de la Facultad de Medicina de Erlangen (1840), en la que hicieron obligatorias las clases de Sanidad animal para los estudiantes de Medicina. Von Siebold acabó entendiendo que los quistes hidatídicos eran fases de un futuro desarrollo, designó al parásito como *Taenia echinococcus* y demostró (1852) el desarrollo del cestodo en perros infectados con material hidatídico de ovejas (*Ueber die Verwandlung der Echinococcus-brut in Taenien. Z. Wissen. Zool.* 4: 409-425, 1853), experimento que repitió Bernhard Naunyn (1839-1925), ayudante de la Facultad de Medicina de Berlín, administrando a un perro parte de un quiste hidatídico obtenido de un hombre (*Ueber die zu Echinococcus hominis gehörige Taenien. Arch. Anat. Physiol. Wiss. Med.*, 4: 412-416, 1863), con lo que, contra la opinión imperante desde Rudolphi, demostraba que la especie de Echinococcus derivada del quiste hidatídico era común al hombre y a los mamíferos (Foster, 1965; Grove, 1990).

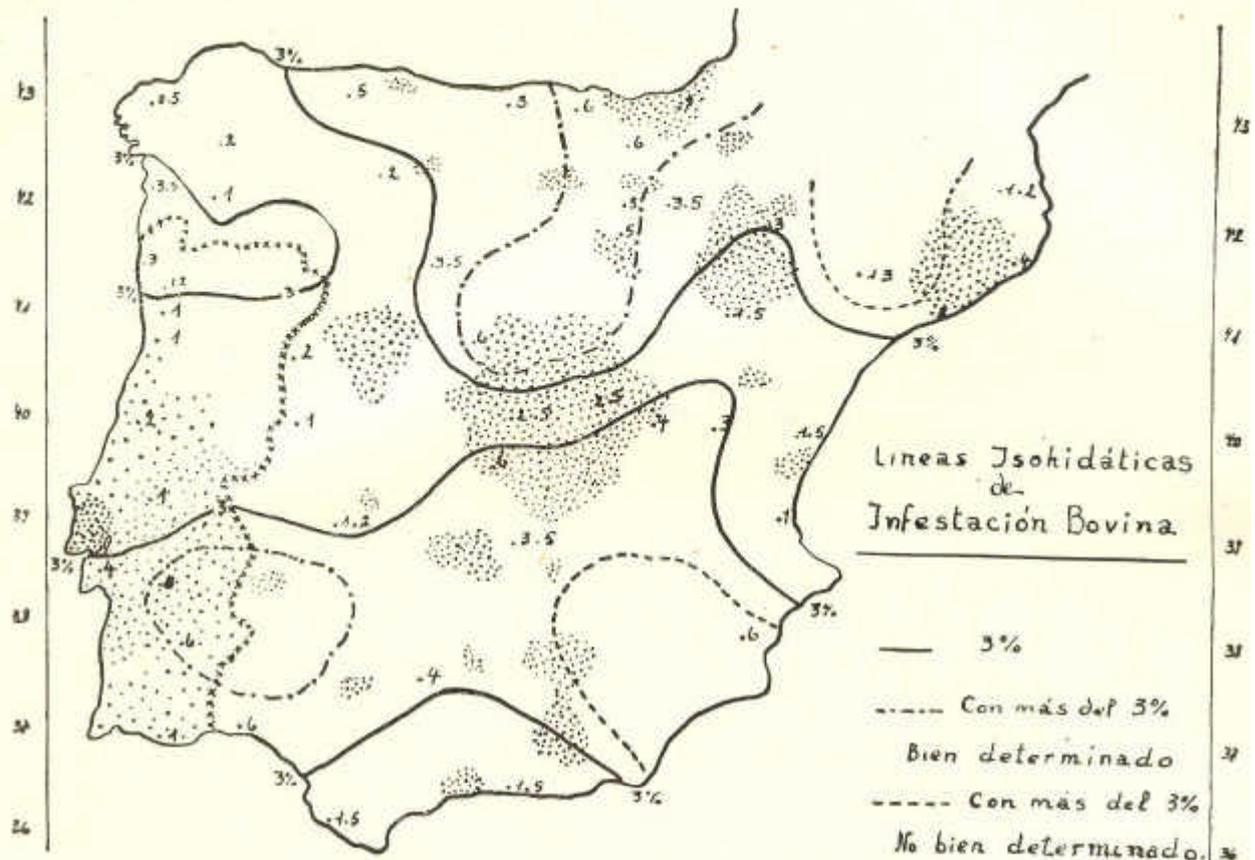
No podemos concluir esta parte sin mencionar las experiencias fundamentales llevadas a cabo por **Gottlieb Friedrich Heinrich**

Küchenmeister (1821-1890) sobre los ténidos del hombre y de los animales domésticos, y su propuesta de que no se dieran a comer a los perros los residuos de matadero de los mamíferos domésticos (1855).

* * *

El gran impulsor de la lucha anti-hidática a nivel mundial, nuestro Maestro uruguayo Velarde Pérez Fontana, decía en 1951, a propósito del Desarrollo de la Hidatidosis en Portugal y España, ante el Congreso de Argel lo siguiente, con relación al origen de la infestación hidática de nuestro continente: ¹² *“Origen y extensión de la hidatidosis: A. B. Van Deinse, del Erasmianche Gymnasium de Rotterdam, cree que la hidatidosis es una enfermedad originaria de Islandia, que fue llevada a las distintas comarcas por los perros de los balleneros. Nosotros compartimos la tesis del investigador holandés y hemos podido verificar su exactitud en los focos del Río de la Plata y de la zona Patagónica. Van Deinse ha demostrado con documentación gráfica la existencia de perros en los balleneros y que “la presencia de maxilares de ballena marca la pauta de la distribución de la enfermedad hidática”. La infección hidática fue llevada del Continente Europeo en el siglo XVII aproximadamente hace 300 años. Es conocida la frecuencia con que se encuentran maxilares y vértebras de ballena en la región cantibérica de la península Ibérica, que coincide con el foco mayor de hidatidosis en España. Por otra parte Aveiro, en el siglo XV de la zona del Miño, donde hay actualmente un foco de hidatidosis similar al norte de España, fue un importante centro pesquero de ballenas. Sobre el mar de España por fuera del estrecho que desde antigua data es un centro de pesca y explotación de ballena, hay un foco importante de hidatidosis.*

¹² PÉREZ FONTANA, Velarde: Algunas consideraciones sobre el origen y desarrollo de la Hidatidosis en Portugal (Con especial referencia a la Península Ibérica). *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII: Octubre 1951, Fasc.: I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 600 páginas; pp.: 79-89.



Cartograma de distribución porcentual de la hidatidosis bovina en la Península Ibérica trazado por el Capitán de Fragata Hispano Pérez Fontana, de acuerdo con los siguientes datos: Los de Portugal corresponden al año 1945, y fueron tomados de la tesis de L. da Silva Leitão; los de España, corresponden a 1948, y fueron tomados del trabajo de L. Saiz Moreno.

El puntaje que corresponden a las zonas de hidatidosis humana en la península fue tomado para España del libro de C. Rodríguez López Neyra y M. de los Angeles Soler Planos, 1944.

Para Portugal, del mapa presentado por F. Gentil y J. Conde (Algunas localizações raras do quisto hidático), 1951.

Los datos de este cartograma son incongruentes a pesar de lo cual lo presentamos porque muestra, en cierto modo, la manera como se desarrolla la endemia hidática en la Península Ibérica.

Tomamos los datos de infestación ovina, que siempre es menor que la infestación de ganado menor (ovino, caprino y porcino), porque es la que tiene más semejanza con la infestación humana.

El núcleo que tiene asiento en el Norte de Portugal y Sur de Galicia con un valor del 12 % en Braga, se ha determinado solamente con la línea del 3 % por no ser posible trazar un área ni aún aproximada con un solo dato.

El núcleo de Alentejo y Andalucía, junto con el que tiene asiento en la Provincia de Murcia son de importancia. En el Oeste se determina bien por permitirlo los datos, el del Este en forma imperfecta por carencia de los mismos.

Todo el Sur de Portugal y de España y parte de la Provincia de Granada tiene un alto porcentaje de infestación, zona que corre del Atlántico al Mediterráneo y que abarca la región de Alentejo, Extremadura, Sevilla, Castilla la Nueva y Murcia.

El análisis del cartograma revela la existencia de cuatro focos con valores superiores al 3%, involucra un alto valor del 12 % en Braga.

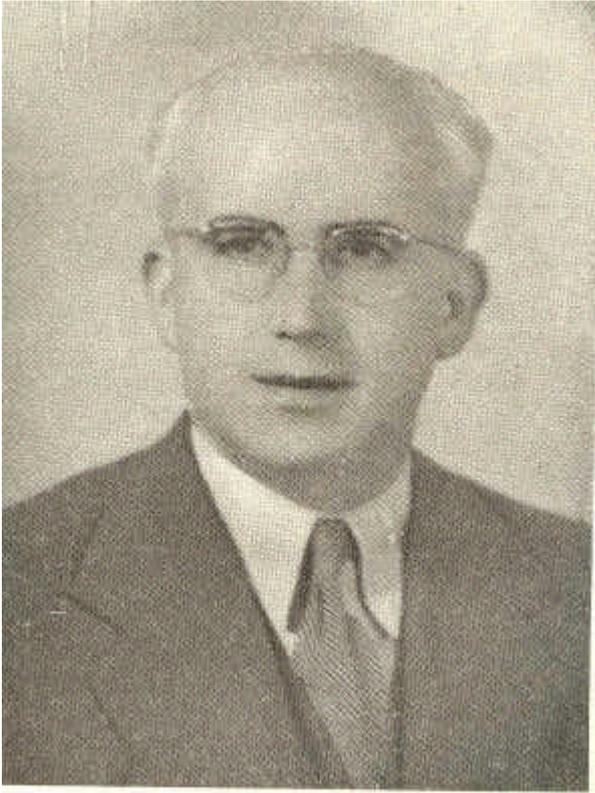
El 2.º foco, corresponde a las provincias del cantábrico y sur de los Pirineos, es muy extenso y tiene sobre las provincias vascas un valor superior al 3 %. En Cataluña, alcanza un valor del 13 %, en Mérida.

En el sur de la península, hay dos focos similares de un valor aproximado del 6 %, uno en Portugal que corresponde a Alentejo y el sur oeste de Extremadura, y otro en España sobre el mediterráneo en la provincia de Murcia y al este de Granada, que no puede determinarse con exactitud por falta de datos precisos.

El resto de la península tiene valores inferiores al 3 %.

En el cartograma de distribución porcentual se ve que los focos más importantes de hidatidosis corresponden exactamente a las zonas donde hubo faenas balleneras. Portugal, es una parte de la península Ibérica. Tiene una superficie de 89.106 km²., su constitución geológica, su orografía e hidrografía son continuación de las regiones de la península comprendidas entre el paralelo 42 y 37. Cuatro ríos: el Miño, el Duero, el Tajo y el Guadiana con sus valles nacen en España y terminan en el Océano Atlántico cruzando el territorio portugués. El Valle del Tajo, divide el país en dos partes, de las cuales la parte norte, tiene una altitud media de 370 metros y la parte sur, de 160 aproximadamente. En los valles del Tajo y del Sado hay llanuras de pequeña altitud en una extensión de 1.600 km². En la parte meridional de Portugal se extienden llanuras de altura media, de 50 a 200 metros entre el Tajo y el Bajo Alentejo, y la segunda en Alto Alentejo entre el Tajo y el Guadiana. Las regiones lacustres tan propicias al desarrollo de la enfermedad hidática, adquieren en Portugal, características muy especiales. La costa de Portugal es una prolongación de la costa de Galicia. El hundimiento de las costas de Galicia, permite al mar salado explayarse entre las montañas formando "las rías" que están influenciadas por el flujo y reflujo de la marea. El mismo fenómeno se observa en los fiordos de Noruega, por erosión de las rocas. La albufera de agua dulce, en cambio, como en Valencia, Río Grande [do Sul, Brasil], Uruguay y Provincia de Buenos Aires, y en Portugal, en la región de Aveiro, también llamada la Venecia portuguesa, mantiene explayadas grandes extensiones de aguas dulces de origen fluvial, en las proximidades del mar. El clima de Portugal está influenciado grandemente por la costa del Atlántico, el promedio de lluvia [anual] de la península Ibérica 1916-1920 es de 684 milímetros cúbicos. El máximo de lluvia corresponde al norte, 1.290 milímetros en Porto, Coimbra 916, Lisboa 756, Évora 636, Lagos 493 y Faro 440. Las condiciones corográficas edáficas y climatéricas de Portugal son propicias a la extensión de la enfermedad hidática." Y se extendía en consideraciones sobre la dedicación del 57% de la población de Portugal a hacerlo país agrícola por excelencia, y sus consecuencias para favorecer la difusión de la enfermedad.





J. CALVO MELENDRO

El español Jesús Calvo Melendro, Director del hospital Provincial de Soria, examinaba la escasa bibliografía existente y analizaba algunas conclusiones referentes a la distribución geográfica, localización anatómica, epidemiología, etc.¹³ "La localización anatómica que suministran los autores españoles no difiere gran cosa de las de otros extranjeros señalando por lo tanto en primer lugar el hígado y en un porcentaje muy inferior las de pulmón, siguiendo con proporciones poco mayores del 1% los músculos, cerebro y peritoneo y más raras las restantes. En esto las estadísticas de cada autor son influidas por circunstancias tan especiales que hacen admitirlas con muchas reservas. Es muy demostrativo a éste respecto que en mi experiencia el porcentaje de localizaciones haya cambiado considerablemente en los últimos años. Antes del 36, yo decía en algunas publicaciones que los pulmonares eran mucho más frecuentes que en hígado, hecho que me hacía pensar en la hipótesis aérea, sostenida por Bird, e incluso comencé una serie de experiencias para comprobar si los huevos de tenia equinococo podían implantarse por inhalación en aparato respiratorio. Actualmente la proporción de quistes hepáticos que veo supera a la localización pulmonar, encontrándose en conjunto igualadas en frecuencia. Estoy convencido que lo que ha variado son las circunstancias en que ahora se ejerce la profesión en esta ciudad. En mi concepto influye mucho la facilidad con que se hace el diagnóstico,

¹³ CALVO MELENDRO, J: La Equinococosis en España. En: *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII: Octubre 1951, Fasc.: I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 600 páginas; pp.: 73-77.

cuando la radiología era poco frecuente la proporción de quistes hidatídicos de pulmón que daban todas las estadísticas era muy inferior al actual. Probablemente el cerebro, corazón, riñón y bazo están mayor número de veces afectados que lo que se cree." Y con relación a la edad y ocupación de los afectados, confirmando hallazgos sudamericanos, continúa: "La edad en que son atacados los enfermos tampoco difiere en España de la consignada en otros países. López Neyra dice que las edades más precoces reveladas en las publicaciones españolas es la de dos niños de tres años, refiriendo el caso del Dr. Arquellada, de un niño que desde su nacimiento presentó síntomas tumorales de abdomen diagnosticándose a los siete meses como debidos a un quiste hidatídico de hipocondrio izquierdo. Nosotros hemos visto un niño de tres años con un quiste hidatídico de cerebro descubriéndose en la autopsia tres de hígado que habían permanecido latentes y una anciana de 90 años con un voluminoso quiste de hígado. En el estudio clínico de la equinococosis hay algunos detalles que revelan condiciones favorables para el contagio y por lo tanto dan idea de la frecuencia en una determinada región, por ejemplo la existencia de focos epidémicos como han sido descubiertos en la Argentina por Ferro y en el Uruguay por Velarde Pérez Fontana, dos países de endemia equinococósica. Lozano también señaló en Aragón distritos de especial frecuencia aunque no verdaderas epidemias. Por nuestra parte hemos visto en un pueblo pequeño enfermar un matrimonio, a los pocos años de ir destinados a él, el marido había ido a sustituir a otro individuo fallecido por quiste hidatídico de hígado que tampoco era del pueblo pero había vivido allí diez años desempeñando el mismo empleo. En el mismo sentido abogan la multiplicidad de quistes en un individuo y la equinococosis familiar; respecto a lo primero estimo que es mucho más frecuente de lo que se cree ya que de ocho autopsias que he tenido ocasión de hacer en enfermos hidatídicos en siete había más de una de estas formaciones, atacando uno o más órganos, y respecto a la segunda condición, recientemente he publicado un trabajo dando cuenta de que en el 11 o 12% de los casos tiene lugar. Las trágicas observaciones de familias enteras masivamente atacadas por esta enfermedad han sido publicadas por Costantini en Argelia y Marangos en Grecia, es decir, dos países de tradición equinococósica. Fácilmente se comprende que condiciones epidemiológicas favorables harán desarrollarse la equinococosis familiar y la hidatidosis múltiple."

Con relación a los datos suministrados por los veterinarios del matadero municipal de la ciudad de Soria, respecto a la infestación de los animales sacrificados, proporciona las siguientes cifras:

Ganado vacuno.....	50%
Ganado lanar.....	30%
Ganado cabrío.....	30%
Ganado porcino.....	3%

En sus conclusiones señala: “La equinococosis es frecuente en España, principalmente en ambas Castillas y Aragón. La proporción en las localizaciones anatómicas no difiere de la de otros países. En Aragón influye mucho en la propagación de la enfermedad el agua de bebida. En la provincia de Soria la profesión más afectada es la de pastor. Es muy frecuente encontrar equinococosis múltiples y familiares. No es segura la existencia de equinococosis alveolar aunque poseemos una observación personal diagnosticada como tal por estudio histológico.”



En Grecia, a pesar de los conocimientos ya señalados que poseían en la Antigüedad Hipócrates de Cos, Galeno de Pérgamo, o Areteo de Capadocia, menciona Maccas¹⁴: “En lo sucesivo, no se hace más mención a la equinococosis en Grecia, al punto que Schwarz escribió que hasta 1900 pocos de estos

¹⁴ MACCAS, M.: Statistique de L'Echinococcose Humaine en Grece. En: *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII: Octubre 1951, Fasc.: I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 600 páginas; pp.: 61-70.

casos griegos eran conocidos y que solamente se habían publicado casos aislados. Y esto no debe escandalizar si se piensa que para aquella época las laparotomías y mismo las disecciones eran muy raras entre nosotros. El primer trabajo de cierta importancia sobre la equinocosis es publicada por Phocas y Condoleon en 1914, basado sobre 72 casos. En la misma época el cirujano conocido en El Cairo, Th. Papaioannou se ha ocupado igualmente de la extensión del modo de propagación y de la transmisión al hombre de la enfermedad hidática en Grecia. A pesar de estas publicaciones, en 1928, Schwarz que realiza una revisión, en la monografía de Hoseman, el capítulo concerniente a la extensión de la hidatidosis a través del mundo, ¡consideraba a Grecia como un país poco afectado por la enfermedad hidática! En 1930, Toole fue el primero en asumir la tarea de demostrar la frecuencia de la equinocosis en Grecia por la estadística: él reunió los casos observados en las clínicas quirúrgicas de los hospitales y en las clínicas privadas en Grecia entre 1900 y 1928, esto es durante 29 años. Reunió 3.038 casos seguros de equinocosis humana. Toole constató un aumento progresivo de los casos de hidatidosis, de 31 casos en 1900 a 209 en 1928. La proporción de QH sobre los enfermos de las clínicas quirúrgicas era de 1/84. Concluyó de su estadística que la equinocosis no tenía una distribución homogénea en Grecia, sino que ella era más frecuente en la antigua Grecia y de menor frecuencia en los nuevos territorios. Los focos principales estaban en Grecia continental, al Oeste, la región Nordeste del Peloponeso, la Eubea y las Cícladas. La isla más afectada era Cefalonia. En lo que concierne a la localización en los diversos órganos, Toole encontró para el hígado 67,4% y para el pulmón 16%. En 1936, el Profesor Geroulanos (Congreso internacional de Patología comparada, Atenas, 1936) hizo un largo relato sobre la equinocosis en Grecia hasta 1935, con estadísticas que completó más tarde su discípulo Toole, como continuación de su primera publicación de 1930. Esta estadística comprendió todos los casos operados en Grecia entre 1929 y 1935, es decir, en 7 años. Entonces, aunque la vieja estadística de 1930 comprendía 3.038 casos operados en 29 años, la nueva estadística de 7 años solamente, comprendía 2.069 casos; este aumento es progresivo desde 224 casos en 1931 a 391 en 1935. Aquí todavía la mayor frecuencia interesa la misma isla de Cefalonia.



Por lo que hace a la localización según los órganos, 1250 casos afectaban el hígado (60,4%) y 583 casos al pulmón (28,2%)."

Entonces Maccas, desde su servicio en el Hospital de la Cruz Roja de Atenas, se decidió a emprender una campaña para luchar contra la enfermedad y arribar a su prevención. Para eso organizó una encuesta sobre la frecuencia de la equinocosis en Grecia durante los últimos años, es decir, después de las estadísticas de Toole, que llegaban hasta 1935, y se dirigió a los hospitales y clínicas privadas para saber cuántos casos habían sido operados desde el 1º de enero de 1936 hasta el 31 de diciembre de 1949, es decir, durante 14 años. "Evidentemente, señala Maccas, esta estadística no pretendía ser de una exactitud absoluta, siendo evidente que un cierto número de casos fueron operados dos o tres veces y probablemente, por este hecho, figuren en la estadística como dos o tres casos distintos." Lo que él encontró en ese intervalo de 14 años, "que se habían operado en Grecia 6.000 casos de equinocosis de localización diversa. Durante la ocupación (1941-1944), los casos son menos numerosos en tanto que en los últimos años antes de la liberación, mi estadística es más reducida. Esto se explica si se tiene en cuenta que durante la ocupación un gran número de hospitales y de clínicas privadas fueron cerradas y además que los habitantes de Grecia ocupada se vieron mayormente obligados a sobrevivir ellos y sus familias, que a ocuparse de su propia salud, visto que la equinocosis es una enfermedad crónica que ocasiona molestias subjetivas soportables y sin gran apariencia de gravedad, a los ojos de los pacientes, al menos." En su encuesta, Maccas confirmó cifras más cercanas a las registradas en el segundo estudio de Toole (que comprendía los años 1929-1935) que había hallado la frecuencia de QH de hígado en el

60,4% y de pulmón del 28.2%, mientras Maccas (para el período 1936-1949) halló 59,9% y 30% respectivamente. Lo que era evidente, que ahora se buscaba más y se encontraba cada vez con mayor frecuencia, pacientes portadores de QH, si se analizan estas cifras gruesas:

Década 1900 – 1909	434 casos
Década 1910 – 1919	931 casos
Década 1920 – 1929	1.610 casos
Década 1930 – 1939	3.331 casos
Década 1940 – 1949	4.417 casos.



En la isla de Chipre, todavía bajo dominio británico, el mismo autor registró, para el período 1936-1949 que se habían operado en los hospitales y clínicas privadas de la isla, que tenía 485.000 habitantes, 640 casos de QH, a razón de 46,4 casos por año, con lo cual esta cifra era la más alta de Grecia. Entonces se preocupó de conocer estadísticas de otros países afectados por la hidatidosis, y comparó las cifras de los diferentes países:

1936 – 1949 (Maccas, Chipre) 650 casos

1. *Argentina* (población 13 millones)

1910 – 1921 (Grennway)	2.474 casos
1922 – 1935 (Castex y Grennway)	3.096 casos
1936 – 1948 (Cabella y Suárez)	4.746 casos

En 32 años, 1910 – 1948: 10.326 casos

2. *Uruguay* (población 2.500.000)

En 6 años, 1929 – 1934 (Pérez Fontana) 2.616 casos

3. *Chile* (población 5 millones)

En 13 años, 1933 – 1945 (Neghme,
Faigenbaum, Pilotti y Campos) 3.667 casos

Y los comparó con las cifras estadísticas reunidas en Grecia durante 50 años:

4. *Grecia* (población 8 millones)

1900 – 1928 (Toole)	3.058 casos
1929 – 1935 (Toole)	2.069 casos
1936 – 1949 (Maccas)	6.000 casos
1900 – 1949	11.107 casos

5. *Chipre* (población 485.000 habitantes)

1936 – 1949 (Maccas)	650 casos
----------------------	-----------

La conclusión que extrajo de estas cifras fue, entre otras, establecer el *ranking* que muestra la tabla siguiente:

1. Uruguay	por 100.000 habitantes	17,4	QH
2. Chipre	" "	12,9	QH
3. Grecia	" "	7,37	QH
4. Chile	" "	7,21	QH
5. Argentina	" "	2,6	QH

“Las conclusiones de mi estadística me dieron mucho para reflexionar y me inquietó la amenaza para la salud del pueblo griego que representaba el aumento progresivo de la equinocosis. Las medidas profilácticas para el hombre son conocidas luego de muchos años, pero su aplicación sistemática y rigurosa está empedrada lamentablemente de grandes dificultades.

La prueba de esto es que Australia, Nueva Zelanda y las Repúblicas citadas de América del Sur, a pesar de las medidas adoptadas después de largo tiempo, no han logrado disminuir de una manera notable la frecuencia de la equinocosis. En Grecia, hasta el presente, ninguna medida seria y sistemática se había tomado.

Nosotros tuvimos la intención de emprender y organizar la lucha contra la extensión de la enfermedad, teniendo ante nuestros ojos el ejemplo de Islandia y de Finlandia. Con lo que esperábamos llegar a hacer disminuir la frecuencia de la equinocosis hasta límites tales que no pudiera representar más un daño real para los habitantes de nuestro país”.

LA DESAPARICIÓN DE LA ENFERMEDAD HIDÁTICA EN ISLANDIA ¹⁵

Prof. Niels Dungal



¹⁵ *ARCHIVOS INTERNACIONALES DE LA HIDATIDOSIS*. Congreso Mundial del Quiste Hidático, en homenaje al Profesor F. Dévé, Argel, 21, 22, 23, 24 mayo 1951. Vol. XII, Octubre 1951, Fasc. I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 500 páginas; pp 45-51.

En el siglo pasado (XIX) Islandia era sin duda el país del mundo donde la enfermedad hidática hacía los mayores estragos. Thortensen parece ser el primer médico islandés que en 1840, puso en duda la naturaleza parasitaria de la enfermedad. Estimó que un islandés de siete, estaba afectado de quiste hidático. Entonces Schleisner fue enviado por Copenhague para hacer una encuesta sobre las condiciones de higiene en Islandia, y encontró que un enfermo sobre seis sufría de la enfermedad hidática. Cuando él informó esta novedad a Copenhague, causó consternación porque las autoridades médicas no tenían la menor idea de la extrema frecuencia de esta enfermedad en Islandia. Schleisner fue el primero en esclarecer la naturaleza de la enfermedad. Antes de su visita la enfermedad del hígado era bien conocida por los médicos islandeses, pero no era evidentemente considerada como una enfermedad específica y con su propia etiología. Este estado era generalmente denominado hidatitis crónica, sin que se dieran cuenta de su naturaleza parasitaria. Schleisner identificó la enfermedad como la acéfalo-quiste del hígado de Laënnec, a partir de la terminología de Rokitansky, pero consideró al quiste como un animal parasitario. Desde que von Siebold logró en 1852 producir una tenia en los perros a partir de hidátides de ovinos, el interés que se fijó en Islandia sobre la enfermedad fue incrementado y Eschricht, en Copenhague, demostró la naturaleza parasitaria de la enfermedad que no era producida por albúmina coagulada, como lo habían afirmado Rokitansky y Laënnec, sino por un parásito hidático viviente. Las investigaciones llamaron la atención del mundo científico sobre esta enfermedad tan expandida en Islandia y la relación entre el perro, el ovino y el hombre pudo ser aclarada, gracias a los trabajos de Kuchenmeister, Leuckart, Naunyn, Finsen y Krabbe; había llegado la hora de iniciar el combate contra la enfermedad.



En 1857, un joven médico con espíritu científico, John Finsen fue designado médico de la Salud en una parte de la costa norte del país. Él cooperó con Harold Krabbe, profesor de parasitología veterinaria en Copenhague, en infestar perros con quistes hidáticos humanos, enviándole los parásitos que él encontraba en los perros o los perros mismos, luego de la ingestión de los quistes hidáticos, a Krabbe, en Copenhague.



Estas experiencias fueron hechas con éxito en 1862 y 1863, el año en que Naunyn emprendió igualmente con éxito las mismas experiencias.

La cooperación entre Krabbe y Finsen: Finsen, que era un médico dotado de un agudo sentido de observación, de espíritu siempre alerta, aportó muchas observaciones originales a la patología de la enfermedad hidática. Entre estas numerosas observaciones registró algunas que relataban la rotura de un quiste hidático inmediatamente después del nacimiento, y él fue el primero en comprender correctamente la formación de la equinocosis peritoneal secundaria, sucediendo a la rotura de un quiste del hígado.

Krabbe fue un parasitólogo sagaz que comprendió plenamente el problema de la profilaxis, y cómo la relación de este problema estaba contenida en la posibilidad eventual de impedir a los seres humanos de ingerir los huevos de la tenia *Equinococcus* del perro.

En los años transcurridos desde 1860 a 1890, el profesor Krabbe fue el principal consejero del Gobierno Islandés en materia de profilaxis, contra la enfermedad hidática. En 1863, él escribió a instancias del gobierno, un folleto popular sobre la naturaleza y la causa de la enfermedad. Este panfleto fue distribuido gratuitamente a la población – para esta época la población era de 70.000 personas - , y Krabbe estimó que el número de perros era de 15 a 20.000, o sea un perro cada 3 o 4 personas. No solamente el número de perros era enorme, sino que ellos vivían en estrecho contacto con la población, jugando con los niños y alimentándose frecuentemente en los platos utilizados por las personas.

A partir que Krabbe hubo examinado 100 perros en Islandia en 1863, él encontró la tenia *equinococcus* en 28 de ellos. En Copenhague él encontró la tenia solamente en dos perros sobre 500, o sea el 0,4%. En Islandia, Krabbe encontró un número considerable de tenias en los intestinos de los perros, un número que era entonces enorme. En cada granja se carneaba [mataba] los ovinos, y sus órganos internos, sobre todo aquellos que estaban infestados de quistes, eran dados a los perros; por eso, los perros tenían total posibilidad de ser contaminados y las personas total posibilidad de ingerir los huevos.

De este período nosotros no poseemos ninguna autopsia y en consecuencia ninguna posibilidad de estimar el porcentaje de la

enfermedad hidática en la población. Pero la tasa de contaminación debió ser muy elevada.

Finsen ha estimado la frecuencia de la enfermedad y concluyó que una persona sobre 40 o 50 sufría equinocosis. Jonassen se esforzó, en 1882, de hacer la misma suerte de estimación, y arribó a la conclusión que una persona sobre 61 estaba afectada. Esto no era cierto, sino apenas una estimación de la tasa de contaminación, más bien de las personas que eran afectadas del quiste que morían sin jamás producir síntomas que permitieran un diagnóstico. La tasa de contaminación sería entonces mucho más elevada que el número de enfermos vistos, pero en el siglo pasado ninguna tentativa fue hecha para estimar la tasa de contaminación, y asimismo, ninguna autopsia fue practicada con método.

El primer informe sobre los quistes hidáticos encontrados en la autopsia fueron hechos por Bjarnhedinson que relató sus descubrimientos en 86 autopsias hechas en la leprosería. Él halló quistes hidáticos en 26 o 30% de los casos. Magnusson ensayó en 1912 hacer una estimación de los enfermos de equinocosis en el país. Pensó que los informes de autopsias de Bjarnhedinson no podían ser representativas de la población, siendo que los leprosos estaban más expuestos de presentar un desarrollo de quistes hidáticos que otras personas y que las dos enfermedades se producían fácilmente a causa de que estas personas tenían malos hábitos, sucios o indecentes.

Como no se disponía de otros informes de autopsia del tiempo de Magnusson, él comparó los enfermos equinococócicos conocidos de su tiempo con el número correspondiente de la época de Jonassen y descubrió que no se elevaba más que al 25% del número de enfermos del tiempo de Jonassen. Arribó a la conclusión siguiente: no hay más de una sobre 240 personas en las zonas rurales que fueran portadoras de un quiste hidático desarrollado al punto de provocar los síntomas de la enfermedad. Magnusson que había operado más pacientes de quiste hidático que ningún otro médico islandés, registró ya en 1912, que después de 1902 había visto un número relativamente mucho más grande, de quistes antiguos que había en aquella época. Él no dudó que la enfermedad tuvo una enorme declinación; ella se hizo rara en los años que precedieron a su muerte en 1924, al menos en comparación con la que había sido.

QUISTES HIDÁTICOS ENCONTRADOS EN LA AUTOPSIA DESDE 1920 A 1950 INCLUSIVE

No fue hasta 1932 que se practicaron las autopsias metódicamente. En la tabla siguiente el número de autopsias está indicado observando el número de personas que fueron encontradas cada año portadoras de uno o varios quistes hidáticos.

Años	No. autopsias	Casos de Equinococosis	Porcentaje
1930/32	34	6	17,6
1933	74	4	5,4
1934	71	4	5,6
1935	96	3	3,1
1936	91	1	1,1
1937	119	6	5
1938	116	2	1,7
1939	88	7	8
1940	98	4	4
1941	113	6	5,3
1942	121	7	5,8
1943	84	3	3,6
1944	125	8	6,4
1945	148	6	4
1946	146	2	1,4
1947	136	2	1,5
1948	177	3	1,7
1949	171	0	0
1950	164	5	3
Total	2172	79	3,6

Si dividimos este período en tramos de 5 años, encontramos los quistes hidáticos con la siguiente frecuencia:

Porcentaje de autopsias con quiste hidático:

1930/35	5,9
1936/40	3,9
1941/45	5,1
1946/50	1,5

La tabla siguiente muestra cómo los parásitos estaban distribuidos según las edades:

Edad	No. de Autopsias	Casos de Q. H.:	Porcentaje
0 a 20	456	0	0
21 a 30	385	1	2,2
31 a 40	321	1	0,3
41 a 50	316	6	1,3
51 a 60	337	13	3,9
61 a 70	277	28	10,1
71 a 90	180	29	16,1

Si comparamos los descubiertos en las diferentes edades en las dos décadas, encontramos los casos de equinococosis distribuidos como sigue:

Edad	1930/40 Autopsias	Casos de Equinococ.	%	Autopsias	1940/50 Casos de Equin.	%
41/50	95	2	2,1	221	1	0,5
51/60	94	4	4,3	242	10	4,1
61/70	75	11	14,7	202	15	7,4
71/90	50	11	22	130	17	13,1

De año en año destacamos que los quistes hidáticos se encontraron cada vez más limitados a los grupos de los más añosos, en 1949 nosotros no habíamos encontrado ningún parásito sobre 171 autopsias y en 1950 sobre 5 portadores de quistes hidáticos, 3 tenían entre 84 y 88 años, uno 76 años y el más joven 64 años.

De nuestros 79 casos de equinococosis, 5 solamente son nacidos después de 1890 y uno solo en este siglo.

CASOS SEÑALADOS DE QUISTES HIDÁTICOS

Si consideramos los informes sobre los quistes hidáticos hechos por los médicos sanitarios y los hospitales, encontramos una caída correspondiente al número de casos de equinococosis. La figura No. 4 muestra cómo los casos señalados y las muertes han declinado luego del momento que estos informes han podido ser provistos. Los cirujanos que, hace 50 años, hacían más equinococotomías que apendicectomías, no han visto un caso de quiste hidático después de aquellos años.

QUISTES HIDÁTICOS EN LOS ANIMALES

Nosotros no disponemos lamentablemente de relevamientos precisos sobre la condición de los parásitos de animales en nuestro país.

Desde que Krabbe examinó 100 perros en 1863 en Islandia, él encontró en sus autopsias la proporción siguiente de contaminación

	Copenhague (500 perros)	Islandia (100 perros)
Tenia Marginata	14%	93%
Tenia coenurus	1%	18%
Tenia echinococcus	0,4%	28%

Con posterioridad no se ha procedido más a exámenes metódicos. Es imposible establecer las tasas de contaminación actuales de perros. Pero sin ninguna duda, se han producido grandes cambios: en efecto, el coenurus cerebral que en todos los tiempos fue una enfermedad corriente en las granjas, es ahora totalmente desconocida. El cysticercus tenicollis se encontraba en el siglo pasado prácticamente en todos los ovinos adultos; es raro ahora, aunque sea el más frecuente en el ovino que en ciertos lugares mantienen el parásito a una tasa del 10% y mismo mucho más. Esto demuestra que la tenia marginata se produce todavía en los canes.

PROFILAXIS

Los métodos adoptados para combatir la enfermedad hidática en Islandia han sido los siguientes:

En 1863, el Gobierno distribuyó en todas las casas un panfleto de Krabbe en el cual estaba descrita la historia de la vida de la tenia echinococcus, así como las medidas necesarias para impedir el desarrollo de la enfermedad en los seres humanos. Una pujante propaganda fue realizada en todas las escuelas; la historia de la vida de la tenia fue descrita en los libros de historia natural de los niños, movilizand o a tal fin todas las escuelas del país. De esta manera el conocimiento del ciclo de la vida del parásito fue prontamente familiar a la población.

Se castigó con un impuesto a todos los perros que no eran necesarios. Esto se halló insuficiente porque cantidad de perros fueron considerados como necesarios y en 1890, una ley para la defensa preventiva contra la enfermedad hidática fue votada, luego castigados con un impuesto todos los perros del país fueran o no necesarios. La misma ley prohibió suministrar los intestinos [las vísceras] a los animales y exigía que se enterraran profundamente o

que se quemaran cuando se encontraran quistes hidáticos del ovino o del ganado.

Por otra parte, fue prescrito suministrar a todos los perros del país, un vermífugo una vez al año. Cada comuna nombró un "limpiador de perros" especial al que todos los perros de la región debían ser presentados ciertos y determinados días. Una casa fue especialmente construida con este objeto en la mayor parte de los distritos; allí se recibía los perros y se les administraba una dosis de Kamala después de un laxante. El "limpiador de perros" verificaba si el perro expulsaba o no los gusanos. Esta práctica fue continuada; por este medio un gran número de tenias fueron quitadas de los perros.

Mientras tanto estas últimas tres o cuatro décadas, los mataderos higiénicos han sido construidos en todo el país. Se toman allí medidas profilácticas severas en particular impidiendo a los perros entrar allí en ningún momento. Todos los quistes hidáticos son quemados. Se ha defendido realizar la matanza de los ovinos dentro de los mataderos.

El cambio sobrevenido en la cría del ovino, durante las cuatro últimas décadas es también probablemente de una importancia considerable a este propósito. Antiguamente los corderos estaban guardados cerca de las granjas durante todo el verano, y tratados dos veces por día, en tanto que los añosos eran conducidos hacia lugares agrestes para pastar allí. De esta forma había entre los perros y las ovejas, un contacto más estrecho que actualmente, lo mismo que entre las personas y las ovejas. Otro cambio es, posiblemente, una mayor importancia para el desarrollo de los quistes hidáticos. Justo al comienzo del siglo, se dejaba vivir generalmente a los ovinos hasta los tres o cuatro años, luego se les enviaba al matadero. Hoy, los añosos son matados en otoño, luego de haber pastado con su madre durante el primer verano. El hecho de no tener más que cuatro a cinco meses de vida no les deja tiempo para desarrollar un quiste hidático fértil, en tanto que los animales más añosos, contaminados a pesar de todo, tienen sus quistes fértiles en el hígado.

Pero el factor de la mayor importancia es ciertamente que la educación de las personas en el conjunto, alcanza un nivel elevado, etc., en lo que concierne al ciclo de vida de la tenia equinococcus, ha penetrado completamente en las poblaciones rurales. Este conocimiento largamente repetido combinado con una tenencia responsable [propiedad acrecentada], en la gente que no admite más como antes amparar a los perros en sus casas habitación, es probablemente la más importante de las numerosas causas que nos han conducido al éxito en la supresión de la enfermedad hidática.

BIBLIOGRAFÍA

1. THORSTENSEN, J.: Tractatus de morbis in Islandia frequentissimi. Memoire de l'Académie de Médecine. Vol. VIII, 1840.
2. SCHLEISNER, P. A.: Island undersøgt fra e ivdenskabeligt Synspunkt. København 1849.
3. KRABBE, H.: Recherches helminthologiques en Danemark et en Islande. Copenhague, 1866.
4. JONASSEN, J.: Echinokosygdommen. København, 1882.
5. MAGNUSSON, G.: Yfirlit yfir sögu sullaveikinnar á Islandi. Reykjavik, 1913.
6. DUNGAL, N.: Echinococcosis in Iceland. American Journal of Medical Sciences: 212, 1946.

* * *

LA HIDATIDOSIS EN NUEVA ZELANDA ¹⁶

El grande y rápido incremento de la incidencia de la hidatidosis en los niños de Nueva Zelanda en los años 1950, junto al rápido incremento de la población ovina, produjo un gran "shock" a aquellos estrechamente ligados al bienestar de la niñez, particularmente al Dr. Neil Begg, Médico director de la Sociedad Plunket de Nueva Zelanda. De dos a cuatro casos fueron diagnosticados cada semana y hubo 1 ó 2 muertos cada mes. El examen post-mortem reveló una tasa de hidatidosis de 610 por 100.000 casos en 1950. En 1957, la tasa había aumentado a 1.020 por 100.000 habitantes. El Dr. Begg, analizando los datos de hidatidosis cerebral, dijo que hubo tantos casos en los 6 años hasta 1957 como en los anteriores 50 años. Estas cifras en el humano fueron paralelas, como se demostró por la creciente cantidad de ovejas infestadas sacrificadas en los mataderos.

La hidatidosis en Nueva Zelanda es tan antigua como la producción lanar. En 1887, una circular a los médicos practicantes revela que casi todos en aquel tiempo tenían una gran experiencia con la enfermedad. Durante alrededor de 100 años se hicieron muchos esfuerzos para hacer conocer la hidatidosis y los métodos de prevención para todos los neozelandeses habiéndose gastado muchos miles de dólares y en dos ocasiones, por lo menos, se estructuraron reglamentos que fueron aplicados para evitar que los perros comieran desechos crudos. Como resultado de esto, miles de neozelandeses conocieron la verdad referente a la hidatidosis, aunque no se tomaron medidas activas para contenerla. Algunos creyeron que cualquier acción por ellos adoptada era inútil debido a la negligencia de los otros. Algunos tenían una creencia no verdadera de que el tratamiento con la arecolina de alguna manera los aliviaría de su responsabilidad de prevenir que sus perros comieran vísceras crudas. A pesar de todos los esfuerzos del Gobierno, de los diversos Departamentos Estatales, de la Escuela Médica, de las Universidades, de las Unidades de Investigación, y de la profesión médica, la Hidatidosis siguió tomando su tasa anual de salud y vida. La apatía y desesperación siguió alimentando las ideas confusas, las historias de fracasos y la marginación de la responsabilidad personal, pero en 1957, la atmósfera cambió repentinamente. Hubo el despertar de una inmensa importancia. Los vientos de cambio trajeron una nueva actitud frente al problema. Pero, ¿qué fue lo que causó el cambio? Se puede contestar con una sola palabra: *participación*.

¹⁶ Mc CRISTELL, Thomas, P. B. E., Presidente del Consejo Nacional Hidatídico de Nueva Zelanda. La Campaña Antihidatídica en Nueva Zelanda. Trabajo presentado al XI Congreso Internacional de Hidatidología, realizado en Atenas, Grecia, mayo 30 al 2 de junio de 1977. En: *Boletín de Hidatidosis*: IIa. Época, año 7, No. 18, enero-abril de 1977, pp 5-8.

Anteriormente, a los granjeros y dueños de perros se les había dicho lo que debían hacer las autoridades y las penalidades por incumplimiento, pero en 1957, se hizo un nuevo sistema. A los granjeros y propietarios de perros, se les explicó una enfermedad que los afectaba directamente a ellos y a sus familias y de los métodos de prevención que sólo ellos podían aplicar. Se les dio responsabilidad por su acción y se les pidió hacer su propia decisión, que planificaran sus propias medidas y que quedaban ellos mismos involucrados en una campaña que podrían llamar de su pertenencia. Esto, unido con el activo respaldo de organizaciones femeninas, produjo resultados asombrosos.

Algunos granjeros idearon métodos para destruir o tratar los desechos o para destruir los cadáveres o bien para controlar, dosificar y alimentar a sus perros. Por primera vez los granjeros trabajaron para eliminar la enfermedad de sus granjas. Ellos colaboraron con sus vecinos para formar comisiones anti-hidatídicas quienes tomaron el mensaje para cada propietario de perros de la localidad. El trabajo de las comisiones locales definió sus límites con las comisiones de distrito y así coordinaron el trabajo con esas comisiones locales. En dos años se prepararon no menos de 800 comisiones locales en las secciones rurales. El paso obvio siguiente fue una Corporación Nacional. A pesar de dos rechazos por los Gobiernos, los Granjeros Federados decidieron aportar \$ 2,00 por perro por año para financiar el ataque de la enfermedad. Agregado a esta gran conquista nacional, en 1958 sucedió que las autoridades locales en su conferencia nacional convinieron unánimemente en administrar cualquier esquema que fuera traído sobre una base nacional. Finalmente el gobierno del momento adoptó medidas para hacer una campaña contra la Hidatidosis en todos los rincones del país.

En 1959 se sancionó la Ley que estableció el Consejo Nacional Hidatídico, una organización con autoridad para adoptar medidas de prevención, control y erradicación de la Hidatidosis en 85 distritos de control hidatídico en Nueva Zelanda. Las autoridades locales ya sean individuales o colectivas son llamadas Autoridades de Control Antihidatídico (que emplean juntas más de 200 funcionarios *full time*) para cumplir con la Ley de Hidatidosis, y se implementan las políticas de los Consejos que son supervisadas por su Servicio de Consejo del Campo. La campaña está objetivamente destinada, en primer término, para resguardar la salud humana, y en segundo término, para ayudar en la economía del país. Los miembros del Consejo representan al Ministro de Agricultura (2 miembros), al Ministerio de Agricultura, al Ministerio de Salud, Asociaciones de condados, Asociación Municipal, Asociación Veterinaria, Federación de Granjeros, Jóvenes Granjeros, Kennel Clubs y Funcionarios de Control de la Hidatidosis. Desde que sus propios servicios se fusionan con los del Ministerio de Agricultura,

a principios de 1975, el Consejo aún funciona en forma independiente. Están a disposición del mismo el laboratorio, los servicios Veterinarios y otros servicios especializados en la Oficina Central y en los distritos. La estación de ensayos opera conjuntamente con el laboratorio de Sanidad Animal del Ministerio y la Unidad de Investigación Hidatídica con los centros de Investigación animal. El Consejo Nacional de Hidatidosis ha trabajado estrechamente con la Unidad de investigación bajo la dirección de M. H. Gemmell, habiendo sido él quien inventó y perfeccionó la máquina lavadora que ha permitido el procesamiento de las muestras fecales con tal exactitud y velocidad que ha permitido examinar hasta 5.000 muestras diarias. Además de las medidas de educación, una legislación especial ha impuesto para el caso de desacato una multa punible con \$ 400, por alimentar un perro con desechos [vísceras] crudos o con carne de oveja o cabra sin un tratamiento, vender esa carne como alimento para perro, o dejar un cadáver animal accesible para los perros. Todos los perros deben ser tratados y registrados y todos los dueños pagan un derecho de registro y también tasas de Hidatidosis para la dosificación y el examen. El propietario de perro hallado con infestación de *Echinococcus* debe pagar una cuota adicional de \$ 10.00. Hay penalidades adicionales para desacatos persistentes. Se controla, además, el movimiento de perros de un área a otra.

La Hidatidosis en Nueva Zelanda es atacada primariamente en su origen, el perro, que es el único animal en este país capaz de llevar la enfermedad en su estado de tenia y que es capaz de pasar la infestación al humano y a los animales de granja. El éxito de la campaña es evidente de acuerdo a la siguiente estadística:

Población humana (1959)	2:359.000	(1976)	3:107.000
Población canina (1959)	269.000	(1976)	382.000
Dueños de perros (1959)	131.550	(1976)	225.000
Población ovina (1959)	46:876.000	(1976)	56:300.000
Población vacuna (1959)	5:973.000	(1976)	6.410.000
Población porcina (1959)	691.000	(1976)	462.000

Nuevas infestaciones por *Echinococcus*:

En humanos (por millón): (1956) 377 (1973) 7

***Echinococcus Granulosus*:**

Infestaciones en perros (1959) 6,5% (1976) 0,091%

***Echinococcus Granulosus*:**

Infestaciones en hígados de lanares: (1962) 57,8% (1975) 15,1%

LA HIDATIDOSIS EN EL RÍO DE LA PLATA



Jules Nicolas Crevaux (1847-1882)¹⁷, médico militar francés, explorador de los ríos de América del Sur, y patólogo ayudante de Ranvier, había presentado un informe acerca de la hidatidosis bovina en el Río de la Plata a la Sociedad Biológica de Ciencias de París en 1875. Así decía en su presentación:

LOS QUISTES HIDÁTICOS EN LA ESPECIE BOVINA DEL RÍO DE LA PLATA

Hace algunos meses hice la autopsia de seis bueyes muertos en una epizootia en la Pampa de la provincia de Buenos Aires. Del lado del aparato respiratorio noté: "En un caso se observa en el interior del parénquima pulmonar a nivel del vértice izquierdo, una masa dura que en principio nos pareció una caverna. Al corte, un chorro de líquido nos regó la cara. Esta bolsa del grosor de un huevo de gallina, estaba formada por una membrana fibrosa infiltrada de sales calcáreas. Esta especie de cáscara adhería al parénquima pulmonar que la englobaba completamente y parecía tomar inserción sobre la pared exterior. A través de una abertura practicada sobre esta envoltura se apercibía una segunda membrana blancuzca, opalina y temblorosa. Esta no tenía adherencias exteriores y encerraba un líquido transparente no viscoso. Un segundo buey presentaba en los pulmones dos quistes de la misma naturaleza colocados profundamente en el centro del órgano, uno a la derecha, el otro a la

¹⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Jules_Crevaux

izquierda. Su envoltura fibrosa no está incrustada de sales calcáreas. El contenido líquido de estas bolsas examinado al microscopio no parece contener ganchos de equinococo. A pesar de su ausencia nuestro diagnóstico no es menos cierto: Estos tumores formados por dos membranas, una fibrosa, la otra gelatinosa temblorosa, plegándose después de la evacuación del líquido, no pueden ser otra cosa que Quistes Hidáticos”.

Continuando nuestras investigaciones, en un matadero de Montevideo hemos encontrado estos mismos tumores en los pulmones, el hígado y el tejido celular de la región lumbar un poco por debajo de los riñones. Un examen más minucioso nos ha permitido esta vez ver no solamente ganchos, sino que Equinococos completos adherentes a la cara interna de la membrana temblorosa.

Algunos de estos quistes hidáticos presentan una superficie irregular, mamelonada. Por un momento creímos que se trataba de una gran cantidad de pequeños quistes adosados los unos con los otros y envueltos por una membrana fibrosa común (Tumor hidático multilocular de Virchow), pero pronto hemos reconocido que la cavidad era única y que la membrana temblorosa se continuaba en todos los divertículos correspondientes a los mamelones. A la disección se constata una irregularidad en el espesor de la membrana fibrosa. En algunos puntos ella es tan delgada que es casi transparente, en otros está reforzada por bridas fibrosas de las cuales algunas no están adheridas por el medio como las fibras del corazón denominadas de segundo orden. Estas particularidades nos explican la producción de los mamelones: los puntos más débiles ceden bajo la presión del líquido y forman especies de hernias en las cuales se introduce la membrana temblorosa. Los quistes de pulmón aparecen indiferentemente en todas las partes del órgano: unos son superficiales y otros profundos. Su espesor varía desde el volumen de un huevo de paloma hasta aquel de un huevo de ganso. Son generalmente en número de dos o tres aunque a veces se cuenta hasta una decena diseminados en los dos pulmones.

Esta afección nos parece muy común: en la provincia de Buenos Aires la hemos observado en dos casos sobre seis y en Montevideo en alrededor de uno sobre diez o quince. No tenemos suficientes observaciones como para establecer relaciones proporcionales precisas.

En el hígado estos quistes nos parecen menos frecuentes que en los pulmones; su asiento es variable; los superficiales se observan sobre todo en la cara inferior del órgano y aparecen bajo el aspecto de una vesícula blancuzca más o menos procidente y fluctuante. Muy a menudo la membrana fibrosa está incrustada de sales calcáreas y el líquido de la bolsa reemplazado por una sustancia pastosa que asemeja a la materia gaseosa de la tuberculosis. No se apercibe más que un segmento de la esfera formada por la bolsa del quiste; las tres cuartas partes de la túnica fibrosa están hundidas en la masa del parénquima pulmonar.

Una vez encontramos uno de estos quistes del tamaño de un huevo de paloma en el tejido celular de la región lumbar. Los obreros del matadero los han encontrado a menudo en esta parte, aunque dicen que ellos son más frecuentes en el tejido celular de la pelvis. A veces encontramos estos quistes suspendidos en el tejido celular que reviste la cara interna de las paredes torácicas.

CONCLUSIONES: *La raza bovina del Río de la Plata (Rep. Argentina y Oriental) es frecuentemente atacada de quistes hidáticos. La ingestión de las partes infectadas es seguida, en caso de cocimiento insuficiente, del desarrollo de la Tenia Equinococo; en consecuencia creemos que deben ser tomadas a este respecto medidas higiénicas.*

Hemos visto que los pulmones, el hígado y el tejido celular de las cavidades abdominales y torácicas son las partes más a menudo invadidas por los parásitos. No es cuestión de prohibir de comer los pulmones pues la abundancia de la carne en estos países ha eliminado esta víscera de la alimentación, aún en las clases más pobres.

No es lo mismo para los hígados; nosotros los hemos visto en los mercados que estaban literalmente cribados, sea por los quistes hidáticos, sea por los distomas. Sobre alrededor de 150 hígados que hemos tenido la ocasión de examinar podemos decir que la mitad estaban infectados por estas dos especies de parásitos.

Los distomas hepáticos son mucho más comunes que los equinococos, ellos están escondidos en los conductos biliares que se ven hipertrofiados e incrustados de sales calcáreas. Es muy fácil de reconocer si un hígado contiene quistes hidáticos o distomas. En el primer caso la atención es atraída por las manchas blancuzcas formadas por el tejido fibroso, generalmente circulares y procidentes como un vidrio de reloj sobre la superficie del órgano. En el segundo, se ve en la superficie inferior del hígado manchas igualmente blancuzcas y nacaradas como el tejido fibroso, pero alargadas bajo la forma de canales tubulares que partiendo del hilio se irradian hacia la periferia. Se trata de los conductos biliares conteniendo grumos negros de colesterina y los vermes chatos que tienen alrededor de dos centímetros de largo por medio de ancho (Distoma hepático). [Fasciola hepática, Linneo, 1758].

Por lo tanto todos los hígados que presentan manchas fibrosas blancuzcas, sean circulares, sean alargadas, deben ser proscritos de la alimentación del hombre y de los animales. Insistimos sobre este carácter de las manchas fibrosas que permiten la mayor parte de las veces establecer el diagnóstico a simple vista. Para no dejar escapar algunos quistes profundos basta con palpar el órgano y practicar algunas incisiones. En cuanto a los quistes hidáticos alojados en el tejido celular pueden ser reconocidos fácilmente a la simple inspección. Son los mataderos de Montevideo los que nos los han hecho descubrir; según su expresión se ven pequeñas vesículas llenas de agua suspendidas en el tejido celular de la pelvis y de los lomos sobre los costados de la columna vertebral. Basta con quitar estas

*pequeñas bolsas y no habrá el menor peligro en emplear la masa carnosas subyacente para nuestro uso culinario.”*¹⁸

Después de los primeros casos de hidatidosis humana operados por Montes de Oca en 1867^{19, 20} y al precitado informe de la hidatidosis bovina en el Río de la Plata de Jules Crevaux presentado ante la Sociedad Biológica de Ciencias de París en 1875, el Poder Ejecutivo de la República Argentina dictó un decreto en diciembre de 1906 en el que evidencia su preocupación por la hidatidosis humana y animal, creando una comisión integrada por representantes de los organismos responsables de la salud humana y animal y por el presidente de la Sociedad Rural Argentina, tendiente a proyectar las medidas y redactar las instrucciones para conseguir disminuir los casos de quistes hidáticos en la población de la República.²¹ También en la República Argentina, D. Cranwell y M. Herrera Vegas en 1901 informaron de 970 casos de hidatidosis en hospitales de la Capital Federal, destacando la importancia de la enfermedad y su proyección en el país.²²

EVOLUCIÓN DEL CONTROL EN URUGUAY

Así como en países como Islandia se había comenzado en 1864 la lucha contra la hidatidosis, en Uruguay comenzó algunos años después, aunque con otra modalidad de control del huésped definitivo de *Echinococcus granulosus*. Ya desde los tiempos de la dictadura militar del Coronel Lorenzo Latorre, en tiempos que era su Ministro de Gobierno José María Montero, y Director de Educación José Pedro Varela, el reformador de la Enseñanza Primaria uruguaya, para hacerla gratuita, laica y obligatoria, se había dispuesto en junio de 1879, introducir la patente de perros, disponiendo que los gobiernos departamentales (entonces denominados Jefaturas Políticas) tuvieran plena autonomía para recaudar y fiscalizar el gravamen, con el objeto de controlar la población canina, identificada entonces como un factor a controlar.

¹⁸ CREVAUX, Jules (1875): Los quistes hidáticos en la Especie Bovina del Río de la Plata. En *Boletín de Hidatidosis*: IIa. Época, año 9, No. 26, setiembre-diciembre de 1979, pp: 1-3.

¹⁹ [http://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Jos%C3%A9_Montes_de_Oca_\(m%C3%A9dico\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Jos%C3%A9_Montes_de_Oca_(m%C3%A9dico))

²⁰ NAESSENS, Juana Silvina Soledad; RODRÍGUEZ NÚÑEZ, Verónica Elizabet; CANDIA FIGUEREDO, María Etelvina y BONASTRE, Patricia Clara: Hidatidosis Pulmonar: Revista de Posgrado de la VIa. Cátedra de Medicina, Nro. 152, diciembre 2005, pp.: 16-18, en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista152/5_152.htm

²¹ ANTECEDENTES DE LA HIDATIDOSIS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: En *Boletín de Hidatidosis*: IIa. Época, año 9, No. 26, setiembre-diciembre de 1979, pp. 1.

²² GORODNER, J: Hidatidosis. En Gorodner JO, Gorodner AM, de Enfermedades Infecciosas, 2ª. Edición. Rosario, Argentina: Editorial Corpus, 2004: 102-111.

Por ese tiempo, ya el Consejo Central de Sanidad de Victoria (Australia) emitía el 19 de mayo de 1885, una circular a los productores rurales, con afirmaciones como ésta:²³

“El Consejo Central desea demostrar que al beber agua de fuentes naturales y comer verduras que están en contacto con los perros, todas las personas, en especial los niños, corren gran riesgo de tomar la enfermedad hidatídica con todos sus peligros. El Consejo recomienda estrictamente que tales aguas sean antes hervidas. Las personas que viven en el campo y los viajeros, no deben beber el agua de lagunas o pantanos sin tomar precaución y en todos los casos que el agua de uso doméstico esté al alcance de los perros, a éstos no se los debe bañar en los bebederos, ni que beban agua que ha de usar el hombre, la oveja, ganado vacuno y los cerdos. Es muy importante recordar que el agua más cristalina puede contener numerosos gérmenes de hidátides, de ahí la importancia de hervir el agua cuando hay alguna duda. Es conveniente enterrar o echar agua hirviendo sobre los excrementos de los perros, siendo además preciso purificar continuamente la tierra alrededor de las perreras con agua hirviendo. No se los debe alimentar con residuos de mataderos. Se debe obligar a cumplir estrictamente las leyes contra los perros no registrados. Es necesario también, saber que la enfermedad hidatídica la puede tomar el hombre comiendo ensaladas impuras o verduras crudas, por lo cual debe lavarlas y limpiarlas bien antes de comerlas; no se debe tomar berros de los desaguaderos. Además es conveniente saber que hay riesgos de contraer la enfermedad permitiendo que los perros laman las manos o la cara de adultos o niños, como también los platos y las fuentes. En éste como en otros muchos casos “la limpieza es una de las medidas más importantes para precaverse del parásito”.

²³ <http://hidatidosis.blogspot.com/2007/04/historia-de-la-hidatidosis.html> [Consultada el 27.09.2009].



Raúl Ugarte Artola (1929-2007), quien fuera presidente de la Comisión Nacional de Hidatidosis e ilustre cirujano, además de Ministro de Salud Pública, ha afirmado²⁴: *“Hoy todos conocemos el ciclo de la enfermedad en el que intervienen huéspedes intermediarios, el hombre, los bovinos, ovinos y suinos, y un hospedero definitivo en nuestro país, el perro. Ninguno de estos animales son autóctonos del Uruguay. Hernandarias introdujo la ganadería en 1506 y los perros parasitados llegaron a bordo de los buques balleneros noruegos que establecieron las primeras factorías en Maldonado y Montevideo, entre 1779 y 1820. Estos perros provenían de países con altísimo porcentaje de parasitación canina y fueron ellos los que primero contaminaron nuestros campos con huevos de tenia equinococo. Las ovejas criollas no tenían un buen rendimiento y con el afán de mejorar los ganaderos importaron animales sobre todo “merinos” de España, país con un alto índice de parasitación en sus majadas. Así se establecieron y se potenciaron las condiciones para el desarrollo de la Hidatidosis en el Uruguay.”* Y agregaba, citando a Gemmel: *“Un solo perro puede expulsar anillos de tenia equinococo con miles de huevos fértiles por día que permanecen viables muchos meses, algunos de ellos quedan dentro de los 80 metros del lugar de la defecación, pero otros son rápidamente dispersos en distintas direcciones hasta cubrir un área de 30 há., y han sido encontrados a más de 60 Km.”*

El mismo autor afirmaba que los pájaros y las moscas son “huéspedes transportistas de huevos” desde el perro al animal huésped intermediario o al hombre. Esto fue facilitado por la estrecha relación hombre-perro, y más especialmente niño-perro, tanto en el medio rural como en el suburbano y urbano de nuestro país.

²⁴ Las citas que siguen pertenecen a la Exposición sobre Profilaxis de la Hidatidosis – 100 años, realizada por el Dr. Raúl Ugarte Artola, el 24 de junio de 2002. Copia suministrada por la Comisión Nacional de Zoonosis [Cortesía del Sr. Alberto Candéau].

En Uruguay en 1880 José Arechavaleta²⁵ (Bilbao, España, 1838-Montevideo, 1912) descubre los primeros quistes hidáticos en animales. En 1894 el médico Pedro Visca (1840-1912), Fundador de la Clínica Médica en Uruguay²⁶, diagnostica el primer caso en un niño, que se opera en París. Tres años después se opera el primer enfermo en Uruguay, y desde entonces, se intervienen cada vez más pacientes con hidatidosis.

La lucha anti-hidática tiene varios períodos, en el siglo XX. Ya en marzo de 1901, en el 1er. Congreso Latinoamericano, los médicos Luis P. Lenguas y Alejandro Gallinal decían: "Que las autoridades sanitarias se preocupen de llevar a conocimiento de los pueblos el peligro creciente de la enfermedad hidática y que las nociones de profilaxis pertinentes formen parte de la enseñanza primaria". Y el mismo Dr. Gallinal, procedente de una familia ampliamente dedicada a la actividad agropecuaria de avanzada, expresaba: "las pérdidas que constantemente sufren los ganaderos por culpa de la hidatidosis son muy elevadas aunque ellas escapen a la evaluación estadística." Por esa misma época, en junio de 1901, el Dr. MacKinnon realiza el primer estudio estadístico retrospectivo en Uruguay sobre 22 casos entre 1896 y 1901, que es por tanto la base de los que le siguen.

En 1904, en el 2º Congreso Latinoamericano, el Dr. Pedro Bergés, veterinario, formulaba las premisas básicas de la profilaxis aplicadas en Islandia:

- Prohibir alimentar los perros con achuras.
- Fiscalización veterinaria de los mataderos.
- Limitar el número de perros; y
- Educar sobre los peligros de la enfermedad y su profilaxis.

Decía en aquella ocasión Ugarte: Un siglo después estos principios son la base de cualquier campaña anti-hidática, sólo se agrega el uso de Praziquantel.

Como la inacción de las autoridades continuaba, haciendo oídos sordos a esos reclamos profesionales en bien de la salud pública, y por tanto de la comunidad toda, en 1905 la Sociedad de Medicina de Montevideo apoyó con entusiasmo la idea del Dr. Enrique Pouey (1858-1939)²⁷, de iniciar por ellos mismos el combate de la hidatidosis. A él se unieron rápidamente los Dres. Luis Pedro Bottaro

²⁵ http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/articulo_11_arechavaleta.pdf

²⁶ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: PEDRO VISCA, Fundador de la Clínica Médica en el Uruguay, 2 tomos, Barreiro y Ramos, Montevideo, 1983.

²⁷ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/pouey.pdf>

(1868-1947)²⁸ y Augusto Turenne (1870-1948)²⁹, formando la primera Comisión de Lucha contra la Hidatidosis en el país. Fue entonces que se publicaron carteles, murales y folletos educativos y se realizaron por parte de los integrantes de este grupo, charlas con los médicos rurales, los maestros y los asistentes a las ferias ganaderas y otros eventos en el área rural. Fue este un gran esfuerzo privado para suplir la indiferencia e ignorancia de los poderes públicos. En los 30 años siguientes los médicos siguieron llamando la atención de las autoridades sobre el grave riesgo de la hidatidosis sin obtener respuesta.

En 1934 el Ministerio de Salud Pública, nacido bajo la dictadura del abogado Gabriel Terra, y a cargo del cirujano Dr. Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971)³⁰, creaba por decreto el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, cuya dirección se encarga al Dr. Velarde Pérez Fontana³¹, centro que trabaja activamente en educación, epidemiología, investigación y experimentación.

Una primera preocupación legislativa sobre el problema, fue que en 1939 se promulga la Ley 9.852, que legitima al Centro de Estudio y Profilaxis, 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 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.

Esta Ley establecía:

- Denuncia obligatoria de los casos de Hidatidosis humana y animal.
- Prohibición de alimentar los perros con achuras.
- Vigilancia de los mataderos.
- Limitación del número de perros.
- Obligación de los Maestros Rurales de, por lo menos, una vez al mes explicar a los alumnos sobre la prevención y los riesgos de la enfermedad.

²⁸ http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_21_bottaro.pdf

²⁹ POU FERRARI, Ricardo: AUGUSTO TURENNE: Pionero de la Obstetricia Social en América Latina. Fundador del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 2006, edición del SMU, 273 páginas.

³⁰ http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_39_blancoacevedo.pdf

³¹ http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_52_perezfontana.pdf

Las actividades de este Centro fueron intensas y sus campañas se proyectaron al mundo entero. Fue por obra suya que aparecieron los *"Archivos Internacionales de Hidatidología"* que recibía trabajos de hidatólogos de todo el mundo desde 1935 y que, a partir de 1948, con la creación de la Asociación Internacional de Hidatidología, fundada en Colonia del Sacramento (Uruguay) el 21 de setiembre de 1941, pasaron a ser la publicación oficial de sus Congresos Internacionales.

El Centro editó, entre otros, el libro *"Cachito y Rigoletto"*, un texto infantil didáctico en el cual, a través de la relación de un niño y su perro, enseña los riesgos de la Hidatidosis y la manera de evitarlos. Este libro se entregó en las escuelas de todo el país, fue traducido a varios idiomas y la Organización Panamericana de la Salud lo tomó como ejemplo e imprimió 500.000 ejemplares distribuidos en países de habla hispana.

Pero a pesar de todos estos ingentes esfuerzos, el número de pacientes operados de quiste hidático no disminuyó.

Los hallazgos quirúrgicos más frecuentes fueron en el hombre, su localización en hígado, pulmones, riñones, bazo, sistema nervioso central, corazón y huesos. Pudieron encontrarse también QH en otras localizaciones, aunque más raramente.

En el 1er. Congreso Internacional de Hidatidología, realizado en la ciudad de Durazno, Uruguay, en 1947, el Maestro de la Cirugía uruguaya, Dr. Domingo Prat (1882-1973)³², 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."*

El francés Félix Dévé (1872-1951) decía que las personas adquirirían en los primeros años de vida la infestación, ya que la hidatidosis es *"la enfermedad de las manos y las rodillas en el suelo, los pantalones cortos y de los juegos con perros"*.

En materia de legislación, ya citamos que en 1939 se promulga la Ley 9.852, que legitima al Centro de Estudio y Profilaxis.

La labor de este Centro se desarrolló fundamentalmente en aspectos científicos, promoviendo a nivel regional e internacional, el contacto y acercamiento con otros institutos similares, intercambiando y publicando información científica, y fundando en 1941 la Asociación

³² <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/pratt.pdf>

Internacional de Hidatidología, que llevaría la inquietud a las más diversas latitudes.



En el plano nacional, centró sus esfuerzos principales en la tarea educativa, cumpliendo aquella disposición que la ley preveía, de transmitir a los niños, desde los primeros años escolares, la importancia de la prevención basada en las buenas prácticas de higiene, fundadas en un adecuado conocimiento de los maestros y los escolares. Utilizaba así precozmente, una metodología que luego se aplicaría a la prevención de otras enfermedades, particularmente las derivadas del hábito tabáquico, que cobraron importancia a partir del tercer milenio, a impulsos de la OPS/OMS.

El libro escolar "Cachito y Rigoleta", editado por el Ministerio de Salud Pública, como actividad del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, realizado en colaboración entre Velarde Pérez Fontana y Antonio Soto (Boy), que tuvo múltiples ediciones nacionales e internacionales, como fue mencionado, estuvo presente en todas las escuelas y bibliotecas escolares del país. En su prólogo Velarde Pérez Fontana decía:

"Las proporciones alarmantes que el quiste hidático ha tomado en los países del Río de la Plata, Argentina, Estado de Río Grande del Sur y nuestro país, es una consecuencia del desarrollo de la ganadería. La enfermedad diezma nuestras poblaciones rurales en forma sórdida y continuada, restando a la sociedad preciosas vidas humanas en plena capacidad productiva.

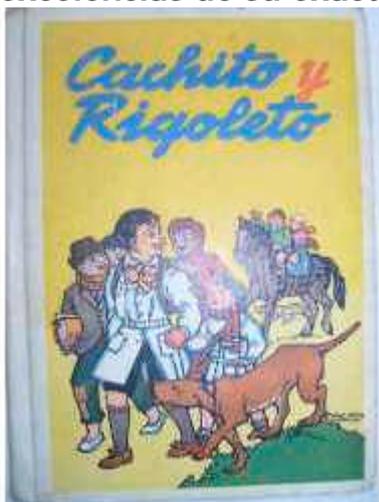
Las pérdidas materiales originadas por esta enfermedad, que ataca lo mismo al hombre que a la ganadería, son cuantiosas. Por los

perjuicios sociales y económicos que ella ocasiona, constituye una verdadera calamidad nacional.

La hidatidosis es la más evitable de todas las enfermedades. Para defenderse de ella sólo basta tener nociones fundamentales sobre la historia natural del parásito y su ciclo evolutivo.

La autoridad sanitaria en los países del Río de la Plata ha entablado la lucha contra esta plaga en forma cada vez más sostenida. En nuestro país fue sancionada una ley de profilaxis de la Hidatidosis (Agosto 2 de 1939). De acuerdo con el Art. 9º de esa ley, "el personal docente de las escuelas públicas rurales dará a los alumnos nociones breves explicativas de los peligros que asume la "enfermedad hidática" y los medios que se utilizan para combatirla. Con este fin, el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis distribuirá folletos y murales ilustrativos para esas escuelas".

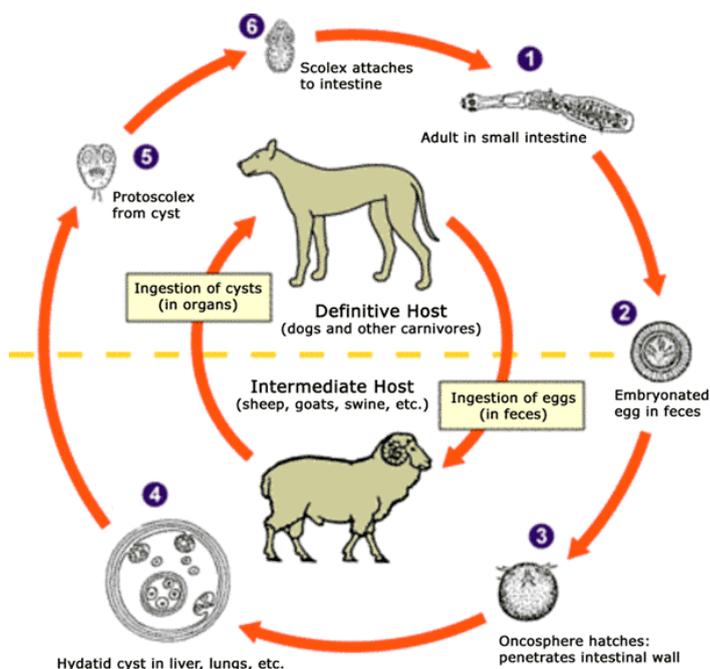
La publicación de CACHITO Y RIGOLETO responde al mandato de la ley, que fue, por otra parte, una vieja aspiración de la benemérita Sociedad de Medicina de Montevideo. La colaboración de Antonio Soto (Boy) ha sido imprescindible. Pocos como él tienen la virtud de expresarse con tanta naturalidad y tan al alcance de los niños. Su pluma transforma las ideas generales de la ciencia en amenos coloquios infantiles. Por otra parte, el aporte literario de Boy ha tenido en este caso un precioso complemento en las ilustraciones anecdóticas del fino dibujante Luis Macaya, cuya sutileza espiritual ha sabido interpretar la psicología de la narración con verdadera ternura. En cuanto a los dibujos anatómicos de Mario Radaelli, que ilustran la lección sobre el quiste hidático, los entendidos apreciarán las excelencias de su exactitud.



Este libro está dedicado a los niños de nuestra campaña y a los maestros rurales. Cabe al maestro rural, principalmente, un papel importante de vastas y fecundas proyecciones de futuro en la lucha contra la hidatidosis. Inculcar al niño desde la escuela nociones elementales de higiene, señalar los

*peligros de la vida rural con demostraciones prácticas y ejemplos de personas conocidas del lugar, como Cachito, atacadas por grave mal – es obra edificante. Más tarde el pequeño escolar se transformará en patrón, peón o capataz rural y afrontará las realidades de la vida con ideas precisas y firmemente adquiridas.”*³³

* * *



En diciembre de 1965 se aprueba la Ley 13.459, por la que se crea la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, donde se declara a la afección plaga nacional y la lucha obligatoria en todo el territorio nacional; se integra con varios ministerios, diversas instituciones y la participación de sectores sociales, de productores y laborales. Establece la obligatoriedad del pago de la Patente de Perro y se facilita la revisión y control sanitario de los canes y de los lugares destinados a la faena pública y domiciliaria.

Por esa época, su primer Presidente, el Maestro de la Medicina uruguaya Dr. Pablo Purriel y sus colaboradores, publican los primeros resultados de estudios epidemiológicos en todo el país, que incluyen índices de infestación en animales: 60% en bovinos; 95% en ovinos y 40% en perros.

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes operados de QH, visitando los Centros Quirúrgicos de todo el país en el trienio 1962-

³³ PÉREZ FONTANA, Velarde y SOTO, Antonio: CACHITO Y RIGOLETO, Libro Escolar. Impresora Uruguaya SA, Montevideo, 1946, 96 páginas; pp. 7-9. [Cortesía del Dr. Andrés Giacoia].

1964 con un promedio de 535 enfermos por año y una morbilidad de 6,7%.

Es entonces que se resuelve implementar planes piloto departamentales para estudiar su eficacia y las correcciones correspondientes, porque las medidas educativas habían fallado, también la prédica a favor del cambio de prácticas y hábitos culturales, y el problema persistía. La convicción era que sólo un plan sanitario nacional sería exitoso.

Se inicia por el Departamento de Flores, en 1970, elegido por la buena predisposición de sus autoridades locales y por ser el Departamento de mayor morbilidad humana, con 105/100.000 y una alta tasa de infestación ovina, bovina y canina. Se controlarían por primera vez la faena domiciliaria y, simultáneamente, la faena en los mataderos. En sólo tres años se logró disminuir la infestación canina por tenia equinococo de 34% a 10%. Flores fue también el campo de prueba experimental para evaluar la eficacia tenicida del *Praziquantel* en 1976, que a la dosis utilizada resultó ser un 100% efectiva en los perros, matando todas las tenias pero sin destruir los huevos.

Progresivamente se fue ampliando el plan a otros departamentos, siguiendo por Artigas, el más al norte del territorio nacional; luego todos los del Norte del Río Negro. Estos planes ambiciosos fueron detenidos porque se le retiraron los recursos a la Comisión Honoraria y a las Comisiones Departamentales, en plena Dictadura militar (1973-1985). Pero quedó claro, al evaluar resultados, que era la conducta humana la causante de la persistencia de la enfermedad, y no la acción de la droga.

Éste era y continua siendo el problema clave.

Una nueva etapa se abre cuando en 1990 se promulga la Ley 16.106 que es reglamentada en marzo de 1991, que reformó la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, cuyo principal recurso lo constituye la patente de perro.

Sin embargo, la dosificación de perros que se hacía simultáneamente con el pago de la patente, mediante la administración de la droga, no fue eficaz, por cuanto los productores pagaban y compraban el fármaco, pero luego, algunos de ellos, no lo administraban, con lo cual la solución burocrática, hacía que el esfuerzo fuera parcialmente improductivo.

Este programa, que se desarrolló hasta el retiro del Dr. Raúl Ugarte, tuvo mucho éxito, hasta alcanzar una fase de consolidación del programa, mejorando muchos indicadores y acciones educativas, integrando actividades con los organismos especializados, un

importante presupuesto y personal profesional asignado. Así al realizar el segundo diagnóstico de situación en el año 1997 y el tercero en 1999, pudieron demostrar que el porcentaje de perros parasitados en el país descendió de 10.7% en 1991 al 0.74% en 1997 y a 0,47% en 1999. En 14 departamentos (de los 19 que tiene el Uruguay) el porcentaje de perros parasitados fue 0 y en los cuatro restantes, exceptuando la capital, fue menor a 1,14%. Se afirmó entonces que los campos estaban libres de huevos de tenia y el hombre y los animales tenían cada vez menores posibilidades de enfermar de quiste hidático.

El porcentaje de infestación de ovinos que en 1991 era del 44%, descendió al 9.8% en el año 2000 y en bovinos descendió de 64% en 1990 a 15.99% en 2000.

El registro de intervenciones quirúrgicas en humanos³⁴, en todos los centros de cirugía del país, tanto públicos como privados, según Ugarte, reveló que la base histórica de datos era de 552 operados por año, encontrada por Purriel entre los años 1962 y 1971. En el año 1993 se operaron 367 personas, lo que significa un descenso importante entre 1972 y 1993. Como consecuencia de la tarea desarrollada hasta ese momento hubo 185 pacientes operados menos, lo cual representa una disminución del 33% en 20 años. Para el año 2000 los operados fueron 197, lo que según el mismo autor marca un descenso del 46.2% en 7 años y lo más importante, no se operó ningún niño menor de 5 años, que son los significativos para el sector de infestaciones nuevas.

Al referir la variación de mortalidad, de 50 fallecidos por año entre 1962 y 1971, sólo se registró una muerte por QH en el año 2000, en todo el país; lo cual representa una mortalidad menor al 0,5%.

Pero todos estos éxitos parciales, resultaron, a la luz de los análisis posteriores, ser mucho menores que lo que se había publicitado, ya que como con el fenómeno del "iceberg", había una gran parte de la realidad que no se había considerado adecuadamente en estos informes tan bien intencionados como optimistas. Esa es en definitiva, la única realidad que muestra la continua evolución del conocimiento, que día a día y año a año, supera con hechos y constataciones nuevas, lo que se había alcanzado con anterioridad. Así es la ciencia, cuando no se deja llevar por la vanidad humana y la fantasía que todos los humanos tenemos de creer que hemos tocado el cielo con la mano.

³⁴ HIDATIDOSIS EN EL URUGUAY: Prevalencia Quirúrgica Nacional 1993. Publicación del MSP, Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis. Montevideo, Uruguay, 1994, Imprenta Tradinco, 76 páginas. [Cortesía del Dr. Andrés Giacoia].

El 12 de diciembre de 2007 el Poder Ejecutivo aprobó el Decreto 491/007, que modificó la estructura, gestión e integración de la Comisión Honoraria de Hidatidosis, para transformarla en Comisión Honoraria de Zoonosis. De acuerdo a lo dispuesto en los artículos 308 a 311 de la Ley No. 17.930 de 19 de diciembre de 2005. En la norma referida se dispone que la Comisión Nacional Honoraria de la Lucha contra la Hidatidosis creada por la Ley N° 13.459, de 9 de diciembre de 1965, con las modificaciones introducidas por la Ley N° 16.106, de 24 de enero de 1990, pasará a denominarse "COMISIÓN NACIONAL HONORARIA DE ZONOSIS".

La misma funcionaría bajo la forma jurídica de organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública.

La referida ley facultó al Poder Ejecutivo para modificar su estructura organizativa, comprendiendo un nuevo modelo de gestión, integración y gerenciamiento.

Dicha facultad comprende la de implementar las modificaciones, adecuaciones y definiciones de los cometidos previstos para las Comisiones Regionales, Departamentales y Locales que funcionan en la órbita de la Comisión Nacional.

En los meses siguientes se implementaron nuevas políticas que, recogiendo la experiencia anterior, ampliaron la efectividad en cuanto al control de la hidatidosis se refiere, a otras modalidades de acción. Se continuó aplicando la dosificación de perros, no sólo para eliminar la tenia *Echinococcus*, sino para desparasitarlos de otros vermes; se procedió a realizar la esterilización de perros domésticos en todo el país, a través de puestos móviles atendidos por cirujanos veterinarios y se continuó llevando a cabo actividades educativas. Si bien es escaso el tiempo transcurrido desde su implementación, resultan ya evidentes algunos índices de modificación del panorama, sobre todo visualizando el futuro. Aunque todavía se esterilizan sólo perros de género femenino, es indudable que esta medida actuará de manera benéfica y eficaz en la reproducción a largo plazo de la especie parasitada con mayor frecuencia en el país para el verme infestante generador del ciclo.

Un cambio en el modelo de gestión

La modificación introducida por la Ley 17.930 del 19 de diciembre de 2005 y el Decreto 491/007, del 12 de diciembre de 2007, imprimieron un vuelco sustancial a la lucha contra la hidatidosis, integrándola a las demás Zoonosis. Pero fundamentalmente, cambiaron varias características:

1. La Comisión sería una dependencia desconcentrada, y no descentralizada, del Ministerio de Salud Pública, con lo que

- significaba que éste asumía su rol principal como rector de la política de salud, entre sus metas prioritarias.
2. Aunque mantenía una integración multi-institucional y transdisciplinaria, integraba a las demás Zoonosis, quitándole el exclusivismo de una sola patología, racionalizando y concentrando en una misma unidad, un problema de salud pública, hasta entonces desconocido.
 3. La gestión de la Comisión Nacional de Zoonosis (CNZ) apuntó desde entonces a un cambio sustancial en lo técnico: atender la hidatidosis como una enfermedad "de foco", buscando para ello la identificación de "zonas de riesgo" para luego proceder en consecuencia.

Este proceso tiene su inicio en los resultados del último Diagnóstico de Prevalencia de *E. granulosus* (2004) elaborado en conjunto por técnicos de la Comisión, integrantes de la Facultad de Veterinaria y representantes de la Japan International Corporation Agency (JICA). Este equipo fue responsable de un diagnóstico de situación cuyos resultados distaban mucho de los datos que manejaba nuestro país en materia de infestación en perros y establecimientos. Mientras que por arecolina la infestación en perros fue de 0.4% y en establecimientos del 0,7%, por el test de Elisa Copro-antígeno, técnica no comparable pero más sensible, la muestra dio que Uruguay tenía para el 2004 un 4,3% de perros positivos a *E. granulosus* y un 6,4% de establecimientos portadores de perros parasitados. Paralelamente, algunos estudios indican que en el hombre la ecografía muestra una prevalencia en áreas rurales del 1 al 2% para quiste hidático de hígado.

Estudiadas estas cifras y como resultado de otros estudios acotados, se concluye que *la estrategia aplicada hasta ahora debía ser revisada.*

Las líneas de dosificación comprenden la desparasitación canina individual efectuada en forma regular y sostenida en el tiempo (se debe dar la pastilla de Praziquantel en la boca del perro).

Se trata de una herramienta fundamental del Programa pero que no llegaba a las zonas más alejadas y pobres, muchas de las cuales coinciden con los "nodos" de infestación. Actualmente se mantienen las mismas líneas de dosificación, a lo que se vienen agregando progresivamente las áreas críticas de "alto riesgo", económicamente deprimidas en su mayoría y socialmente vulnerables.

En estos casos el costo de la dosificación es asumido por la CNZ, máxime teniendo en cuenta el objetivo superior de mejorar la salud de la comunidad con equidad y solidaridad. Hasta estos "focos" se está llegando ahora en forma interdisciplinaria e interinstitucional, con los Ministerios de Salud Pública, Ganadería, Educación y Cultura y

otras, como forma de brindar soluciones *integrales* que permitan sumar esfuerzos en terreno. Esto es visualizado como muy positivo por la comunidad, que participa activamente. En jornadas multidisciplinarias, en forma itinerante, se establece una cadena de servicios en estas zonas, que van desde la Medicina General a la Específica, desde la prevención a la promoción, con un encare integral de la salud tanto humana como animal.

Los resultados de las ecografías que se realizan en cada salida a campo han confirmado la existencia de "focos", lo que avala la nueva estrategia.

En cuanto al control de la población canina, la CNZ cambió radicalmente la estrategia que se venía aplicando en la pasada gestión. La captura comprendía un número insignificante de perros para la población total y con un alto costo económico y social. Hoy la estrategia apunta a esterilizar (castrar) los canes, machos y hembras, como forma de evitar la reproducción y también de generar conciencia en la población de una tenencia responsable.

Por primera vez se está controlando y disminuyendo progresivamente la población canina en las áreas de contexto crítico y superando la cifra de 7% a 10% de castraciones necesarias para tal fin. Se estima en 250.000 a 300.000 la población de perros en áreas de riesgo.

Desde la CNZ se promueve además que las esterilizaciones (castraciones) quirúrgicas se realicen en las clínicas privadas, en los barrios de mayores recursos.

Esta estrategia de esterilización (castración) es apoyada por la OPS/OMS que, en el último encuentro en Porto Alegre estableció las bases para fortalecer estos programas a nivel regional. También se sustenta en la vasta experiencia y aportes realizados por el Dr. Marcelo Brandao, Director del Centro de Control de Zoonosis de San Pablo, Brasil, que concluye una exposición en Uruguay afirmando que *"la esterilización de perros tiene un costo cuatro veces inferior que la captura y sacrificio del animal, a lo que se suma que sólo el 5,7% de la población aprueba esto último."*

Desde las modificaciones introducidas a la Ley que regula esta materia, y la transformación de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis en la Comisión Nacional de Zoonosis, a fines de 2005, y su posterior reglamentación a fines de 2007, podemos decir que se ha abierto un nuevo horizonte para dar la pelea, con herramientas del siglo XXI a una vieja zoonosis que viene afectando al

hombre y su ecosistema, incluyendo los importantes factores económicos, con fe y esperanza.

Como ha dicho el actual Presidente de la CNZ, **Ciro Ferreira**³⁵:

I) A nivel del hospedero definitivo:

a) el relevamiento efectuado en 2004 con copro-antígeno (Facultad de Veterinaria, JICA [Japan International Corporation Agency], la actual Comisión de Zoonosis) muestra un nivel de infestación importante a escala de país: 4,3% de los perros y 6,4% de los establecimientos rurales con 1% de casos dudosos. A esto se agrega, un estudio que se viene procesando, donde se han detectado casos positivos en áreas de contextos críticos de ciudades, que hasta ahora eran negativas.

b) La dosificación dirigida con Praziquantel cada 30 días a través de las dosificaciones la realizamos. Pretendemos llegar a áreas que hasta el presente no llegábamos y mejorar los controles de calidad en la planificación de la misma.

c) La captura de perros no ha sido exitosa y creemos conveniente, en coordinación con los municipios y distintas organizaciones, establecer programas piloto de esterilización [castración] quirúrgica acompañados de *medidas de educación y tenencia responsable*.

II) En los hospederos intermediarios: (ovinos, bovinos y cerdos)

a) Las cifras de parasitación han ido en descenso y de acuerdo a datos del Ministerio de Ganadería en el 2002 el número de ovinos parasitados era de 3,85%, bovinos 12,2%. Nos hemos impuesto mejorar la recolección de datos y su confiabilidad.

b) A través de estudios pilotos de tropas positivas de mataderos y frigoríficos llegar a los establecimientos de origen y detectar los casos positivos que puedan ocurrir a nivel humano y de perros y humanos.

III) En el hombre:

a) El número de operados ha descendido siendo de 139 casos para el 2004. Creemos que no es un fiel indicador, ya que hay muchos casos que hoy no son patrimonio de la cirugía (observación, tratamiento médico con *albendazol*, etc.) sin descartar la serología para estudios de incidencia y prevalencia creemos que se impone el *"screening" ecográfico* de acuerdo a

³⁵ FERREIRA MÁRQUEZ, **Ciro**: III Reunión del Proyecto Subregional Cono Sur de Control y Vigilancia de la Hidatidosis: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, pp 19-20. Porto Alegre (RGS, Brasil), 23 al 26 de mayo 2006.

lo recomendado por múltiples trabajos internacionales y en nuestro país por el Prof. Dr. Roberto Perdomo y colab.³⁶

- b) Esto último posibilita además implementar campañas de educación para esta y otras zoonosis, dada la amplia receptividad de la población.

IV) Finalmente, se destaca que estas actividades de Atención Primaria de Salud ambiental deben de ser tenidas en cuenta a la hora de toma de decisiones por todo el equipo de salud; en el marco de referencia tendente a preservar el mismo. La población debe participar activamente y decidir autónomamente a través de un proceso que genera sostenibilidad, habiendo partido de un escenario en que reciben beneficios pasivamente. El involucramiento de la comunidad dependerá de nosotros mismos. Se impone el estudio racional de los distintos programas, a fin de lograr su adecuado financiamiento. Queremos destacar que más allá de indicadores, metas y productos éste debe ser un proceso orientado a cumplir con la carta de Liubliana (OMS 1996), que dice:

“Los sistemas sanitarios deben estar inspirados en valores (como la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional) orientados a la salud, basados en los intereses de las personas, centrados en la calidad, financiados racionalmente y orientados a la atención primaria”.

EL IMPACTO ECONÓMICO DE LA EQ EN EL CONO SUR³⁷

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, a través de su Oficina Regional para América Latina y el Caribe (FAO/RLC) realizó en junio de 2007 un valioso informe sobre la Estimación del impacto económico de la EQ en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay). Es la primera vez que puede accederse a un estudio serio y metodológicamente correcto del impacto económico de la EQ en la región. Hasta ahora todas las estimaciones habían sido sin aportación de datos, y por mera intuición de las pérdidas que

³⁶ PERDOMO, Roberto, PARADA (h), Ricardo, ÁLVAREZ, Carmelo, CATTIVELLI, Daniel, GENINAZZI, Héctor, BARRAGUÉ, Ana Delia, FERREIRA, Ciro, RIVERO, Elbio; MONTI, José, PARADA, José: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE HIDATIDOSIS. Detección precoz por ultrasonido en áreas de alto riesgo. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 34-47. En: <http://www.rmu.org.uy/revista/6/1/2/es/>

³⁷ FAO/RLC – Estimación del Impacto Económico de la Equinocosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio 2007. Estudio realizado por las doctoras Pilar Irabedra y Carolina Roig, con la colaboración y apoyo de los Dres. Roberto Salvatella, Sergio Campano y Edgardo Vitale. En: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/VP/hidatidosis-impacto-econ-07-fao.pdf>

ocasionaba. Si estos resultados se obtienen ahora, luego de casi 100 años de campañas de prevención de diferente grado de eficacia, y de tratamientos quirúrgicos de los pacientes afectados, en lo que se ha evolucionado mucho en diagnóstico y terapéutica, es posible hacerse una idea aproximada, de las cuantiosas pérdidas acumuladas para las personas y los países, por no haber acertado en estrategias adecuadas de encarar este problema de Salud Pública como política de Estado. Ni qué hablar de la carencia de apreciación por parte de los productores ganaderos, que teniendo tanto apego por sus bienes, no han sido capaces de hacer gestos mínimos para evitar tan cuantiosas pérdidas. En el mismo informe de la FAO, se establece que: *“La actividad pecuaria en los países del Continente Americano y en especial de América Latina y el Caribe tiene gran importancia socioeconómica, lo que queda demostrado al ser el Continente el primer productor mundial de carnes bovina y aviar, el tercer productor mundial de carne de cerdo, y el tercer productor mundial de lácteos, mientras que en las áreas rurales y suburbanas la ganadería constituye una fuente de subsistencia para muchas familias de escasos recursos y es fuente importante de alimentos ricos en proteína, a la vez que en algunos casos, un ahorro para afrontar casos de imprevistos. (...) En este contexto y en el área de la salud pública veterinaria, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) brinda respuesta concreta a los esfuerzos mundiales para mejorar la salud animal y controlar las zoonosis, a fin de disminuir el hambre, la desnutrición y la pobreza, brindando asistencia técnica a las naciones en vías de desarrollo, a fin de elevar los niveles nutricionales y de vida de los pueblos. Entre estos esfuerzos destacan la asistencia técnica dada a la Argentina sobre capacitación para el control de hidatidosis en la Provincia de Río Negro, la actividad conjunta con la OPS proporcionando asistencia en el Proyecto Regional Cono Sur de Vigilancia y Control de la Hidatidosis (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), y en esta ocasión financiando el estudio para la Estimación del Impacto Económico de la EQ en el Cono Sur. Este último es un primer esfuerzo para determinar las pérdidas ocasionadas por la enfermedad en seres humanos producto del diagnóstico y tratamiento así como por concepto de morbilidad y mortalidad. Conjuntamente a nivel del sector pecuario se consideraron las pérdidas por decomisos de vísceras y la disminución de producción de carne, leche, lana y la fertilidad de las especies afectadas, arrojando conservadoramente una estimación de pérdidas anuales en seres humanos y en animales para la región de un mínimo de 75 y un máximo de 96 millones de dólares americanos.”*³⁸

PÉRDIDAS RELACIONADAS A LOS ANIMALES

³⁸ VARGAS-TERÁN, M.: Oficial de Salud Animal. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, en FAO: Estimación del Impacto Económico de la Equinocosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio, 2007, 20 páginas; pp 4.

Considerando un peso medio de 250 kg para los bovinos y de 25 kg para los ovinos, se calculó la disminución de kilos de carne en los animales afectados. Para la pérdida proveniente de decomisos de hígados se calcularon el número de animales faenados infectados y a los mismos se los multiplicó por el precio y peso promedio del hígado. Respecto a la disminución de litros de leche producidos, la misma se calculó considerando que la producción diaria de leche es de 11 litros por vaca masa. Tomando en cuenta una disminución de la productividad de entre 5 y 10 por ciento, se calcularon las pérdidas de producción. Para el precio del litro de leche según país fueron utilizados los datos de FAO.

En relación a la fecundidad, se aplicó una tasa de procreo de 60 por ciento para los bovinos y 70 por ciento para ovinos. Tomando en consideración estos porcentajes y una disminución en la fecundidad del 11 por ciento, se obtuvieron las pérdidas monetarias relativas a la misma.

Por último, para la pérdida de kilos de lana, se trabajó con un peso de cuatro kg de lana por vellón³⁹, a lo que se aplicó una disminución de producción del 20 por ciento.

Los precios de bovinos y ovinos considerados fueron obtenidos de la División Estadística de FAO. Se tomaron los precios promedio de exportación por unidad, expresados en dólares EE. UU. por tonelada para los diferentes países. El precio de la leche proviene de la misma fuente y se mide en dólares EE. UU. por tonelada, pero por practicidad se consideró dólares por litro. Por último, para el precio de la lana se tomó un promedio de los precios en dólares EE. UU. por kilo de vellón debido a la variedad de finuras. Los precios son los correspondientes al mercado [de lanas] australiano.

Tal como en los casos humanos, en los animales también se considera la posibilidad de subnotificación, por lo que se utilizó un factor de corrección para obtener una aproximación más acertada de la realidad. Para esto, se consideró un factor de corrección de distribución uniforme entre 1, 5 y 2.⁴⁰

PÉRDIDAS MONETARIAS EN SERES HUMANOS

Para el cálculo de los costos debidos a tratamiento se tomó en consideración el hecho de que no existe información disponible acerca del porcentaje de pacientes que reciben tratamiento médico sobre el total de los diagnosticados, por lo que se asume que, debido a las variaciones de los protocolos entre países un 10 por ciento de los pacientes son derivados a tratamiento médico [no quirúrgico].

³⁹ vellón¹. (Del lat. *vellus*). 1. m. Conjunto de la lana de un carnero u oveja que se esquila [Diccionario de la RAE, Edición 22ª., 2001].

⁴⁰ FAO: Estimación del Impacto Económico de la Equinococosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio, 2007, 20 páginas; pp 10-11.

Respecto a los costos de tratamiento, si el paciente es intervenido quirúrgicamente, el costo de dicha intervención en la región, en base a los datos existentes, se estima que es promedialmente de 4.440 dólares EE.UU.; mientras que si el paciente recibe tratamiento con medicamentos tiene un costo estimado de 1.400 dólares EE. UU., esto tomando en cuenta cinco ciclos de 30 días con cinco comprimidos diarios de albendazol. Estos datos son coincidentes con los obtenidos de la República Argentina que estiman un costo de tratamiento médico de 1.350 dólares EE. UU. por paciente.

La **disminución o pérdidas de los ingresos** está directamente relacionada con el diagnóstico de la enfermedad, así como con el tratamiento. Además del costo hospitalario, se asume una pérdida de ingresos promedio por persona para el *cálculo* de las pérdidas monetarias humanas totales por país.

Las pérdidas consideradas fueron las siguientes: para todos los pacientes se asumió una disminución uniforme del IBN (Ingreso Bruto Nacional) *per cápita* de entre el 50 y 90 por ciento del mismo por el lapso de un año. Para aproximadamente 20 por ciento de los pacientes fue adjudicada una pérdida de ingreso del 50 al 90 por ciento por cuatro años adicionales. Por otra parte, el 3 por ciento de los pacientes fueron asignados una pérdida del 100 por ciento del IBN *per cápita* hasta la edad de jubilación, considerada entre los 62 y 72 años de edad para los cuatro países, debido a muerte post quirúrgica. Una tasa de descuento estándar del 3 por ciento anual fue aplicada a la pérdida de ingresos. En adición a las pérdidas de ingresos se asumió que 10 por ciento de los casos no fueron diagnosticados. (Distribución uniforme de 8 a 12 por ciento). Para dichos casos, se consideró una pérdida de ingresos del 25 por ciento durante cinco años. Las pérdidas de ingresos de la región fueron expresadas tanto respecto al IBN *per cápita* (Método Atlas) como al IBN por el método de la paridad del poder de compra (PPC) *per cápita*.⁴¹

ESTIMACIÓN DE COSTO DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL

La estimación del costo se realiza basada en la información disponible sobre evaluación de Programas de Control en la región. Las líneas de acción principales se basan en: desparasitación sistemática de canes con la droga praziquantel a una dosis de 5 mg/kg de peso vivo, entre 8 y 12 dosificaciones al año, vigilancia epidemiológica tanto a nivel humano como animal, control de poblaciones caninas, educación sanitaria y control de la faena.

⁴¹ FAO: Estimación del Impacto Económico de la Equinocosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio, 2007, 20 páginas; pp 12-13.

En los países del Cono Sur que poseen programas de control se calcula en aproximadamente 220.000 perros que son desparasitados sistemáticamente. Se estimó un costo inferior de control de 20 dólares EE. UU. por perro por año, por lo que el costo total asciende a 4:400.000 dólares EE. UU. al año. Considerando un valor superior a 37 dólares EE. UU. por perro por año, el costo total se estimó en 8:140.000 dólares EE. UU. por año.⁴²

Este estudio, que describe prolijamente la metodología empleada y las características singulares de cada uno de los países de la región en cuanto a su propio impacto económico, de acuerdo a los datos disponibles para la fecha en que el mismo fue realizado, extrae las siguientes conclusiones: *“Sin lugar a dudas, la consideración de los aspectos económicos y de impacto social como consecuencia de las patologías, deben ser consideradas al momento de definir las intervenciones que se llevarán a cabo a nivel de las comunidades. En este trabajo se han evaluado los indicadores de pérdidas monetarias así como de secuelas de incapacidad y de calidad de vida a través de la aplicación de los DALYs (Disability Adjusted Life Year) y se ha aplicado una metodología que la haga comparable con otros estudios a nivel mundial, a los efectos de que cumpla con el objetivo de armonizar indicadores entre países. Uno de los principales obstáculos para la realización de análisis cuantitativos como el presente, en el área de las zoonosis, es la carencia de información y lo fraccionada que es la misma. Esto dificulta la demostración del impacto de estas enfermedades y hace que muchas veces queden excluidas de la asignación de fondos aún teniendo un peso promedialmente mayor que otras. La recolección sistemática de datos epidemiológicos básicos de la equinocosis quística por parte de los países, sería de primordial importancia a efectos de mantener estimaciones de impacto económico ajustadas y oportunas. A su vez, esto permite la elaboración de estos indicadores a nivel de regiones endémicas o países definiéndose mejor la carga de la enfermedad. El peso de la incapacidad así como la pérdida de salarios utilizada en este trabajo se considera conservadora, ya que se aplica en los casos de complicaciones o reoperados durante un período de cinco años. La gravedad de la enfermedad es probable que cause efectos de disminución de la calidad de vida y de las capacidades durante períodos más extensos. Se requiere profundizar las investigaciones a este respecto a efectos de obtener estimaciones más exactas.*

El impacto relacionado a la disminución de la producción a nivel animal, si bien tanto la disminución en carne, lana, leche, fecundidad, son parámetros difíciles de estimar, deben estar incluidos. Al ser la equinocosis quística una patología severa, en la que en muchos casos los hígados, pulmones y a veces otros órganos se encuentran

⁴² FAO: Estimación del Impacto Económico de la Equinocosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio, 2007, 20 páginas; pp 16.

severamente parasitados, debe estimarse que se produzca una disminución en la calidad y cantidad de la producción. Esto representa no solamente una pérdida monetaria muy importante, que oscila entre 44:333.472 y 66:221.790 dólares EE.UU. [anuales] para la región (sin valores de ajuste), sino que disminuye la cantidad de proteínas disponibles para comunidades con escasos recursos y en las cuales muchas veces el alimento no es suficiente desde el punto de vista nutricional. A este respecto, sería conveniente profundizar las investigaciones en cuanto a la pérdida de vísceras provenientes de la faena domiciliaria.

Se incluye también en el presente trabajo una estimación del costo de los programas, basados en la desparasitación canina con praziquantel tomando como base los costos presentes en la información científica publicada y en información disponible. No se profundizó en este aspecto ya que, en opinión de las autoras, debería formar parte de un estudio de costos en relación a los beneficios obtenidos, en los cuales se debería evaluar exhaustivamente el peso económico de los diferentes componentes o líneas de acción de las opciones de control aplicadas en cada país en relación al daño evitado.

En relación a los DALYs, se considera importante incluir su cálculo pues es un indicador que no es influenciado por el ingreso económico de los países de la región. Si solamente se evalúan las pérdidas monetarias, las regiones pobres pueden ser subestimadas porque los bajos ingresos hacen que, por ejemplo, las pérdidas de salarios sean menores. En el mismo sentido, se ha demostrado que los costos de tratamiento están significativamente relacionados al IBN [ingreso bruto nacional] per cápita. Sería recomendable poder extender el cálculo de este indicador de discapacidad a otras zoonosis que afectan al Cono Sur, de manera de elaborar, por expertos en los diferentes temas, un listado de zoonosis de importancia para la región y la carga de las mismas sobre las comunidades, identificando las potenciales fuentes de datos utilizables para su cuantificación.

Uno de los puntos a destacar es que las importantes pérdidas producidas por la equinocosis quística afectan a los sectores salud y agricultura, por lo que ambos deberían participar en los programas de control; no en forma aislada sino dentro de un marco interinstitucional, como forma de maximizar recursos y lograr un mayor impacto en la comunidad, con la cooperación técnica de los organismos internacionales referentes en el tema.

Si bien consideramos que los valores presentados en este trabajo pueden ser perfeccionables, considerando lo expresado anteriormente acerca de la dificultad de lograr información sistematizada y armonizada, creemos que manifiesta la severidad del impacto, tanto a nivel salud como económico, en la región del Cono Sur de las Américas". ⁴³

⁴³ FAO: Estimación del Impacto Económico de la Equinocosis Quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), Junio, 2007, 20 páginas; pp 17-18.

QUÉ ES LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE HIDATIDOLOGÍA

Origen y obra

La AIH se fundó en Colonia del Sacramento (Uruguay) el 21 de septiembre de 1941. Fueron sus iniciadores médicos y veterinarios de Argentina, Brasil y Uruguay.

En un tiempo en que las comunicaciones eran más difíciles que en el siglo XXI, los profesionales de la Región, que por esa época era una de las que presentaba mayor infestación hidática en el mundo, se reunieron para procurar emprender un nuevo camino. Se forjó allí una alianza permanente, que trascendió las fronteras, para formar una hermandad de personas trabajadoras y comprometidas con el ideal de educar para la prevención de esta terrible enfermedad, flagelo para los hombres y para la producción, que sin embargo era poco reconocida por los gobiernos y los productores.

Desde sus comienzos tendieron puentes hacia otras regiones del planeta que padecían los mismos problemas, pero que los conocían poco, y que entre sí no guardaban vínculos para intercambio ni para combatir esta patología, de profunda raíz social y cultural.

Así iniciaron una cruzada que los llevó a profundizar el estudio en cada uno de sus propios países, al interior de los cuales existían asimismo zonas con diferentes prevalencias.

Inspirados en las enseñanzas que había sembrado en 1932 en los países del Río de la Plata el Maestro francés Félix Dévé, y mientras transcurría la Segunda Guerra Mundial, fortalecieron una organización que con el andar de los años, transcurrida la Guerra, sería una formidable arma para el combate del flagelo hidático. El primer congreso Internacional fue convocado en Uruguay, teniendo por sede la ciudad de Durazno, bajo la presidencia del Prof. Dr. Domingo Prat. El segundo Congreso se celebró en la ciudad de Azul, Provincia de Buenos Aires, República Argentina. El tercero que debía celebrarse en Francia, recuperada ya de los devastadores efectos de la Guerra, por consejo de Dévé, tuvo lugar en Argelia, y aunque el Maestro francés no pudo acudir por razones de salud, envió allí una carta que sería una guía imperecedera para el combate de la enfermedad, trazando un rumbo firme que todavía hoy permanece plenamente vigente.





Esta obra tal vez fuera inspirada por las enseñanzas del Maestro francés, Profesor FÉLIX DÉVÉ, cuya influencia a lo largo de la primera mitad del siglo XX fue muy importante para impulsar el conocimiento científico, clínico, experimental y preventivo, tanto en Europa, África del Norte, área del Mediterráneo, como, principalmente en lo que nos concierne, en los países de América Latina. Su temprana visita en 1932 a invitación de la Asociación Médica Argentina, comprendiendo también conferencias y contacto con los médicos de Uruguay, Brasil, Panamá y Perú, comprometieron el afecto, la reverencia y el profundo reconocimiento que se testimoniaría en 1951, luego del congreso de Argel, con el Libro de Oro que se le hizo entrega en la ciudad de Rouen, Francia, su lugar de residencia, cuando ya su salud estaba quebrantada. Véase, a este respecto, la biografía del Maestro Profesor Félix Dévé y el juicio que su labor mereció a sus contemporáneos de diversos continentes, en la parte final de este artículo.

Por ARGENTINA participaron en la fundación de la AIH, los Dres. Carlos Manini, Daniel J. Cranwell, Juan Bacigalupo, Alfredo Ferro, José R. Serrés, José Manuel Jorge, Francisco Rosenbusch, Nicolás Gelormini y el Gral. José Morales Bustamante.

Por BRASIL el Dr. César Pinto.

Por URUGUAY los Dres. Velarde Pérez Fontana, Luis V. Muñoz Ximénez, Mariano Carballo Pou⁴⁴, Juan A. Collazo, Antonio De Boni⁴⁵ y Humberto Badano.

¿Cuáles fueron sus propósitos? Los declarados en su Acta fundacional:

⁴⁴ CARBALLO POU, Mariano: médico veterinario (1902-1954). Ref.: POU FERRARI, Ricardo: Juan Pou Orfila – Crónica de una Pasión Pedagógica, pp. 280.

⁴⁵ DE BONI, Antonio: médico veterinario (1893-1971). Ref.: DE BONI BADO, Juan Antonio, Biografía de su padre, en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/boni1.pdf>

1. Poner el más alto empeño en llevar adelante la lucha emprendida multiplicando la acción educativa y profiláctica.
2. Estrechar vínculos y relaciones, llevando a cabo una campaña armónica entre los tres países sobre la base del respeto a la soberanía nacional y la legislación vigente en cada uno de ellos, en todo lo que sea posible y aplicable.
3. Propiciar ante las autoridades del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal del Uruguay la adopción del programa vigente en la República Argentina en lo que tiene atinencia con los cursos escolares en relación a la lucha contra la hidatidosis, programa presentado a esta Conferencia por las autoridades escolares de la Provincia de Buenos Aires.
4. Establecer una continua comunicación entre los tres países acerca de las soluciones encontradas, así como de los proyectos que se estudien o investigaciones que se realicen.

Personalidades que la fundaron y promovieron

La ciudad de Colonia, fundada por los portugueses en 1680, ubicada frente a Buenos Aires, por su belleza y enclave, (declarada por la UNESCO "Patrimonio de la Humanidad"), ha tenido capítulos muy importantes en la historia, personificando la historia del propio Uruguay. Fue tan codiciada que portugueses y españoles se la disputaron enconadamente, perteneciendo 7 veces a Portugal y otras 7 veces a España. Pero, también Colonia, había de tener en la historia otro capítulo destacado, al ser el lugar donde un grupo de 16 profesionales, hermanos del Plata, bajo la presidencia del Dr. Daniel Cranwell, y en representación de Argentina, Uruguay y Brasil fundaran una Asociación, cuyo inicial motivo fue combatir la "Hidatidosis equinococcosis" en Sudamérica, en donde estaba incrementándose de una manera alarmante. Pronto sería una Asociación extendida al mundo entero.

Dos figuras trascendentes del mencionado grupo, fueron el Prof. Dr. Velarde Pérez Fontana, Presidente Vitalicio de la AIH hasta 1972, y el Prof. Dr. Alfredo Ferro, Secretario General de la misma durante 28 años. Ambos cursaron vidas paralelas: cirujanos, investigadores, epidemiólogos y eruditos, fundadores en sus respectivos países de Centros de Investigación y Profilaxis contra la Hidatidosis. Viajeros infatigables, (la mayoría de las veces a sus expensas), hacia donde tenían noticias del contagio hidatídico, para estudiar y fomentar la lucha contra esta enfermedad y para hacer proselitismo de la Asociación. Especialmente destacados fueron sus viajes a Normandía, a Islandia, donde había surgido el milagro de la erradicación, (gracias a una ley de 1863 y después de 80 años de lucha), y a España, donde estudiaron exhaustivamente la problemática de dicha endemia y

establecieron vínculos fraternos con otros colegas de iguales inquietudes. Ese fuerte vínculo íbero-americano fue el cerno sobre el que crecería la AIH.

Sin duda, desde URUGUAY, la AIH debe su existencia al genio creador de Velarde Pérez Fontana (1897-1975) quien fue un anatomista, cirujano, docente, historiador de la Medicina e investigador uruguayo, nacido en Nueva Palmira, Departamento de Colonia, donde se ubica el kilómetro cero del Río de la Plata. Graduado en 1920, fue primero anatomista antes de graduarse y luego de hacerlo; destacadísimo cirujano de los hospitales de Salud Pública, más tarde Jefe de Clínica Ginecológica, Profesor de Medicina Operatoria, y finalmente Profesor titular de Cirugía Infantil, a la vez que hasta su muerte jefe de servicio de Cirugía en el Hospital Maciel ⁴⁶. Desde su juventud viajó incansablemente para conocer los centros quirúrgicos de mayor destaque mundial, europeos y americanos, circunstancia que no dejó de aprovechar para sus investigaciones históricas sobre Miguel Servet y para reunir información sobre su obra magna acerca de Andreas Vesalius Bruxelensis y su época, así como su Historia de la Medicina en el Uruguay, publicados ambos entre 1963 y 1964 en Montevideo por el Ministerio de Salud Pública. Fue autor de numerosos trabajos científicos publicados en Uruguay y en el exterior. Le cupo la responsabilidad de ser el Presidente Vitalicio de la AIH.

Desde ARGENTINA, la AIH fue sostenida durante muchas décadas por la acción tenaz y comprometida de un conjunto de médicos y veterinarios argentinos, que mantuvieron su sede y la publicación periódica de su Boletín, destacando la obra del Dr. Alfredo Pascual Ferro, nacido en el Partido de Azul, Provincia de Buenos Aires, egresando como médico en 1926 y que ya en 1934 había presentado sus primeros 322 casos de hidatidosis humana en aquel partido. Jugó importante papel como promotor de la Ley de Profilaxis de la Hidatidosis, que presentado por aquellos años no tuvo éxito. Sin embargo, fundó junto a sus amigos y colegas en el año 1939 el Instituto de Hidatidología, oficializado en 1948 por Ley Provincial 5220 de Profilaxis de la Hidatidosis, siendo de su responsabilidad la conducción del Instituto. Su permanente trabajo logró que muchos años después fuera sancionada la Ley Nacional No. 12.732 que hace obligatoria la profilaxis de esta enfermedad. Integró el núcleo fundador, junto a sus inseparables amigos los Dres. Mario P. Cabella y Raúl M. Mendy, que continuarían su obra. Desde 1941, fue su Secretario Vitalicio. Impulsor del Centro Panamericano de Zoonosis de la OPS, y autor de la *"Bibliografía de la Equinococosis Argentina"* donde reúne datos de 1320 publicaciones aparecidas entre 1925 y 1950 en su país. Falleció en 1982.

⁴⁶ Fundado en Montevideo, Uruguay, como Hospital de Caridad, durante la Colonia, por Francisco Antonio Maciel, en 1788.



Oscar Ivanissevich (1895-1976) fue otro temprano impulsor en el Río de la Plata de la Asociación Internacional de Hidatidología. Fue un destacado cirujano y político argentino de origen croata, ministro de Educación en la primera y tercera presidencia del Gral. Juan Domingo Perón, luego embajador en los Estados Unidos, y a quien se atribuye la co-autoría de la *Marcha Peronista*. Ivanissevich, gran hidatólogo argentino, desempeñó la presidencia de la Comisión Honoraria Permanente de la Asociación Internacional de Hidatidología. Fue médico cirujano, profesor universitario, y gran colaborador para posibilitar el desarrollo de las campañas de lucha contra la Hidatidosis, como fue la emprendida en sus comienzos en 1947 por la provincia de Buenos Aires. Tuvo gran preocupación por la educación sanitaria, y sobre todo en relación con la zoonosis hidática, de la que se ocupó hasta poco antes de su fallecimiento. Sus trabajos, libros e intervenciones en congresos científicos relacionados con esta zoonosis, le hicieron acreedor a la permanente gratitud de la AIH.

Velarde Pérez Fontana haciendo honor a su nombre (héroe del "2 de Mayo Español", en la invasión Napoleónica)⁴⁷, fué símbolo de bravura y coraje. Bajo su aspecto mal humorado, guardaba un corazón sensible, rectitud moral y desinterés material. En su obra hidatidológica, figura el ser introductor de la técnica de "Adventiciectomía o Periquistectomía", tal vez la más trascendental en la cirugía de la Hidatidosis por ser la base de la cirugía radical de exéresis. Fundador de los "*Archivos Internacionales de la Hidatidosis*" en 1934, la obra más completa del mundo hidatidológico. Esta joya fué donada a la AIH en 1947, convirtiéndose desde entonces en órgano oficial de la AIH. Los *Archivos*, además de ser un valioso

⁴⁷ Véase la historia de Luis Daoíz y Torres y de Pedro Velarde, quienes juntos planearon el levantamiento del 2 de mayo de 1808 contra la invasión napoleónica a España. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Dao%C3%ADz

documento de la historia de la Hidatidosis, recogen hoy el importante material científico de los Congresos Internacionales sobre esta importante enfermedad médico-social.



Monumento a Luis Daoíz y Pedro Velarde en la Plaza del 2 de Mayo de Madrid. Obra de Antonio Solá. El arco es la antigua puerta del Cuartel de Monteleón.

Alfredo Pascual Ferro, como Secretario General, era el que mantenía los vínculos, las consultas y la correspondencia que contribuyeron a que la AIH fuera conocida en gran parte del mundo como la Institución rectora en el estudio y conocimiento de la Hidatidosis, hermanando a los hombres y los pueblos.

La amistad e intercambios que Ferro y Pérez Fontana mantuvieron con Félix Dévé constituyeron un magnífico puente de colaboración entre Europa e Iberoamérica. La visita de Félix Dévé al Río de la Plata en 1932, despertó un extraordinario interés por la Hidatidosis. La semilla que el maestro sembró en los países del Plata, cayó en terreno fértil y dio sus frutos iniciándose una nueva etapa. Félix Dévé, tenía ya un archivo mundial de esta enfermedad al que acudían los médicos de todas las partes. Su ciudad Rouen fue durante 50 años la Meca de la Hidatidosis.

El tercer gran hombre vinculado desde el inicio de la Asociación, como Secretario Veterinario y luego, al retiro de Ferro en 1970, como Secretario General, ha sido el gran soporte de la supervivencia y prestigio de la Asociación desde entonces. Este gran patriarca de la Hidatidología, Prof. Dr. Raúl Martín Mendy fue la persona más adecuada para representar y recoger el emocionante homenaje a todos aquellos desaparecidos.⁴⁸

⁴⁸ http://wzar.unizar.es/hidatidosis/noticias/15/15_1.html

En ESPAÑA la AIH tuvo grandes impulsores, entre los que cabe destacar al Dr. MIGUEL BENZO GONZÁLEZ-NOUVELLES, durante muchos años Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Provincial de Madrid, paladín de la lucha antihidatídica, no sólo por que sus enfermos operados constituyen una de las casuísticas más importantes de España y del mundo entero, sino por lo que supone su lucha constante por la erradicación de la enfermedad. Desde 1951 junto a un grupo de hidatidólogos españoles recibe la visita del Prof. Velarde Pérez Fontana, padre de la hidatidología americana, de cuya entrevista surgió la necesidad de la fundación de la Asociación Española de Hidatidología, empeño en que no cesó hasta que en 1977 fue reconocida oficialmente por el Gobierno Español, siendo él su primer Presidente, según nos ha documentado el Dr. Miguel Pérez Gallardo, que ha continuado con hidalguía su magna obra. Presidió Miguel Benzo González-Nouvelles, hasta su muerte, ocurrida en 1982, la Comisión Honoraria Permanente de la AIH.

Fue sucedido como Presidente de la Comisión Honoraria Permanente por el Prof. Dr. Basile Kourias, de Grecia, quien compartió honores con los Profesores Dres. J. Mariano Da Rocha Filho (Brasil) y José Luis Álvarez-Sala Moris (España).

En el Consejo Permanente se integró como Presidenta la Prof. Dra. Dinorah Castiglioni Tula, de Uruguay, junto a los Profesores Dres. Bachir Mentouri (Argelia), Miguel Pérez Gallardo (España), Raúl Martín Mendy y Clemente Rico (Argentina), y Félix Náquira Vildoso (Perú).

EL PRIMER CONGRESO MUNDIAL DEL QUISTE HIDÁTICO, ARGEL, MAYO 1951 ⁴⁹

Este primer Congreso Mundial de Hidatidosis, [primero por su carácter auténticamente mundial, aunque el tercero organizado por la AIH] realizado en homenaje al sabio francés Profesor Félix Dévé, tuvo lugar en la ciudad de Argel, cuando todavía era colonia de Francia, del 21 al 24 de mayo de 1951. Fue su presidente el Prof. Henri Costantini (1884-1951), sus vicepresidentes los Profs. Niels Dungal (de Islandia) y Velarde Pérez Fontana (de Uruguay), Secretario el Prof. Agregado R. Bourgeon; un Comité de Honor integrado por diversas autoridades gubernamentales, de salud y universitarias de Argelia, un Comité de Homenaje compuesto por distintos profesores de las Facultades de Medicina de Burdeos, Lille, Lyon, Marsella, Montpellier, Nancy, París, Estrasburgo y Tolosa, y representantes de Córcega y Cerdeña. Acudieron numerosas delegaciones de África del Norte (Argelia,

⁴⁹ ARCHIVOS INTERNACIONALES DE LA HIDATIDOSIS, editados por Velarde Pérez Fontana. Volumen XII – Octubre 1951 – Fasc. I – II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953. 500 páginas.

Casablanca, Constantine, Oran, Rabat y Túnez), Australia, Bélgica, Brasil (Porto Alegre, Río de Janeiro y Sao Paulo), Bulgaria, Canadá, Egipto, España (Barcelona, Burgos, Granada, Madrid, San Sebastián, Sevilla y Soria), de los Estados Unidos (Baltimore, Boston y Nueva York); de Gran Bretaña (Birmingham, Edimburgo, Londres y Park Belfast), de Grecia (Atenas y Salónica), de Islandia, Italia (Bolonia, Milán, Roma y Turín); Luxemburgo; México (Guadalajara, México DF), Panamá, Perú, Polonia, Portugal (Lisboa y Oporto), República Argentina (Azul, Buenos Aires capital, Córdoba), Rumania (Bucarest, Cluj y Jassy), Rusia (Bakú, Rostov sobre el Don, Saratow); Suiza (Basilea, Berna, Ginebra, Kt. Thurgen), Checoslovaquia (Praga y Praga Podolí), Turquía, Uruguay, Venezuela, Yugoslavia (Belgrado y Ljubljana); así como representantes oficiales de los gobiernos de Uruguay, España (Soria), Academia de Cirugía de París, María Teresa Cabrera Roca, de Uruguay, de la Universidad de Islandia, de Pamplona, del Hospital de la Cruz Roja de Atenas, de Chipre, Brasil, Montevideo, Lugo, Rouen, Lisboa, del Instituto Pasteur y la Academia de Medicina de París, de la Academia de Ciencias de Yugoslavia, y de la Oficina Sanitaria Panamericana.⁵⁰

Allí en la sesión inaugural, el Profesor Henri Costantini, presidente del Congreso, en su discurso inaugural, luego de los agradecimientos de estilo a las autoridades, gobierno y colaboradores, expresó:

“Es a la Sociedad Internacional de Hidatidología que tiene la sede en Montevideo, que nosotros debemos el estar reunidos aquí hoy para rendir homenaje al Profesor Félix Dévé, un sabio que entre nosotros cuenta admiradores reconocidos en el mundo entero. En efecto, el profesor Pérez Fontana, que preside los destinos de esta Sociedad, traduciendo los sentimientos de sus colegas de América Latina propuso, hace ya dos años, agradecer al Profesor F. Dévé en el curso de un Congreso que debía tener lugar en París. El Profesor Pérez Fontana no ha quedado solo en esa iniciativa. Ya había tomado la iniciativa de imprimir en las imprentas montevidéanas, la magnífica obra escrita por Monsieur Dévé sobre la equinococosis ósea. Sin embargo, el ardor de sus sentimientos, la admiración por la obra científica, el reconocimiento de sus compatriotas, frente a frente al Profesor Dévé, cuyos descubrimientos permitieron salvar millares de enfermos, le incitaron a hacerlo mejor todavía. Y es así que, de acuerdo con sus colegas, ha decidido editar un *Libro de Oro* que será entregado solemnemente a Monsieur Dévé en París, en el curso de un congreso. Aceptó finalmente Monsieur Dévé, admitiendo la idea del *Libro de Oro*. Pero él solicitó que la sede del Congreso fuera en Argel. Las personas, decía él, no se interesan más por el Quiste Hidático en París o no lo observan más que raramente hoy. La enfermedad, afirmaba él, se ha disparado en Normandía, donde es muy frecuente.

⁵⁰ *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol.: XII – Octubre de 1951, Fasc. I – II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 500 páginas, pp.: 9-17

O se la encuentra todavía, es cierto, en el mediodía francés y en Córcega. Pero en ninguna parte tanto como en África del Norte y especialmente en Argelia. Es tomando este pedido del Profesor Dévé que el lugar del Congreso fue fijado en Argel.

¿Es nuestra ciudad digna de este honor? Nosotros lo pensamos así, lamentablemente, porque la enfermedad hidática está muy extendida entre nosotros más que en cualquier otro territorio francés. Él nos hizo entonces posible estudiarla.

Ya a comienzos en 1935, la Federación de Sociedades Médicas de África del Norte había presentado en la dinámica ciudad de Orán bajo la brillante presidencia del Doctor Abadie, los informes que convocaron una audiencia mundial. Monsieur Dévé asistió a este Congreso para resaltar su brillantez. Él allí tomó la palabra varias veces y presentó un trabajo original sobre la migración transdiafragmática de ciertos quistes hidáticos situados en la parte superior del hígado. Nosotros no tenemos hoy la alegría de tenerlo a nuestro lado; su estado de salud le impide todo desplazamiento. Si esta ausencia arroja sobre nuestra reunión un velo de tristeza, puede ser a causa de ella y a manera de consuelo, que le será permitido a los admiradores de una obra científica magnífica, que los amigos del sabio desinteresado que es Monsieur Dévé, se sientan y muestren menos discretos. No creyendo para nada ofender una modestia que nosotros sabemos muy grande, nos será posible decir todo lo que nosotros pensamos del sabio, de su obra y también del hombre.

Por su obra, el Profesor Dévé ha conquistado a los biólogos, los médicos y los cirujanos del mundo entero. Puede decirse de M. Dévé que es uno de los raros hombres de las ciencias biológicas que ha establecido la humanidad sobre su nombre. El QH es un parásito que, en el curso de una larga existencia, transcurre su ciclo lo más desapercibido. En el intestino del perro, él es una tenia. En el intestino del ovino, del buey, del camello; allí es introducido bajo forma de minúsculos huevos que atraviesan la mucosa y van por la vía porta alcanzar el hígado y desde el hígado pasar al pulmón y desde el pulmón hacia no importa qué órgano relevante de la circulación aórtica. Agreguemos que a menudo el QH no será descubierto más que por los rayos X y que el cirujano deberá intervenir para curarlo. El organismo no se queda sin defenderse contra el parásito y de golpe los humores pueden crear fenómenos que tocan a la anafilaxia. Este corto relato de un destino singular permite prever que las disciplinas más diversas son necesarias para un estudio fructífero de la enfermedad hidática. En verdad, estas disciplinas están muchas de ellas, alejadas una de otra y nosotros no conocemos hombre de ciencia capaz de encararlas allí con eficacia.

Para ser un hidatólogo completo, será necesario transformarse en parasitólogo, químico, anátomo-patólogo, radiólogo, biólogo experimentador, clínico, higienista, en fin, para evitar la enfermedad y cirujano para curarla. M. Dévé fue casi todo esto.

Parasitólogo, ha venido a fijar la admiración más grande por su descubrimiento de la equinocosis secundaria que él ha descrito en todas sus modalidades.

El anatómo-patólogo, estuvo presente en él durante toda su vida científica, que comenzó hace ya cincuenta años. Él no ha hecho más que perseguir, a través de sus innumerables trabajos para descubrir allí los capítulos de la anatomía patológica macroscópica y microscópica donde los cortes diseñados por su mano han alcanzado la admiración de los especialistas.

Químico. Pero es justamente un acto de químico preconizar el formol para la esterilización de las cavidades quísticas. Este descubrimiento que tiene ya 47 años, no ha sido todavía superado. Los mejores químicos de carrera son aplicados a encontrar un producto esterilizador superior al formol. Sus esfuerzos han sido hasta ahora sin éxito. Luego de 47 años la solución formolada preconizada por M. Dévé, se volvió para nosotros en el arma eficaz, inofensiva y segura.

Biólogo. Puede decirse de M. Dévé, que él fue y sobre todo es un biólogo. Por medio de ingeniosas experiencias, pudo reproducir en el animal los QH óseos, del pulmón, de los músculos. Demostró las consecuencias de la septicemia hidática que resulta de la ruptura de un QH en las cavidades cardíacas desde donde la difusión de los escólex a los pulmones y desde los pulmones, hacia las vísceras y todos los tejidos de la economía, que más tarde serán infiltradas por millares de micro-quistes.

Clínico. ¡Y qué clínico! Él nos ha enseñado a sospechar el QH en los sujetos jóvenes afectados por ictericia obstructiva y nos ha dado la explicación del coleperitoneo que resulta casi siempre de un QH abierto en el hígado hacia el peritoneo y las vías biliares.

Higienista, lo fue todavía, desde que él se ocupó de trazar el mapa de la enfermedad hidática en el mundo.

Es por su insistencia que debemos nosotros aquí el buen trabajo de Senevet y Witas sobre la distribución del QH en Argelia. Por este trabajo, hemos aprendido que el centro de la endemia hidática se encuentra en las Altas mesetas donde viven en una promiscuidad, casi al día de hoy irreductible, el pastor ignorante, el perro huésped definitivo, el ovino reservorio de parásitos.

Para completar esta vasta encuesta destinada a fijar las regiones de la tierra que tienen el triste privilegio de ser el asiento de los focos endémicos de la enfermedad hidática, M. Dévé debió someter a la prueba del frío los huevos de la tenia o embriones hexacantos. Él mostró que el frío conserva la vida de estos embriones. Por el contrario, estos mismos embriones soportan mal las temperaturas elevadas del orden de 40°.

He aquí la explicación biológica de la presencia antaño en Islandia de un foco endémico muy importante. Si hoy la enfermedad hidática ha desaparecido de Islandia, es por las medidas severas de higiene inspiradas en los consejos de M. Dévé y aplicadas con una disciplina que nos debe llenar de admiración.

Al mismo tiempo, el QH se mostró muy raro en las planicies de Marruecos donde reina en verano un calor excesivo, subtropical, que permite la intervención esterilizante de los rayos solares y de la desecación y al respecto: "los huevos de las tenias equinococcus derramados sobre un sol árido".

Sin embargo, en las Altas Mesetas de Argelia, como en la Patagonia Argentina, los Quistes Hidáticos pululan porque las temperaturas frías del invierno, no alcanzan jamás las de los muy calurosos veranos.

Para ser completo, le faltaba a M. Dévé hacerse cirujano. El ejemplo de Clovis Vincent médico neurólogo, luego neurocirujano eminente, era tentador. M. Dévé se resistió a todo acto quirúrgico personal, estimando que él no había sido preparado para ello. Pero se interesó en los trabajos de los cirujanos. Pronto él se transformó en su mejor consejero.

Se impuso la tarea agotadora de corresponsal con todos aquellos que entre nosotros se interesaban en la enfermedad hidática, y tomó siempre la iniciativa del primer paso, escribiendo para contestar los detalles complementarios sobre una observación o un trabajo publicados. Lo más frecuente, estas cartas respondían a un pedido de consejo formulado por un operador desconcertado.

Los años pasaron, M. Dévé terminó por entrar en relación con los cirujanos del mundo entero. Cada uno seguía sus consejos, cada uno tomaba conocimiento de sus innumerables notas, artículos o memorias publicados por él.

Actualmente no hay en el mundo un cirujano que habiendo tenido que tratar, más de una vez un QH, no se sienta deudor frente a él, por su genio, su paciencia, su deseo apasionado de ser útil a su prójimo para permitirle la curación de los enfermos por decenas de miles.

Este año de 1951, ha hecho 50 años que M. Dévé se ha comprometido con los estudios de la enfermedad hidática. En el curso de estos largos años de trabajo, por muchos cientos de artículos a la Societé de Biologie o por las memorias importantes aparecidas en las revistas médicas o las sociedades científicas, según las tendencias médicas o quirúrgicas, M. Dévé podría enorgullecerse de haber escrito para las generaciones futuras lo esencial de la enfermedad hidática. Pero él ha hecho algo mejor.

Apenas sonó la hora de su retirada universitaria, M. Dévé resolvió escribir los libros que ya todo el mundo conoce. Él ha abordado allí el tratado magistral de la Equinocosis Primitiva. Pero es la Equinocosis Secundaria, objeto de su tesis y fuente de sus primeros descubrimientos. Finalmente, la Equinocosis Ósea que nuestros amigos de Uruguay consentirían en editar.

Estos tres libros ya clásicos marcan la triunfal coronación de una vida de labor desinteresada y pasionalmente consagrada a la Ciencia.

Sin ellos, se percibiría hoy que la obra no ha estado completada.

Por ellos, la armonía está establecida. Ellos permiten admirar la unidad de pensamiento, la continuidad en el esfuerzo, el genio en la

construcción de la idea científica, en fin, lo que es propio de un sabio, el desinterés más absoluto.

Me falta hablar del hombre. Y lo haré con discreción.

Sería para mí suficiente decir lo que el doctor Abadie ha podido escribirme, que él fue nuestro maestro para todos y estuvo rodeado de manera vigilante por el afecto de sus discípulos y de sus amigos. El sabio escrupuloso hasta la manía, conquistando las inteligencias por sus descubrimientos, las almas por el ejemplo que él dio con un total desinterés.

La reunión de hoy es auténticamente mundial. Aquí no quiero decir que cada país del mundo ha enviado un delegado. Pero no hay un país que no se haya excusado porque las dificultades del viaje se habían mostrado muy grandes para permitir un desplazamiento.

Fueron evidentemente ante todo nuestros colegas de América del Sur. El animador, el Profesor Pérez Fontana que ha formado el año pasado el proyecto de fletar un navío y conducir a Argel 400 congresistas. Le ha fallado tomar en cuenta los acontecimientos internacionales, las dificultades monetarias que cada día se agravan, no obstante nosotros hemos acogido una delegación de la Asociación Internacional de Hidatidología.

Llegaron cartas de todas partes. De Suiza, de Inglaterra, de Bélgica, de España, de Portugal, de Italia, de Yugoslavia, de Rusia del Sur, de Grecia, de Rumania, etc. Todos experimentaron admiración, reconocimiento y sentimientos profundos de no poder venir a Argel para honrar al Profesor Dévé.

Estamos muy reconocidos a la Academia de Medicina y a la Academia de Cirugía, de estar presentes en la persona del Profesor Sergent, Director del Instituto Pasteur y del doctor Capette, Cirujano de los Hospitales de París.

Hace algunos días recibí del Profesor Dévé una carta que él me pidió leyera a Ustedes. Allí reconoceréis la preocupación que nuestro colega ha conservado para el porvenir. Él nos reclama, en efecto, continuar estudiando mucho más la enfermedad hidática. Abriga la esperanza de que se descubra el medicamento liberador y que sobre todo, como en Islandia, por la aplicación de severas medidas de higiene, la enfermedad a cuyo estudio ha consagrado su vida, desaparezca para siempre jamás.

He aquí esa carta:

“Señor Presidente,

“Le ruego expresar, desde el comienzo, a los miembros de este Primer Congreso Mundial del Quiste Hidático, mis mayores excusas y mi gran pena – esto no es suficiente decir: mi profunda y amarga tristeza – de encontrarme en la incapacidad de tomar parte de vuestro Congreso y asistir a esta sesión inaugural.

“Lamentablemente, los desfallecimientos de salud diversos, “miserias de la edad”, me retendrán lejos de ustedes. Para no mencionar más que una de ellas, que no es la más grave, la pérdida progresiva de mi oído me pone en la imposibilidad de escuchar las comunicaciones que ustedes harán y de participar de vuestras discusiones.

“Al menos espero que, por una lectura hecha con cabeza reposada, podré tomar conocimiento de los trabajos que serán presentados a vuestras sesiones por los congresistas particularmente experimentados venidos de las diversas “tierras clásicas” de la enfermedad hidática.

“Ante todo, mi querido Presidente, yo desearía, por vuestro intermedio, expresar a mis colegas uruguayos – y especialmente al profesor Velarde Pérez Fontana, así como a mis amigos los Profesores Alfonso Lamas y Domingo Prat⁵¹ – cuánto he sido yo estimulado por su halagüeña iniciativa y a tal extremo yo me siento honrado por la edición del precioso *Libro de Oro* del que ellos han sido los ardientes instigadores.

“A decir verdad, yo no estoy sin temor que los juicios que pudieran allí encontrarse expresados, por aquí y allá, a mi respecto, sean demasiado elogiosos. Porque, con toda justicia, los elogios deberían ser repartidos entre los numerosos hidatidólogos que, luego sobre todo de medio siglo, nosotros hemos aprendido a conocer, en toda la diversidad de sus aspectos, considerando a la vez la parasitología, la biología y la patología del equinococo, su tratamiento y su profilaxis, así como la amplia distribución de esta enfermedad en el mundo.

⁵¹ Domingo Prat (1882 – 1973) nacido en Nuevo París, Montevideo, Uruguay, el 27 de setiembre de 1882, hijo de franceses procedentes de los Bajos Pirineos, ingresó a la Facultad de Medicina en 1903, graduándose el 17 de julio de 1909. Becado a Francia por su alta escolaridad, permanece dos años en París (1911 y 1912) junto a sus compañeros José Iraola y Alberto Mañé, visitando como sus colegas los servicios de Pierre Delbet, Henri Hartmann, Jean L. Faure, François Lójars, cuya obra *Chirurgie d'urgence* fue el texto de constante consulta. Visita a Félix Dévé en Rouen, eximio estudioso de la hidatidosis, y frecuenta el servicio de René Lérique en Lyon. En: MAÑÉ GARZÓN, Fernando: *EL CUARTETO DE URGENCIA. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay 1902 –1952*. Ediciones de la Plaza, Colección Testimonios. Montevideo, febrero de 2005, 255 páginas.

“Los nombres prestigiosos de Krabbe, de Finsen, de Magnusson y más recientemente de Einarsson, de G. Claessen y de Niels Dungal, para Islandia; los no menos justamente célebres de von Siebold, de Leuckart, de Naunyn, en Alemania, el de Murchinson en Inglaterra, deben ser junto a los nombres de Lebedef y Andreef, de Bobroff y sobre todo de Alexinski, para Rusia; los de Davis Thomas, de Harold Dew, de Clunies Ross y de Louis Barnett, para Australia; los grandes nombres de Herrera Vegas y de Daniel J. Cranwell, de Alejandro Posadas, de José Arce y de Oscar Ivanissevich, de Mariano Castex y de Greenway, de Pedro Escudero, de C. Lagos García, de Apphatie y Lorentz, de Alfredo Ferro, de José Jorge, en la República Argentina; los del gran Luis Morquio, de Alfredo Navarro, de Alfonso Lamas y Luis Mondino, de Domingo Prat y de Pedro Barcia, de [Velarde] Pérez Fontana, de [Víctor] Armand Ugón, de R. [Raúl]

Piaggio Blanco y [Eduardo Blanco] Acevedo, en Uruguay; los de Geroulanos, de Toole, de Maccas, en Grecia; de Pericié y de Racié, en Yugoslavia; los de Perroncito, de Nigrisoli, de Casoni, de Francisco Putzu, en Italia; de Ribera y Sans, de Lozano Monzón, de Calvo Melendro, en España; sin olvidar los grandes clínicos y cirujanos de Argelia, tan experimentados en parecidas materias: Henri Costantini, Gastón Lemaire, G. Oulié, P. Lombard, J. Abadie, G. Aubry, P. Goinard, L. Sabadini, Benhamou, Senevet et Witas, y el malogrado Etienne Curtillet”.

“Permitidme, Señores, aprovechar la última ocasión que me es ofrecida de intervenir, en un corto instante y desde lejos, en la cuestión general del estudio de la equinocosis, permitidme insistir una vez más, aunque muy sucintamente, sobre dos o tres puntos ya señalados por mí en otras circunstancias.

“La primera concernirá a la necesidad de proseguir los estudios experimentales de la equinocosis en los países donde parezca que la experimentación puede todavía ser holgadamente realizada – porque ella no puede ser apenas realizada en Francia, por ser extremadamente rara, entre nosotros, la equinocosis veterinaria, que nos brinda el punto de partida. Las dos otras cuestiones tocarán los

problemas de la profilaxis y de una terapéutica general de la enfermedad hidática.

"A) La necesidad de proseguir el estudio experimental de la equinococosis. En efecto, numerosos problemas concernientes a esta enfermedad quedan aún muy imprecisos, que deberán encontrarse resoluciones fáciles por la disciplina experimental. Por ejemplo, entre otros asuntos, la influencia del terreno general del huésped que explica la resistencia desigual de algunas especies animales a la infestación equinocócica, y por otra parte, la influencia del terreno local, susceptible de explicar la distribución diferente de las lesiones parasitarias según las especies animales, etc. Instituidos desde el comienzo partiendo de los huevos de la tenia equinococcus, las investigaciones podrían sacar partido igualmente de las fáciles y preciosas inoculaciones de la banal "arenilla equinocócica".

"B) Necesidad de organizar y proseguir, en las mejores condiciones posibles, la profilaxis metódica de la enfermedad hidática en los países de ganadería - de ganadería ovina, principalmente - o ella continuará azotando. Así, no solamente administrando periódicamente los vermífugos a los canes, sino comenzando a hacer ciertos controles, pero también, y sobre todo si es posible, protegiendo las tropas contra el entorno de los perros (y también de los chacales y los lobos), como lo que se pudo realizar – un poco por sobrecarga – en los Estados Unidos, con el feliz resultado que ustedes conocen.

"C) Por otro lado, no será carente de interés obtener un "tratamiento general, médico, parasiticida, realmente activo, con respecto a ciertas lesiones equinocócicas. Éste es un punto sobre el que me permití ya insistir en una conferencia dada en 1932, sobre las orillas del Río de la Plata. Y ya en 1911 yo había señalado que un tratamiento de esta naturaleza aportaría la *Profilaxis ideal de la equinococosis secundaria.*

Excusadme, queridos y honorables Colegas, de haber así aprovechado, un poco indiscretamente, de esta última ocasión para evocar ante ustedes, entre muchos otros temas, algunas sugerencias antaño propuestas a mis oyentes y que yo había "sometido a su reflexión y a su

crítica". Tal vez serán algunas de ellas retenidas entre algunos de vosotros.

En cuanto al Congreso que hoy se inaugura, pienso que es superfluo desearle un éxito brillante. Permitidme, por tanto, para terminar, expresar aquí esta esperanza, de todo corazón, con mi viejo entusiasmo!"

En verdad, Argelia ha comenzado, hace ya largo tiempo, a seguir los consejos que M. Dévé nos dio en su carta. Hace años que los médicos franceses han descubierto, observado y luego tratado los quistes hidáticos en Argelia.

El honor de los primeros descubrimientos pertenece naturalmente a nuestros médicos militares. Digo naturalmente, como pioneros ardientes, fueron en efecto los médicos militares que comenzaron el descubrimiento de la patología en este país.

Maillot fue quien nos trajo la quinina, Laverán el que nos trajo el conocimiento del hematozoario para el paludismo, eran médicos militares. Bertherand también quien fue uno de los primeros en descubrir los Quistes Hidáticos.

Pero las generaciones que se sucedieron, aportarían su contribución al estudio de la enfermedad hidática. Son numerosos los que entre nosotros se percibieron sobre este problema de patología. Para citarlos a todos, me resultará difícil de hacer.

Me permitirán retener sólo dos nombres, los de Lemaire y de Curtillet. Los dos no están más.

Lemaire, que nos ha abandonado en 1943, fue un apasionado por el estudio de la enfermedad hidática. Es por él que hemos aprendido la posibilidad de la curación espontánea, por vómica, de ciertos quistes hidáticos del pulmón. Le debemos a él también los estudios sobre la Alergia hidática que con su autoridad nos dejó.

Curtillet ha desaparecido en pleno desarrollo de una juventud ardiente y llena de promesas. Cirujano consultante del cuerpo Expedicionario, él se había unido a nuestra Facultad desde la primera línea de fuego. La cirugía pulmonar le era familiar Y naturalmente él se interesó en el QH de pulmón. Adoptando las ideas novedosas venidas de América y pertenecientes al Profesor Velarde Pérez Fontana, él presentó hace dos años en París, un informe que sentó cátedra. No podemos evocar su memoria sin emoción. Fue de los que había comprendido la calidad de la obra francesa en Argelia, no ignoraba que en esta obra magnífica, el médico y el cirujano tienen un lugar de elección. Conciencia, ciencia y sobre todo amor al prójimo fueron las palabras que debieron dictar nuestros actos. El hombre de esta tierra africana, a la vez bella y penosa, sabe que Francia le ha dado guías afectuosos. Curtillet era de estos guías. Allí está el secreto de la adhesión de las poblaciones musulmanas a nuestro país.

Es por eso que Francia es todo amor y todo desinterés que a ella la anima.

La reunión de hoy es una prueba palpable. Es conmovedor ver reunidos en nuestra lejana y modesta Universidad africana, a sabios venidos de todas partes, después de nuestros viejos países de Europa y de nuestros vecinos mediterráneos hasta de la bella pero lejana América Latina, del Uruguay, de Brasil, de Argentina. Todos estos colegas, a quienes agradezco vivamente haber consentido realizar desplazamientos considerables, experimentan el mismo pensamiento. Cada uno ha venido para rendir homenaje al Profesor Dévé. Cada uno comprendió bien precisar que si se admira un nombre científico incomparable, se desea honrar al hombre que por su desinterés, por su cortesía, por su impresionante bondad, ha debido hacerse amar.

Nosotros sabemos, nosotros, porque hemos dicho tantas veces que estos son hombres como M. Dévé y como nuestro malogrado Etienne Curtillet que hacen que en su corazón, como lo ha dicho el poeta:

“Cada hombre tiene dos patrias, la suya y después Francia”.

Porque nosotros estamos reunidos hoy para rendir homenaje al profesor Dévé, me parece que sería traicionar lo que nosotros amamos y admiramos, si no tomáramos el compromiso de redoblar nuestros esfuerzos por realizar el más caro de sus deseos, conocer la intensificación de las medidas profilácticas.

El profesor Dungal nos dirá cómo Islandia que él habita, fue radicalmente desembarazada de la enfermedad hidática, donde ella estaba considerada por su frecuencia como un flagelo social: 20 por 100 de los islandeses estaban afectados por la enfermedad hidática.

Admiramos la disciplina a la que fueron sometidos los pobladores islandeses para conservar su salud.

Sin pretender imitarlos en África del Norte, al menos podremos seguir los consejos del Profesor Dungal y comenzar la educación de la población. Es en efecto cuando las jóvenes generaciones hayan comprendido que es posible evitar el QH, cuando las medidas de higiene elementales fueron observadas.

Entonces, el QH en todas partes como en Islandia, pertenecerá a la historia de la patología y con M. Dévé celebraremos como hoy, reuniéndonos.

* * *

TRABAJOS PRESENTADOS POR MÉDICOS y VETERINARIOS URUGUAYOS AL PRIMER CONGRESO MUNDIAL DEL QUISTE HIDÁTICO EN HOMENAJE AL PROFESOR FÉLIX DÉVÉ

Argel, 21, 22, 23 y 24 de mayo de 1951 ⁵², ⁵³

- BADANO REPETTO, J. L.: Drenaje del tórax en la toracotomía.
BALDOMIR, Adolfo: Homenaje al Prof. Dr. Félix Dévé.
BALDOMIR, Adolfo: La Dirección de Ganadería del Uruguay y su Lucha Anti-equinocócica. Informe de la Comisión de la Dirección de Ganadería.
BLANCO ACEVEDO, E., MORADOR, J. L. y MINETTI, R.: Quiste hidático de la glándula mamaria.
BREGANTE, J. L.: Frequence de L´hydatidose chez le Bovins (Box Taurus) en Uruguay.
CABRERA ROCCA, M. T.: L´education Sanitaire dans la Prophylaxie de L´echinococose.
CROTTOGINI, J. J. y LEBORGNE, R.: Quiste hidático de la mama.
DELFINO, Andrés: Parto distócico por quiste hidático previo.
LARGHERO, P., di BELLO, R., y VICTORICA, A.: Pericarditis constrictiva hidática MURGUÍA de ROSO, E., FOLLE, J. A. y ADDIEGO, Alba: Quistes hidáticos de la glándula submaxilar.
NOGUEIRA, A.: Quistes hidáticos del riñón
PÉREZ FONTANA, V.: Algunas consideraciones sobre el origen y desarrollo de la Hidatidosis en Portugal.
PÉREZ FONTANA, V.: Métodos y procedimientos operatorios en el quiste hidático del pulmón.
PÉREZ FONTANA, Velarde: Nuevo tratamiento de la hidatidosis raquídea.
PÉREZ FONTANA, Velarde: Traitement chirurgical du Kyste Hydatique du poumon. La méthode uruguayenne ou extirpation du perikyste.
PÉREZ FONTANA, Velarde: Sobre la Campaña Sanitaria en la Patagonia.
PRAT, D. y MEDOC, J.: Quistes hidáticos calcificados. I Parte: La calnicosis y calcipexia de la adventicia. II Parte: Anatomía patológica. Consideraciones previas.
RODRÍGUEZ, M. B. y MAUTONE, J. A.: Quistes hidáticos del aparato genital femenino.
SURRACO, L. A. y PÉREZ FONTANA, V.: Nuevo método de operar en el quiste hidático del riñón.
SURRACO, L. A.: El quiste hidático en las vías urinarias.
SURRACO, L.: Kyste Hydatique sous peritoneaux.
SURRACO, L.: Le Kyste Hydatique du rein.

* * *

⁵² Publicados en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis: Volumen XI – Octubre 1951, Fasc. I – II*, Imprenta Nacional, Montevideo, 1950, 494 páginas. [Cortesía del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay].

⁵³ Publicados en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis: Volumen XII – Octubre 1951, Fasc. I – II*, Imprenta Nacional, Montevideo, 1953, 600 páginas. [Cortesía del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay].

Unidos, la tenia se ha detectado en regiones ovejeras de Utah, Arizona, Nuevo México y California, y persiste en un ciclo selvático en el que participan ungulados salvajes como el alce y el caribú en Alaska. La transmisión en las personas ha sido eliminada por completo en Islandia y ha disminuido notablemente en Australia, Nueva Zelanda y Chipre. Su reservorio son el perro doméstico y otros cánidos capaces de albergar miles de vermes adultos en su intestino. Los felinos y muchos otros carnívoros no son huéspedes idóneos para el parásito. Los herbívoros, en particular las ovejas, el ganado vacuno, las cabras, los cerdos, los caballos y otros animales sirven como huéspedes intermediarios. La infestación de los seres humanos, que suele suceder en la niñez, se produce en forma directa por transferencia de huevos de las manos a la boca después del contacto con perros infestados o, en forma indirecta, por medio de alimentos, agua, tierra o fómites contaminados. En algunos casos las moscas han dispersado huevos después de alimentarse de heces infestadas. Es de presentación unilocular, de proliferación endógena, no es infiltrante ni produce metástasis.

- *Echinococcus multilocularis*, (Leuckart, 1863) causante de la enfermedad hidatídica o equinococosis alveolar [también llamada, anteriormente, forma "bávvaro-tirolesa"]; equinococosis multilocular, enfermedad muy destructiva e invasora causada por la etapa larvaria de *Echinococcus multilocularis*. Su distribución se limita a zonas del hemisferio norte (Eurasia norte y central; región norte de América del Norte), Europa central, la antigua Unión Soviética, Siberia, el norte de Japón, Alaska, Canadá y, en raras ocasiones, la porción norcentral de los Estados Unidos. La enfermedad comúnmente se diagnostica en adultos. El reservorio son animales salvajes como los zorros (rojos, grises y azules), pero los perros y gatos pueden ser fuentes de infestación humana. Los huéspedes intermediarios son roedores que incluyen ratones campestres, lemmings y otro tipo de ratones. *Echinococcus multilocularis* suele perpetuarse en la naturaleza por los ciclos zorro-roedor. Es de presentación multivesicular, proliferación endógena, produce infiltración y metástasis.
- *Echinococcus vogeli*, (Rausch and Bernstein, 1972) causante de la enfermedad hidatídica poliquística, se localiza en el hígado, pulmones y otros órganos, y en ella la hidátide poliquística tiene la capacidad de que su membrana germinativa prolifera en sentido externo para formar nuevos quistes, y en sentido interno para formar tabiques que dividen la cavidad en innumerables microquistes. Se han notificado casos en América Central y del Sur, principalmente en Brasil, Colombia y Ecuador. El huésped definitivo principal es el cánido silvestre (*Bush dog*); los principales huéspedes intermediarios

son las pacas, los agutíes y las ratas espinosas. Los perros domésticos de caza que han comido vísceras de pacas infestadas son fuentes de infestación humana.⁵⁴ Es de presentación poliúística, de proliferación endógena y exógena, no produce infiltración ni metástasis.

- *Echinococcus oligarthrus*, (Diesing, 1863) cuyos huéspedes intermedios y aberrantes son roedores (agutíes y pacas), y los huéspedes definitivos felinos salvajes (puma, jaguar, ocelote, yagareté, y gato montés o de Geoffroy). El ciclo es selvático, aunque es conocido que también infesta gatos domésticos. Se encuentra distribuida en América Central y América del Sur.⁵⁵ Es de presentación poliúística, proliferación endógena y exógena, no produce infiltración ni metástasis.⁵⁶

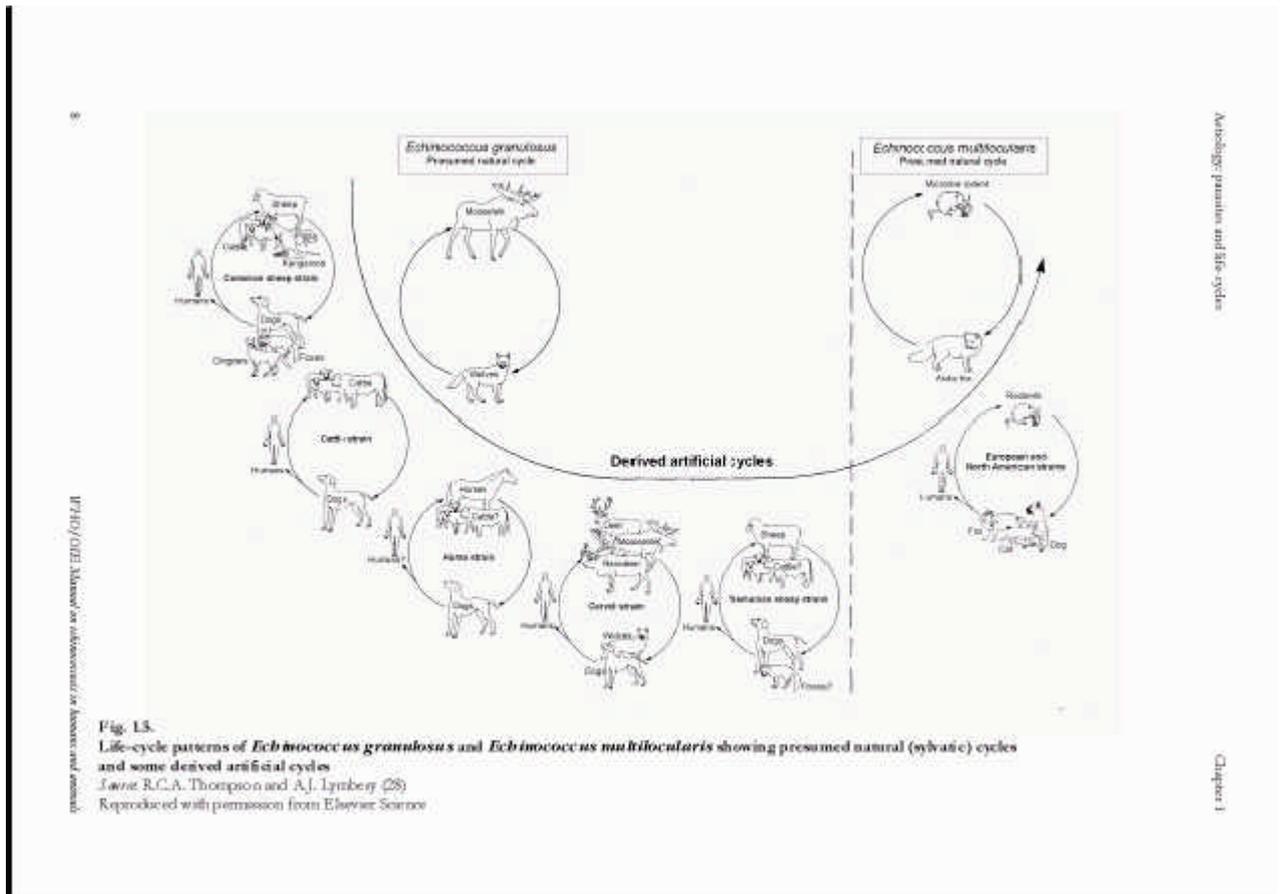
Distribución geográfica

Lejos de ser un problema regional, sería visto, con el andar de las décadas, como un problema de la mayor magnitud, entre los que debía ocuparse la Salud Pública, en la mayoría de los países del planeta.

⁵⁴ El control de las enfermedades transmisibles: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica Nro. 581, 17ª. Edición del Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, James Chin, Editor, 2001, pp. 240-244.

⁵⁵ ECKERT, J, GEMMELL, M.A., MESLIN, F. X., & PAWLOWSKI, Z. S., editors: WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Human and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. World Health Organization y World Organisation for Animal Health Office International des Epizooties. WHO (Office International des Epizooties, 2001, Paris, Francia, 265 páginas.; pp.: 9-10.

⁵⁶ ECKERT, J., GEMMELL, M. A., MESLIN, F. X., & PAWLOWSKI, Z. S., editors: WHO/OIE [World Health Organization/World Organisation for Animal Health, Office International des Epizooties] Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. Paris 2001, Tabla 1.1, pág. 2.



Tampoco era el perro el único huésped definitivo de la *Tenia echinococcus*, en sus diferentes variantes. Si bien eso fue lo que se consideró por décadas, de acuerdo a los primeros estudios, se vio luego que lo eran también animales tan diversos como el zorro de diferentes latitudes, otros animales selváticos, roedores, el dingo australiano, y muchas otras especies de cánidos. Existen estudios recientes que muestran la magnitud de su difusión en Europa.⁵⁷

⁵⁷ ROMIG, Thomas, DINKEL, Anke, MACKENSTEDT, Ute: The present situation of Echinococcosis in Europe. University of Hohenheim, Stuttgart, Germany, *Parasitology International*: 55 (2006) S187-S191.

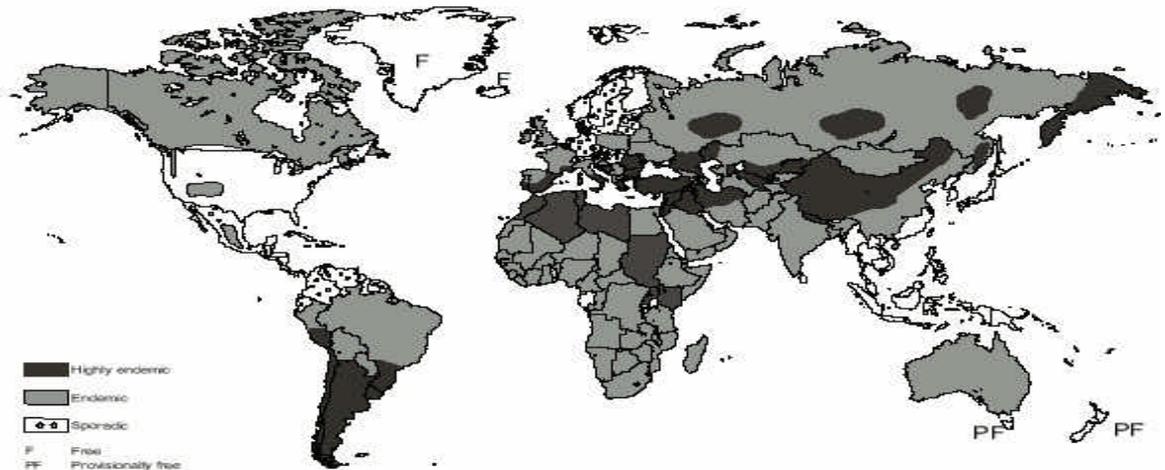


Fig. 4.1.

Approximate geographic distribution of *Echinococcus granulosus* (1999)

Source: F.L. Andersen *et al.* (7, 8), J. Gi-Peng (33), P.S. Craig *et al.* (38), A.S. Bessonov (18) and P.M. Schantz *et al.* (162); for further references, see text

© Institute of Parasitology, University of Zurich (J. Eckert, F. Grimm & H. Budlić)

Note: exact identification of endemic and highly endemic areas in all regions is not possible because of incomplete or lacking data

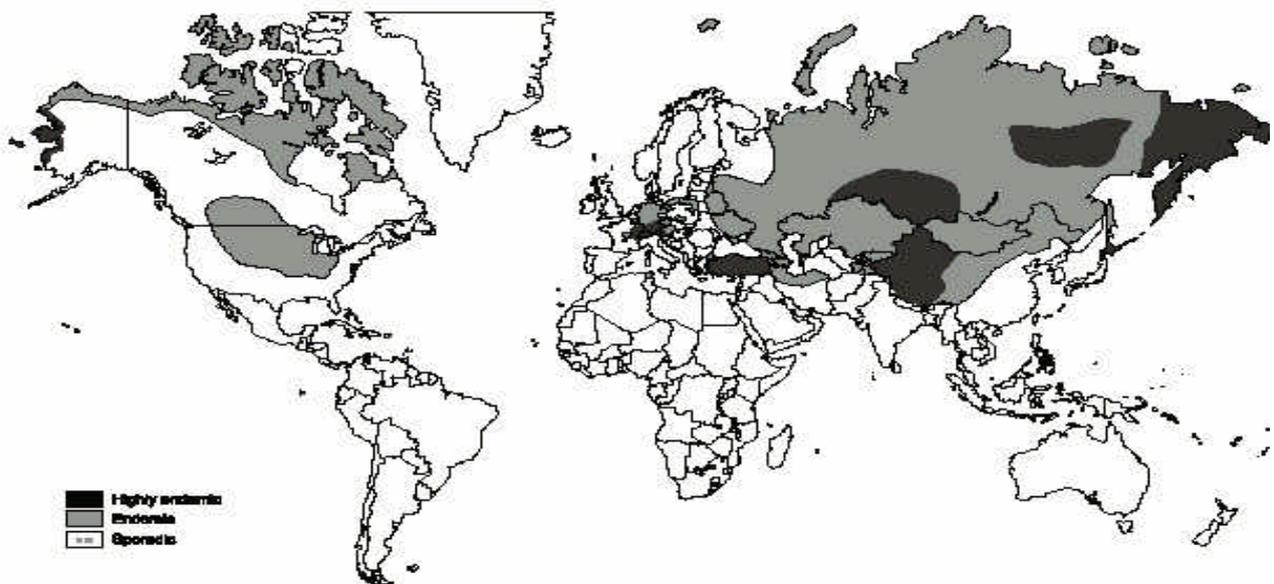


Fig. 4.3.

Approximate geographic distribution of *Echinococcus multilocularis* (1999)

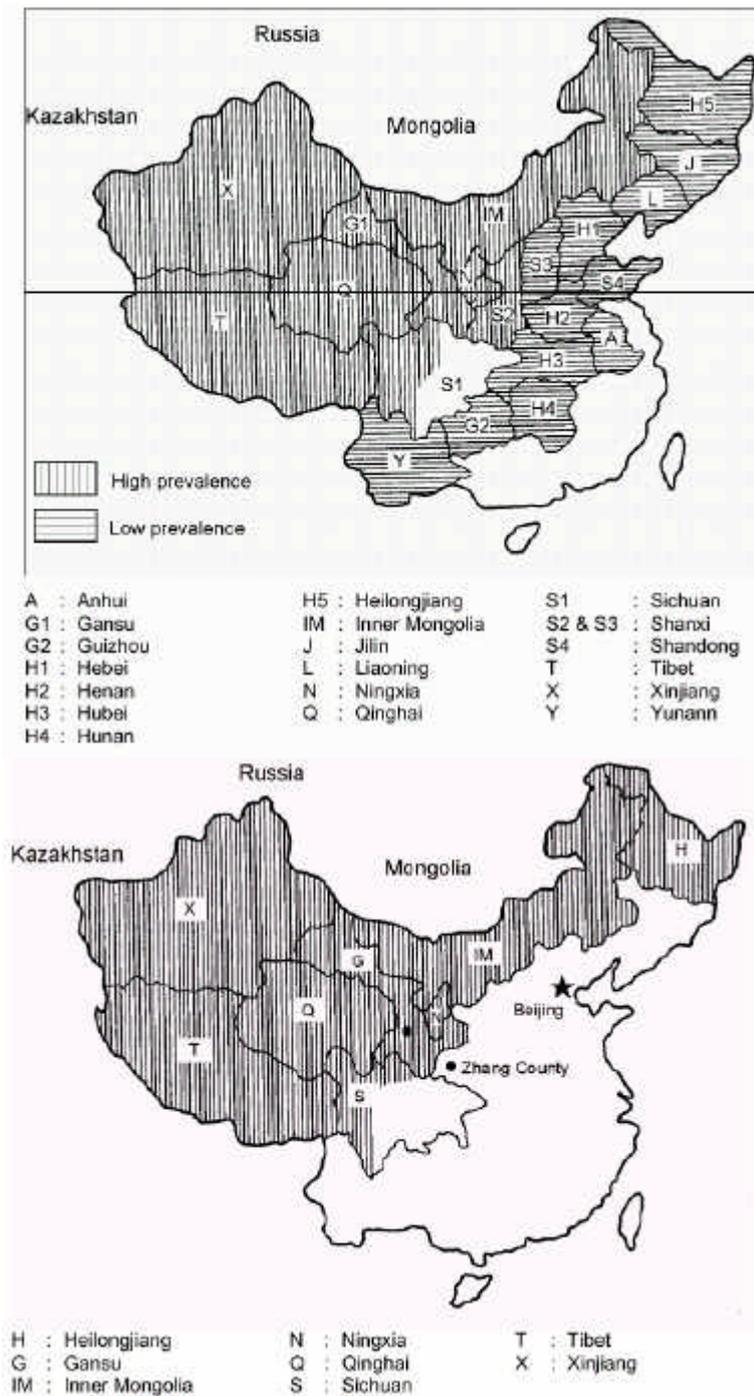
Source: J. Eckert (57), J. Eckert & P. Deplazes (58), P.M. Schantz *et al.* (162); for additional references, see text

© Institute of Parasitology, University of Zurich (J. Eckert, F. Grimm & H. Budlić)

Note: exact identification of endemic and highly endemic areas in all regions is not possible because of incomplete or lacking data

De igual forma los huéspedes intermediarios y definitivos estaban constituidos no sólo por los ovinos que formaban las principales poblaciones parasitadas en el subcontinente americano (sur del Brasil, Argentina y Uruguay), sino también los bovinos, en esta región, y en otros continentes que compartían esa producción pecuaria. Tal lo que se registraba en toda la costa del Mediterráneo, desde la Península Ibérica al Cercano Oriente, desde la Península Itálica al Norte de África. Pero poco a poco, fueron conociéndose infestaciones de otras especies, no bien se dedicó atención al fenómeno, y se vio: 1. Que tenía una distribución casi universal, a través de diversas especies,

adecuadas a las condiciones ecológicas del lugar. 2. Que abarcaba desde el zorro del Ártico a otras variedades, los renos, los dingos australianos, los canguros, las llamas, cabras, además de las hienas, camellos, cebras, jirafas, leones y otras especies que constituían el fundamento de la economía y ecosistemas de cada lugar, o la presencia dominante en algunos territorios.



Hoy sabemos que exceptuando la Antártida y algunas regiones del Centro y Norte de América, y escasas zonas del continente Asiático, tiene una presencia casi universal, expandida desde China y Japón, a

Australia, casi toda África, diversas franjas del norte de Eurasia, el Norte del Canadá, algunos estados de los Estados Unidos, la costa oeste de América del Sur, fundamentalmente Ecuador, Perú y Chile; pero también en la mediterraneidad del continente, como Paraguay y Bolivia. En las islas del Mediterráneo.

ESTRATEGIAS DE ERRADICACIÓN

La experiencia de algunos países – islas (Islandia, Groenlandia, Tasmania, Nueva Zelanda, Chipre)

Es curioso cómo algunos países insulares, comenzando por Islandia, ya a mediados del siglo XIX lograron la erradicación de la hidatidosis, a través del control de perros, o de su eliminación y el control sanitario de la matanza de animales para consumo cárnico. Ya en el siglo XX, casi al finalizar, se logró un control casi absoluto en territorios insulares como Tasmania, Groenlandia y Nueva Zelanda. En el caso de Chipre, de cultura greco-turca, luego de alcanzar éxito parcial, excelente entre la población greco-chipriota, en un tiempo en que era socialmente aceptada la eliminación de perros, pero sin embargo deficiente en el sector turco-chipriota; entraron en regresión por el predominio de desobediencia a las pautas de conducta en este último sector, al compartir el mismo territorio insular sin frontera natural. En consecuencia, si bien ha disminuido sensiblemente la presencia de esta zoonosis en amplias zonas, sobre todo en cuanto refiere a su infestación al hombre, no ha sido posible erradicarla, porque tal vez las políticas que se adoptaron para lograrlo no han sido persistentes y eficaces.

Primero se procuró buscar éxitos quirúrgicos, procurando salvar la vida de las personas, en un dominio de la técnica que al correr de las décadas fue cada vez más lograda. A este respecto, tanto los autores rioplatenses y gaúchos (brasileños de Río Grande do Sul), como los cirujanos de España, Italia, Grecia, y parcialmente de otros países de la cuenca mediterránea, alcanzaron éxitos destacados. Perfeccionaron las técnicas y las incorporaron a la rutina de muchas especialidades, desde la Cirugía General a la Neurocirugía.

Luego se intentaron soluciones a través del tratamiento médico, que resultó parcialmente eficaz, y sobre todo, adecuado a los preceptos actuales de la Bioética, que privilegian la autonomía y decisión del paciente. ¡Cuánta razón tenía Félix Dévé, cuando promovía esa meta en su carta al Congreso Mundial de Argel, en 1951!

Pero el diagnóstico masivo permaneció difícil de realizar, y se considera que hay una infestación latente mucho mayor que la

detectada en los catastros poblacionales. Tal lo que encuentran numerosos autores en las autopsias sistemáticas, como lo ha consignado hace varias décadas el destacado parasitólogo médico, educador y salubrista chileno, Amador Neghme. Él decía en abril de 1985: *“La prevalencia de la hidatidosis varía según las regiones geográficas. Cálculos conservadores indican que existe medio millón de infectados por hidatidosis en América Latina. Estos cálculos se basan sobre la casuística de hidatidosis encontrada en 115.819 autopsias practicadas en Santiago, Chile, que representa una tasa de 310 por 100.000 habitantes, es decir, 44,3 veces superior a las tasas estimadas según el diagnóstico de egresos hospitalarios. Esta cifra se elevaría a casi el doble si se extrapolara con los resultados de estudios epidemiológicos en los habitantes expuestos al riesgo de infección, cuya tasa de 600 por 100.000 resulta 85,7 veces más alta que la tasa anual de hidatidosis en enfermos hospitalizados (H. Reyes y C. Retamal, observaciones inéditas, 1985).”*⁵⁸

Se avanzó indudablemente en tests diagnósticos, tanto en el hombre como en el perro, para detectar anticuerpos que permitieran tener mayor certeza en cuanto a estar en presencia de una infestación hidática, y sería necio negar los avances que en el terreno de la inmunología se han producido. Así, de la reacción de Casoni, se pasó a la inmunología con el Arco-5, y de éste a los métodos por ELISA; técnicas éstas cada vez de mayor sensibilidad y especificidad.

Uno de los líderes del éxito de la campaña anti-hidática en Tasmania, Trevor Cory Beard, médico británico residente en Australia desde 1951, ha escrito: *“El control de la Hidatidosis en Tasmania comenzó en 1962 con una campaña voluntaria en la comunidad rural, dirigida por un grupo de productores, llamado el Consejo de erradicación de la Hidatidosis de Tasmania. Esta actividad llevó a una demanda popular de asistencia gubernamental, que permitió al Departamento de Estado de Agricultura a introducir un programa voluntario de testeo de perros. En respuesta a una mayor presión comunitaria el testeo de perros fue obligatorio, y otras medidas de control fueron introducidas gradualmente, con un aumento gradual en la coerción, llegando a la cuarentena de los perros infestados. Últimamente la cuarentena se extendió a los sitios con una prevalencia residual en ovejas más alta que el promedio. En 1987 la enfermedad hidática ha casi desaparecido en el ganado de Tasmania. Dado que no se han diagnosticado nuevos casos humanos menores de diez años de edad, desde 1972, o menores de veinte años desde 1976, creemos que la trasmisión de esta enfermedad a la población humana probablemente cesó en 1972. Este principio podría hacerse extensivo a otras enfermedades. La*

⁵⁸ NEGhme R, Amador: ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE LA HIDATIDOSIS. Conferencia pronunciada en el XIII Congreso Internacional de Hidatidología que se celebró en Madrid, el 25 de abril de 1985, organizado por la Asociación Internacional de Hidatidología y su filial de España. Publicado en *Boletín de Hidatidosis*: IIa. Época; año 16, número 49, mayo-agosto 1987, páginas 24-26.

legislación hoy en día podría controlar la composición de la comida procesada (por ejemplo el contenido de sal, para prevenir la hipertensión), o podría haber pruebas obligatorias para anticuerpos de SIDA. Primero necesitamos un fuerte consenso comunitario a favor de la legislación coercitiva, y el desarrollo de este consenso debería ser la meta específica de un programa de educación sanitaria que acompañara a las medidas iniciales voluntarias de control.”⁵⁹

Pero la erradicación está aún muy lejana.

Los perros, los zorros de varios colores, los bovinos, los caprinos, los ovinos, los camélidos, las llamas del altiplano, las chivas, continúan siendo los reservorios del parásito y los tres grandes enemigos del hombre: la mentira, la ignorancia y la ambición, le han impedido todavía ver la luz que permita ponerlo en el camino a la solución de este grave problema de salud pública.

¿Educación o persecución?

Si bien se ha tenido una aproximación importante hacia el tratamiento de los QH del hombre, buscando mediante la sanción quirúrgica, la esperanza de solución, no se ha privilegiado como debería, la atención sobre los daños a la economía que significa no sólo la pérdida de días y meses de trabajo del hombre vinculado a la producción pecuaria. Sino la pérdida económica que significa la muerte o el daño a los rodeos de todas clases, por la masiva infestación de los animales dedicados a la producción de carne y lana, que constituye con frecuencia la producción principal de los países afectados y a menudo su base nutricional.

En primer lugar, se dedicaron ingentes esfuerzos a la educación de las poblaciones, iniciándola desde la edad escolar. A este respecto es importante el impacto que ha tenido para muchas generaciones, contar con libros como “Cachito y Rigoletto”, de Velarde Pérez Fontana y colaboradores (entre ellos Antonio Soto “Boy”), una publicación que la propia Organización Panamericana de la Salud tomó como suya distribuyéndola por decenas de miles (editó hace más de treinta años 500.000 ejemplares), cuyo prólogo ya hemos transcrito más arriba. Reproducía, en versión muy mejorada, aquella primera de los panfletos distribuidos en Islandia en el siglo XIX.

La educación de los productores rurales, para que dejaran de alimentar sus perros con las vísceras crudas de los animales parasitados, fue mucho menos eficaz. De hecho, en la mayoría de los

⁵⁹ BEARD, Trevor Cory: Resumen del trabajo “Comportamiento humano y la ética de la Coerción”. En *Boletín de Hidatidosis*: IIa. Época, año 17, No. 52, mayo-agosto 1988, pp 9-10.

países latinos esta conducta no ha tenido penetración suficiente, aunque sí lo ha hecho entre los anglosajones (Islandia, Australia, Nueva Zelanda). Y ahí está una de las claves del problema, uno de los grandes desafíos a superar.

La persecución y multa de los infractores, la eliminación de los perros que son elemento de ayuda fundamental para el hombre de campo en su tarea cotidiana, pero se transforman en un enemigo por su proximidad con los niños y su facilidad para infestarse por los huevos que se esparcen ampliamente con sus propias deyecciones o las de sus congéneres en pastos y verduras, no ha dado resultado, o ha sido muy pobre. Desde allí, el suelo y las pasturas, son transmitidos los huevos a través del pelo u hocico del perro, llevando con su lengua los huevos al contacto con los niños y adultos amigables. Y así se mantiene y eterniza el ciclo biológico del parásito.

Pero tampoco el Estado se ha comprometido demasiado. Las autoridades de Salud no han hecho esfuerzos suficientes, y tampoco han podido coordinar de mejor forma para tener resultados más presentables, a través de la coordinación con las autoridades de Ganadería, de Salud Animal, de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y las centrales sindicales y magisteriales. En una tarea que es y debe ser cada vez más transversal y multidisciplinaria en toda la sociedad. Desde los maestros primarios y secundarios, pasando por las organizaciones de salud humana y animal, las autoridades de regulación y los contralores de la matanza clandestina de animales, siguen siendo unas de las piezas fundamentales de esta espesa trama. Para ello será necesario vencer a aquellas tres plagas humanas: la mentira, la ignorancia y la ambición, que se han transformado en los tres malos compañeros que contribuyen a matar a quien los sostiene y alimenta. Debemos reforzar la cadena para que no haya eslabones débiles.

Acciones preventivas desde la Medicina y Veterinaria: Nuevas estrategias

En el Congreso de Zoonosis 2006, se expuso la experiencia de la Vacuna EG95, a diez años de su implementación experimental en la Provincia del Chubut (Argentina), y por las Universidades de Melbourne (Australia) y el Centro de Investigación Animal de Nueva Zelanda.⁶⁰

⁶⁰ JENSEN, Oscar I; SÁNCHEZ THEVENET, P2; LIGHTOWLERS, M. W. 3; HEATH, D. D.4. 1. Secretaría de Salud, Chacra No. 18, (9020) Sarmiento, Provincia del Chubut, Argentina. 2. Universidad Nacional de la Patagonia, Chubut, Argentina. 3. Universidad de Melbourne, Australia. 4. Centro de Investigación Animal, Nueva Zelanda. hidatidosis@coopsar.com.ar : LA VACUNA EG 95, DIEZ AÑOS DESPUÉS. Congresos de Zoonosis 2006: 16, 11 y 12 de mayo, La Plata, Argentina. Simposio Hidatidosis. En: FAO: Red de Helminología para América Latina y el Caribe – Hidatidosis.

Allí claramente se plantea: La Hidatidosis es una zoonosis erradicable. En la Patagonia constituye un serio problema socioeconómico que afecta la salud de sus habitantes y deteriora la producción ganadera. Los programas de control desestabilizan el ciclo de la enfermedad, mediante la desparasitación periódica de perros, el control de faena y la educación sanitaria. Desde 1853 se conoce el ciclo del parásito, desde 1864 se realiza educación sanitaria y control de faena, desde 1890 se utiliza el tenífugo bromhidrato de arecolina y desde 1975 disponemos del tenicida praziquantel. Con la educación sanitaria, el control de faena y la desparasitación canina, teniendo al perro como actor principal, sólo en Islandia [y Groenlandia]⁶¹ se logró la erradicación. Tasmania y Nueva Zelanda están en el proceso de declararse libres de hidatidosis.

La incorporación de acciones en la línea ovina, que prevengan la infección y disminuyan la oferta de quistes hidáticos viables, abre nuevas perspectivas a los programas de control, al posibilitar atacar al ciclo de la enfermedad hidatídica en un nuevo frente y así disminuir el tiempo en lograr el control de la enfermedad. Una efectiva vacuna contra la infección por *Echinococcus granulosus* en hospederos intermediarios será un arma de gran utilidad para los programas de control. La Universidad de Melbourne, Australia, el Agency Research de Nueva Zelanda y el programa de control de la Hidatidosis en Chubut, Argentina, evaluaron la vacuna experimental EG95.

La vacuna experimental que protege a los ovinos contra primoinfecciones e infecciones repetitivas, por *E. granulosus*, está basada en un clonado de antígeno recombinante, designado EG95, obtenido a partir de huevos del parásito. Es una preparación proteica purificada, no infecciosa, no tóxica, no contaminante y producida mediante ingeniería genética. La vacuna es administrada por vía subcutánea, a la dosis de 50 mg de proteína EG95 y 1 mg de adyuvante Quil A, en un volumen de 2 ml.

Se realizaron experiencias con la vacuna EG95, con distinto número de dosis y tiempos de desafío, en Nueva Zelanda, Australia, China y Argentina. La vacuna experimental EG95 logró un elevado nivel de protección ante la infección por *E. granulosus*: superior al 82% con una dosis, superior al 97% con dos dosis y hasta el 100% con tres dosis.

La disponibilidad de una vacuna contra hidatidosis ovina:

⁶¹ ECKERT, J, GEMMELL, M.A., MESLIN, F. X., & PAWLOWSKI, Z. S., editors: WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Human and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. World Health Organization y World Organisation for Animal Health Office International des Epizooties. WHO (Office International des Epizooties, 2001, Paris, Francia, 265 páginas.; pp.: 102.

- Permitirá a los programas de control disminuir el tiempo en controlar la hidatidosis en su territorio, al poder atacar el ciclo de la enfermedad en un nuevo frente. Como resultado de ello, se acentuaría la reducción de la oferta de quistes hidatídicos viables disponibles para los hospederos definitivos, y por lo tanto se reduciría la biomasa parasitaria disponible para los hospederos intermediarios. De esta forma se podría disminuir el riesgo de enfermar de las personas.
- Ofrecerá al productor ovino una nueva alternativa, que podría sumar a las hoy disponibles, como la desparasitación canina, la educación sanitaria y el control de faena, para erradicar la hidatidosis de su establecimiento.
- El 16 de junio de 1995 se vacunó el primer cordero en Argentina; a fines del año 1997 ya se tenía resultados alentadores, que se confirmaron al finalizar las distintas experiencias realizadas, a fines del año 1999.
- En los inicios del año 2006, los programas de control AÚN NO DISPONEN de esta vacuna exitosa en la faz experimental, para su aplicación en forma masiva.
- Lamentablemente, se siguen enfermando de hidatidosis ovinos y niños, nacidos en este siglo.

Los mismos autores habían informado tres años antes, con todo detalle, la localización y características de los estudios experimentales llevados a cabo en Argentina, Australia, Nueva Zelanda y China.⁶²

La cultura y la comunidad

Resulta indispensable tomar debida nota que además de utilizar técnicas adecuadas, personal idóneo, realizar una actividad interdisciplinaria con una fuerte estructuración y coordinación profesional, entre médicos, veterinarios, parasitólogos, epidemiólogos, inmunólogos, educadores y comunicadores, difícilmente se obtendrán resultados satisfactorios y se acercará a la meta de la erradicación, si no se modifican sustancialmente las prácticas comunitarias.

Los programas han sido tan sólo parcialmente exitosos porque con una ingenuidad poco científica, se creyó primero que administrando las dosificaciones para perros, adquiridas por sus dueños, sería

⁶² JENSEN, Oscar; FERNÁNDEZ, Eduardo; FERNÁNDEZ, Ricardo, IRIARTE; Jorge; SÁNCHEZ, Paula; LIGHTOWLER, M. W., y HEATH, D. D.: INMUNIZACIÓN DEL HOSPEDERO INTERMEDIARIO. Su utilización en programas de control. En Jornadas Nacionales de Hidatidosis. 2das. Jornadas Provinciales de Hidatidosis, Esperanza, Santa Fe, 04 y 05 de septiembre de 2003, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional del Litoral: En: FAO: Red de Helminología para América Latina y el Caribe – Echinococcosis – Hidatidosis.

suficiente, lo que años después se demostró inexacto. Luego se fue a la administración directa por funcionarios de salud, lo que fue más efectivo.

Pero el corte del ciclo animal parasitado – achuras crudas a los perros u otros animales – infestación del medio ambiente y su contaminación al niño y al hombre, no pudo ser realizado con eficacia.

Por eso decía en 1985, la Prof. Dra. Dinorah Castiglioni, Presidenta de la AIH en el XIII Congreso Internacional de la Hidatidosis en Madrid, España:

“En otras partes del mundo la hidatidosis era conocida y se luchaba contra ella, como en el caso de Islandia, para citar como ejemplo el caso de un país que triunfó en su lucha y que es bien conocido por todos los que se preocupan por el problema de la hidatidosis, pero nosotros tomaremos como punto de partida el ámbito en que se gestó la AIH, o sea Argentina, Uruguay y sur del Brasil. El QH es conocido en el Río de la Plata desde las últimas décadas del siglo pasado (XIX), y las primeras medidas de profilaxis de esta enfermedad fueron planteadas en el Primer Congreso Médico Latino-Americano realizado en Montevideo, República Oriental del Uruguay, en 1901. En 1904, en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano un veterinario uruguayo Dr. Pedro Bergés propone tres medidas de profilaxis que mantienen toda su vigencia:

- 1) Inspección veterinaria de los mataderos;
- 2) Evitar proliferación de los perros;
- 3) Publicaciones para difusión de los peligros de la enfermedad y su profilaxis.

En 1905 en nuestro país se insistía en la necesidad de divulgación a nivel popular de la evolución del equinococo y la manera de hacer profilaxis, dirigida especialmente a la gente de nuestra campaña. La Sociedad de Medicina de Montevideo creó una Comisión para estudiar la forma de poner en práctica esas ideas. En 1906 en la Argentina, por decreto del Poder Ejecutivo se creó una Comisión integrada por representantes de los Organismos encargados de velar por la salud humana y animal y por el Presidente de la Sociedad Rural Argentina, para proyectar las medidas de lucha y redactar las instrucciones tendientes a combatir la hidatidosis, tratando de disminuir el alarmante número de casos de esta enfermedad, tanto en el sector humano como en el animal. Estas Comisiones Honorarias insisten reiteradamente sobre el peligro de la enfermedad y la manera de hacer su profilaxis con medidas informativas y educativas, con directivas que son dignas de admiración y que hasta hoy mantienen su vigencia, pero que en la práctica no tuvieron eco. En el Uruguay no hubo una sola disposición sanitaria oficial al respecto y recién en 1932 la visita del Prof. Félix Dévé al Río de la Plata y sus brillantes conferencias sobre la enfermedad hidática reanimaron el interés de los científicos sobre el tema y llamaron la atención a las autoridades

sanitarias. (...) Hoy en día lo que se ha agregado a esos principios [los propuestos por el veterinario Pedro Bergés en 1904] de hace 80 años es la utilización de tenicidas más eficaces para combatir la parasitación del perro y la posibilidad de usar los medios masivos de comunicación para hacer llegar más fácilmente la educación al pueblo. ¿Qué es lo que ha mejorado? Ha mejorado el diagnóstico humano por inmunología, ha mejorado y se ha enriquecido el diagnóstico por imágenes, han mejorado las técnicas quirúrgicas y los resultados de la cirugía del QH en sus distintas localizaciones, ha surgido la esperanza de un tratamiento medicamentoso eficaz en los casos en que no se aconseja cirugía, *pero todos estos progresos sólo significan el fracaso de la profilaxis de la enfermedad.* Es realmente llamativo que el interés científico sobre el QH no vaya acompañado de un criterio sanitarista, profiláctico, más adecuado por parte de los médicos y médicos veterinarios. Parecería que hubiera una especie de resignación, de fatalismo, en aceptar la enfermedad hidática. En un momento de progreso científico avasallante, donde la humanidad consigue librarse de enfermedades que han sido un flagelo durante siglos (cito por ejemplo nada más que la viruela, para no entrar en detalles que no corresponden a nuestro tema) nosotros seguimos reuniéndonos para encarar la lucha antihidática y ver los progresos que en el estudio del equinococo granuloso y en el tratamiento del QH se han hecho. ¿Ha habido progresos? Sí, muchos, vinculados a los progresos de la ciencia en general, pero no han repercutido en la práctica con un satisfactorio descenso de la enfermedad hidática en el mundo. (...) Es necesario utilizar los modernos métodos de comunicación masiva, radio y televisión, aplicando tecnología educativa adecuada para hacer campañas antihidáticas con esperanza de que sean exitosas. En Islandia se utilizaron los mismos métodos de lucha antihidática que se preconizaron en todas partes del mundo desde el siglo pasado (XIX), y allí triunfó la campaña realizada y no fue así en otros países. ¿En qué consistió la diferencia que provocó distintos resultados? En que la educación sanitaria llegó a todos los pobladores, gracias a costumbres tradicionales de ese país y al reducido número de habitantes, unos 70.000. Los islandeses son grandes lectores, y en las largas tardes invernales existe la costumbre de la lectura en grupo familiar o laboral donde una persona lee en alta voz para todos los que están reunidos. Cuando comenzó la campaña antihidática el Gobierno de Islandia repartió cartillas de profilaxis sanitaria a todos los pobladores, y además en las escuelas los maestros daban clases al respecto. Así toda la población hizo conciencia del problema en tal forma que en la década del 1940 la enfermedad hidática se vio erradicada. Traemos esto a colación para demostrar la importancia que tiene la educación en las campañas de profilaxis sanitaria.⁶³

⁶³ CASTIGLIONI TULA, Dinorah: Discurso de la Presidenta de la Asociación Internacional de Hidatidología, en el XIII Congreso Internacional de Hidatidología de Madrid, abril de 1985. *Boletín de*

En el mismo Congreso de Madrid, de 1985, el Presidente de la Asociación Española de Hidatidología, Prof. Dr. Miguel Pérez Gallardo, entre otros altos conceptos expresaba algo de gran contundencia: "También nuestros Congresos y la realidad de algunos países por todos ustedes conocidos demuestran que la hidatidosis-equinococosis es controlable y que la carga humana social y económica que la misma subordina, justifica sobradamente las inversiones necesarias y que por otra parte y esto es importante, no son tan cuantiosas como podría pensarse. Es decir incluso desde el punto de vista estrictamente económico serían inversiones de alta rentabilidad. Si por el contrario no se toman estas urgentes medidas, nos tememos que seguiremos celebrando congresos hasta el año 3.000. Por otra parte no es menos cierto que inevitablemente irán apareciendo nuevas formas de enfermar y morir, por lo cual se hace aún más perentorio el proporcionar a la humanidad el contrapeso de ir suprimiendo aquellas ancestrales enfermedades que, a pesar de ser controlables, las soportamos durante siglos. Finalmente, hemos de concientizar a los distintos países que la soportan que solamente por la filosofía tercermundista que esta zoonosis conlleva, estarían obligados a borrar de sus respectivas geografías este vergonzoso mal, tanto más oprobioso cuanto mayor nivel cultural, industrial y económico se haya alcanzado. La existencia de esta zoonosis en la era de los trasplantes de órganos y en plena era espacial es una de las muchas paradojas de la vida." ⁶⁴

De allí que sólo del involucramiento auténtico de la comunidad dependerá que se alcance esta meta de erradicación. Ello requiere un fuerte liderazgo político, institucional, de las autoridades de salud, de los profesionales intervinientes, con ciencia y conciencia. Por una política concertada y ejecutada a nivel nacional, regional e internacional. Con un alto nivel ético en la conducta de todos los que intervienen, y con la honestidad que evite la malversación de fondos, que a menudo afecta a estos programas, de difícil control, por su dispersión geográfica y su trabajo en terreno de forma descentralizada. Sólo una selección estricta del personal y sus condiciones de idoneidad moral, permitirán que el avance se produzca. La población debe participar activamente y decidir autónomamente a través de un proceso que genere sostenibilidad, sin recibir beneficios pasivamente.

¿UTILIZAMOS TODAS LAS HERRAMIENTAS?

Para enfrentar este problema necesitamos emplear a fondo todas las herramientas de que la Sociedad actual dispone en la mayor parte del

Hidatidosis, II época, año 14, Nro. 43, mayo-agosto de 1985; pp 22-26.

⁶⁴ PÉREZ GALLARDO, Miguel: Discurso en el mismo Congreso. Op. Cit., pp. 20-22.

Planeta: Radio, Televisión, Internet, SMS, en Uruguay el Plan Ceibal, los médicos que dirigen la Educación.

Los maestros y profesores de Enseñanza Secundaria. La formación de los profesionales universitarios del campo de la salud, ¿reciben todos ellos adecuada información, de base científica actualizada, sobre las posibilidades que hoy tenemos para combatir esta zoonosis de tan grande repercusión económica y social? ¿Los médicos, veterinarios, enfermeros y estudiantes de estas profesiones poseen hoy conocimientos actualizados y generales sobre los avances en el diagnóstico y tratamiento del QH, su epidemiología y extensión global?

¿Cómo es posible que en las décadas de 1940 y 1950 lográramos abatir sustancialmente las tasas de infección tuberculosa a través de campañas de catastro de poblaciones, de vacunación masiva desde el nacimiento con el BCG [Bacilo Calmette-Guérin], y con la educación a la población empleando durante 17 años seguidos la Voz de ANDEBU, una red nacional de emisiones de radiodifusión, de 5 minutos, transmitida cada mediodía todos los días del año a todo el país, en Uruguay.

Terminemos con prácticas inconducentes, con las conductas irresponsables de tenencia de animales domésticos y de faena de ganado. De lo contrario, entraremos en la hipocresía, que mata y llora.

¿Estaremos haciendo todo lo posible, de acuerdo a nuestros conocimientos actuales y a nuestras posiciones académicas, administrativas o políticas?

La respuesta es negativa, lamentablemente.

¿Dónde está el cumplimiento de las metas adoptadas en diversas reuniones para tener páginas Web institucionales, que difundan y agrupen la información científica y educativa disponible, para ponerla al alcance de sus auténticos destinatarios?

¿Tan difícil será lograr estas sencillas metas? De ningún modo. Hay que tener esfuerzo sostenido, ética, conocimientos y una voluntad inquebrantable para llevar adelante esos propósitos, que en sí mismos son loables, pero se quedarán en letra muerta, si no los transformamos en acción. Pero, sobre todo, el papel rector del Estado, poco presente en estas responsabilidades.

¿Podremos cambiar esta situación? Desde luego que sí, si se establece una fuerte coordinación, una férrea voluntad política de pasar al frente en materia de erradicación, utilizando inteligentemente los recursos que la tecnología de las comunicaciones y la educación nos ofrecen hoy.

Poniendo en marcha programas continentales para extender a otros territorios, con otras culturas y especies intermediarias, las experiencias positivas logradas en la inmunización de los hospederos, como la vacuna EG95.

Ya no estamos en la época de continuar tratando sólo enfermos. Ese es el fracaso de la Medicina Preventiva, de la Atención Primaria de la Salud, y de las Políticas de Estado en materia de prevención.

Como decía un antiguo proverbio chino:

*“El médico corriente trata la enfermedad;
el buen médico trata al paciente;
el mejor médico trata a la comunidad”.*

PERSPECTIVAS

La Viruela fue una enfermedad mundial endémica que mató millones de personas. Cuando llegó Colón a América, hizo estragos y barrió a buena parte de la población indígena.

Sin embargo, fue erradicada en 1978, según declaración de la OMS, por una persistente campaña de vacunación que demoró en vencer y convencer más de un siglo. En Uruguay se vacunaba después de Jenner (1749-1823)⁶⁵, desde la época de Artigas. Se hizo Ley en 1910,

⁶⁵ **Edward Jenner** nació el 17 de mayo de 1749 en Berkeley, condado de Gloucester, Inglaterra y falleció el 26 de enero de 1823 en la propia localidad de Berkeley. Fue un afamado investigador, médico rural y poeta, cuyo descubrimiento de la vacuna antivariólica tuvo trascendencia definitiva para combatir la viruela, enfermedad que se había convertido en una terrible epidemia en varios continentes. Era también llamado como el *sabio-poeta* debido a la pasión que sentía por escribir y manifestar sus sentimientos a través de esta faceta de la literatura. También amaba la música y la naturaleza. Era hijo del [reverendo] Stephen Jenner, [vicario] de Berkeley. A la corta edad de 5 años su padre fallece, quedando bajo la protección de su hermano mayor. Desde muy temprana edad sintió especial atracción por las observaciones sobre el comportamiento de la naturaleza, y especialmente dentro de la rama de la [zoología]. A sus trece años comenzó a colaborar con un [médico] [cirujano] de [Sodbury], donde logró aprender, y dar sus primeros pasos importantes dentro de la [ciencia] médica. Allí nace definitivamente su pasión por la [medicina] y en el año [1770] decide iniciar sus

pese que un prominente médico uruguayo, miembro de la Academia de Medicina de París, Francisco Soca (1856-1922) ⁶⁶, desde su banca parlamentaria, luchaba por imponer la vacuna obligatoria, contra quienes la defendían escudándose en la libertad de pensamiento, representado por el legislador abogado Dr. Juan Paullier. (Los médicos versus los abogados).⁶⁷

La Hidatidosis, desde Hipócrates hasta la Erradicación posible. ¿Por qué no la alcanzamos? ¿Nos habremos propuesto adecuadamente erradicarla, con las estrategias idóneas, con la convicción y fuerza suficiente? ¿O sólo hemos reducido nuestra labor a tratar a los enfermos?

Sin fuertes políticas de Estado, si no se involucran los productores rurales y la población que trabaja en sus establecimientos, difícilmente se logrará superar esta enfermedad. Las soluciones son sencillas, pero no se han podido articular mejores esfuerzos. Otros países (la minoría) las han alcanzado. Sólo el atraso, la pobreza, la

estudios en el [Hospital] [San Jorge], en [Londres]. Es entonces cuando se transforma en discípulo de un importante [cirujano] y naturista llamado John Hunter, juntos se dedicaron al estudio de la anatomía, y nacería entre ellos una amistad que perduraría hasta la muerte de su maestro. Jenner había sido, además de amigo, el alumno preferido de *Hunter*, quien le tenía gran respeto por su dedicación a la investigación y contracción al trabajo. Ambos se dedicaron, en conjunto, a la observación e investigación de los fenómenos de la naturaleza. Posteriormente y luego de rechazar un ofrecimiento de trabajo que lo llevaría a realizar investigaciones en el [océano Pacífico], prefirió retornar a Berkeley para ejercer la medicina. Allí lo hizo con especial atención a sus pacientes, lo que le confirió el aprecio y el respeto de la población. Por entonces la viruela se había convertido en una tremenda plaga que azotaba fundamentalmente a Europa y América, y en forma cuantitativamente seria; y si bien era difícil descubrir un método que la pudiera combatir, fue que Edward Jenner estando de visita en una granja, puso aguda de una joven que aseveró: *Yo no voy a enfermarme nunca de viruela porque estoy vacunada* (esto era en razón a que la muchacha se dedicaba a ordeñar a las vacas). De este razonamiento Jenner hizo una profunda investigación llegando a comprobar que todos los que realizaban esta tarea se habían inmunizado contagiándose de "viruela boba". La *viruela boba* es una leve manifestación de viruela que se produce casi siempre en las ubres de las vacas. Jenner, notó entonces que los que habían sufrido previamente viruela vacuna - enfermedad de las vacas que causa sólo síntomas de poca importancia en el hombre- demostraban resistencia cuando se exponían a la enfermedad, por lo tanto extrajo pus de una pústula de la mano de Sarah Nelmes, una ordeñadora que había contraído la viruela de su vaca lechera, y el 14 de mayo de 1796 inculó a un joven llamado James Phips (el cual no había padecido la afección), y a raíz de tal experimento dicho joven quedó inmunizado. Fuente:

http://es.wikipedia.org/wiki/Edward_Jenner

⁶⁶ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/soca.pdf>

⁶⁷ TURNES, Antonio L.: LOS 100 AÑOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y URUGUAY, en: <http://www.smu.org.uy/cartelera/100ops/ops100histmed.pdf>

incuria profesional nos ha llevado a perpetuarla. ¿Por qué no nos proponemos firmemente, desde la OMS, una estrategia para erradicarla?

No podemos desconocer la inmensa labor desplegada por los fundadores de la AIH. Pero la tarea que queda por delante a nuestras generaciones y a las venideras, es inmensa. No debemos mirar para atrás, ni para tomar impulso. Fijarnos una meta y perseguirla hasta lograrla.

Esta afección es de distribución mundial, fundamentalmente de regiones agrícola-ganaderas. Tiene amplia difusión en América del Sur incluyendo la mayor parte del territorio de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay, buena parte de Perú⁶⁸, Ecuador, Colombia y México; algún sector de Canadá y Alaska; en la cuenca del Mar Mediterráneo, norte de África en especial Argelia, España, Portugal, Italia y Grecia; en Oriente Medio, Europa Central, Rusia, China, Japón, India, algunas regiones de Oceanía como Australia y Nueva Zelanda.⁶⁹

Uruguay tiene registrada su primera operación exitosa de QH de hígado en 1894, realizada por Juan Francisco Canessa.⁷⁰ En 1896 se publica un caso de QH de la mama.⁷¹ Las dos primeras operaciones de QH de cerebro en 1901, realizadas por Luis Mondino, en dos niños diagnosticados por Luis Morquio, con resultado fatal, publicadas ambas en la *Revista Médica del Uruguay* en 1901 y 1902.⁷² En 1901 aparece la primera tesis de doctorado de Ricardo Mackinnon, sobre Contribución al estudio de los QH en el Uruguay, en original manuscrito que se conserva en la Facultad de Medicina de Montevideo.⁷³ En la *Revista Médica del Uruguay* de 1903, se publicaba un caso de QH doble del hígado en un niño, de Luis Morquio, y un QH del pulmón, un caso de Alfonso Lamas.⁷⁴ En 1908 en la misma revista aparecía un artículo de P. Duprat sobre Quistes

⁶⁸ En alguno de estos países tienen influencia como animal vector los camélidos, los zorros y las cabras.

⁶⁹ www.veterinaria.org

⁷⁰ WILSON, Eduardo: La neurocirugía en el Uruguay antes de 1904. *Rev Med Uruguay* 1992; 8: 161-173.

⁷¹ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 101.

⁷² WILSON, Eduardo: La neurocirugía en el Uruguay antes de 1904. *Rev Med Uruguay* 1992; 8: 161-173.

⁷³ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 162.

⁷⁴ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp.

117.

hidáticos en el Uruguay.⁷⁵ En 1913, Domingo Prat publica: Quistes hidáticos en el Uruguay, Carlos Brito Foresti y José Bonaba: Quistes hidáticos del corazón; Enrique Pouey: Quistes hidáticos del abdomen e hígado; Luis Morquio y Prudencio de Pena: Quistes hidáticos observados en la Clínica de niños (Hospital Pereira Rossell); y Enrique Llovet: Quistes hidáticos. Sobre diagnóstico y tratamiento.⁷⁶ En 1916 en la misma publicación aparecen artículos sobre: QH del riñón, de Alejandro Nogueira; QH del cerebro, operación, curación, Lorenzo Mérola; QH del pulmón, Alfonso Lamas; QH de la pared uterina, Augusto Turenne; QH pelvianos, de Juan Pou y Orfila; El QH en Tacuarembó, Luis Castagneto; QH cerebral operado, fenómenos tardíos de compresión, por Prudencio de Pena.⁷⁷ En 1919 se publica una revisión sobre QH en el Uruguay (1913-1917), de Víctor Zerbino; otro artículo sobre QH pulmonar curado espontáneamente, del mismo autor; uno sobre QH del hígado roto espontáneamente (siembra peritoneal), Rodríguez Gómez.⁷⁸ En 1920 Lorenzo Mérola publicaba en *Anales de la Universidad*, un caso de QH de lóbulo frontal de cerebro (operación y curación).⁷⁹

Velarde Pérez-Fontana (1897-1975)⁸⁰ fue sin duda quien mayor impulso dio a la investigación, proyección internacional y actividades de educación a la población, en el siglo XX. Este anatomista, cirujano, profesor de patología quirúrgica, historiador de la Medicina y prolífico escritor, que dedicó 38 años de su vida a estudiar la obra de Andreas Vesalius (1514-1564)^{81, 82} considerado el fundador de la Anatomía

⁷⁵ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 121.

⁷⁶ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 124.

⁷⁷ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 127.

⁷⁸ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 132.

⁷⁹ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, Universidad de la República, Oficina del Libro de AEM, 1996, 254 páginas. pp. 94.

⁸⁰ RODRÍGUEZ PEREYRA, Ricardo: Velarde Pérez Fontana (1897-1975), en *Médicos Uruguayos Ejemplares*, Tomo II, 1990, pp-363-370.

http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_52_perezfontana.pdf

⁸¹ Andreas Vesalius (1514-1564) (nacido en Bruselas el 31 de diciembre de 1514 de una larga estirpe de médicos, falleció en Zante en 1564). Nació la noche de Año Nuevo de 1514 en Bruselas. Su familia, de origen alemán, contaba eminentes médicos entre sus antepasados. Después de algunos años de estudio en Lovaina, continuó Vesalio sus estudios de Medicina en la universidad de Montpellier, y después, durante los años 1533-1536, en París. Durante cierto tiempo, en el período de sus estudios, actuó como cirujano en el ejército del Emperador [Carlos V], ocupación que aceptó con la esperanza de poder disponer de cadáveres humanos, esperanza que se cumplió de modo satisfactorio después de la entrada del ejército imperial en Italia. Durante estos años, Vesalio debió de haber hecho gran cantidad de disecciones, a pesar de la actitud de la época. Y de tal modo adquirió tan gran prestigio como anatomista, que el Senado de Venecia, en 1537, nombró al extranjero de veintitrés años profesor de Anatomía en la famosa Academia

de Padua, ciudad en aquellos tiempos perteneciente a Venecia. Cambió entonces por completo la enseñanza en esta academia, y Vesalio mismo diseccionó los cadáveres y enseñó Anatomía. El número de estudiantes que acudieron a su cátedra parece haber llegado a varios centenares. Su fama se extendió, y durante los cinco años que Vesalio trabajó en Padua dio también conferencias en Pisa y Bolonia. Él fue un típico hijo del Renacimiento. En 1543, sus dos más importantes libros fueron publicados: *De Humani Corporis Fabrica*, *Libri Septum* y el *Epitome*. El último fue un libro de más de 700 páginas con numerosas ilustraciones, altamente sistematizado, compuesto y totalmente indexado. Andreas Vesalius fue el primer anatomista moderno que basó sus descripciones anatómicas sobre observaciones personales. De repente descubrió Vesalio que la anatomía de Galeno, en su mayor parte, había sido fundada en las observaciones hechas en sus disecciones de animales. Así se rompió la magia, y ya no confió más que en el testimonio de sus propios ojos.

Vivió sus últimos años como médico de cabecera de Felipe II, en Madrid. Se supone que el ambiente austero y monástico de que se vio rodeado le resultó triste. Estaba apartado de todo trabajo científico, y era imposible en la España de aquel período de apogeo de los autos de fe encontrar un solo cráneo humano. En 1564, rompe con sus relaciones en Madrid para partir hacia Tierra Santa. A su llegada a Jerusalén recibió un aviso de Venecia en que le rogaban que reanudara su antigua actividad en Padua, ya que Falopio había fallecido repentinamente a una edad relativamente temprana. Vesalio apresuró su regreso, pero naufragó durante el viaje cerca de la pequeña isla de Zante, donde murió el 15 de octubre de 1564, a consecuencia de una enfermedad que allí contrajo.

⁸² PÉREZ FONTANA, Velarde: *Andreas Vesalius Bruxellensis y su época*. Publicaciones de la Biblioteca de Salud Pública, con prólogo del Dr. Aparicio Méndez, Montevideo, Imprenta Nacional, 1963, 511 páginas. Pérez Fontana, anatomista destacado, cirujano audaz e historiador de la Medicina en Uruguay, ha dedicado esta obra al célebre Vesalio. Veamos lo que nos dice (pp. 283-284) bajo el título **“Andreas Vesalius Reformador de la Anatomía: 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. Explotó el ambiente italiano, amasó a todo el mundo, fue típicamente un hombre del Imperio de Carlos V, en el que todos los imperiales podían usar espada para defender su honra y sus derechos. Cuando Vesalio llegó a Italia, Berengario de Carpi era el primer anatomista de su época. En 1521 había publicado en Bolonia sus Comentarios sobre la Anatomía de Mondino. En ese libro había descrito los músculos siguiendo a Galeno y los presentó en Planchas. Cuando Vesalio llegó a Italia en 1537, la anatomía estaba allí en un período de declinación. Leonardo de Vinci que había sido un gran cultor de la Anatomía había muerto en su exilio de Ambroise en 1520. Los artistas como Miguel Ángel estaban en su apogeo y ya habían pasado por el período de curiosidad por la forma humana y estaban alejados de las Anatomías, en pleno taller. En esa época Miguel Ángel trabajaba en el Juicio Final y terminaba el Moisés iniciado antes para la tumba de Julio II. La Anatomía de Mondino, basada en la obra de Galeno, era el texto oficial en todas las Universidades de Italia. Berengario de Carpi, en 1521 había publicado *Commentaria cum amplissimis additionibus super Anatomia Mundini Bononiae 1521* y al año siguiente su *Isagogae brevis in anatomiam corporis humani aliquot cum figuris anatomicis. Bononiae 1522 y 1523*. Berengario hubo de abandonar Bolonia perseguido por la Inquisición por haber diseccionado seres humanos vivos, por sus opiniones sobre la generación o por ambas cosas “secando et vivorum et mortuorum corpora” que se justificaban en pederastas y criminales como sus mismos adversarios lo practicaban, como lo dice al comenzar sus comentarios. Se afirma que había diseccionado en vida a dos españoles sifilíticos y que este hecho llegó a conocimiento del juez y que huyó a Ferrara para ponerse a salvo. Dice el articulista de *Biographie Medicale* que eligió a dos españoles para diseccionarlos vivos por odio a su nación (se entiende nación como grupo de estudiantes españoles que desde 1364 tenían en Bolonia y tienen hasta hoy un colegio fundado por el cardenal Albornoz). Erasistrato y Herófilo fueron acusados del mismo crimen. André du Laurens dice que también Vesalio, entre los modernos, diseccionó vivos con permiso de los magistrados (toutes les oeuvres etc. Traduites en français. A Paris MDCXIII. Pág. 9). Se dice también que Vesalio salió de España rumbo a Jerusalem a expiar el pecado de haber autopsiado un cuerpo con vida. Mucho se ha comentado sobre estos relatos pero lo que se sabe con certeza es que en esa época los príncipes entregaban el cuerpo de los que iban a ser ajusticiados “per fare la anatomia”. Se conoce el relato fiel del enfermo que resistió a las dosis de opio que le administró Falopio para quitarle la vida y diseccionarlo y que por haber resistido tales dosis se le perdonó la vida. Eran épocas bravías aquellas**

Moderna, y también a la vida del ilustre español Miguel Servet (1511-1553),^{83, 84} condenado a la hoguera por Calvino, fundó en la ciudad de

del final de la Edad Media y la crueldad de los poderosos era muy común entonces. Había una incógnita que apasionó a todos los anatomistas de los primeros tiempos: el sitio del alma. Se buscaba el alma, como se buscaba la transmutación de los metales en oro. El alma dejaba el cuerpo muerto, el pueblo decía: mientras el cuerpo esté caliente el alma no se desprende del cuerpo. Las comprobaciones de Berengario fueron muy originales y fueron las primeras innovaciones conocidas en Italia y aún fuera de Italia a la anatomía de Mondino a través de la cual se enseñaba a Galeno. El estilo de Berengario fue muy oscuro, lleno de barbarismos y vicios de construcción pero su obra fue el primer rayo de luz en el renacimiento de la anatomía. Fue, como dice Falopio, el restaurador de la Anatomía en Italia. Dice Benvenuto Cellini que Berengario estuvo 6 meses en Roma y que le trató una sífilis con mercurio. “Llegó a Roma un grandísimo cirujano que se llamaba maestro de Carpi... tenía este hombre mucha inteligencia en el dibujo”. Pasando un día por casualidad delante de mi tienda, vio al azar ciertos diseños míos entre los cuales se contaban muchos fantásticos vasillos dibujados y como hasta aquella edad no se habían visto, quiso el maestro Jacobo (del Carpi), que se los hiciese de plata. Era muy ilustrado y maravillosamente hablaba de Medicina. Dice que Berengario se fue a Ferrara... y años más tarde refiriéndose a los vasitos dice: Es este un vasito de plata de tanto peso, que hice en tal época para aquel charlatán maestro cirujano Jacobo de Carpi, que estuvo en Roma seis meses y con un unguento suyo estropeó a muchas decenas de señores y pobres hidalgos cobrándoles millares de ducados etc.... Y aún están en Roma aquellos desventurados a quienes embadurnó, estropeados y maltrechos. (Sífilis terciaria). Resulta claro que Berengario fue hombre sin escrúpulos que a pesar de su ingenio y de su fama abandonó sus ideales de juventud y se dedicó a la profesión. No sin razón Falopio asegura que guardó durante mucho tiempo el secreto de su método que le rindió más de 50.000 ducados de oro. A su muerte dejó una cuantiosa fortuna. El hombre que describió el apéndice cecal y que lo denominó *Additamentum coli* trocó su gloria de anatomista por un vaso de plata repleto de oro que a su muerte legó a su protector el duque de Ferrara”.

⁸³ Miguel Servet (1511-1553), un español aragonés de espíritu inquieto, publicó en el año 1553 un tratado con el título *Restitutio Christianismi*, pues creía haber llegado a la conclusión de que en la doctrina de la Trinidad existía un error, con cuya eliminación, según él creía, se podría restablecer el Cristianismo en toda la belleza de su originalidad. Para profundizar más en la ciencia, había estudiado Servet, aparte de la Teología, la Anatomía. De la Sagrada Escritura había deducido que la sangre representa el alma de la carne, “*anima ipsa est sanguis*”. El camino más seguro para llegar a un mejor conocimiento del alma debía lograrse, por consiguiente, mediante un mejor conocimiento de la sangre y sus funciones en el organismo. Durante sus investigaciones descubrió Servet lo que ahora llamamos la circulación menor y expuso los resultados básicos de la siguiente manera: “La fuerza vital proviene de la mezcla en los pulmones del aire aspirado y la sangre fluida, que va del ventrículo derecho al izquierdo. Sin embargo, esta transición no se efectúa a través de la pared separadora del corazón, como generalmente se cree, sino que la sangre fluida es conducida por una extraña construcción del ventrículo derecho en un largo conducto a través de los pulmones. Allí se transforma y su color se vuelve más claro, pasando después de la “vena parecida a una arteria” (arteria pulmonar) a la “arteria parecida a una vena” (aurícula derecha + venas pulmonares). Son por lo tanto tres novedades las que Servet expone: 1) la pared separadora entre los ventrículos es impenetrable; 2) la sangre corre del ventrículo derecho, a través de los pulmones, al izquierdo; 3) es en los pulmones donde la sangre se une con el aire y toma su color rojo. Se ha discutido mucho cómo pudo adquirir Servet su idea, suponiéndose que el descubridor de la circulación menor llegó al mencionado resultado mediante su inteligencia y estudios de literatura. Sin embargo, parece increíble que el aserto de que el cambio de color de la sangre tiene lugar en los pulmones en lugar de en el corazón pueda ser únicamente resultado de una especulación literaria, sin haber realizado observaciones y experimentos en animales. La suerte de Miguel Servet fue trágica. Su proyecto de mejorar el Cristianismo contenía una profunda herejía, y en el mismo año en que se publicó su libro cayó en manos de Calvino cuando en un viaje pasaba por Ginebra, donde se le juzgó y condenó a muerte después de un largo proceso. Junto con un ejemplar de su obra herética lo ataron a la hoguera, poniéndole en la cabeza una corona de juncos impregnada de azufre. La leña amontonada – se dijo – era verde, lo que prolongó la agonía. Las últimas palabras que los circustantes pudieron percibir a través del humo fueron: “*¡Jesús! Fils du Dieu éternel, aie pitié de moi!*” Pasó mucho tiempo antes de que a Miguel Servet se le otorgara su merecido puesto en la historia de la Medicina. La razón principal de este retraso fue la intolerancia religiosa. Se destruyeron todos los ejemplares de su libro que pudieron encontrarse, quedando sólo tres

Colonia, el 21 de setiembre de 1941, la Asociación Internacional de Hidatidología, de la que con los años sería su Presidente Vitalicio. Esta institución, fundada en su departamento natal (había nacido en Nueva Palmira, departamento de Colonia, el 9 de mayo de 1897), sería reconocida por las Naciones Unidas, mantendría relación permanente con la Organización Mundial de la Salud y conservaría una Secretaría General del Consejo Permanente en la República Argentina. En 1934 es designado Director del Centro de Estudios y Profilaxis de la Hidatidosis, y ese mismo año funda los *"Archivos Internacionales de la Hidatidosis"*. Publicaría numerosos trabajos sobre esta patología, además de muchos otros sobre diversos temas quirúrgicos e históricos, que le dieron justa fama. De su labor educativa, destacamos el libro *"Cachito y Rigoleta"*, realizado en colaboración con el periodista Antonio Soto "Boy", que narraba la historia de un niño y su perro, procurando despertar en la niñez uruguaya pautas educativas y de prevención en la relación entre el hombre y sus animales domésticos, particularmente a través de las lamidas del perro a su amo o niño que lo tiene como mascota y que lo interpreta y recibe como gesto de cariño, pero es principal trasmisor de los huevos de la tenia *Echinococcus granulosus*, que al infestar al humano desarrolla el QH, con lo que se produce el "suicidio" del parásito, porque se interrumpe su ciclo vital natural, pero puede matar al huésped, si no es detectado y operado a tiempo. Ese libro se diseminó desde 1940 en todas las escuelas públicas primarias del País, habiendo caído posteriormente en el olvido, tanto de los maestros, como de las autoridades de la salud y de la educación, a pesar de que muchos de sus protagonistas actuales fueron destacados infectólogos y parasitólogos.

En 1938 Víctor Armand Ugón (1900-1972) ⁸⁵ publica su libro *El Tórax Quirúrgico*, que sería el primero en lengua española de su género, dedicándole un capítulo entero, de 60 páginas, al abordaje del tema

ejemplares de la primera edición, conservados como grandes rarezas bibliográficas en París, Viena y Edimburgo. Quien hubiese tenido ocasión de poder leer las descripciones de Servet sobre la circulación de la sangre desde el ventrículo derecho hacia el izquierdo hizo bien en guardarlo como un secreto, o por lo menos en no revelar a nadie su origen. Como un ejemplo del rencor y de la intolerancia religiosa, sirva el hecho de que todavía en 1723, y en la capital de la libre Inglaterra, se confiscó y se quemó una reedición de una obra de Servet. La primera descripción de la circulación menor significa el comienzo de la comprensión de la circulación de la sangre, y por ella empezó a desarrollarse la Fisiología moderna, que, más que ninguna otra rama científica, ha influido en el curso posterior que ha tomado la Medicina, y con ello la correspondiente y revolucionaria mejoría de las condiciones de vida humana. Es una lástima que el recuerdo de este gran acontecimiento en la Historia de la cultura esté amargado por el olor de leña quemada.

⁸⁴ FAHRAEUS, Robin: Historia de la Medicina. Editorial Gustavo Gili S.A., Barcelona, 1955, 724 páginas. pp. 399-402.

⁸⁵ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/ugon.pdf> ;
<http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/armand-ugon.pdf>

del QH de pulmón.⁸⁶ En el curso de las décadas siguientes, Armand Ugón sería el autor de la técnica denominada del “parto de la hidátide” para extraer entero el QH, con la ayuda del anestesiólogo, sin necesidad de abrir la membrana hialina, eliminar por solución salina hiperconcentrada los escólices vivos allí encerrados, y todas las complicaciones de eventual siembra pleural que podría acarrear la riesgosa maniobra anterior. En el desarrollo de dicha técnica, contribuyó de manera especial la anesthesióloga María Julia Salsamendi.

En la década de 1940 Luis Surraco (1882-1970)⁸⁷ publicó un libro sobre Equinococosis Renal, que tuvo amplia difusión. Surraco, como lo diría Velarde Pérez-Fontana en ocasión de sus exequias: *“Ocupó la cátedra de muchas Universidades y Sociedades Científicas del mundo, pero sus más frecuentadas fueron la Sociedad de Urología de París a cuyos congresos concurrió asiduamente durante muchos años y a la Asociación Internacional de Hidatidología. Fue uno de los más devotos y capacitados colaboradores de la Asociación; concurrió a todos los Congresos Internacionales, donde tuvo preponderante actuación: fue en Azul, en 1948, estuvo presente en las Jornadas de Pelotas, en Córdoba, Madrid, en 1954, en Roma en 1960. En Grecia y Santiago de Chile”*.⁸⁸

En 1950, bajo la organización y dirección de Héctor Ardao (1907-1980), cirujano y patólogo, se realiza el Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, que continuaría ininterrumpidamente hasta la actualidad, con sus reuniones anuales que vertebraron la actividad quirúrgica nacional en todas sus disciplinas. En su cuarta edición, de 1953, se dedicó uno de los Relatos Oficiales a “Equinococosis Hepática – Tratamiento”, encomendándosele a Barsabás Ríos, jefe de cirugía del Hospital de Tacuarembó. El correlato sobre “Q. H. del hígado abierto en vías biliares”, correspondió a su vecino jefe de cirugía del Hospital de Durazno, Eduardo M. Calleri.⁸⁹ En cada uno de sus trabajos, los relatores exponen una bibliografía muy completa, que en el caso de Barsabás Ríos comprende 150 fichas nacionales, y en el caso de Eduardo M. Calleri 56 fichas nacionales e internacionales.⁹⁰

En 1957 se publicó un libro uruguayo, que tuvo amplia repercusión internacional sobre *Equinococosis Cardíaca*.⁹¹ Sus autores,

⁸⁶ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/tq/> ARMAND UGÓN, Víctor: El Tórax Quirúrgico. Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1938, 420 páginas.

⁸⁷ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/surraco.pdf>

⁸⁸ SURRACO, Luis A. (1882-1970). Dr. Jorge Lockhart: En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, 1988, pp. 116-119.

⁸⁹ CUARTO CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA, 1953, 952 páginas. Imprenta García Morales – Mercant, Montevideo; pp.: 149- 200 y 201-221.

⁹⁰ Con la peculiaridad que Barsabás Ríos menciona trabajos de Calleri, y éste no menciona los de Ríos.

⁹¹ *Circulación*: Vol. XIX, abril 1959; pp. 628.

destacados cardiólogos de la escuela que había iniciado Raúl Piaggio Blanco y que continuaría Jorge Dighiero Urioste, habían estudiado numerosos casos, algunos de los cuales fueron pasibles de sanción quirúrgica en los años siguientes.⁹² La revista *Circulation, Journal of the American Heart Association*, publicó en 1959 una mención de este libro.⁹³ En esa década y las siguientes fueron frecuentes las intervenciones quirúrgicas para extirpar QH cardíacos, principalmente por los cardiocirujanos Roberto Rubio, Juan Carlos Abó Costa, Aníbal Sanjinés y sus colaboradores.

En el Instituto de Neurología se hicieron numerosas publicaciones sobre QH del SNC operados con éxito por Román Arana, Jorge San Julián y colaboradores.⁹⁴

En el Hospital Británico de Montevideo, Rafael García Capurro y colaboradores, llevaron a cabo en 1951, un reemplazo de fémur, sustituido por uno cadavérico, en un caso de equinococosis ósea con destrucción total del hueso. Dicho paciente ha sobrevivido con éxito durante más de 40 años. *“Publicado en 1952, no tuvo la repercusión mundial que merecía. El ferroviario I. M. de 41 años, presentaba una hidatidosis de la cabeza del fémur izquierdo. Para evitar amputarle el miembro, como era la solución clásica, consultó con el traumatólogo Dr. Pedro V. Pedemonte [1903-1958]⁹⁵, que había conseguido ya sustituir pequeños huesos, (falanges y metacarpianos) quien estuvo de acuerdo en reponer el fémur (el mayor hueso del esqueleto). El mismo Pedemonte consiguió un fémur izquierdo de una mujer, muerta por accidente dos horas antes, y lo llevó al Hospital Británico, con todas las precauciones de asepsia. Los grupos sanguíneos no eran compatibles. En esos tiempos no estaban afinadas las ideas de histocompatibilidad y rechazo. El nuevo fémur medía 3 cm menos que el del paciente. Decidieron intentar, y el Dr. García Capurro, con el Dr. Pedemonte y el Dr. Michellini... ¡¡lo consiguieron!! Permaneció en cama un mes. A los sesenta días se saca el yeso. La rodilla un poco balante le obligó a usar bastón. Los movimientos articulares disminuyeron algo pero no se trató de mejorarlos, prefiriendo la anquilosis. La prestigiosa revista inglesa *Bones and Joints*, dirigida por Watson Jones, del London Hospital, recoge el extraordinario acontecimiento. En 1960 fue llevado al Congreso de Traumatología de*

⁹² CANABAL, Eduardo Joaquín, DIGHIRO, Jorge, AGUIRRE, César V., BALDOMIR, José M., PURCALLAS, Joaquín, SUZACQ, Carlos V., HORJALES, José O., HAZÁN, Jacobo y ALGORTA, Pablo S. Montevideo, Imprenta Nacional, 1957, 245 pp.

⁹³ *Circulation Journal of the American Heart Association*: 1959; 19; 627-628 (Books Received). Véase: www.circ.ahajournals.org

⁹⁴ En la colección de *Acta Neurológica Latinoamericana* pueden encontrarse numerosos trabajos vinculados al tema, durante la larga y rica actuación de Román Arana Iñiguez al frente de dicho Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”.

⁹⁵ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y TURNES, Antonio L.: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, pp.: 417-425: PEDEMONTE, Pedro V. (1905-1958), por Roberto Masliah: Médicos Uruguayos Ejemplares.

Estocolmo. En 1972 una nueva publicación del Dr. García Capurro informa, veintiún años después, que el paciente sufrió un traumatismo y dos fracturas del fémur injertado, pero seguía trabajando y haciendo una vida normal.”^{96, 97}

El QH de hígado y de localización abdominal en general, fue abordado por un número cada vez mayor de cirujanos en todo el país. Sin embargo, el QH de tórax, fundamentalmente de pulmón, quedó en el dominio de los profesores capitalinos. No obstante, Nelson Ferreira Buadas (1920-1986) actuando en 1980 delegado ante el XXII Congreso del Colegio Intenacional de Cirugía realizado en México, fue relator destacado en el tema “Quiste Hidático de pulmón” presentando disertaciones y filmaciones recibidas con gran reconocimiento científico por los asistentes y miembros del Presidium de dicho Congreso.⁹⁸

En 1962 se publica un libro fundamental en la cirugía abdominal del QH, *Equinococosis hidática del abdomen*, citado en la bibliografía mundial posterior, aunque con las limitaciones de un libro en lengua española, que tiene dificultades para trascender a otros públicos científicos.^{99, 100}

Pablo Purriel (1905-1975)¹⁰¹ nacido en Pamplona, España, criado por un tío en un puesto de estancia en el Departamento de Soriano (Uruguay) y que sería uno de los más brillantes Maestros de Clínica y Semiología Médica de la Facultad de Medicina de Montevideo, con el andar de los años fundador de la revista *El Tórax*, Director del Instituto de Enfermedades del Tórax, del Ministerio de Salud Pública en la Colonia Sanatorial “Gustavo Saint Bois”, de Montevideo, y Ministro de Salud Pública (1972-1973). El 9 de diciembre de 1965 se promulga la Ley 13.459: *“Hidatidosis: Se declara Plaga Nacional la humana y animal y se crea una Comisión Honoraria de lucha, determinándose su integración y cometidos”*.¹⁰²

⁹⁶ MAÑÉ GARZÓN, Fernando y TURNES, Antonio L.: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, 2006, 600 páginas, Edición realizada por Sindicato Médico del Uruguay, Roemmers S.A. y Facultad de Medicina de Montevideo. Imprenta Tradinco, Montevideo, Uruguay; pp.: 427.

⁹⁷ Cuarenta años después, el paciente continuaba viviendo en forma saludable. (Comunicación personal del Dr. Robert Masliah).

⁹⁸ <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/ferreira.pdf> FERREIRA BUADAS, Ivo (1920-1986), biografía por Carlos Arezzo Posada.

⁹⁹ LARGHERO, P., VENTURINO, W., BROLI, G.: Equinococosis hidática del abdomen; Montevideo, Uruguay, Editorial Delta, 1962.

¹⁰⁰ PRADERI, Raúl Carlos: El Cirujano y la Relación Anátomo-Clínica: En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/praderi-cir.html>

¹⁰¹ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/purriel.pdf>

¹⁰² Dicha ley fue promulgada con las firmas del Presidente del Consejo Nacional de Gobierno, Dr. Washington Beltrán, el Ministro de Salud Pública, A. Francisco Rodríguez Camusso, el Ministro de Ganadería y Agricultura, Wilson Ferreira Aldunate, el Ministro del Interior, Adolfo Tejera y el

En 1990 se publicó un *Estudio epidemiológico de hidatidosis*, con la detección precoz por ultrasonido en áreas de alto riesgo, que abarcó a 6.027 personas en siete poblaciones del interior del Uruguay, hallándose una prevalencia de 13.9 por mil, destacándose que en 3.593 microrradiografías realizadas concomitantemente no se encontraron quistes pulmonares. Este estudio epidemiológico específico fue el más importante realizado en Uruguay hasta la fecha, y marca un rumbo para catastro de poblaciones de mayor envergadura, que sin duda deberán continuarse.¹⁰³

EL FUTURO

La campaña sistemática de prevención realizada por la Comisión Honoraria de Zoonosis, además de la desparasitación de los cánidos, ha realizado también la castración de animales en todo el país, intensificando con ello su presencia no sólo en los barrios de la capital, sino en el interior, departamento por departamento. Sus estudios epidemiológicos han continuado, y posiblemente en breve plazo tengamos información amplia para difundir al cuerpo médico.

La educación de la población, a través de los caminos ya transitados y de otros que los modernos medios de comunicación hoy permiten, será sin duda una herramienta fundamental para erradicar la enfermedad endémica.

La incorporación de los estudiantes de Medicina y de los de Veterinaria, así como los estudiantes de Magisterio a las campañas de prevención, educación y promoción de salud, sería a este respecto de gran utilidad.

El uso sistemático y permanente de los medios masivos de comunicación, como en su tiempo fue realizado para mantener informada a la población para la prevención de otra enfermedad social de gran relevancia, como la Tuberculosis, llevada a cabo por la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis, a través de la

Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social Prof. Juan E. Pivel Devoto [que era paciente privado del Prof. Purriel, a quien visitaba en su oficina del Hospital de Clínicas, aún siendo Ministro]. Pablo Purriel fue el primer Presidente de dicha Comisión Honoraria, y fue sucedido por otros destacados colegas. En 2005 la nueva Administración cambió su denominación por Comisión de Zoonosis, incorporándole otras tareas, siendo su actual Presidente el Dr. Ciro Ferreira Márquez, Director del Hospital Regional de Tacuarembó.

¹⁰³ PERDOMO, Roberto; PARADA (h), Ricardo; ÁLVAREZ, Carmelo, CATTIVELLI, Daniel, GENINAZZI, Héctor, BARRAGUÉ, Ana Delia, FERREIRA, Ciro, RIVERO FÍGOLI, Elbio, MONTI, José y PARADA, José: Estudio Epidemiológico de Hidatidosis: Detección precoz por ultrasonido en áreas de alto riesgo. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 34-47.

Cadena Nacional de Radiodifusión (cadena ANDEBU) que llegaba hasta los más recónditos lugares de la campaña, permitió a lo largo de 17 años, incidir positivamente para la reducción de la prevalencia de esta enfermedad, con sólo cinco minutos diarios.¹⁰⁴

Con inteligencia, coraje y decisión, además de los recursos económicos, humanos y materiales adecuados, se podrán alcanzar esas metas. Sólo así podremos proclamar que hemos cumplido la tarea, que desde hace más de un siglo se ha venido perfilando, para alcanzar finalmente la meta de “Salud, fuerza y unión”.

¹⁰⁴ MARTOY, José: Comunicación personal.

FÉLIX DÉVÉ (1872-1951)



FÉLIX DÉVÉ

P. GRISEL¹⁰⁵

Es todo el mundo médico que se ha puesto de duelo, el 1º de septiembre de 1951, por la muerte súbita, en París, del Profesor Félix Dévé, de Rouen. Nosotros debemos el gran honor que se nos ha hecho de señalar aquí el fin de este médico sabio, a nuestras relaciones amistosas y siempre ordenadas, nacidas de dos años de internado en común, y como la naturaleza y el valor de sus trabajos sobre la equinococosis son universalmente conocidos, se podrá comprender y aceptar que seamos invitados a dar aquí, sobre todo, los caracteres particulares de una vida excepcional.

Él nació en Beauvais, el 10 de noviembre de 1872. Su padre que ejercía allí la medicina le transmitió, en particular a sus dos hijos, ese don de apasionarse por un tema elegido; en recuerdo de su pasaje por la Marina, ha reseñado en dos gruesos volúmenes todo lo que se sabía entonces del escorbuto; su hijo alcanzó a reencontrar la equinococosis, el primero, y el segundo, Charles, ha tomado la

¹⁰⁵ Publicado en *Presse Medicale*, 8 de diciembre 1951, 59. No. 78, págs.. 1647-1648. En: *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII, Octubre de 1951, Fasc. I-II. Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, pp.: 589-594.

defensa del secreto médico que él veía amenazado por las secuencias administrativas de asistir un parto.

Una vez terminadas sus clases, en el liceo de Beauvais, F. Dévé vino a París a estudiar medicina. Él siguió junto a los servicios de Hanot y de Tapret, dos maestros que él honrará toda su vida y los que le merecerán amistad. Después de haber sido externo de Budin y de Merklen, es, en 1897, nombrado interno. Sus cuatro años transcurrieron en los servicios de Félizet, en el Hospital Tenon; en lo de Tapret, en el Saint-Antoine, en lo de Variot en el viejo Trousseau y en el de Talamon, en el hospital Bichat.

Un día de diciembre de 1898, en el Saint-Antoine, en lo de su maestro Tapret, va a fijar su destino. En el curso de una autopsia, la visión de una cavidad abdominal “toda constelada de quistes hidáticos brillantes”, y de un hígado conteniendo tres gruesos quistes donde uno “saliendo por la cara inferior, está repleto de bilis y de vesículas hijas apelotonadas”, él se impone la certidumbre de una diseminación hidatídica a punto de partida del quiste y realizada sobre toda la superficie peritoneal.

Otros, en presencia del mismo espectáculo, han tenido la misma idea, pero esta vez el espectador está como predestinado. Es desde ahora un anatómo-patólogo de vocación, que conoce a fondo la práctica de las autopsias, multiplicadas desde el externado, y registra los documentos que van a permitirle pronto dar un estudio completo del lóbulo ácigos pulmonar. Es un maestro del dibujo que toma un croquis de las piezas operatorias o necrópsicas, y que sabrá ilustrar sus memorias de figuras admiradas por todos; esto le hará un experimentador impecable.

Ha comprendido la grandeza del objeto de estudio que se le ofrece a él; ignora, él ha dicho afortunadamente, que la demostración que venía de hacer de la transformación de los elementos parasitarios contenidos en los quistes, en quistes nuevos, es todavía visto como una herejía zoológica, y toma la resolución, para él inquebrantable, de hacer la demostración experimental que se impone. Es en mayo de 1900, en el hospital Bichat, en el laboratorio de su maestro Talamon, que él hace, en el conejo, con la arenilla hidática, una primera inoculación de pequeñas vesículas hijas y de escólex. El 3 de septiembre demuestra los resultados que prueban “que los quistes secundarios, que provenían de la siembra [o el implante] de vesículas hijas o de escólices, pueden volverse fértiles”.

La aprobación del profesor de parasitología Blanchard es necesaria y será requerida por la intervención amistosa de Brumpt; ella no será acordada más que luego de una nueva serie de investigaciones, pero será completa y seguida de un apoyo que le permitirá las comunicaciones a la Société de Biologie, tituladas *Los ganchos equinocócicos*, el 2 de febrero, y *La transformación de los escólex en quistes equinocócicos*, el 16 de marzo de 1901.

En efecto, él vio en toda su extensión la vía que acababa de abrir: con entusiasmo escribe sobre la caja de sus preparaciones capitales un *Eureka*, que considerará más tarde como pretenciosa, y, desde los primeros días de agosto de 1901, podrá distribuir los ejemplares de su tesis sobre "*La equinococosis secundaria*", aprobada bajo la presidencia de Blanchard y cuyas conclusiones serán el programa de trabajos científicos a los cuales él consagrará su vida de manera religiosa.

Rechazando las fuertes chances de una bella carrera en París, se irá a instalar en Rouen; allí hay relaciones de familia, y sabrá hallar en esa ciudad la posibilidad de concursos próximos que le abrirán un poco más las puertas de los hospitales y de la Escuela. Economizará así el tiempo necesario para la prosecución de investigaciones que le apasionan y le asegurarán, por sí mismas, una victoria excepcional.

Se establece en seguida en Rouen y obtiene desde 1902, por concurso, el título de médico adjunto de los hospitales, y luego, en 1903, el de profesor suplente. El tiempo necesario para el cumplimiento de sus funciones y de sus trabajos, se lo asegura decidiendo no tener clientela particular y no poseer ni teléfono, ni automóvil, y sin duda, a pesar de su carácter muy amable y afectuoso, con el mismo objeto, él no contraerá matrimonio jamás.

Para su distracción irá a veces al concierto, pero sobre todo ama hacer, de tiempo en tiempo, hacia el final de cada jornada, una excursión caminando. El abrigo doblado sobre el antebrazo, las manchas de su camisa un poco relevantes, el sombrero y de buen grado el paraguas a la mano, él va, admirando el paisaje, buscando, según la estación, el tiempo y el lugar, ciertas flores o ciertos hongos comestibles. Sus pasos le conducen siempre al bosque de Belbeuf, o aún a los peñascos de Saint-Adrien, donde él disfrutará siguiendo el curso del Sena. A veces tiene la suerte de reencontrar un compañero, de su antiguo maestro Budin, en Amfreville-la-Mi-Voie, de un antiguo alumno feliz de transportar en su automóvil a su maestro, justo hasta su casa, cerca de la catedral. Todos los meses, alrededor del miércoles, día de las sesiones de la Société de Chirurgie, está en París para examinar un voluminoso abdomen en el servicio de uno de sus antiguos maestros o colegas y, para su documentación, ir a la Biblioteca.

Durante la guerra de 1914, pasa a ser médico jefe de una ambulancia para contagiosos del III Cuerpo de Ejército, instalado en la Trappe d'Igny, cerca de Reims. Allí todavía, tiene la maestría que conviene y se transforma en médico consultante del Ejército. Él amó recordar los efectos de una colaboración que modificará el régimen alimentario de los padres pero no interrumpirá la consecución de sus trabajos sobre la equinococosis. Es en la Trappe d'Igny, "a las Armas", como él lo describe, que han sido rediseñados y dibujados, con otras veinte, sus dos buenas memorias sobre *La Equinococosis ósea experimental* y la que trata de *La Histogénesis del quiste hidático*.

En 1924, es nombrado profesor de Clínica médica. Sus clases inaugural, el 6 de diciembre, y de clausura, dictada el 21 de diciembre de 1940, nos hacen conocer su ideal del profesor y la manera por la cual él se esforzó de estar pendiente durante sus dieciséis años de ejercicio.

Pero su exceso de trabajo, sobre todo de redacción nocturna, comprometieron su salud, al inicio robusta, y había gastado horas de estar a continuación de sus consultas hasta la declaración de guerra en 1939; luego la ocupación alemana de Rouen, vinieron a reclamarle al servicio hospitalario. Estando en esta situación, con una clientela de consulta casi suprimida por el estado de guerra, y una resistencia física muy disminuida, que vinieron por él, en 1944, el día del bombardeo de la ciudad, la que sería su prueba mayor. Aunque él podría creerse preservado, por el hecho que su casa habitación estaba junto a la catedral, una bomba destruyó su apartamento en los pisos superiores de su casa. Aunque él pudo salvarse al débil abrigo donde se había felizmente refugiado, el se encontró, según su expresión, "completamente desnudo". Enmudecido por su infortunio, sus discípulos se agruparon, lo encontraron y se arriesgaron a ofrecerle un apartamento con sus muebles y objetos de vajilla, muy difíciles de reunir en una villa duramente castigada por la ocupación y los combates.

Profundamente conmovido, él aceptó la donación generosa de sus discípulos y en el escritorio de su nuevo alojamiento escribió sus tres libros sobre la equinococosis que son no el resumen, sino una revisión crítica y el compendio de sus publicaciones anteriores. Su impresión no se hará sin ayuda.

Los discípulos, por sus contribuciones y sus ventas, aseguraron la de *La Equinococosis Secundaria*. El cuerpo médico del Uruguay, con la colaboración del Ministerio de Instrucción Pública y de la Facultad de Medicina de Montevideo, editará *La Equinococosis ósea* y *La Equinococosis primitiva* será impresa en Rouen.

Estaría forzado a resumir, aquí, el fruto de sus cincuenta años de trabajo y no tenía, para él, más que fragmentos de publicaciones aisladas que estaban mecanografiadas. Entonces, con su generosidad y su método costumbrista, tuvo *in mente* la equinococosis primitiva, escrita por él mismo la lista de sus 324 comunicaciones, memorias, artículos de tratados sobre la equinococosis. Más todavía, desde 1932, en la serie de 15 conferencias que él hizo en Buenos Aires y fueron publicadas por la Asociación Médica Argentina bajo el título: *32 años de estudio de la Equinococosis*, escogió lo que consideró como lo mejor y que son: La equinococosis secundaria broncogénica del pulmón. Rotura espontánea de un quiste de hígado. Hidátido-peritoneo. La apertura de quistes hidáticos de hígado en las vías biliares. La equinococosis primitiva heterotópica. Supuración gaseosa espontánea de los quistes hidáticos del hígado. El coleperitoneo hidático. La equinococosis metastásica del pulmón. El formolado anti-

tóxico de los quistes hidáticos, y para terminar: El estudio experimental de la Equinococosis, sus lagunas actuales.

Pero el estudio de la equinococosis no había sido, para él, "un núcleo delirante [o un capricho]", como lo ha descrito, satisfecho en perjuicio del número de horas "robadas" por la preparación seria de su enseñanza. El no había hecho más que atender el consejo recibido de su maestro Budin para no dar una clase que no haya sido largamente preparada. Puso en primer plano su papel de profesor y lo que él esperaba, las más íntimas satisfacciones. En el *Libro de Oro* del Congreso de Argelia, uno de sus discípulos, J. Petit, profesor de Clínica médica en Rouen, nos describió con aquella autoridad, aquella continuidad, y le reemplazó. Dévé ha dicho, en el curso de la ceremonia del Libro de Oro en Rouen, su vivo deseo de no ver perdido el valor de su enseñanza y, en su último libro, dio la larga lista de sus trabajos clínicos, la mayor parte comunicados a la Société de Médecine de Rouen y publicadas en la *Normandie Médicale*. Él mismo ha indicado sus preferencias, en razón de su interés regional por la espiroquetosis hemorrágica, las brucelosis y el alcoholismo. Nos ajustaremos a lo que a él le preocupaba y que sus publicaciones sobre la enfermedad hidática son una admirable alianza de laboratorio y de clínica y vivificadas por la creación continua y siempre feliz de términos nuevos, pasados al lenguaje médico universal.

La marca excepcional de la vida de Dévé es la de ser a los 28 años, todavía interno, un sabio conocido en el mundo entero, lo que le condujo, desde 1903, poco tiempo después de su establecimiento en Rouen, a hacer un viaje científico por Alemania, a los que seguirían muchos otros. Conocerá así pronto la Europa entera, el Cercano Oriente, África del norte y América del Sur. Ha tomado parte, más que nada siempre como Relator, en numerosos Congresos de los que citaremos los de Casablanca, Split, Oran, El Cairo. Ha sido invitado como conferencista por la Asociación Médica Argentina, con la que se encontró en Buenos Aires luego de visitar Panamá, Perú y Bolivia, para regresar por Uruguay y Brasil, en 1932.

¡Cuánto tiempo haría falta todavía para poner al día una bibliografía completa y la correspondencia mantenida con todo autor de un trabajo interesante! Ese es el punto de partida de relaciones que retomarán el encuentro en el próximo Congreso, seguido luego de una visita a Rouen, donde el peregrino recordará un toque de la amabilidad y de la simplicidad de su huésped, maravillado de las bellezas de la ciudad y de sus alrededores y convencido de la excelencia de sus carnes especiales.

Miembro de nuestra Academia de Medicina desde 1927, miembro correspondiente de las Academias de Roma, de Lima, de Buenos Aires, profesor *ad honorem* de la Facultad de Medicina de Montevideo, entre tantas pruebas de la grandeza de su renombre universal y de su papel de embajador de la Ciencia francesa.

Su prestigio, pero aún más, su fatiga se superan para atender su mayor marca en el año 1951 que viene a ser, a la vez, el de los

mayores honores y el de su fin. Relator de tantos Congresos, mereció tener la presidencia de uno de ellos y éste fue el 1er. Congreso Internacional de Hidatidología, que le fue ofrecido. Pero él sabía que no estaba más en estado de soportar las fatigas de un cargo así y de un viaje, y muy a pesar suyo, no pudo aceptar. Es el que tuvo lugar en Argelia en mayo último, que estuvo bajo la presidencia del Profesor Costantini, que vino a ser así su sucesor, en su gran y útil Congreso. Su programa comprendía la remisión de un *Libro de Oro* al Maestro de la Hidatidología y los representantes de Uruguay vinieron a Rouen a entregarle en el curso de una ceremonia en la Municipalidad de la Ciudad, presidida por el Alcalde, Monsieur Jacques Chastellain, donde se unieron al homenaje del mundo médico, el orgullo de la ciudad de Rouen y el afecto del Cuerpo médico rouenés, maestros y discípulos.¹⁰⁶

Pero en las enfermedades que él sentía era donde él medía la amenaza que lo llevaría a enfrentar bruscamente su gravedad. El 1º de septiembre, viniendo de Rouen, él llegaba a París, a lo de su amigo para un reposo en familia de algunas semanas, donde sucumbió bruscamente.

Respetuosos de su modestia sincera, de su sentido de los valores y de la mesura, del temor de los elogios y mismo de los discursos que él había rechazado para su última lección del Profesorado y por sus obsequios, nosotros tenemos que guardarnos de todos los excesos el título honorífico que le habíamos dado ya en su despedida de un último adiós. Es de países lejanos de nuestro Universo, que nosotros aprendemos a definir puesto que él es visto en todas las naciones que combatió, como uno de los "Maestros de la Medicina Universal".

El reconocimiento nos compromete a dar aquí una prueba de esos sentimientos de admiración para el gran profesor de Rouen, aprobados no sólo por una persona, sino expresados por un país entero. El Embajador de Uruguay, el doctor Abelardo Sáenz, ha acompañado al Profesor Velarde Pérez Fontana, y al Doctor Adolfo Baldomir de Montevideo, representantes del Uruguay, para la entrega del Libro de Oro del Congreso de Argel en el curso de una ceremonia en Rouen, y él asistió a la iglesia de Passy a la ceremonia religiosa de los Obsequios, ante la partida para el cementerio de Brienon, en Bourgogne.

¹⁰⁶ Ver *La Presse Medicale*, 1951, No. 54, 1124.

FÉLIX DÉVÉ, VISTO POR SUS CONTEMPORÁNEOS¹⁰⁷

HENRI MONDOR, de la Academia Francesa¹⁰⁸

Hace cuarenta años que yo admiro a Félix Dévé. La claridad de sus trabajos inaugurales, el entusiasmo que los inspira, la probidad perfecta con que cuida su lenguaje, todo me seduce.

Tres o cuatro encuentros con el hombre, hacia esta época, me lo han mostrado tal como la obra naciente me lo había hecho esperar; mi primer sentimiento se halló desbordado doblemente de simpatía. Pero yo no conocía todavía la constancia, el ascetismo, los cuidados de terminación que iba a hacernos ver, durante medio siglo, al servicio de la ciencia, el eminente profesor de Rouen.

En un tiempo en el que se sufre de ver, demasiado seguido y un poco para todo, escritos médicos y quirúrgicos faltar a esa clase de rigor científico y de escrúpulos que ellos muestran al ser publicitados antes que publicados; elogio más de su amor verdadero, que la unidad y la plenitud de la obra de Félix Dévé son revelaciones ejemplares. Jamás él se ha creído suficientemente informado del asunto elegido y no ha cesado de perfeccionar este conocimiento ante la propuesta de los demás. El control implacable de sus investigaciones, su atención dada a los otros, la perspicacia de su análisis, la cortesía de la crítica, la modestia de sus proposiciones, la expansión de los problemas son zanjados elegantemente, en el año, comparado con muchas memorias apresuradas donde se encuentra la seguridad, la jactancia, la cháchara, pero donde se busca en vano la menor pepita de oro de una demostración.

Él es bueno por haber dedicado toda su vida a una cuestión de patología y de terapéutica, cada una compleja y meritoria, si no se ve

¹⁰⁷ Tomado del *Libro de Oro en Homenaje al Profesor Félix Dévé*, en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, Vol. XI, Octubre 1950, Fasc. I-II. Montevideo, Imprenta Nacional, 1950; 494 páginas; pp.: 23.

¹⁰⁸ **Henri Mondor** (nacido el 20 de mayo de 1885 en Saint-Cernin, Cantal, fallecido el 6 de abril de 1962, fue un médico y cirujano francés, y un historiador de la Literatura francesa y de la Medicina. Él fue un profesor de clínica Quirúrgica en París y fue un miembro de la Academia Nacional de Medicina en 1945, de la Academia Francesa en 1946, y de la Academia de Ciencias en 1961. Es bien conocido por sus estudios sobre el cáncer rectal y diagnóstico de cirugía de urgencia. La Enfermedad de Mondor (tromboflebitis de las venas superficiales de la mama y pared anterior del tórax) es designada en su homenaje. En: http://en.wikipedia.org/wiki/Henri_Mondor (consultada el 25.10.2009).

allí lo que aparenta ser demasiado perentorio o demasiado versátil, sino producto de largas confrontaciones y meditaciones.

Es destacable que él haya sido, sobre un amplio tema de la biología, no solamente el mejor observador de su tiempo, sino, no lo dudamos, el mejor preparador del porvenir.

DANIEL J. CRANWELL ¹⁰⁹, ¹¹⁰

Una tarde otoñal del año 1904 me hallaba en el hall del Hotel Regina de París, entretenido en recorrer diarios y revistas mientras llegaba la hora de concurrir a la Academia de Medicina o la Sociedad de Cirugía.

De pronto, el portero me anuncia la visita de un colega.

Me levanto y encuentro un señor de regular estatura, frente amplia y prominente, barba completa. Su porte era un tanto severo, pero distinguido; la claridad y penetración de su mirada, así como la ligera sonrisa de sus labios me indicaron, bien a las claras, que se trataba de un colega exquisitamente amable y de gran capacidad.

Se presentó: "Soy el Doctor Dévé, de Rouen; he leído con mucho interés su libro sobre quistes hidáticos, publicado en colaboración con Herrera Vegas".

Ciudadano yo de un país en que la enfermedad se presentaba con extraordinaria frecuencia, le era agradable cambiar ideas al respecto, especialmente sobre la equinocosis secundaria, tema de su tesis del doctorado.

No recuerdo bien si en ese momento o algo más tarde, recorrí la interesante tesis, observando desde luego la originalidad de la denominación: "Equinocosis secundaria", y el valor del trabajo por tratarse del primer estudio de conjunto sobre tan apasionada materia, y donde se hace resaltar la importancia de esa curiosa forma de reproducción del parásito, en la patología humana.

Al mismo tiempo examiné las figuras que ilustraban la tesis, dibujadas con precisión y elegancia por el mismo autor; me detuve en una, que representaba el corte de una vesícula experimental, en cuyo polo se habían acumulado los ganchos, testimonio (*signature*, dice Dévé) del escólex original.

¹⁰⁹ Daniel J. Cranwell: (1870-1953) Cranwell se perfeccionó una vez recibido, en las clínicas de París, Estrasburgo y Viena. De allí trajo las autoclaves que por primera vez se introducían en el país y fue discípulo de personalidades quirúrgicas como Terrier, introductor del método aséptico en la cirugía y quien la presentó a la Academia de Medicina de París. Cranwell fue profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y fundador de la Sociedad de Cirugía junto con el Dr. José M. Jorge. En: <http://www.taringa.net/posts/info/835565/Grandes-Medicos-Argentinos---.html> (Consultada el 25.10.2009).

¹¹⁰ Tomado del *Libro de Oro en Homenaje al Profesor Félix Dévé*, en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, Vol. XI, Octubre 1950, Fasc. I-II. Montevideo, Imprenta Nacional, 1950; 494 páginas; pp.: 25-30.

Así quedaba demostrada la formación de quistes, a expensas de los escólex.

Naturalmente, Dévé me elogió el libro sobre quistes hidáticos publicado con Herrera Vegas ¹¹¹, observándome sin embargo, no haber dado en esa obra la importancia que a su juicio, merecía la "equinococosis secundaria".

Le hice notar, si mis recuerdos son fieles, que en nuestra obra nos habíamos ocupado de la distribución geográfica, la estadística, la parte clínica y sobre todo la cuestión que nos apasionaba en aquel entonces, el tratamiento.

Eso no obstante en el capítulo de los Quistes hidáticos múltiples del abdomen referimos las experiencias de Lebedew y Andreew y especialmente las de Alexinski.

No tuvimos oportunidad en aquel tiempo de conocer la tesis de Dévé, porque es algo posterior a nuestro libro; de haberla conocido, la "equinococosis secundaria" habría sido uno de los principales capítulos.

El tratamiento, como lo hemos visto después de los trabajos mencionados, debe estar supeditado al peligro de la reproducción por los escólex, es decir a la recidiva post operatoria.

En todo caso a la evolución de este parásito en forma alternante y en dos huéspedes distintos, se agrega la reproducción indefinida en el mismo huésped, lo que constituye una de las curiosidades más sorprendentes de la parasitología, que forzosamente tiene que interesar a los investigadores.

Desde el primer momento comprendí que mi colega se encontraba apasionado por la curiosa evolución del parásito y que seguramente trabajaría sin descanso para dilucidar los importantes problemas que se presentaban sobre biología experimental y patología humana.

Su palabra precisa y elegante, así como el profundo conocimiento de la enfermedad hidática me cautivaron, y la entrevista se prolongó durante una buena hora, iniciándose entre ambos profunda simpatía y amable compañerismo que ha durado hasta el presente.

¹¹¹ **Marcelino Herrera Vegas:** (1870-1958) Un cirujano bibliófilo. El Doctor Marcelino Herrera Vegas nació en Caracas el 3 de Octubre de 1870 y vino a Buenos Aires con su hermano Rafael. Realizó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Terminados sus estudios secundarios ingresó en la Escuela de Medicina y luego en el Hospital de Clínicas en 1889, hospital que su padre había planeado, como el Rivadavia y el de Niños. Perteneció a la generación médica de '92 como uno de los representantes más brillantes de la generación. La tesis de Herrera Vegas versó sobre "Quistes hidáticos". Durante todos sus estudios experimenta el placer intelectual del conocimiento médico y confirma el pensamiento de Trousseau: "El estudio de las letras, de la música, no da goces más vivos que aquellos de la medicina y debe renunciar a nuestra profesión aquel que no encuentre desde el principio una atracción casi irresistible". En Europa asiste a las clínicas de París, Berlín y Viena. De regreso al país trabaja en los servicios de cirugía de los Hospitales Rawson y Español. En: <http://www.taringa.net/posts/info/835565/Grandes-Medicos-Argentinos---.html> (Consultada el 25.10.2009).

Desde aquel momento, los numerosos e importantes trabajos de Dévé cruzaron el Atlántico para llegar a mis manos, y tuve el agrado de enviarle los míos, algunos de los cuales publicados en Francia, se encargó con la mayor amabilidad de corregir las pruebas.

Recuerdo, que en uno de ellos, sobre los quistes hidáticos retrovesicales en el hombre, tuve oportunidad de citar ampliamente los estudios de Dévé, en completo acuerdo con sus trabajos experimentales.

En los años 1909 y 1912 volví a París y me fue muy grato estrechar más la amistad con el ilustre colega.

Él venía de vez en cuando a visitarme en el Hotel Regina donde yo me alojaba, y yo concurría con mi familia a Rouen; allí Dévé me dispensaba una generosa y amable hospitalidad.

Su casa situada en el No. 47 de la rue des Carmes, era un tanto antigua, pero con amplias comodidades y salones para recepción, biblioteca y escritorio.

En esa casa disfrutábamos de un exquisito *lunch* en el cual no faltaba el salmón, pescado en las cercanías y el pato preparado a la moda de Rouen.

Recuerdo que una vez hizo preparar esos manjares con un viejo cocinero que había estado al servicio de Eduardo VII, Rey de Inglaterra.

Después del *lunch*, salíamos a recorrer la ciudad para visitar sus principales monumentos, y conocer más tarde sus interesantes alrededores.

Rouen, antigua Capital de Normandía es la ciudad monumental y de los grandes recuerdos. Allí vieron la luz el gran Corneille y el célebre estilista Gustavo Flaubert.

En una de las plazas de la célebre ciudad tuvo lugar el suplicio de la heroína Juana de Arco.

La vista de Rouen desde las colinas circundantes que la defienden de los malos vientos, es realmente hermosa y la ciudad descende en meseta, mejor dicho en anfiteatro, hasta las aguas turbias y tranquilas del río Sena.

En el centro de la bella ciudad se destaca la magnífica Catedral gótica cuya fina y sorprendente aguja parece que fuera a perforar el cielo.

Dévé que conoce a fondo la topografía de Rouen, ciudad de su residencia, nos muestra desde las alturas vecinas, las principales iglesias y monumentos para recorrerlos después, recordando su origen, y haciendo resaltar sus bellezas con una claridad y sencillez que demostraban singular erudición, así como fino espíritu admirador del arte y de los grandes recuerdos.

En esa forma visitamos la Catedral, precioso monumento gótico; St. Ouen famosa iglesia donde se pueden admirar artísticas rejas y vidrieras; St. Madou, también con importantes obras de arte y lindas vidrieras; el Palacio de Justicia con su magnífico salón de pasos perdidos.

Conocimos también el Hospital, donde pasara los mejores años de su vida, e hiciera propiamente su brillante carrera desde suplente hasta médico de sala y profesor de clínica.

En el Hospital visitamos con singular interés el local que ocupaba el Doctor Aquiles Flaubert, cirujano famoso y antiguo Jefe del establecimiento. En esa habitación adornada con los muebles de la época, entiendo que nació el célebre literato Gustavo Flaubert autor de *Madame Bovary* y de *Salambó*.

Nos mostró también Dévé en las orillas del Sena una casilla redonda, de madera, pequeño pabellón donde Flaubert se encerraba para leer sus originales en voz alta y escuchar la melodía de su delicada prosa. Él se creía aislado para perfeccionar siempre su estilo, pero los pescadores escucharon con curiosidad la voz del insigne estilista y bautizaron el pequeño pabellón con el nombre de "*Le gueuloir*".

Otros días recorrimos en horas de la tarde las colinas, bosques y praderas de la linda Normandía y tuvimos oportunidad de presenciar interesantes cacerías de ciervos; la partida estaba compuesta por caballeros y damas, que ostentando lujosos uniformes, y conduciendo briosos corceles corrían en pos de la codiciada presa, siguiendo la enfurecida jauría.

Pocos años más tarde, en 1914, estalla la Primera Guerra Mundial; sobre el hermoso suelo de Francia se extiende un mar de sangre y de fuego, y una batalla sin ocaso destruye campiñas y ciudades.

Dévé, buen francés, patriota por excelencia, es enviado al frente de batalla donde cuida especialmente enfermos en la ambulancia 11/3 situada cerca de Reims.

Allí, no obstante trabajar día y noche cuidando los pobres pacientes y lisiados de la guerra, encuentra tiempo para sus trabajos favoritos, para estudiar la cuestión que le apasiona y le domina, y realiza de 1915 a 1918 no menos de veintitrés trabajos sobre hidatidosis.

En ese tiempo de la terrible guerra mantuve con el ilustre colega una correspondencia frecuente y recibí con puntualidad sus trabajos; su dirección era convencional, tan solo un número, porque no podía revelar el sitio en que se encontraba.

Yo le enviaba de cuando en cuando alguna modesta contribución para endulzar los sufrimientos de enfermos y heridos.

Dévé, no obstante los trágicos momentos que debía pasar en el frente de batalla me escribía preciosas cartas, llenas de gracia y buen gusto en las cuales demostraba su profundo agradecimiento por el interés que yo tenía por sus enfermos, y me hacía saber que reunía a los convalecientes, les leía en alta voz mis cartas, y al mismo tiempo les obsequiaba en mi nombre con chocolates y cigarrillos. Lamenté mucho no haber podido ver esas escenas porque debieron ser emocionantes.

Después de la Gran Guerra tuve oportunidad de visitarlo en Rouen durante los años 1925 y 1929. Recorrimos otra vez la ciudad monumental y sus graciosos alrededores disfrutando de su amable hospitalidad, esta vez en el No. 14 de la rue des Carmes.

Regresábamos siempre con algunos paquetes de las famosas "*Sucrieries de Rouen*" con las que Dévé se complacía en obsequiarnos por ser una especialidad de la ciudad normanda.

En 1932 vino a Buenos Aires invitado por la Asociación Médica Argentina y dio interesantes conferencias tanto en Buenos Aires como en Montevideo sobre el tema de su predilección.

Traté de corresponder en Buenos Aires a la amable y generosa hospitalidad con que tantas veces me había recibido en Rouen.

Tuve la suerte de encontrar un paciente con quiste hidático del pulmón, que operé en su presencia, usando anestesia local y con excelente resultado.

Como él me mostrara los alrededores de Rouen yo quise también que conociera algunos de Buenos Aires, y le hice recorrer en mi yate "Tesarai" los más hermosos ríos y riachos del delta del Paraná.

Otro día le llevé al campo para que conociera la pampa argentina y le alojé en mi estancia de Pergamino, donde pudo gustar de algunos platos nacionales como el asado al asador y la carne con cuero.

Durante la Segunda Guerra Mundial las comunicaciones con Francia fueron muy difíciles, casi imposibles y perdí todo contacto con el ilustre colega.

A la terminación de la terrible guerra pedí noticias a la Academia de Medicina y de esa manera supe que se encontraba bien y siempre en Rouen.

Le escribí y entonces me hizo saber la desastrosa situación en que se hallaba.

Nuestra pobre capital normanda, me decía, ha sido terriblemente asolada por repetidos bombardeos y mientras yo me creía, inocentemente, libre al abrigo de la catedral he sido tan dañado como ella. Y agregaba: El No. 14 de la rue des Carmes no existe más, ha sido destruido por una bomba... en esta catástrofe he perdido todo!

Pero a renglón seguido como gran francés y buen normando, olvida penas, pesares y desastres para acordarse afectuosamente de mi familia, del paseo por el delta del Paraná, la excursión a la estancia, y aplaude con entusiasmo mi actuación en la "Primera Conferencia de la Hidatidosis", "Bravo, bravísimo, dice, *¡Perge igitur!*"
112

Y como si esto no fuera bastante me anuncia la aparición de tres importantes obras, que resumen a mi modo de ver, su intensa e

¹¹² Cita bíblica en latín: **Éxodo:** 4:12. Dijo Yavé a Moisés: *Perge igitur, et ego ero in ore tuo, doceboque te quid loquaris.* ["Ve, pues: yo estaré en tu boca y te enseñaré lo que has de decir".]

incomparable labor durante cincuenta años: "La equinococosis secundaria", "La equinococosis ósea" y por último "La equinococosis primitiva". Las tres importantes obras se encuentran en mi poder, con elogiosas dedicatorias, especialmente la segunda, que me han hecho ruborizar y me han llenado de justificado orgullo.

Pero ahora sí, yo os puedo decir ilustre colega y querido amigo: Bravo, bravísimo, *¡Perge igitur!*

Félix Dévé nació en el año 1872 en Beauvais, pequeña ciudad mártir, donde su padre ejerció la medicina; allí se fabrican hermosas telas y tapicerías y existe una linda catedral; es patria también de la heroína Jeanne Hachette, que con su hacheta rechazó al invasor.

Estudió medicina en París, conquistó el internado y se recibió en 1901 con la memorable tesis sobre "Equinococosis secundaria".

Desde entonces y durante cincuenta años aproximadamente ha trabajado con verdadera pasión sobre la biología, la anatomía patológica, la clínica y el tratamiento de la equinococosis.

Sus publicaciones alcanzan a la asombrosa cifra de 325 siendo la última "La equinococosis primitiva" aparecida en 1949. Me escribe en la dedicatoria que es "la última consagrada a nuestro sujeto común".

No lo creo, su espíritu incomparable que no han podido abatir las calamidades de las dos más terribles guerras que conoce la historia, seguramente permanece en actividad y yo espero que pronto conoceremos alguna otra producción de su profundo ingenio.

Dévé además de sabio hidatólogo es un hombre de mundo como fue Trousseau, un erudito como fue Jaccoud, un espíritu bondadoso como fue el cirujano Tillaux.

Como su compatriota Jeanne Hachette, con su tesis a manera de hacheta (*hachette*) ha contribuido a destruir ideas clásicas de patología hidática, y a formar "la base de la hidatología moderna".

Pero el ilustre colega que ha recorrido con brillo las etapas de su hermosa carrera, y recibido grandes distinciones y hoy es profesor honorario y miembro de la Academia de Medicina, lo considero demasiado conocido para que yo me detenga más en el estudio de su personalidad; sólo he querido tener el honor y el placer de presentar tal cual como yo lo conozco a un gran investigador de Francia.

HENRI COSTANTINI



En este *Libro de Oro*, cuyo mérito retorna enteramente a nuestros americanos admiradores generosos del más auténtico de nuestros sabios, escribir sobre lo que se piensa puede ser tachado de peligroso. ¹¹³ ¹¹⁴ ,

¹¹³ **Henry Costantini** (1884-1951): Presidente del Primer Congreso Mundial del Quiste Hidático, celebrado en Argel del 21 al 24 de mayo de 1951. El más eminente cirujano africano, uno de los más renombrados cirujanos franceses, al decir de R. Bourgeon. Nacido sobre la tierra argelina, alumno de Liceo en Argel, emprendió allí sus estudios de Medicina y sus primeros concursos universitarios, pero se perfeccionaría en París. Interno de los hospitales de París en 1913, debió conocer las horas dolorosas de combatir y la alegría profunda de servir a su país, con todas sus fuerzas y más allá de los límites de las fuerzas humanas. Herido, continuó cuidando y operando, siempre en el frente, siempre fiel a su primer Cuerpo del Ejército colonial en el que él estaba revistando. Obtuvo cinco condecoraciones: la Cruz de la guerra, la Cruz del Caballero de la Legión de Honor, consagrando su admirable patriotismo. El fruto de su experiencia de guerra, lo expuso como su tesis y en múltiples trabajos de la cirugía de los grandes vasos del cuello, las heridas de abdomen y las heridas de los miembros. Discípulo de Edouard Quenu y de Rochad, su personalidad se afirmó día a día; también fue Profesor Agregado en 1920, fue designado, desde 1925, por sus pares, para suceder a su Maestro Eugene Vincent. Vuelto a la vida civil pudo dar a la nueva tierra africana su plena medida. Jefe de Escuela, él se ajustó a crear en el Hospital Mustapha, un centro quirúrgico digno de este nombre y permaneció largo tiempo como un modelo. Innovador ardiente, agrupó alrededor de la Clínica Quirúrgica como un núcleo de cirugía general, todas las disciplinas un poco especializadas de su tiempo: Urología, Traumatología, y abrió el primer centro anticanceroso de África del Norte. Apasionado por la Cirugía de Tórax, publicó trabajos que hicieron época concernientes a las supuraciones bronco-pulmonares (1932), los quistes hidáticos del pulmón (1935), la cirugía del diafragma (1935). Habiendo pasado la antorcha a su discípulo Etienne Curtillet, su actividad se dirigió en forma predominante hacia la patología digestiva. La noción de terreno en los ulcerosos le pareció muy importante. Las enfermedades particulares del país le dieron ocasión de tomar posición en el problema de

El reconocimiento por la guía segura y precisa de nuestros gestos quirúrgicos, la admiración de la unidad de una obra científica incansablemente seguida durante medio siglo, la amistad, en fin, o el afecto importa al respecto, para presentar por una pluma que se quisiera experta.

Decirlo todo, es arriesgar el roce de una sensibilidad muy viva, que se ha visto aflorar, y es atentar contra una modestia formalmente deseosa de no ser trajinada.

Enumerar secamente los títulos, los honores, los trabajos, es faltar a la verdad. Monsieur Dévé me perdonará decir esto que yo sé.

1900. Es la época feliz, un tanto ridícula, pero sí brillante y alegre que nuestros cantantes de hoy no dejan de alcanzarnos para rehuir sin detener el pensamiento, más que en la evocación.

Marcel Proust escribe con un estilo no entendido y encantador.

El joven interno Félix Dévé prepara su tesis. Desde allí él ha tomado el camino de la Sociedad de Biología a la que va a concurrir asiduamente.

El tema que él ha elegido está lleno de incógnitas y hechos desconocidos. Ciertamente se sabe por Davaine que el quiste hidático es derivado de una tenia, pero no se tiene explicado el devenir de los escólex y eso es el objeto de sus primeras notas.

Ya él ha visto que los implantes equinocócicos tienen una sede sub peritoneal.

Su tesis inaugural llevará el título:

“LA EQUINOCOSIS SECUNDARIA”.

El tiempo ha confirmado todo lo que allí él adelantó.

El rigor científico más escrupuloso ha dictado este ensayo. Cuarenta y cinco años más tarde el autor escribirá todavía en las horas sombrías de la última guerra, y bajo el mismo título, un libro

las esplenomegalias mediterráneas, en el tratamiento de los abscesos amebianos del hígado, en los quistes hidáticos abiertos en vías biliares. La equinocosis es un amplio terreno donde en cada localización su nombre se encuentra presente: equinocosis ósea, quistes hidáticos del bazo, quistes hidáticos del hígado. Fundador y animador de la “Sociedad de Cirugía de Argel”, le dio su expresión en *La Argelia Quirúrgica*, luego en *El África Francesa Quirúrgica*, de la que él fue el alma agitante. Espíritu cultivado y pleno de experiencia, guardó para las novedades una curiosidad siempre al acecho. Ávido de aprender, participó activamente en los Congresos Nacionales e Internacionales de Cirugía, se desplazó voluntariamente al extranjero donde él se sentía tan bien como en su país. Cuando él murió, venía de organizar en Argel, con mucho éxito, un congreso Mundial reunido en homenaje al eminente hidatólogo Dévé. Él se preparaba ya para presidir uno de los próximos congresos de La Asociación Francesa de Cirugía. Admitido desde 1935 al seno de la Academia de Medicina, la Academia de Cirugía lo integró, en 1950, eligiéndolo miembro no residente. Estos honores no eran para Henri Costantini un fin; fueron un estímulo en la inmensa tarea que se imponía cada día: llevar adelante una enseñanza paciente y metódica a los jóvenes estudiantes, dirigir, formar y seguir a sus discípulos promoviendo sus investigaciones y trabajos, pensar largamente sobre la destreza humana para aliviar y curar. Este hombre, a la vez alto, de estructura vigorosa, con cualidades eminentemente viriles, poseía al mismo tiempo una sensibilidad afinada, una cortesía innegable que rendían y cautivaban pleno de encanto. Cirujano destacado, servidor devoto de su país, hombre perfectamente honesto, tal la imagen de su vida.

¹¹⁴ Tomado del *Libro de Oro en Homenaje al Profesor Félix Dévé*, en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, Vol. XI, Octubre 1950, Fasc. I-II. Montevideo, Imprenta Nacional, 1950; 494 páginas; pp.: 31-34.

magnífico, breviario de los biólogos y cirujanos que desean comprender la enfermedad hidática.

Un ensayo tal, un éxito tal, puede llevar lejos a un ambicioso de honores y de prebendas.

Pero la ambición de Monsieur Dévé no es de esta clase. Él ha encontrado un objeto de trabajo donde todo está por explicar. Entiende que no lo puede abandonar y, para ello consagra su vida; él se encamina hacia Rouen donde, en el viejo Hôtel Dieu, el mismo donde durmió Flaubert, él hallará la paz indispensable para una gran obra de ciencia. Nicolle lo había precedido, a él, el futuro gran africano, acogido más tarde y aureolado de gloria en este templo de la ciencia marcado del sello real que es el Collège de France.

El mismo espíritu de rigor científico animaba a Nicolle y a Monsieur Dévé. Es esta cualidad y la pujanza de su imaginación que permitirán al uno y al otro sus descubrimientos.

Por el descubrimiento de la trasmisión del tifus, Nicolle recibirá el Premio Nobel.¹¹⁵

Sin ninguna duda que si el Premio Nobel fuera discernido por una Universidad de América Latina, donde se conoce desafortunadamente el flagelo social hidático, el afortunado beneficiario habría sido Monsieur Dévé.

Es en Rouen que Monsieur Dévé pasará su vida, en esta joya de ciudad, donde, a la sombra de las catedrales, sopla el espíritu de Francia, donde se habla de Corneille, o cada año las flores son lanzadas en río no lejano de aquel donde se alzaron las llamas que quemaron a Juana de Arco.

Tal es el medio que había elegido Monsieur Dévé. En seguida él pone manos a la obra. Es naturalmente a la Sociedad de Biología que él acude con los principales artículos y notas suyos, los que se sucederán hasta ahora. A su lado, los cirujanos publicarán con alegría en sus revistas especializadas las memorias enviadas por este médico amigo que era para ellos una guía segura y desinteresada de la que ellos no podían prescindir.

Es que Monsieur Dévé veía todo. Médico completo, él visualizó todas las consecuencias prácticas de sus descubrimientos de los cuales los enfermos serían beneficiados.

¹¹⁵ **Charles Jules Henri Nicolle** (Rouen, 21 de septiembre de 1866 - Túnez, 28 de febrero de 1936) fue un médico francés, especialista en microbiología. Trabajó primero en el hospital de Ruán en dónde participó en la elaboración de un suero contra la difteria. En 1903, asumió la dirección del Instituto Pasteur en Túnez, y allí trabajó en diversas enfermedades infecciosas, como el tifus y la malaria y estudiando el papel que desempeñan algunos animales en su propagación. Así, en 1909 descubre que el piojo es el principal transmisor del tifus. Con esta constatación, se llega a la consecuencia de que la eliminación de los piojos será necesaria para evitar la transmisión de la enfermedad y para salvar vidas. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1928. En:

http://es.wikipedia.org/wiki/Premio_Nobel_de_Medicina (Consultada: 25.10.2009).

Decir que los escólex van, por implante, a dar otros quistes estaba bien. Pero permitir a los cirujanos destruir la arenilla hidática para evitar la equinocosis secundaria estaba mejor, y esto es el descubrimiento de la formolización de los quistes hidáticos.

Esta formolización preconizada por él hace 47 años, es la base del tratamiento quirúrgico actual de los quistes hidáticos.

Las innumerables sustancias propuestas se han mostrado siempre inferiores al formol elegido de entrada por Monsieur Dévé.

Describir las fases y las complicaciones de la hidatidosis, está bien. Será mejor descubrir cualquier procedimiento parasiticida que destruya el quiste y permita su reabsorción sin la intervención de la cirugía.

Monsieur Dévé es obsesionado por esta idea. Lamentablemente ninguna de las sustancias medicamentosas ensayadas se mostró eficaz. Los rayos X en sí mismos, para algunos, alentaron que pudieran ser eficaces para detener la evolución de los escólex.

Entonces Monsieur Dévé se resignó a transformarse en la guía del cirujano. Y lo hizo con alegría. Los operadores del mundo entero que conocieron sus trabajos le pidieron consejo. Con un escrúpulo de conciencia admirable, tomó conocimiento de todas las memorias que trataban del quiste hidático aparecidos en el mundo.

Él discute en seguida con el autor, o encuentra motivo para un trabajo de devolución crítica.

Él mismo examina con cuidado la estructura histológica de las piezas operatorias o las preparaciones microscópicas que recoge o que le han enviado de todas partes.

Continúa experimentando; crea en el laboratorio los quistes viscerales, los quistes óseos. Ésta es la puesta en evidencia de la proliferación quística por la vía exógena.

Es el estudio de la evolución de los escólex lanzados al torrente circulatorio, y la equinocosis miliar de los pulmones que se produce a continuación de la rotura de un quiste cardíaco.

Hace todavía citar el coleperitoneo hidático, la apertura del quiste en las vías biliares, la equinocosis secundaria broncogena del pulmón, la equinocosis secundaria de la pleura, los quistes gaseosos hidáticos del hígado, y todavía las relaciones entre la tuberculosis o el cáncer con la enfermedad hidática.

En 45 años, más de trescientas memorias son consagradas a la hidatidosis. Algunas son obras maestras de documentación y espíritu crítico. Ellas han demandado al autor un trabajo de monje benedictino.

La guerra, la Primera Guerra Mundial, no detiene su actividad. En el frente, cerca de Reims, a cargo de la ambulancia 11/3, él envía desde 1916, y hasta 1918, más de veinte notas y artículos, trabajos que serán recogidos por la Sociedad de Biología.

Uno queda confundido de admiración, y piensa en los artistas que, munidos de sus cuadernos de dibujo, de su memoria y de su

genio creador, transforman en pintura en su atelier las grandes obras de luz.

No hay una parte del cuerpo, donde podría asentar un quiste que haya sido olvidado en la obra de Monsieur Dévé y, naturalmente, el autor no omite subrayar, junto a las localizaciones, para entrever los problemas de carácter general revelados por la equinococosis.

Esta es la anafilaxia, es el shock hidático, es la calcificación. Pero es también el problema anatómico, el dispositivo estructural que permitirá o no la quistectomía.

Esta obra considerable, movida con el desinterés del sabio, podrá quedar dispersa.

Llegado el retiro, Monsieur Dévé con un ardor nuevo se pone a trabajar para darnos golpe a golpe, tres libros formidables que hacen al tema, resumiendo lo principal de una obra científica escalonada a lo largo de medio siglo, y consagrado a un mismo objeto:

“LA EQUINOCOCOSIS SECUNDARIA”.

“LA EQUINOCOCOSIS ÓSEA”.

“LA EQUINOCOCOSIS PRIMITIVA”.

¡Qué triunfo! ¡Qué ejemplo!

A sus amigos de Francia, que lo han colmado de honores, a sus colegas de la Academia de Medicina, que le han acogido como miembro no residente, se reúnen para festejarlo, todos nuestros colegas de la América Latina. En 1932 él parte a dar conferencias en esta América Latina que él no conoce y de la que ha estudiado pacientemente el *flagelo social* que está en la base del quiste hidático.

Allí encuentra admiradores y amigos. Muchos venían a Europa y eran peregrinos, detenidos en Rouen para conocer al sabio que, por sus trabajos, por sus descubrimientos, había guiado sus grandes intervenciones.

Éste fue un viaje triunfal que le llevó a Lima, a Buenos Aires, a Montevideo, a Río de Janeiro.

Y es así que hoy esos mismos admiradores, esos mismos amigos le ofrecen al modesto y gran sabio de Francia, este bello *Libro de Oro*.

Cuánto estamos reconocidos a estos amigos lejanos que así simplemente rinden homenaje a uno de nuestros más vivos ejemplos del genio francés.

VELARDE PÉREZ FONTANA ¹¹⁶, ¹¹⁷

El Gobierno de mi país me ha confiado la honrosa misión de presidir la delegación a este Primer Congreso Mundial de Hidatidosis, que se inaugura hoy para rendir homenaje al sabio francés Félix Dévé. Como Presidente de la Sociedad Internacional de Hidatidología, organizadora de este Congreso, acepto la representación de sus asociados de Argentina, Brasil, Chile, Perú, y de los países donde existe la endemia hidática.

Personalmente, como Director del "Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis" del Ministerio de Salud Pública de mi país y como discípulo, amigo y admirador del Maestro, he venido con mi esposa y mis hijos, a presentar mi homenaje de cordial simpatía al hombre que más ha influido sobre el destino de mi modesta vida científica, y sobre la Institución que yo dirijo desde 1934, (El Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis). Apenas comenzados mis estudios médicos, en 1916, el nombre del maestro Dévé comenzó a ser conocido por nosotros en el antiguo Hospital Maciel de Montevideo. Durante mi Internado en los Servicios de los Profesores Enrique Pouey, Alfonso Lamas, Alfredo Navarro, Luis P. Bottaro y otros, él era citado por nuestros maestros en la visita de la sala, ante los enfermos y en las mesas de operaciones, cada vez que se operaba un quiste hidático. Más tarde, cuando preparamos el Concurso de Agregación de Cirugía (1925) debimos estudiar su enorme producción científica sobre la equinocosis. En cada una de sus preciosas monografías, se aprendía a encarar los temas científicos con una metodología rigurosa, con la bondad de la forma y la precisión del concepto que son las dos grandes características de los escritores médicos franceses. Impregnados de su obra científica que se ha debido consultar en cada momento en nuestra intensa labor médica, la personalidad científica de Monsieur Dévé quedó ligada a nuestro espíritu, considerada y respetada como uno de los maestros incomparables de la medicina francesa. Discípulos de una escuela médica formada por los discípulos de la Escuela de París, la medicina francesa, sus hombres, sus lecciones clínicas y sus contribuciones al progreso del arte médico, estaban indisolublemente ligados a nosotros desde la adolescencia. En los estantes de nuestra Biblioteca, conservamos todos los grandes libros clásicos de la medicina francesa.

Apasionados por el estudio de la Anatomía habíamos reunido la mayor parte de la bibliografía anatómica de la Escuela de París. Nosotros tuvimos el privilegio de tener auténticos maestros formados en la

¹¹⁶ Discurso del Prof. Velarde Pérez Fontana en la ceremonia realizada en la Alcaldía de Rouen, para formalizar la entrega del Libro de Oro al Profesor Félix Dévé.

¹¹⁷ Publicado en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, Vol. XII, Octubre 1951, Fasc. I-II. Montevideo, Imprenta Nacional, 1953; 600 páginas; pp.: 583-585.

Facultad de Medicina de París, como Enrique Pouey, Francisco Soca, Luis Morquio y Alfredo Navarro, que llegaron al más alto grado: la Academia de Medicina de París.

En 1932, el Profesor Félix Dévé hizo una visita que fue de grandes proyecciones para la ciencia francesa, de gran utilidad para los países que él visita, invitado por la Asociación Médica Argentina. Nosotros tuvimos entonces la suerte de conocer al maestro, de interrogarlo sobre algunos puntos oscuros de la Hidatidología. Nuestro maestro recientemente desaparecido, Alfredo Navarro y su esposa, dieron una recepción a la vez amable, protocolar y austera. Nosotros la recordamos siempre como uno de los actos más importantes de nuestra actividad médico-social. El maestro Dévé estaba en el apogeo de su capacidad científica. Su personalidad nos impresionó tan profundamente que ella polarizó nuestra vocación hacia el estudio del quiste hidático.

Desde ese momento, Monsieur Dévé fue enteramente nuestro maestro; un fuerte intercambio epistolar mantenido durante 20 años, testimonia nuestra relación con él.

Cuántas alternativas, y ustedes, señores, que tienen el privilegio de conocerlo y tratarlo familiarmente, ustedes me permitirán que recuerde estas alternativas. Qué trabajo difícil es presentar a Monsieur Dévé una observación del quiste hidático, en algunos de sus múltiples aspectos. Su gran conocimiento de la materia es tan profundo que nada escapa a su observación y a su recuerdo. Su carácter implacable produce en su casta vida solitaria, consagrada al estudio en su vieja casa de la rue des Carmes, hoy desaparecida, se manifiesta en todas y cada una de sus cartas, que he releído como las hojas de un misal.



M. le Professeur Félix Dévé ouvre le Livre d'Or remis par LES ouvriers de l'Imprimerie Nationale de la République Oriental de l'Uruguay tandis que L'Ambassadeur de l' Uruguay D. Abelardo Saenz signe le livre d'or de la Municipalite de' Rouen

En ocasiones a menudo repetidas, él nos reprocha y observa en términos bien severos, a la vez que afectuosos, con expresiones como éstas: "Monsieur, usted me frustra de mi bien". "Monsieur, usted me pone como un sándwich entre X e Y", que nos genera un sentimiento de familiaridad y de veneración que los años incrementan. Y más tarde cuando yo alcancé la jerarquía con la cual la Medicina recompensa el esfuerzo de sus devotos y obtuve la calidad de Jefe de Servicio y de Profesor de la Facultad de Medicina, a propósito de la reclamación interpuesta por una tercera persona en mi favor, Monsieur Dévé escribió a mi maestro Juan B. Morelli: "Cuando el Profesor Pérez Fontana estaba en su pequeña cuna, yo, ya conocía entonces el quiste hidático".

Monsieur Dévé es para nosotros más que un sabio, que un profesor admirable, que un médico famoso, un maestro indiscutido y la más grande autoridad mundial sobre equinococosis; él es el *Padre de la Hidatidología*.



Le Professeur Felix Dévé qui est Parmi l'Ambassadeur de l'Uruguay Dr. Abelardo Sa (gauche) et le Président de la Société Internationale de l'Hydatidose Professeur Velarde Fontana prononce son allocution

Éste es el estado de espíritu con el que hemos venido a Rouen, la vieja ciudad normanda, la ciudad mártir, acompañado de mi esposa y de mis hijos a presentar nuestro afectuoso y respetuoso homenaje al

maestro y aportarle el mensaje de reconocimiento y de admiración del pueblo uruguayo.

El Gobierno de la República ha enviado para honrar al Maestro Dévé una delegación compuesta por el Prof. Luis A. Surraco y Adolfo Baldomir, Director General de Ganadería del Uruguay, que yo tengo el honor de presidir en mi carácter de Director del Centro de Estudio y profilaxis de la Hidatidosis.

El Embajador de mi país, Dr. Abelardo Sáenz ha puesto en vuestras manos, querido Profesor Dévé, un ejemplar del Libro de Oro que vuestros discípulos y amigos de todos los rincones del mundo presentan como ofrenda a su Maestro.

Los obreros de la Imprenta Nacional de Montevideo, que estuvieron trabajando en la impresión de este libro que corresponde al Volumen XI de los Archivos Internacionales de la Hidatidosis, me han confiado el insigne honor de remitirle personalmente al hombre que, por su obra desinteresada, ellos consideran como un benefactor de los habitantes de la campaña del norte del país, y un defensor de nuestra economía.

Monsieur Dévé, es con gran emoción que yo pongo en sus manos este libro porque considero este homenaje de la clase obrera el más sincero y el que más alegrará vuestros sentimientos de hombre y de sabio.

* * *

Montevideo, 11 de noviembre de 2009

[Versión 10]