

## VACUNACION ANTITUBERCULOSA CON BCG EN EL URUGUAY\*

POR EL DR. FERNANDO D. GOMEZ

*Director del Instituto Tisiológico de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay*

En 1925 llegó al Uruguay, desde el Instituto Pasteur de París, la primera cepa de BCG. El 9 de noviembre de 1927, con la presencia del Dr. Négre del Instituto Pasteur de París, se inauguró en el Uruguay la primera institución oficial del mundo para la preparación y aplicación por el Estado del BCG. El prestigio de que han gozado siempre las vacunas pasteurianas, motivó que se adoptara rápidamente el BCG, pues las experiencias en animales que se habían realizado desde 1906 y la aplicación humana a partir de 1921, indicaban que dicha vacuna era uno de los recursos más eficaces y poderosos para aumentar la resistencia del hombre contra la infección y la enfermedad tuberculosa.

En el Uruguay no hubo discrepancias ni entre las autoridades ni entre los tisiólogos para el planteamiento de la oportunidad de la aplicación de la nueva vacuna, aunque sí las hubo entre algunos bacteriólogos y médicos. No obstante, en 1927 se empezó a aplicar el BCG de acuerdo con lo establecido por el Prof. Calmette utilizándolo por vía oral en el recién nacido, dentro de los 10 primeros días, en días alternos y a la dosis de 1 centigramo diario en tres dosis, es decir, totalizando 3 centigramos.

Se formó con los tisiólogos más entusiastas de aquella época un pequeño equipo de médicos voluntarios encargados de controlar el desarrollo de los niños vacunados, de estudiar en ellos la alergia y de recoger las primeras impresiones sobre todo lo relacionado con la administración del BCG. Hasta 1937 se siguió utilizando la técnica clásica de administración establecida por Calmette, o sea tres dosis de 1 centigramo administradas por vía bucal en los 10 primeros días de vida.

Tratando de aumentar el porcentaje de alérgicos consecutivos a la aplicación de la vacuna, a partir de 1937 se modificó la aplicación del BCG recurriéndose en gran parte a otras dos técnicas: la administración intradérmica y la subcutánea. Se llegó así a 1940, durante el cual, entre otros el autor, que era Subdirector del Instituto de Tisiología, se interesaron directamente en el problema. Con autorización de los jefes de los servicios de la Maternidad, se reorganizó la vacunación de los recién nacidos y se implantó una nueva técnica, que en ese momento alcanzaba gran auge en el mundo, o sea la de las multipunturas de Rosenthal. Se pensó que ese procedimiento mostraba condiciones ideales de aplicación. Por un lado, era de administración fácil, pues bastaba colocar sobre la piel previamente desinfectada, generalmente en la región deltoidea, una gota de linfa vaccinal de acuerdo con lo aconsejado por Rosenthal, o

\* Trabajo presentado en la V Conferencia Nacional de Tuberculosis, Medellín, Colombia, jul. 1-7, 1951.

cinco gotas, según la modificación preconizada por el entonces Director del Dispensario Calmette de Montevideo, Dr. Juan Carlos Etcheverry.

Esta pareció una técnica ideal porque no requería inyectar con jeringuilla y porque daba seguridad de que el BCG administrado al niño penetraba en su organismo. Cuando se da BCG por vía bucal a un recién nacido no se tiene la seguridad de que no haya regurgitación y vómito posterior, desconociéndose por eso la dosis que el niño retendrá. Además, se trataba de evitar la aparición de los abscesos que se presentaban con la inyección intradérmica o subcutánea.

Se procuraba así combatir toda la resistencia popular a la aceptación de la vacuna. Por otro lado, está probado y admitido que, para que una vacuna resulte eficaz es necesario que modifique al organismo dando lugar a una reacción defensiva. Esto parecía facilitar el conjunto de vías linfáticas que se abrían para administrar BCG por el método de la multipuntura, 35 de ellas como recomienda Rosenthal o 25 como lo hacemos ahora (cinco punturas sobre cada una de las cinco gotas de linfa vaccinal depositadas). Por entonces se notó que no sólo convenía vacunar de una manera sencilla que no provocara resistencia y diera un máximum de seguridad, sino que al mismo tiempo interesaba saber qué pasaba con los niños vacunados, no para plantear un estudio experimental o para mantenerlos bajo vigilancia permanente y conocer su desarrollo y sus probabilidades de enfermar y de morir, sino para identificarlos y poder en caso de duda responder si ese niño había sido vacunado o no, en base a un juicio certero. Resultó difícil encontrar cuál podría ser esa técnica, pero después de diversos ensayos se creyó que probablemente lo más efectivo era recurrir al tatuaje, o sea una marca indeleble y difícil de borrar en el adulto. Fué así como desde ese momento se aplicó simultáneamente al mismo niño la vacunación por multipuntura en el brazo derecho y un tatuaje en la cara plantar del dedo gordo del pie izquierdo. Se eligió la cara plantar porque si bien en el Uruguay no es grande el porcentaje de personas de color, se buscaba una zona en que fuera siempre posible reconocer el tatuaje. Desde 1940 se emplea ese procedimiento, que en el momento actual cubre ya un total probablemente de más de 45,000 recién nacidos en la gran Maternidad de Montevideo, donde ve la luz la tercera parte de los niños de la Capital, que representan además la décima parte de todos aquellos que nacen en el país. Los niños son vacunados el primer día de vida para evitar, como ha pasado alguna vez, que alguna madre sea dada de alta antes de las 24 horas del parto y el hijo escape sin calmettizar. Y así cada mañana pasa una funcionaria, expresamente dedicada a esa tarea, dependiente del Dispensario de Profilaxis pre y post-natal, vacunando a todos los niños que han nacido en las 24 horas transcurridas desde su recorrido anterior. Salvo que tengan alguna afección cutánea, calmettiza y tatúa a todos de manera sistemática. A esos niños se les deja vivir en sus medios comunes de desarrollo y sólo desde 1943, es decir, desde tres años después

de haber iniciado el método de tatuaje y de multipunturas, se les busca en todos los servicios de los dos grandes hospitales de niños de Montevideo y en las gotas de leche, que vigilan el desarrollo de los lactantes y preescolares de clase modesta, para ver qué pasa con aquellos que concurren a estos servicios. El tatuaje en el dedo gordo del pie izquierdo permite conocer si han sido calmettizados o no al nacimiento en la maternidad. Esa experiencia es de gran interés. En el momento actual hay unos cuantos millares de niños, unos tatuados y otros no. Se trata de una muestra homogénea, cuyos componentes no han sido vigilados en uno ni en otro grupo; son niños que se han desarrollado en las condiciones normales de vida de la clase modesta. Desde hace tres años más o menos, alrededor del 55% de los niños que concurren a los hospitales de Montevideo, tienen tatuado el dedo gordo del pie; la otra mitad, más precisamente el 45% no lo presentan. Sobre los niños de esta muestra es que basamos nuestra impresión sobre la eficacia del BCG.

Prácticamente hasta hace pocos años el BCG en el Uruguay se aplicó casi únicamente a los recién nacidos en las maternidades; sólo pequeños grupos fueron vacunados en una edad mayor de su vida.

En 1946 se sancionó una ley de extraordinario significado, la llamada ley Mattiauda. He aquí sus antecedentes. En 1944 y 1945 los tisiólogos explicaron al Dr. Mattiauda, entonces Ministro de Salud Pública, que se encontraban ante un serio dilema: desde 1939 funcionaban en el país dos equipos de roentgenfotografía, uno en el Instituto de Tisiología de la Facultad de Medicina, que dirige el autor, y otro en el Servicio de Colectividades, dependiente del Ministerio de Salud Pública. Habíamos empezado a hacer el examen en masa del aparentemente sano, y nos encontrábamos con que la mayoría de las personas reconocidas enfermas en colectividades de trabajadores, rehusaban ponerse en reposo y tratamiento, alegando que no les resultaba posible, ni consideraban justo, que no sintiendo nada, no experimentando molestia alguna, sumieran a sus familiares en la miseria retirándose de su trabajo.

Comprendió el Ministro que era necesario buscarle solución al problema económico que surgía. La primera idea que se le ocurrió fué hacer una gran colecta; la llamó Primera Cruzada Antituberculosa Nacional, y alcanzó un éxito que no sólo sorprendió a los que estábamos al frente de ella, sino igualmente a la población entera. Por primera vez en el Uruguay, espontáneamente y después de una colecta anterior de muy desagradable recuerdo, que pensamos iba a dificultar que la gente aceptara contribuir a otra, la población del país reunió un millón de pesos, para que con los intereses de ese capital se ayudara a los tuberculosos necesitados y modestos encontrados en examen de masas. Fué tal el entusiasmo del Ministro y de la Comisión que lo acompañaba ante el generoso gesto de la población, que el mismo Dr. Mattiauda elaboró un proyecto de ley, que es al que me refería, la ley del 17 de enero de 1946, por la que se instituyó la Comisión Honoraria para la Lucha Antitubercu-

losa, encargada de administrar los fondos de la Primera Cruzada Antituberculosa Nacional y los obtenidos por los impuestos que se creaban en ese momento.

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa empezó entonces, en estrecha vinculación con los servicios de examen de los aparentemente sanos, a prestar ayuda a los reconocidos tuberculosos y por extensión a cualquier otro de los ya anteriormente en asistencia.

La ayuda económica al tuberculoso no representa desde ese momento un acto de beneficencia sino de justicia social establecido por ley, de extraordinario significado y repercusión. Para nuestros países de América, poco industrializados, con mucha población dispersa, y con formas de tuberculosis de aparición predominante en las edades que siguen inmediatamente a la pubertad y especialmente entre los 20 y 30 años de vida, pensamos representa la forma más amplia, positiva y más segura de prestar adecuada ayuda social a la familia de toda persona encontrada tuberculosa. Pero esta ley, además, ampara económicamente no al que ha cotizado una cantidad, no al que ha trabajado regularmente y esto es de fundamental importancia, pues por desgracia, pasa en nuestro país y no dudo sucederá lo mismo en los restantes de América, la tuberculosis se ve sobre todo en las personas de vida desorganizada, en los pobres, en los miserables, en aquellos que trabajan algunos días durante el mes, en los que trabajan irregularmente para comer y para comer mal y alimentarse insuficientemente. Y es así que la ley nuestra no pregunta a la familia del tuberculoso y al tuberculoso cuánto ha cotizado para pagarle de acuerdo a sus aportes a la Caja del Seguro, sino simplemente, primero, qué es lo que aportaba a la familia el enfermo para darle a la misma por lo menos, tanto como lo que el encontrado tuberculoso lo hacía, sea como sostén fundamental de la misma o como contribuidor colateral por ejemplo como hijo, como esposa o como simple agregado. Pero si lo que aportaba el enfermo se considera por la Comisión insuficiente para que los integrantes de ese hogar cubran un estándar de vida mínimo, para tener una vida decorosa, se les fija la suma necesaria sin límite alguno. Así, no se da lo mismo para un hogar sumamente miserable y modesto que para otro donde haya universitarios, donde haya empleados o personas con relativa posición cultural y social, pero que tienen por único sostén al enfermo cuya afección priva de toda entrada económica. No se da por lo tanto igual a todo el mundo, se da a cada cual de acuerdo al estándar de vida mínimo correspondiente a su condición social. Se tiene fundamentalmente en cuenta no crear resentimientos sociales, es decir, no motivar que la gente considere que el medio social ha sido injusto con él y con su familia, y no hacer que supongan es ventajoso tener un enfermo para conseguir una ayuda que les permita una vida cómoda y fácil como nunca conocieran hasta entonces.

La falta de espacio no permite entrar en detalles mayores sobre esta

ley de justicia social, que parece digna de ser conocida por los restantes pueblos de América, sobre todo por las personas con responsabilidad dirigente en nuestro continente, para donde la consideramos superior a los Seguros Sociales. Esta ley empezó por ser de simple ayuda social; para citar sólo las cifras más recientes diremos que el año pasado con los 3,587,000 pesos que produjo, se otorgaron pensiones por 1,200,000 pesos uruguayos. La cantidad de dinero recaudada resultó excesiva para la ayuda de las familias de tuberculosos dejando anualmente un superávit muy grande.

Lo principal y lo fundamental en salud pública no es guardar ni atesorar capital por si mañana llega a faltar, sino gastar inteligente y útilmente el dinero para preservar la salud, o sea, para hacer la más grande y la más amplia obra social que permita realizar. Fué así que se consiguió, con el apoyo de todos los sectores políticos y sin ninguna discusión, que en el año 1948, precisamente casi dos años después de aprobada la ley, el parlamento autorizara a la Comisión Honoraria a gastar parte del excedente de ese fondo permanente en hacer obra profiláctica. Nacieron entonces los llamados dispensarios móviles porque son equipos que recorren todo el país. Estos equipos están integrados cada uno por nueve personas idóneas formadas en parte en el Instituto de Tisiología. Son jóvenes de ambos sexos a quienes se exige sepan escribir a máquina con ortografía correcta y a los cuales se capacita para practicar la cutirreacción, para leerla y para sacar roentgenfotografías. Esos dispensarios móviles trabajan ocho horas cada día, durante todos los días del mes; no hay feriados ni domingos. Trabajan por vez seis empleados veinte días, descansando por grupos de tres, diez días seguidos y así se van turnando los nueve componentes de cada equipo. La labor se centraliza en Montevideo; desde allí se dirige, ahí vienen todos los rollos de los aparatos de roentgenfotografía, se revelan y se leen las roengenfotografías. Esta conducta permite aplicar un criterio uniforme de examen para todo el país. Se recorren todos los centros poblados, practicándose la cutirreacción y vacunando con BCG a todas las personas que resultan tuberculinonegativas. A todas, recién cuando concurren una segunda vez, y no en la primera, se les toma una roentgenfotografía. Se procede así porque tratándose de una campaña profiláctica, se considera fundamental y principal vacunar y aumentar las defensas de la población contra la tuberculosis, a reconocer lesiones inaparentes. A las 48 ó 72 horas, y sólo a quienes vuelven, es decir, cuando se sabe quiénes están en condiciones de ser vacunados, se toma la roentgenfotografía, la cual constituye el más importante motivo de concurrencia de la mayoría, pues les interesa por la novedad y por aquello que tiene de misterioso ponerse delante de un aparato, de una pantalla y que lo miren a uno por dentro. En esa segunda visita recién se llena la ficha con detalles de individualización y antecedentes patológicos de interés. Normalmente el

100% acepta el BCG, que se administra por la boca a dosis de 10 centigramos por debajo de los doce años, y 20 centigramos, siempre de una vez, en los de mayor edad.

En poco más de dos años se ha cumplido el examen de todo el país, y demoramos más de dos años porque tuvimos que preparar personal y adquirir experiencia, adaptando lo que sabíamos a nuestra modalidad nacional. Eso parece fundamental por abrigar la opinión de que en los países latinoamericanos la función de los médicos sanitarios y de los médicos jefes de servicio de lucha antituberculosa, no es hacer investigación, sino profilaxis y obra social; es decir, no es ver qué porcentaje de alergia aparece en los vacunados, ni la proporción de hiperergias, de hipergias, o si tal prueba aumenta el número de positivos dado por las cutirreacciones, o si conviene hacer dos intradermorreacciones en vez de una. Esa no es la obra social efectiva e impostergable que nuestros países necesitan; nuestros pueblos reclaman que se emplee sin más dilaciones un medio que ya se ha reconocido útil. No interesa que proporcione mejores por cientos de alergia la vacuna que se prepara en Dinamarca que la que se obtiene en el Uruguay, o aquella que se prepara en Brasil, o en México, o en Colombia. Lo real, lo evidente, es que no se puede discutir, que un BCG correctamente preparado y un BCG correctamente aplicado, es útil. Tampoco se puede sostener que la alergia, índice evidente de que el organismo se ha modificado bajo la acción del BCG, es necesaria e indispensable para asegurar que se ha establecido la inmunidad.

Si todos esos problemas no se discuten ya científicamente, para qué, en una campaña realizable de inmediato, entrar en complicaciones innecesarias y en dilaciones culpables que no hacen nada más que dispersar esfuerzos y complicar técnicas. Creemos que en las campañas preventivas debe tratarse de hacer el máximo de profilaxis antituberculosa, que se debe dar por terminada la discusión de hasta dónde es eficaz el BCG. Todas las estadísticas que en el mundo entero se han levantado, con pequeñas diferencias, llegan a porcentajes y cifras muy comparables. Por lo tanto ¿a qué demorar la aplicación de una vacuna que resulta insustituible por el momento en su eficacia profiláctica? ¿Por qué postergar su aplicación en los pueblos nuestros mal alimentados, carenciados, pues consumen alimentación cuando no insuficiente en cantidad, insuficiente en calidad; sobre todo en esta parte norte de la América Latina donde predominan los hidratos de carbono y faltan las proteínas que aportan los factores fundamentales a las defensas naturales? ¿Por qué demorar en aumentar su inmunidad aunque ésta no se acreciente en el mismo sentido, en el mismo grado en que se pueda lograr en otras comarcas con mejor estándar y otro tipo de alimentación? Lo fundamental, creemos nosotros, es empezar a luchar, plantear la batalla sin prolongar la discusión sobre si el triunfo podrá ser mayor dejando pasar el tiempo en perfeccionamientos de significado discutible. Lo seguro es

que algo, probablemente mucho, se va a ganar y entonces eso es lo que se debe buscar sin nuevos e inútiles sacrificios de vidas. Con este sentido práctico de realizaciones útiles inmediatas en el Uruguay no hacemos más que una técnica: la más sencilla, pues tenemos la impresión de que esto resulta importante para pueblos poco cultos como los nuestros. Falta cultura sanitaria, falta educación general. Por lo tanto, hay que tratar de llegar al pueblo de la manera más sencilla, en la forma más simple, y por menos resistida más segura. Debemos tratar de evitar que aparezca la tuberculosis en un vacunado; pero puesto que la reacción tuberculínica positiva en un enfermo, no en un infectado sino en una persona portadora de lesiones tuberculosas, es una reacción siempre de umbral muy bajo, y por eso positiva con una intradermorreacción por debajo de uno por 50,000, alcanza con una cutirreacción que equivale por lo menos a aquélla al uno por mil. ¿Para qué hacer más reacciones si ni siquiera sabemos, justamente, dónde termina la posibilidad de investigar si una persona ha sido infectada, o no, por el bacilo de Koch? Si todos conocemos que ya hay grandes porcentajes, en nuestras patrias, de personas infectadas con alergia infratuberculínica ¿por qué sostener que no es suficiente una cutirreacción y exigir una intradermorreacción al uno en 100 o extremando el vigor al uno en diez? Nos parece que con sentido práctico en campañas profilácticas lo que hay que hacer, por lo tanto, es abarcar grandes masas evitando dificultades prácticas. Y fué así como en el Uruguay adoptamos una sola técnica y a todo negativo, cualquiera que sea su edad, sea un niño de meses, sea un anciano de 90 años, se le administra BCG. ¿Por qué damos BCG a un anciano? No porque creamos que le pueda resultar de mayor utilidad, sino porque buscamos que ese anciano que puede ser un abuelo, un padre, al volver a su casa le diga al hijo, al nieto, a los allegados: "yo tomé BCG y me siento bien, no me pasó nada." Nos parece que esa es la mejor propaganda, que todo el mundo experimente y conozca personalmente que el BCG no hace mal a nadie y que del BCG, cualquiera puede beneficiarse. Y así, con sentido de utilidad y de educación sanitaria, es que a todo tuberculonegativo, sin otras consideraciones, se le administra el BCG. ¡Y no tenemos porqué arrepentirnos! En nuestro país en el momento actual, tenemos 450,000 vacunados para una población de apenas dos millones y cuarto de habitantes. Además, no conocemos un solo caso del que se pueda referir que el BCG le resultó perjudicial.

Desde 1948 la vacunación en el Uruguay ha aumentado de manera extraordinaria, pues desde esa fecha no nos concretamos a calmettizarse a los recién nacidos de las maternidades públicas y privadas, como antes, y, detalle interesante, el 75% de los niños que nacen en nuestro país lo hacen en una maternidad, o sea en buenas condiciones, con óptimo cuidado infantil y materno. En el Departamento de Montevideo, la capital, desde 1927 al 50 se han ido modificando las cifras. Hasta 1949 se vacunó casi exclusivamente en las maternidades. En 1950 recién

empezaron a trabajar los dispensarios móviles en este departamento en el mes de septiembre y comprueban como sólo en tres meses se elevaron las cifras de calmetizados con un acrecentamiento de más de 30,000 personas. En el resto de los departamentos sucedió lo mismo; se vacunaban entre 2,000 y 4,000 personas por año; en el 1948 empezaron a actuar los dispensarios móviles, de 3,000 pasamos a 37,000; al año siguiente, en doce meses, se vacunaron 84,000 personas en el interior. En el curso de 1950 hasta septiembre se calmetizaron en el interior 89,000 personas más. Lo fundamental es esto: que hasta la actuación de los dispensarios móviles se daba BCG en todo el país a menos de 12,000 personas por año y que con la técnica simple adoptada por todos los organismos de lucha antituberculosa, en conversaciones que se hicieron para intercambiar y aunar opiniones, se vacunaron 48,000 personas en 1948; 99,000 en 1949; 141,000 en 1950. En total, el 31 de diciembre teníamos 437,000 personas vacunadas en la República.

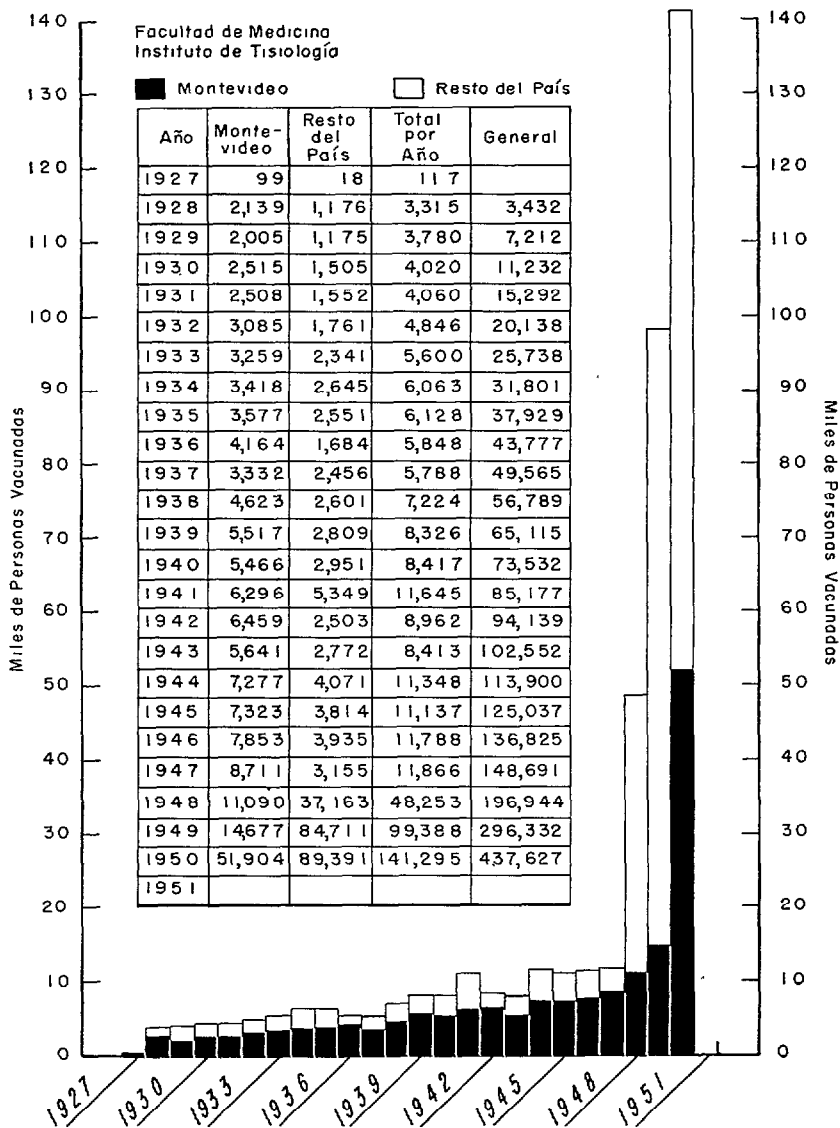
Rápidamente mencionaré lo que comprobamos en la masa de niños tatuados que controlamos con el Dr. Gorlero en los hospitales de Montevideo desde 1943 hasta ahora. Los niños vacunados y tatuados alcanzan a 2,462 (55.4% del total); los testigos, niños que nacieron fuera de la maternidad y que no fueron vacunados ni tatuados, suman 1,979 (44%); en total la muestra analizada es de 4,441 niños. La morbilidad tuberculosa en los vacunados fué de 26 casos: 1.05%; en los testigos, o no vacunados, de 90: 4.54%, o sea más de cuatro veces mayor. La mortalidad tuberculosa en todo este tiempo en los vacunados llegó a 6 casos (0.24%); en los no vacunados a 40 casos (2.2%) es decir, fué nueve veces mayor en la masa de no vacunados que en aquella de los vacunados. La letalidad tuberculosa, y esto es muy importante, también ha bajado a la mitad. La enfermedad resultó mortal en 23% de los vacunados y en 44% de los testigos no vacunados, que padecieron enfermedad tuberculosa.

Las lesiones encontradas han sido fundamentalmente: adenopatías y formas gangliopulmonares, 16 casos en los vacunados, 34 en los no vacunados, tuberculosis pulmonar o pleuropulmonar, 6 y 10; meningitis tuberculosa, 4 y 37 casos; tuberculosis miliar, ninguna en los vacunados, nueve en los no vacunados. Lo más importante de esto es que desde 1946 en los vacunados no vimos más en el Uruguay ninguna meningitis tuberculosa.

Como se observará, ocupándonos de ser prácticos y sin complicaciones teóricas, es decir, vacunando y vacunando en masa, sin discusiones bizantinas, tratando de ser útiles a nuestro pueblo y de mejorar su lucha contra la tuberculosis, hemos vacunado de la manera más amplia que hemos podido. Al lado, como cosa colateral, como estudio de la Cátedra a la cual como centro docente cabe la investigación, hemos procurado conocer el grado de eficacia de la obra emprendida, lo que no ha hecho sino confirmar lo ya visto en el mundo entero, o sea que la mortalidad y la morbilidad por tuberculosis son mucho menores en el grupo de los



## VACUNACION CON B.C.G. EN EL URUGUAY 1927-1950



vacunados, que en el de los no vacunados. Es por eso que ahora, no ya unos cuantos médicos y unos pocos tisiólogos sino todos los del país defendemos la vacunación antituberculosa no como una de las adquisiciones, sino la adquisición más importante que se ha hecho en el campo de la profilaxis antituberculosa. En este momento, desde el primero de abril, los dispensarios móviles de la Comisión Honoraria han empezado la segunda vuelta a todo el país; no sabemos cuántas campañas totales más se harán, pero pensamos serán tantas cuantas se consideren necesarias para obtener el máximo de beneficios. Temíamos que la gente hubiera concurrido la primera vez a los dispensarios móviles por novelería, por curiosidad; con sorpresa comprobamos que en esta segunda vuelta la población acude en mayor porcentaje que en la primera, que la gente hace más sacrificios y recorre mayores distancias para allegarse a los centros de examen a vacunarse de nuevo, si es necesario y de ahí hemos sacado el convencimiento de que nuestros conciudadanos y el habitante de Latinoamérica es una persona que, si no siempre apoya con entusiasmo una campaña sanitaria y no siempre acude presurosa a colaborar para que se establezcan las mejores normas de profilaxis, no es por mala voluntad, no es por resistencia, sino por falta de educación y de propaganda adecuadas.

---

## CINCUNETENARIO DEL INSTITUTO HENRY PHIPPS

El 2 de febrero de 1953 cumple 50 años de vida el Instituto Henry Phipps para el Estudio, Tratamiento y Prevención de la Tuberculosis. Fundado en 1903 por el industrial Henry Phipps, de Pittsburgh, el Instituto comenzó a recibir enfermos el 2 de febrero del mismo año, y en 1909 pasó a formar parte de la Universidad de Pensilvania. Para el quincuagésimo aniversario de la fundación de esta benemérita institución se celebran varios actos conmemorativos.

La OSP/OMS extiende sus felicitaciones más cordiales al Instituto Henry Phipps con motivo de su cincuentenario, y le desea toda clase de éxitos en el futuro. Aprovecha también la oportunidad para agradecer la amplia cooperación del Instituto en el programa de becas de la OSP/OMS. Numerosos becados de la OSP/OMS, procedentes de todas partes del mundo, han recibido magnífico adiestramiento en el Instituto.